UNIVERSITÉ PARIS-EST CRETEIL

ÉCOLE DOCTORALE Cultures et société (ED 529)

Unité de recherche « Lettres Idées Savoirs (LIS) », EA n° 4395

L'épreuve du doute en partage : une philosophie de la rencontre en médecine

Tome 1

Thèse de doctorat en philosophie

Soutenue par

Marie-Olivia CHANDESRIS

Le 5 juin 2026

Sous la direction de M. Roberto POMA

Composition du jury :

M. Frédéric GROS, Professeur, Sciences Po Paris (rapporteur)

Mme. Tiphaine SAMOYAULT, Directrice d'études, EHESS (rapportrice, présidente du jury)

M. Martin DUMONT, Maître de conférences, Université Paris Est Créteil

Mme Isabelle GALICHON, Docteure, Université Bordeaux Montaigne

M. Jean-Christophe WEBER, Professeur, Hôpital civil de Strasbourg

M. Roberto POMA, Professeur, Université Paris Est Créteil

UPEC
Connaissance - Action
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE

L’épreuve du doute en partage : une philosophie de la rencontre en médecine

Résumé : Ma thèse de doctorat propose une réflexion philosophique sur le doute comme modalité centrale de la relation de soin. Elle interroge ce qui relie, dans l’espace incertain du colloque soignant, deux êtres étrangers l’un à l’autre : le patient et le soignant. Dans le contexte d’une crise persistante de la médecine contemporaine occidentale, prise entre l’exigence de performance, d’objectivité scientifique, et une défiance croissante à l’égard de la science médicale et des institutions sanitaires, le doute surgit au cœur de cette relation à la fois comme symptôme, facteur de rupture, mais aussi comme ressource possible d’un lien renouvelé.

En médecine, le doute reste souvent tabou, ou se trouve disqualifié : chez le soignant, il peut être interprété comme un aveu d’incompétence ; chez le patient, comme une dérive vers le soupçon, voire le complotisme. À rebours de ces représentations réductrices, je fais l’hypothèse que le doute, lorsqu’il est reconnu, accueilli, partagé, peut devenir le levier d’une véritable rencontre intersubjective. Il ne s’agit pas seulement de surmonter une dissension ou d’adoucir une discorde, mais de penser le doute comme une dimension constitutive et féconde de la relation de soin elle-même.

La thèse s’organise autour de trois axes principaux. Dans un premier temps, je revisite la fonction du doute en médecine, dans ses objets (diagnostic, pronostic, soins), ses modalités et ses enjeux éthiques et relationnels. Dans un second temps, je m’appuie sur un corpus narratif – littéraire (récits, journaux, essais, romans autofictionnels) et filmique (documentaires, fictions) – pour explorer comment le doute innerve l’expérience de la maladie et des soins, imprègne la rencontre, creuse ou amplifie l’écart entre savoirs, vécus et institutions. Enfin, je propose une analyse approfondie de trois relations singulières de soin – celles entre Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus ; Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet ; Marinella Banfi et l’oncologue Thomas Tursz – où le doute partagé, loin d’être un obstacle, se révèle être une force de transformation du lien thérapeutique.

Ce travail s’inscrit dans un dialogue constant avec la philosophie du doute (du scepticisme antique au pragmatisme américain), la philosophie de la médecine (G. Canguilhem), ainsi qu’avec les pensées de l’intersubjectivité (M. Buber, E. Husserl) et de l’identité narrative (P. Ricœur).

En revisitant les usages du doute au sein même de la pratique médicale, de Claude Bernard à aujourd’hui, la thèse cherche à montrer qu’il ne constitue pas seulement un instrument de recherche, un outil clinique ou une posture critique, mais qu’il peut devenir, lorsqu’il est mis en partage, la condition même d’une rencontre authentique, fragile mais fondatrice, entre deux subjectivités confrontées à des formes distinctes d’épreuve de l’incertitude et du questionnement pour le patient et le soignant. À l’intersection de leurs doutes respectifs, le soin peut s’inventer autrement : comme un espace d’écoute, d’attention, d’intelligibilité et de transformation réciproques.

Mots-clés : doute, relation de soins, philosophie du soin, récit de patient, intersubjectivité, épistémologie de la clinique.

Dealing with Doubt in the Care Relationship: A Philosophy of Encounter in Medicine

Abstract: My doctoral thesis offers a philosophical reflection on doubt as central to the care relationship. It examines what connects two strangers (the patient and the caregiver) within the uncertain space of the therapeutic dialogue. In the context of an enduring crisis in contemporary Western medicine, demands for medical performance and scientific objectivity collide with growing distrust of medical science and healthcare institutions. Thus, doubt emerges at the heart of this care relationship both as a symptom and a factor of breakup, but also as a potential resource for reviving the bond.

In medicine, doubt still remains a taboo or is dismissed: in the case of the caregiver, it may be perceived as a stigma of incompetence; in the case of the patient, it may be viewed as leaning toward illegitimate suspicion, or even drifting toward conspiracy theories. Contrary to these reductive representations, I hypothesize that doubt, when acknowledged, welcomed, and shared, may become the catalyst for a genuine intersubjective encounter. It is not simply a matter of overcoming disagreement or mitigating discord, but rather to consider doubt as a constitutive and fertile dimension of the care relationship itself.

The thesis is organized around three main axes. First, I revisit the function of doubt in medicine, its objects (diagnosis, prognosis, care), its modalities, and its ethical and relational implications. Second, I draw on a corpus of narratives—literary (stories, diaries, essays, autofictional novels) and filmic (documentaries, fictional movies)—to explore how doubt permeates the experience of illness and care, infuses the encounter, and deepens the gap between knowledge, lived experience, and institutions. Finally, I offer an in-depth analysis of three unique care relationships: those between Philippe Lançon and surgeon Chloé Bertolus; Madeleine Lebouc and psychiatrist Pierre Janet; Marinella Banfi and oncologist Thomas Tursz. Far from being an obstacle, doubt when shared reveals itself as a transformative force in the therapeutic relationship.

This research is driven by its constant dialoguing with the philosophy of doubt (from ancient skepticism to American pragmatism), the philosophy of medicine (G. Canguilhem), as well as with the theories of intersubjectivity (M. Buber, E. Husserl) and narrative identity (P. Ricœur). By revisiting the uses of doubt within medical practice itself, from Claude Bernard to the present day, the thesis seeks to demonstrate that doubt is not merely a research instrument, a clinical tool, or a critical stance, but the very condition for a genuine, fragile yet foundational encountering between two subjectivities (the patient and the caregiver) confronted with distinct forms of uncertainty and questioning. At the intersection of their respective doubts, care can be reinvented: as a space for listening, devoting attention, understanding and bringing about mutual transformation.

Key words: doubt, health care relationship, philosophy of care, patient narrative, intersubjectivity, clinical epistemology.

Remerciements

Je remercie en premier lieu, en lui adressant toute ma gratitude, mon directeur de thèse M. Roberto Poma de m'avoir manifesté sa confiance tout au long de ce travail. Je le remercie de m'avoir fait découvrir tant d'auteurs et d'ouvrages, de m'avoir accompagnée et guidée dans cette expérience incroyablement vivifiante.
Je remercie vivement chaque membre du jury pour l'honneur qu'ils me font d'apporter une lecture critique à ce travail.
Je remercie ma famille si chère. Leurs attentions, leur soutien sans faille, leur affection m'ont été très précieux. Je remercie particulièrement mon frère Grégoire de m'avoir si souvent plongée dans le doute ainsi que pour ses suggestions et conseils de lecture.
Je remercie tous ces amis fidèles qui ont accueilli l'annonce de ce projet avec étonnement, parfois inquiétude, mais sans jamais le qualifier de folie. Je me réjouis de toutes ces nouvelles et belles rencontres qui se sont nouées à l'occasion de cette incroyable aventure (Louis, Matteo, Guillaume, Francesa, Alessio, Nadia, Fernando et d'autres). Je remercie d'une façon toute particulière Louis Mühlethaler pour son immense générosité, pour son amitié qui me touche tant, pour la richesse de nos échanges, pour notre complicité intellectuelle et pour nos projets à venir. Je remercie aussi spécialement Matteo pour la constance de sa présence et son soutien.
Je remercie de tout cœur pour la richesse de nos discussions, pour leurs conseils, leur aide, leur soutien, leur lecture critique ou simplement leur amitié constante : Marie-Claude Leonard, Anna Feissel-Leibovici, Alain Gérard, Annette Mouret, Jacques Moreau, Sonia Joual, Jacques Afchain, les Halfen women, Linda Marku et sa famille, Robert Prost, Aliette Armel.
Je remercie vivement Claude Baqué, Marinella Banfi, Simon Brook, dont les œuvres sont mobilisées dans cette thèse. Les moments d'échange qu'ils ont pu me consacrer ont permis d'éclairer et enrichir cette recherche.
Je remercie l'université Paris Est Créteil pour toutes les personnes remarquables que j'ai pu y rencontrer et qui m'ont offert intérêt, écoute et conseils.
Je remercie les membres de mon comité de suivi individuel, Martin Dumont et David Simard, pour leur attention, leur guidage et leurs conseils.
Je remercie les personnels des bibliothèques (BNF, CIUP, BULAC, BPI) qui œuvrent au fonctionnement de ces lieux essentiels et à l'accueil de tous ceux qui y trouvent la sérénité et le goût d'étudier.
Je remercie mes collègues de travail, curieux, attentifs et respectueux de ce parcours de thèse en parallèle de mon agenda professionnel. Je remercie particulièrement Patricia Marie, mais aussi Philippe Canet et Maud Lefevre pour leur soutien réitéré en matière de base de données bibliographiques.
Je pense enfin à tous les patients, à leurs proches et aux soignants, à ce quart de siècle passé à leur côté et désormais comblée par l'étude de leurs récits.

SOMMAIRE

Résumé et mots-clés 3
Remerciements 5
Sommaire 7
Introduction 9

Partie I – Approches historique, sémantique et philosophique du doute. 71

1. Approche sémantique du doute : polysémie et diachronie du terme doute 75
2. Un usage universel mais une diversité d'approches philosophiques du doute.... 84
3. Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme 87
4. Le doute cartésien et son imprégnation de la culture occidentale 104
5. Le doute au prisme de l'*épochè* de Husserl et la réduction phénoménologique . 125
6. le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine 140
7. Les enjeux de la biomédecine contemporaine auxquels ces philosophies du doute permettent de réfléchir 177

Partie II – Approche conceptuelle de la relation de soin à l'aune de la biomédecine contemporaine 201

1. Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patients et soignants.. 206
2. L'information au cœur de la relation de soin, un jeu de dupes ? 215
3. L'asymétrie de la relation de soin, entre rapport de pouvoir, défiance et co-construction 222
4. Des dimensions chosifiante et instrumentale de la relation de soin comme source de défiance 235
5. Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet 244
6. Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité 249

Partie III – L'épreuve du doute des soignants 265

1. Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard.. 269
2. Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant 303
3. Jacques Chauviré ou le doute existentiel du soignant 349
4. John Sassall ou le doute axiologique du soignant 361

Partie IV – L'épreuve du doute des patients..... 397

1. Le doute comme effet des évènements et des épreuves affectant la santé 401
2. Le doute identitaire du patient 433
3. Le doute existentiel du patient 464
2. Certitudes et incertitudes, une source diversifiée de doute pour les patients 479

Partie V – L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus 515

1. Un contexte extraordinaire pour une relation de soin singulière mais non moins ordinaire 519
2. L'épreuve du doute du patient Philippe Lançon 525
3. Chloé Bertolus ou l'éthos du doute au cœur de l'activité d'une chirurgienne 556
4. Le doute à l'épreuve de leur relation de soin 565

Partie VI – L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin : Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet 603

1. Justification du choix de la relation entre Pierre Janet et Madeleine Lebouc 606
2. Spécificités méthodologiques et choix du corpus de travail 614
3. Le contexte de cette relation de soin et son actualité 632
4. L'épreuve du doute vécu par la patiente Madeleine Lebouc 658
5. L'épreuve du doute pour le psychiatre Pierre Janet 683
6. L'épreuve du doute au cœur de leur relation de soin 714

Partie VII – L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin : Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz 749

1. Le contexte des protagonistes de cette relation de soin 754
2. L'épreuve du doute vécu par la patiente Marinella Banfi 773
3. L'épreuve du doute pour l'oncologue Thomas Tursz 809
4. L'épreuve du doute en partage au cœur de leur relation de soin 857

Conclusion 889
Annexes 901
Bibliographie 913
Table des matières 959

INTRODUCTION

Les poètes et les romanciers sont de précieux alliés, et leur témoignage doit être estimé très haut, car ils connaissent, entre ciel et terre, bien des choses que notre sagesse scolaire ne saurait encore rêver. Ils sont, dans la connaissance de l'âme, nos maîtres à nous, hommes vulgaires, car ils s'abreuvent à des sources que nous n'avons pas encore rendues accessibles à la science[1].

Freud Sigmund, *Délire et rêves dans la « Gradiva » de Jensen*, 1949 [1907].

On a proposé, pour l'esprit et pour la pensée, de nombreuses définitions. Je n'en connais qu'une seule qui aille à l'essentiel : une réponse à ce qui apparaît douteux en tant que tel[2].

Dewey John, *La quête de certitude*, 2014 [1929].

[1] Freud Sigmund, Bonaparte Marie (Trad.). *Délire et rêves dans la "Gradiva" de Jensen*. Paris: Gallimard; 1949 [1907], p. 127.
[2] Dewey John, Savidan Patrick (Trad.). *La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Paris: Gallimard; 2014 [1929], p. 240.

Dans le contexte médical contemporain marqué par la prééminence de la biomédecine[3], l'association des termes doute et médecine ne tombe pas d'évidence, elle dérange. Associer doute et relation de soin ne génère pas moins de perplexité et suscite en outre une inquiétude sourde tant il est préjugé à risque de mettre en péril le rapport de confiance entre patient et soignant, et plus largement entre la société et le système de santé. Malgré le trouble ressenti, ces associations – le doute en médecine, le doute au cœur de la relation de soin – interpellent pourtant, éveillent la curiosité et suscitent l'intérêt. Or, inévitablement, les représentations sociétales classiquement associées au doute tendent alors à affluer et à capter le jugement, au premier rang desquelles l'idée que le doute ne pourrait que fragiliser les acteurs d'une relation de soin, mais aussi celle qu'à l'aune du soubassement scientifique de la biomédecine contemporaine en douter serait sacrilège en plus d'être un stigmate d'ignorance[4]. Si cette dernière représentation témoigne d'un rapport problématique à la vérité qui n'est pas spécifique au contexte médical[5], cette appréhension d'emblée et unanimement négative du doute en médecine interroge. Elle tend à trahir la méconnaissance de ce en quoi pourrait plus précisément consister le doute dans le contexte particulier des soins, les contre-sens sémantiques qui peuvent si souvent affecter cette notion ainsi que le poids du tabou qui l'affecte et qu'illustre cette idée d'un outrage à la profession soignante[6]. Ce que signifie douter, *a fortiori* dans le contexte sanitaire, ne saurait en effet se réduire à une vision commune si étroite, ce d'autant plus qu'elle favorise alors son usage dévoyé par des discours anti-scientifiques et complotistes ciblant l'expertise biomédicale[7] et le pouvoir médical[8]. La question se pose alors de clarifier pour mieux comprendre ce que serait précisément le doute en médecine dans la diversité de ses

---

[3] Nous utilisons l'intitulé « biomédecine » comme Claude Bernard utilisait celui de « médecine expérimentale » (en tant que modèle fondateur) pour désigner la médecine dont les théories et les pratiques trouvent leur fondement dans les sciences biomédicales. Je renvoie à l'article suivant sur le sujet : Cambrosio Alberto, Keating Peter. *What is biomedicine? A socio-historical outline*. Med Sci (Paris) 2003;19(12):1280-7.
Dans la présente thèse, le terme biomédecine permet de désigner la médecine dite *conventionnelle* fondée sur les preuves scientifiques (*evidence-based medicine* - *EBM*) et seule reconnue par les instances françaises de règlementation sanitaire. Nous n'entendons cependant pas réduire la médecine contemporaine à la biomédecine. Le terme générique « médecine » englobe quant à lui toutes déclinaisons de la médecine, y compris dans ses pratiques empiriques. Les médecines ayant un fondement seulement empirique et ne s'appuyant donc pas sur l'*EBM* sont identifiées comme médecines *non conventionnelles*. Pareillement, les intitulés « bio-médecin » et « bio-soignant » permettent de désigner les soignants œuvrant à la biomédecine et pratiquant donc conformément aux principes de l'*EBM*, ce qui n'exclut pas qu'ils puissent mobiliser d'autres types d'interventions soignantes.
[4] Benoist Jean, « Introduction. Singularités du pluriel ? » in Benoist Jean. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* [version numérique]. Paris : Karthala, 1996, p. 21.
[5] Engel Pascal, Rorty Richard. *A quoi bon la vérité ?* Paris: Grasset; 2005, p. 13-14 : « deux courants en apparence antagonistes coexistent dans nos sociétés contemporaines. D'un côté, jamais la méfiance n'a été aussi grande, aussi bien dans les cercles intellectuels les plus avancés que dans les médias et la société, vis-à-vis des valeurs de la rationalité, du progrès scientifique, de la vérité et de l'objectivité. D'un autre côté, jamais l'impression d'être trompé par les pouvoirs (politiques, scientifiques) supposés garantir ces mêmes valeurs, et le besoin de confiance n'ont été aussi grands ».
[6] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Etat de l'art quant à la question du doute en médecine*.
[7] Nichols Thomas M. *The death of expertise. The campaign against established knowledge and why it matters*. New York, NY: New York : Oxford University Press; 2017.
[8] Je renvoie sur le sujet à : Bernard Olivier (auteur), *Dérives* [Podcast], Radio-Canada Ohdio. Je renvoie notamment à la saison 3 intitulée *Les secrets de « La mafia médicale »*. En ligne : Dérives | OHdio | Radio-Canada, consulté le 18 mars 2026. Bourquin Chloé, *Complotisme : un podcast sur les scientifiques qui dérapent*, Le Monde [Sciences – Médecine], publié le 26 janvier 2024. En ligne : Complotisme : un podcast sur les scientifiques qui dérapent, consulté le 18 mars 2026. Audureau William *Dans la tête des complotistes*. Paris: Allary; 2021.

déclinaisons épistémiques et ainsi pouvoir en apprécier au mieux l'impact sur la relation de soin à l'aune des craintes que son expression fait peser.

D'emblée, il apparait que l'acceptation sémantique et philosophique du mot *doute*, comme d'ailleurs du mot *croyance*, est bien plus vaste que celle du sens commun et vient même contredire ce jugement initial étriqué et défavorable[9]. Descartes, par exemple, mobilise le *doute philosophique* dans une visée de réforme globale de la connaissance en tant qu'il serait seul à même de conduire au mieux la raison[10]. Claude Bernard, qui s'en inspire, inscrit le *doute scientifique* au cœur de la démarche expérimentale fondant la médecine sur la base de la connaissance scientifique, c'est-à-dire sur les preuves du déterminisme des choses[11]. Cette brève allusion à deux déclinaisons majeures du doute pose le constat de la profondeur du fossé qui sépare la richesse de ce concept et de ses applications pratiques possibles par rapport à son appréciation commune et emplie de crainte. Par ailleurs, le fait qu'une figure historique éminente de la médecine, alors marqué par son orientation scientifique[12], en ait fait le principal outil de sa méthode de travail contredit ce jugement *a priori* d'incompatibilité entre doute et médecine, du moins dans son aspect de production de connaissances. Quant à la place, ou pas, du doute au cœur de la relation de soin, ainsi que ses enjeux, notamment en termes de qualité de la relation et par voie de conséquence de qualité des soins, l'*a priori* négatif semble globalement prévaloir, le doute tendant à n'être appréhendé que comme une manifestation de défiance et un outil de contre-pouvoir. En attestent, par contraste, des voix contraires invitant à « douter pour mieux soigner » dont il est notable qu'elles sont particulièrement rares, peu audibles et non médicales[13].

Le présent travail s'intéresse ainsi à une notion qui semble, de prime abord, entravée par bien des embûches : une aura négative, des confusions sémantiques, des dévoiements de son usage, des peurs, des manifestations de résistance, des rapports de pouvoir, un puissant tabou. En plus de déconstruire bien des représentations erronées et négatives, le présent projet a pour ambition d'éclairer aussi largement que possible la notion de doute à l'aune des spécificités du contexte médical contemporain français. Pour ce faire, je propose d'expliciter d'abord ma propre (in)expérience du doute en tant que soignante et les motifs qui m'ont conduite à y consacrer un travail de recherche en philosophie. Je propose ensuite un état de l'art quant à la question du doute en médecine à même de justifier l'intérêt de ce travail. Puis j'aborde ma méthode de travail et le corpus mobilisé, en explicitant les raisons du choix méthodologique d'une approche philosophique autant que littéraire, ainsi qu'enfin le plan de cette thèse.

---

[9] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche historique, sémantique et philosophique du doute.*
[10] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute cartésien et son imprégnation de la culture occidentale.*
[11] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*. Paris: Fayard-Pluriel; 2013, p.256 : « Le caractère scientifique de la médecine réside dans ce rapport au réel garanti par la méthode expérimentale ». Je renvoie aussi chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.
[12] Bernard Claude , Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 32 : « la médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive ».
[13] Claquin Aziliz, Doan Thi (dessin), *Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique*. La Croix [Reportage – Série de 6 articles], publié le 25 mai 2023. 1er reportage en ligne Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique, consulté le 30 mai 2023.

Se voulant résolument ancré dans la réalité de l'expérience du doute vécue par les acteurs de la relation de soin, ce travail tente de se prémunir d'un usage *a priori* de concepts déjà élaborés et parfois déconnectées de l'expérience vécue. Il ne s'est donc pas agi d'illustrer par le terrain des concepts philosophiques préexistants pour en tester la validité, mais de s'appuyer sur l'expérience à partir des récits qui la relatent. C'est en se fondant sur la narration de l'expérience directement vécue par les acteurs de la relation – patients autant que soignants – dans les contextes dans lesquels elle émerge qu'un éclairage et une conceptualisation philosophiques du doute en médecine se sont avérés possibles, donnant ainsi chair au principe d'une philosophie par la narration.

1 – Partir de ma propre (in)expérience du doute en médecine en tant que soignante

Ce travail centré sur la question du doute en médecine et plus particulièrement au cœur de la relation de soin n'aurait pas trouvé à éclore ni à se déployer sans mon histoire à la fois professionnelle (en tant que médecin) et personnelle (confrontée, comme tout un chacun, pour moi-même ou mes proches à des questions de santé, de maladie, de rencontre avec le milieu sanitaire). Je centrerai ici mon propos sur mon vécu professionnel, en quoi il a constitué un terreau favorable à un projet de thèse en philosophie et au sujet qui en est l'objet. N'avoir pu rédiger ce propos introductif qu'à l'issue de ma thèse illustre combien en démêler les fils impliquait non seulement un tel travail de recherche mais aussi de me dévêtir de ma posture soignante, littéralement de l'abandonner.

1.1 – Un bon petit soldat de la biomédecine

A l'heure de mon engagement en médecine (dans les années 90), son essor technoscientifique était déjà bien engagé mais il n'a cessé de s'amplifier depuis lors. Une formation longue, plusieurs diplômes, le choix de deux spécialités chronophages, exigeantes d'un point de vue scientifique, traitant de maladies multi-systémiques et engageant le pronostic vital, autant d'éléments qui m'ont conduite à un engagement total dans un cursus biomédical hospitalier, non sans empiéter sur ma vie personnelle. Je ne dispose alors d'aucune possibilité critique et réflexive sur le type et l'intensité de mon engagement dans ce métier, ce qui questionne au passage l'effet d'enchaînement auquel peut conduire l'idée de vocation dans un métier du sanitaire[14]. Je me retrouve dans le même type de surinvestissement que le médecin John Sassall et dans sa façon d'accompagner ses patients en s'identifiant à eux au point d'anticiper leurs besoins ainsi que leur satisfaction[15]. Par ailleurs, tout en étant pourtant très ouverte à la psychanalyse je suis, par effet d'immersion et peut-être de fascination, tout de même imprégnée du rêve mécaniciste de fond inhérent à la médecine conventionnelle et de sa représentation positive des symptômes et des maladies. Le piège du mythe du tout scientifique, du principe de

[14] Je renvoie au portrait de l'infirmière Valérie mobilisé dans cette thèse et décrit dans : Gérard Alain, Orsenna Erik (préface). *Le Malheur inutile - Cinq histoires de liberté retrouvée*. Paris : Michel Lafon; 2023, p. 79-93.
[15] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du doute.*

la preuve et des données objectives qui en attestent et qui fondent son ambition de curabilité tend alors à se refermer doucement sur moi.

1.2 – Un malaise croissant au sein du milieu biomédical source d'insatisfaction professionnelle

Plusieurs facteurs ont alimenté un état de malaise croissant dont je ne comprenais alors ni la nature ni les motifs. J'aborderai ici quatre parmi les déterminants principaux que j'ai pu, *a posteriori*, incriminer.

Le premier de ces facteurs consiste en ma tardive prise de conscience des effets délétères du mythe de la supposée toute-puissance scientifique de la médecine. Alors que plus le niveau des connaissances scientifiques augmente, plus nos ignorances tendent à devenir flagrantes, la formation médicale ne nous apprend pas à gérer une telle situation puisqu'elle ne s'intéresse qu'à sa dimension positive. Le fonctionnement précis du psychisme est l'un de ces exemples majeurs d'ignorance scientifique[16] ; elle persiste invaincue en dépit des progrès colossaux en matière de neurosciences et suscite bien des réactions défensives. Irréductible, le caractère lacunaire des connaissances et des compétences médicales ne se règle pas en accumulant des années d'études et des diplômes, tendance dans laquelle je m'étais engouffrée. La formation biomédicale ne nous aide pas non plus à affronter la complexité alors que celle-ci croît en parallèle du niveau de précision auquel des outils techniques très perfectionnés donnent de plus en plus accès[17]. Situation paradoxale que cette acuité de nos ignorances et de notre fragilité face à l'immensité des connaissances scientifiques, elle a fini par susciter un sentiment d'insécurité et d'illégitimité, ayant l'impression d'un travail inaccompli, toujours insuffisant.

Le second facteur consiste en l'épreuve (dont la prise de conscience ne fut pas immédiate) de l'insuffisance et parfois l'inadéquation de ce que la biomédecine peut faire par rapport aux besoins des patients. Si ces derniers apportent certes des maladies que la biomédecine peut identifier et traiter, ils viennent aussi avec tout un univers (familial, affectif, culturel, socio-professionnel, etc.). Leurs besoins et leurs questions sont donc bien plus vastes, des plus prosaïques[18] (avoir un logement) aux plus existentielles (mon mari va-t-il encore me désirer avec cette maladie ?[19]), en passant par d'insolubles dilemmes éthiques en plus du besoin si fréquent d'une écoute de leur singularité psychique. Une blouse blanche et un dossier médical, aussi étayé soit-il et soutenu par des outils techno-scientifiques de très haut niveau, laissent

---

[16] Je renvoie à la citation de Freud choisie pour épigraphe de cette thèse : « Les poètes et les romanciers sont de précieux alliés, et leur témoignage doit être estimé très haut, car ils connaissent, entre ciel et terre, bien des choses que notre sagesse scolaire ne saurait encore rêver. Ils sont, dans la connaissance de l'âme, nos maîtres à nous, hommes vulgaires, car ils s'abreuvent à des sources que nous n'avons pas encore rendues accessibles à la science ». In Freud Sigmund, Bonaparte Marie (Trad.). *Délire et rêves dans la "Gradiva" de Jensen*. *Op. cit*. p. 127.

[17] Je renvoie sur ce point au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'incertitude en génétique*.

[18] L'exemple de « l'homme aux reblochons » est piquant. Depuis son lit d'hôpital où il est cloué avec une maladie engageant son pronostic vital, un épicier ambulant de profession s'inquiète bien plus pour son commerce de produits frais que pour sa santé. Alors que le chef de service l'invite à considérer tout ce qu'il est possible de faire même en étant alité, il met en place avec succès un système de vente de reblochons au sein du service.

[19] Abbott-Anderson Kristen, Kwekkeboom Kristine L. *A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors*. Gynecol Oncol 2012;124(3):477-89. Combe Sonia, Spire Antoine. *Maladie et privation d'amour. De Christa Wolf à Canguilhem, pour un retour à la clinique*. Carignan-de-Bordeaux: Le Bord de l'eau; 2017, p. 143 : « Pour reprendre le vocabulaire de Christa Wolf, soigner n'est pas que traiter un corps matériel, mais c'est aussi rencontrer une personne dont la privation d'amour est augmentée par la fragilité de l'état pathologique ».

parfois bien démunie face à de telles questions. Je découvrais combien, orgueilleuse et trompeuse, la biomédecine n'est pas exhaustive. Les compétences soignantes ne sont pas que des compétences techniques et ne peuvent se réduire à seulement mobiliser la rationalité scientifique biomédicale. J'en suis alors venue à me poser la question suivante : ce qu'apporte la biomédecine ne devrait-il pas être le minimum à restituer aux patients alors même que cela semble finalement être considéré comme l'optimum. Je me reconnais dans ce propos (que je paraphrase) de Didier Sicard à savoir que le métier de médecin commence là où l'on devient impuissant[20]. Etant donnée la suprématie toujours croissante accordée à la seule dimension scientifiquement validée de la médecine et au discours exclusif qu'elle draine dans son sillage, cette situation est devenue cause de souffrance professionnelle, d'un sentiment de non-reconnaissance au sein de mon propre corps de métier et parfois de relations tendues avec des collègues.

Un troisième facteur est un vécu subjectif d'appauvrissement intellectuel que la pratique exclusive et particulièrement chronophage de la biomédecine (que je vivais de plus en plus comme un domaine clôt et cloisonnant) m'a semblé générer. Me sentant prisonnière du discours d'autorité de la science, j'éprouvais un écœurement progressif de tout ce qui relevait du scientifique pur et par contraste un appétit féroce pour tout ce qui n'en était pas, entre autres la littérature, les arts, la psychanalyse. Mon intérêt croissant pour les sciences humaines et les humanités médicales m'a alors permis d'éprouver par moi-même (c'est-à-dire par-delà les seuls témoignages) les résistances à l'œuvre au sein du milieu biomédical à l'encontre de ces disciplines[21].

Le quatrième déterminant est un vécu déceptif à l'égard de mon propre environnement professionnel. Il s'agit certes des dysfonctionnements de l'institution publique hospitalière, notamment la rationalité instrumentale déshumanisante qui s'y déploie aux dépends des patients mais aussi des soignants et à laquelle il n'est pas possible de remédier, *a fortiori* à l'échelle individuelle tant ils œuvrent comme un rouleau compresseur. Il s'agit surtout aussi des conflits d'intérêt qui demeurent dans le milieu médical, au mépris de la rigueur scientifique et de l'intérêt direct des patients, malgré les actions menées pour les prévenir[22]. Difficiles à identifier

---

[20] Bénabet Juliette, *Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux et d'une révolution des soins palliatifs »*, Télérama, publié le 29 janvier 2023. En ligne : Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux, consulté le 5 février 2023. « Toute ma vie, j'ai enseigné aux étudiants que leur métier de médecin commençait là où ils devenaient impuissants ».

[21] Les professionnels formés à la psychanalyse sont de plus en plus interdits ou censurés au sein des établissements de santé. Je renvoie à l'article suivant : Gori Roland, *Santé mentale, l'expertise ne doit pas confisquer le débat scientifique*, L'Humanité [Tribune], publié le 13 mars 2026. De mon côté, pour pouvoir effectuer un master de bioéthique, j'ai dû outrepasser le désaccord de ma chefferie de service. Il fut aussi étonnant de constater un public très clairsemé aux séances de la chaire de philosophie à l'hôtel Dieu pourtant ouvertes à tout public, notamment les soignants de l'assistance publique. Or en dépit de l'intérêt manifeste de certains, il ne leur est pas accordé de temps dédié sur leur temps de travail. Y participer ne pouvait donc s'envisager que sur leur temps de repos.

[22] Hauray Boris. *Les conflits d'intérêts en médecine ou la mise en transparence des dynamiques d'influence industrielle*. Les tribunes de la santé 2024;79(1):15-23. Je renvoie aussi au cadre légal. En ligne : LOI organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique (1) - Légifrance et Décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme - Légifrance, consultés le 16 mars 2026.

et à réguler[23], ils continuent donc d'exister, se manifestant à l'extrême par la triade argent, gloire (via la fièvre des publications à tout prix conformément à l'aphorisme « *Publish or perish* »), pouvoir. Enfin, un autre motif plus insidieux de déception, que je propose de qualifier d'« ignorance volontaire », consiste à négliger sciemment des faits. Je prendrai pour seul exemple le fait d'ignorer les bénéfices thérapeutiques de l'effet de suggestion et de l'attention soignante (temps consacré, ré-explicitation de consignes, prise en compte de l'avis de la personne, etc.) en persévérant à n'invoquer que l'effet d'un médicament prescrit (parce qu'il importe en l'occurrence de le valoriser).

1.3 – Du malaise à la crise existentielle d'une soignante

En dépit d'un parcours professionnel considéré de l'extérieur comme réussi, saturée par ce tout scientifique, submergée par un sentiment d'impuissance et d'inadaptation jusqu'à l'étrangeté, mon malaise s'est accru et ma qualité de vie au travail s'est dégradé. Seules mon activité clinique et mes relations avec les malades sont toujours demeurées des ilots de satisfaction inentamée. Je ne partage ainsi résolument pas le dénigrement que certains font peser sur la clinique et la « rencontre » qu'elle soutient assurément[24]. Je désapprouve donc l'idée d'une illusion de la clinique et ne me résigne pas non plus à sa disparition annoncée même s'il faut bien avouer que la pratique de la médecine au lit du malade a beaucoup évolué en s'appauvrissant[25]. J'ai quant à moi pu préserver ma clinique et mon insatisfaction me semblait du coup faire écho à celle de ces patients déçus et critiques de la biomédecine[26]. Epuisement, mal-être au travail, perte d'entrain et de dynamisme ont fini par me faire *douter* de mes compétences et de mon aptitude à être encore à la hauteur de ma mission de soignante. Etais-je encore cette bio-soignante dévouée et convaincue ? me demandais-je. Je souffrais si ce n'est de *Burn-out*[27] du moins d'anxio-dépression. De l'arrêt de travail à une demande de détachement de mes fonctions hospitalières, mon univers professionnel s'était donc lentement fissuré jusqu'à s'effondrer. Un long cheminement s'est alors initié pour tenter de sortir de cette ornière.

1.4 – Une sortie de crise progressive au prix d'un abandon de carrière médicale

Si l'éloignement de la biomédecine dans sa pratique hospitalière actuelle m'a été très bénéfique, se posait alors la question de mon avenir professionnel. Désormais il me semble bien me reconnaître dans l'histoire de ces personnes faisant le choix d'un « abandon de carrière », à

---

[23] Lewandowsky Stephan, Bishop Dorothy, Leduc Michèle. *Ne laissons pas la transparence abîmer la science*. Raison présente 2017;N° 204(4).

[24] Foucault Michel. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses universitaires de France; 2015 [1963], p. 12 : « Cet accès à l'individu, nos contemporains y voient l'instauration d'un "colloque singulier" et la formulation la plus serrée d'un vieil humanisme médical, aussi vieux que la pitié des hommes. Les phénoménologies acéphales de la compréhension mêlent à cette idée mal jointe le sable de leur désert conceptuel ; le vocabulaire faiblement érotisé de la "rencontre" et du "couple médecin-malade" s'exténue à vouloir communiquer à tant de non-pensées les pâles pouvoirs d'une rêverie matrimoniale ».

[25] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris: Presses universitaires de France; 2009. Combe Sonia, Spire Antoine. *Op. cit*., p. 97-98.

[26] Lambrichs Louise L. *Op. cit*., p. 45-46 : « Les études médicales telles qu'elles sont conçues à l'heure actuelle ne forment-elles pas plutôt des techniciens, et à la rigueur des chercheurs, que des cliniciens ? N'est-ce pas aussi l'une des sources du mécontentement et de l'insatisfaction du public ? ».

[27] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du doute* et plus précisément au sous-chapitre intitulé *De l'importance du doute axiologique pour survivre à sa condition de soignant*.

l'instar de Pascal Quignard celle d'éditeur ou Constance Debré celle d'avocate. Et je me retrouve dans les mots de Quignard à ce sujet, à savoir le fait de « perdre pied », de « ne plus sentir très bien qui l'on est », d'aller vers une « nouvelle vie »[28]. Pour me sortir d'affaire, il me fallait, ainsi qu'y invite Quignard, oser aller vers de l'imprévisible et pour cela dit-il « il faut du sauvage »[29]. Pour Debré il se serait plutôt agi de « dégagement » jusqu'à l'effacement[30]. L'une et l'autre analyses me parlent. Plus personnellement, à la question qui m'avait été posée par un confrère conscient de mes difficultés d'alors : « Qu'aimerais-tu faire ? », je n'ai pu répondre à mon interlocuteur perplexe que par un mot : « Réfléchir ». Si rien n'était à ce moment-là clair et planifié, après plusieurs années, il me semble que ce long travail de recherche et de rédaction d'une thèse ne pouvait mieux concrétiser la simplicité de ce souhait : « réfléchir ». En mobilisant un sujet médical, je ne renonçais pas à mon passé professionnel puisque mon expérience acquise au contact des malades pouvait être mobilisée et valorisée. Dans le même temps, je pouvais enfin échapper à l'asphyxie du paradigme consistant à juger le discours de la biomédecine comme seul valable (*Sound science*) et à reléguer tout le reste au rang de *junk science*. Ce *tout le reste* – la littérature, la philosophie, la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, l'art, les approches complémentaires, etc. – est alors (re)devenu à la fois l'essentiel et absolument vital. Ce *tout le reste magnifique* pouvait enfin (re)trouver sa place de premier rang[31], constituer mon outil principal de travail, je dirais même mon compagnon de vie et me restituer un droit de penser et de « réfléchir ». Mais, ne serait-ce pas justement douter ?

1.5 – Le doute dans tout ça ?

La situation que je vivais me semblait alors très opaque. Pourtant, *a posteriori* – je veux dire à l'issue de cette thèse –, bien que d'abord indistinct et innommable, il apparaît que le doute était, à bien des égards, omniprésent. Il se trouvait à mon échelle de soignante car, outre que sans m'en rendre compte je mobilisais le doute comme un outil de travail (notamment clinique[32]), je traversais aussi ce que je peux désormais diagnostiquer comme une intense épreuve de *doute existentiel*[33]. Il se trouvait aussi à l'échelle de ce qu'amenaient les patients d'à la fois confus, compliqué, bouleversant et très souvent embarrassant pour la soignante que j'étais. Telle une partie immergée d'iceberg qui menace toujours de faire sombrer le navire qui cherche à l'accoster, je découvrirai au fil de mes recherches combien le doute est aussi, pour les patients, omniprésent, parfois massif, plutôt difficilement lisible et très globalement incompris[34]. Enfin,

---

[28] Quignard Pascal (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle], *La Grande Librairie*, France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017, consulté le 15 septembre 2020 : « Il faut perdre pied. Il faut ne plus sentir très bien qui l'on est. Quand on voit les rôles sociaux terribles que l'on nous fait vivre. C'est pourquoi j'ai tant aimé démissionner, changer de vie […] je me suis inventée une nouvelle vie. On ne peut pas se limiter à un seul rôle […]. Là j'ai trouvé une nuit où m'accomplir ».

[29] *Ibid.*

[30] Debré Constance. *Un peu là, beaucoup ailleurs*. Monaco: du Rocher; 2004.

[31] Préalablement à mes études médicales, j'avais entamé une hypokhâgne section S. Ce qui a ensuite motivé une réorientation vers la médecine reposait initialement sur l'idée d'aller vers la psychanalyse par le biais de la psychiatrie.

[32] Je renvoie aux sous-chapitres de la présente thèse, intitulés *Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant*.

[33] Je renvoie aux sous-chapitres de la présente thèse, intitulés *Jacques Chauviré ou le doute existentiel du soignant.*

[34] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des patients.*

le doute se trouvait inévitablement, mais le plus souvent sans être dit clairement, ni donc compris, dans l'interface de la relation qui se nouait avec plus ou moins de profondeur avec eux. C'est là aussi un objet d'importantes découvertes que ce travail de thèse a permis d'éclairer à savoir que le doute est un déterminant essentiel de la relation de soin. La façon dont le climat de confiance et l'efficacité même de cette relation peuvent en être affectés en atteste[35]. Pourtant, rien dans le cours de mes études et de ma formation ne m'avait préparée à considérer l'importance du doute en médecine ou dans le cadre de la relation de soin. L'injonction implicite de savoir et de maitrise invitait au contraire à taire le moindre doute en tant que soignant, en traitant les dossiers de telle sorte qu'ils ne se prêtent pas à la critique[36], ainsi qu'à juger (sur la base de la fiabilité des connaissances et des interventions biomédicales) les doutes des patients irrecevables. On est porté à se demander si, comme l'erreur ou la mort, le doute ne constituerait pas un tabou en médecine et donc un impensé de la formation médicale, ce qui pourrait expliquer qu'il ne soit pas investi conceptuellement. Puisqu'il est omniprésent, une telle situation de non-dit invite à réfléchir sur les limites du savoir médical et de l'action soignante. Il en résulte en effet une inaptitude à le reconnaître et à y faire face. Je m'avoue avoir été prise de désarroi et démunie lorsque j'ai pu prendre conscience de cette réalité du doute, ne sachant comment m'y prendre en plus de pressentir les impasses relationnelles auxquelles cela avait pu conduire.

1.6 – Une issue offrant des conditions propices à une thèse sur le doute en médecine

Je pense que ce travail n'a été possible que parce que j'étais loin de l'hôpital, détachée de mes fonctions soignantes et donc libérée des divers motifs d'empêchement que cela aurait pu générer parmi lesquels : manque de temps, défaut d'espace mental pour aborder en profondeur un tel sujet, interdit implicite de porter une attention critique aux organisations sanitaires et aux comportements soignants[37], impossibilité de pouvoir questionner mes propres repères, habitudes, représentations alors que des prises en charge médicales auraient été engagées et en cours. Il n'a peut-être aussi été possible que parce que je traversais cette crise existentielle, en pratique une intense épreuve de doute à l'égard de mon métier, de mes représentations d'alors et de mes aspirations profondes. Alors que j'avais d'abord été de ces bio-médecins qui, par méconnaissance des fondements de la médecine et par souci d'offrir une posture d'assurance, ne donnent pas l'apparence de douter, j'en étais brutalement submergée et démunie pour y faire face, pour *comprendre* telle une détective (si ce n'est une légiste) de ma propre histoire professionnelle. Il m'a donc fallu me dévêtir réellement et complètement de cette blouse

[35] Je renvoie aux trois chapitres de la présente thèse analysant chacun une relation singulière de soin : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus, Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet, Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz.

[36] Sicard Didier, *La pensée du malade est devenue inaudible*, Libération [Idées], publié le 31 mai 2023. En ligne : La «médecine personnalisée» se soucie du corps et non de la personne humaine, par Didier Sicard – Libération, consulté le 19 mars 2026 : « La puissance médicale ajoute à sa panoplie scientifique le terme de "compliance" pour soumettre le malade à une sorte de servitude volontaire. "Laissez-moi faire, c'est mon métier !" ».

[37] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. Paris : Folio; 1998, p. 298 : « L'important est que tourne la ronde des jours sans que personne ne s'interroge sur elle. Il faut colmater la brèche. Un hôpital est un navire calme dans la tempête. L'eau noire du doute ne doit pas envahir les soutes. Il sombrerait. La société est là toute-entière : la dépression est obligée, le désespoir est interdit ».

blanche dont je doutais désormais qu'elle me colle encore à la peau. Il m'a fallu me délester de mes représentations et des interdits de penser (pour dire de façon plus juste ce qu'avec pudeur on désigne comme le devoir de réserve) inhérents à l'environnement biomédical ainsi que me rendre pleinement disponible à d'autres lectures possibles et surtout d'autres discours que le discours exclusif autoritaire et donc excluant de la science biomédicale. De l'expérience de ce travail de thèse, je peux témoigner aujourd'hui qu'il m'a *transformée* rejoignant en cela l'analyse de Foucault à savoir qu'une « expérience est quelque chose dont on sort soi-même transformé »[38]. Dans la mesure où cette thèse reflète une partie essentielle de mon histoire personnelle (puisqu'elle en constitue un tournant important), elle est donc partie intégrante de mon identité narrative[39].

2 – Etat de l'art quant à la question du doute en médecine

En plus d'avoir été personnellement démunie sur le terrain même de la pratique médicale auprès des malades face à la question du doute, un constat étonnant a motivé et guidé ce travail. Hormis l'encensement par Claude Bernard du doute scientifique comme méthode de la recherche expérimentale, le doute en médecine semble constituer à la fois une tache aveugle et un objet d'incompréhension. Apprendre à douter – ce qui implique préalablement de prendre conscience de ses doutes, d'oser les exprimer et de ne pas en avoir peur – n'est pas enseigné aux étudiants en santé. Même les apports de Bernard en la matière demeurent méconnus par nombre d'acteurs de santé[40]. De plus, le doute en médecine est affecté par les mêmes représentations sociétales négatives et erronées que le doute en général[41]. Enfin, il n'y a globalement que très peu de travaux consacrés au doute dans le contexte spécifique de la médecine, y compris dans d'autres disciplines que la médecine elle-même, telles que les sciences humaines et sociales. L'état de l'art ici présenté en témoigne.

En utilisant le principal moteur de recherche PubMed de données bibliographiques relatives à la médecine et la recherche biomédicale, on trouve 43 500 articles référencés avec le seul mot clé « *doubt* », mais ce résultat souffre d'un parasitage très important. Parmi les raisons de ce parasitage, on retient surtout : le fait qu'en tant que mot clé, la recherche capte énormément d'articles mobilisant ce mot, non pas en tant que concept, mais au sein d'une locution adverbiale (« sans doute »), d'une expression (« aucun doute ») ou d'une formule conclusive (« il n'y a pas de doute que ») ; la confusion sémantique entre doute et incertitude, ainsi que cela sera

---

[38] Foucault Michel, Defert Daniel (dir.), Ewald François (dir.), Lagrange Jacques (collaboration). *Dits et écrits. Tome IV 1980-1988*. Paris: Gallimard; 1994, p. 41 ; p. 42 : « Je suis un expérimentateur en ce sens que j'écris pour me changer moi-même et ne plus penser la même chose qu'avant » ; p. 43 : « L'idée d'une expérience limite, qui arrache le sujet à lui-même, voilà ce qui a été important pour moi dans la lecture de Nietzsche, de Bataille, de Blanchot, et qui a fait que, aussi ennuyeux, aussi érudits que soient mes livres, je les ai toujours conçus comme des expériences directes visant à m'arracher de moi-même, à m'empêcher d'être le même ».

[39] Ricœur Paul *Temps et récit. Tome 3 : Le temps raconté*. Paris: Seuil; 1985, p. 439-448. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Se situer au plus près de l'identité narrative des acteurs de la relation de soin*.

[40] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[41] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche sémantique du doute : Polysémie et diachronie du terme de doute*.

développé spécifiquement[42] ; le doute appréhendé comme symptôme du trouble mental qu'est le trouble obsessionnel compulsif qui fera aussi l'objet d'un développement[43]. Différents points d'intérêt ont cependant pu être repérés relativement au doute des soignants, en particulier son intrication avec des questions telles que le pouvoir d'agir, la confiance en soi et l'estime de soi, mais aussi les responsabilités et les valeurs qu'ils attachent à leur métier[44]. En croisant « *doubt* » et « *care relationship* », on recense 753 articles mais le doute n'y est pas appréhendé comme un déterminant de la relation de soin, y compris avec l'ajout des mots clés « *trust* » ou « *confidence* ». Ce n'est pas le doute en lui-même qui est analysé dans ces articles mais un sujet spécifique à propos duquel il est émis un éventuel motif de doute. Aucun article n'a donc pu être retenu. En croisant « *doubt* » et « *skepticism* », on recense un peu plus de 200 articles dont le contenu s'avère plus fructueux, au risque d'une confusion entre les deux termes alors même que le scepticisme n'a pas l'apanage du doute[45]. Quoi qu'il en soit différentes études se sont avérées utiles sur des thématiques telles que le scepticisme médical[46], notamment en matière vaccinale[47], ou encore, mais de façon moins pertinente, les explorations neurocognitives et psychologiques susceptibles d'éclairer la propension au doute sceptique et le rapport, y compris faussé, à la vérité[48]. De façon notable, et sans pour autant être référencés PubMed, deux articles remarquables tirés de revues médico-scientifiques ont pu être identifiés sur le sujet doute et médecine. Tout d'abord, l'article *Doubt is the doctor's pillow*[49], publié en 2014 par un interniste dans la rubrique « Histoire de la médecine » d'une revue médicale espagnole s'intéresse à l'omniprésence du doute en médecine et invite à considérer le doute comme un outil incontournable de la pratique clinique. C'est par ailleurs un article publié en 2017 par un oncologue dans la rubrique « Notes » du Lancet, sobrement intitulé *Doubt*[50] et qui s'avère être un condensé de réflexion philosophique s'appuyant sur des références littéraires dont *The tempest* de William Shakespeare[51] et *To Kill a Mockingbird* de Harper Lee[52]. Entre le théâtre

---

[42] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au sens d'hésitation introduit un lien étroit avec la condition d'incertitude*.

[43] A titre d'exemple d'articles recensés : Ron Omri, Oren Ela, Dar Reuven. *The doubt-certainty continuum in psychopathology, lay thinking, and science*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016;53:68-74. Samuels Jack, Bienvenu Joseh O., Krasnow Janice, Wang Ying, Grados Marco A., Cullen Bernadette*, et al. An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2017;75:117-24. Chiang Brenda, Purdon Christine. *A study of doubt in obsessive-compulsive disorder*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2023;80:101753. Je renvoie par ailleurs au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Psychiatriser le doute ou comment évacuer et interdire le doute des patients*, où la question du doute comme symptôme psychopathologique est abordée.

[44] Entre autres articles : Fredriksen Stale. *Limits to doubt*. Theor Med Bioeth 2005;26(5):379-95. Kwon Lawrence. *Navigating self-doubt in modern medicine*. J Hosp Med 2025;20(3):308-9.

[45] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche sémantique, historique et philosophique du doute*.

[46] Entre autres articles : Fiscella Kevin, Franks Peter, Clancy Carolyn M. *Skepticism toward medical care and health care utilization*. Med Care 1998;36(2):180-9.

[47] Entre autres articles : Ten Kate Josje, de Koster Willem, van der Waal Jeroen. *Becoming skeptical towards vaccines: How health views shape the trajectories following health-related events*. Soc Sci Med 2022;293:114668.

[48] Entre autres articles : Mills Candice M., Elashi Fadwa B. *Children's skepticism: developmental and individual differences in children's ability to detect and explain distorted claims*. J Exp Child Psychol 2014;124:1-17. Turri John. *Skeptical appeal: the source-content bias*. Cogn Sci 2015;39:307-24. Pfander Jan, Altay Sacha. *Spotting false news and doubting true news: a systematic review and meta-analysis of news judgements*. Nat Hum Behav 2025;9(4):688-99.

[49] Torres Henrique Oswaldo da Gama. *Doubt is the doctor's pillow*. Revista Médica de Minas Gerais 2014;24(1):114-8.

[50] Guglani Sam. *Doubt*. The Lancet 2017;390(10104):1731.

[51] Shakespeare William. *La tempête*. Paris: Librairie Générale Française; 2011 [1623].

[52] Lee Harper. *To Kill a Mockingbird (slipcased edition)*. New York: HarperCollins; 2006.

des illusions et l'intrigue narrative truffée de rebondissements et brouillant l'appréciation du vrai et du faux jusque dans un tribunal, Sam Guglani ouvre un horizon inattendu. Il invite à une tout autre approche pour réfléchir au doute en médecine qui va s'avérer particulièrement pertinente pour le présent travail de thèse. Son message particulièrement fort mérite, par ailleurs, d'être relevé tant il éclaire aussi certains développements à venir : « Nous devrions douter plus, douter mieux, interroger les convictions et les préjugés silencieux de la médecine »[53] conclut-il.

S'agissant de livres qui seraient spécifiquement consacrés à la question du doute en médecine – et mettant à part la littérature relative à l'agnotologie[54] ainsi que je vais y revenir – nous n'en avons pas identifiés ni en langue française, ni en langue anglaise. Le seul livre pouvant entrer dans cette catégorie, sans pour autant y être totalement consacré est *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*[55], publié en 1994 et non traduit. Il s'agit d'un ouvrage interdisciplinaire dont les auteurs principaux ne sont pas médecins mais, pour l'un sociologue (Clive Seale), pour l'autre spécialiste d'éthique et de théologie (Stephen Pattison). Le livre est très intéressant en ce qu'il se propose d'étudier l'évolution des connaissances et des pratiques médicales en mobilisant une analyse historique et transculturelle (intégrant donc les médecine traditionnelles). Ce faisant il questionne la pertinence de la prééminence du modèle scientifique dans la médecine occidentale alors même que tout un chacun s'appuie au quotidien sur des savoirs profanes pour penser la santé et les maladies, ainsi que se soigner. Bien qu'examinant les facteurs, y compris socio-culturels, affectant la qualité de la relation de soin, le doute n'y est pas considéré de façon centrale ni analysé de façon systématique. Les auteurs invitent plutôt à s'autoriser un regard critique (donc à douter au sens d'interroger et mettre en cause) sur la suprématie et les écueils du modèle biomédical dominant. Entre autres livres, un ouvrage de Jean-Christophe Mino, étudiant l'impact de l'orientation techno-scientifique sur la dimension humaine de la médecine, inclut un chapitre intitulé « Savoir douter »[56] qui s'intéresse au doute des soignants au sein même d'une équipe hospitalière.

Une importante littérature porte sur ces acteurs scientifiques, y compris médecins, qualifiés de *semeurs de doute*. Leur dessein est la production stratégique d'ignorance, mécanisme qu'étudie l'agnotologie et que les *Ignorance Studies* relatent depuis près de deux décennies[57]. De façon très élaborée et au gré d'intérêts (industriels et financiers) parfois colossaux, ce phénomène consiste à cibler des données établies comme vraies (telles des données validées scientifiquement) afin de les couvrir, de façon abusive et injustifiée, d'une ombre de doute. En les rendant ainsi douteuses, certaines connaissances deviennent inutilisables et réintègrent,

---

[53] Guglani Sam. *Op. cit.*: "We should doubt more, doubt better, interrogate medicine's loud convictions and quiet biases".
[54] Girel Mathias. *Agnotologie : mode d'emploi*. Critique 2013;n°799(12):964-77. Proctor Robert, Girel Mathias. *Robert Proctor et la production de l'ignorance*. Critique 2013;n°799(12):992-1005.
[55] Seale Clive, Pattison Stephen. *Medical Knowledge: Doubt and Certainty*. Buckingham: Open University Press; 1994.
[56] Mino Jean-Christophe. *Soins intensifs. La technique et l'humain*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012.
[57] Gross Matthias, McGoey Linsey. *Routledge International Handbook of Ignorance Studies: Second Edition*. England: Routledge; 2022. Le Marec Joëlle, Raymond Lucie. *Fabrique des ignorances et responsabilités des chercheurs et chercheuses*. Communication & langages 2023;N°214(4):25-32.

selon l'expression de Mathias Girel, les « territoires de l'ignorance »[58], tandis que d'autres se voient anormalement survalorisées voire s'y substituent. Ce champ spécifique d'étude, consistant en l'usage perverti et fauteur du doute, ne fera pas partie des aspects étudiés dans le présent travail de thèse, sans pour autant en nier les effets à plus d'un titre délétères. Ce phénomène contribue, de fait, à une vision extrêmement négative non seulement du doute, en l'associant inextricablement à l'ignorance, mais aussi des scientifiques. C'est là toute la question du *doute (dé)raisonnable*[59], puisqu'en étant utilisé comme écran de fumée, il peut générer de véritables zones d'ignorance à même de tromper les personnes qui y sont soumises. Dans la pratique clinique, le médecin n'est lui-même pas indemne de mobiliser de tels effets (par exemple pour des raisons de confort, de paternalisme, d'autorité) qui peuvent ainsi générer des zones d'ignorance chez leurs patients. Le sujet est trop vaste et spécifique pour être abordé dans cette thèse, ce d'autant qu'il impliquerait d'aborder aussi la valeur positive de l'ignorance en tant qu'elle peut être visée par les scientifiques comme point de départ pour leurs recherches et ouvre ainsi des champs de connaissance à venir[60].

C'est pourquoi, hormis les deux ouvrages cités plus haut et les quelques articles scientifiques sélectionnés, cette recherche bibliographique centrée sur la littérature spécifiquement médicale et scientifique s'est révélée très peu fournie. Un tel constat tend à confirmer cette idée d'un possible impensé du doute en médecine, y compris parmi les auteurs qui ont le plus réfléchi à la pratique médicale et à la relation de soin. Entre autres exemples, il est marquant de l'observer aussi chez un auteur confirmé comme Gérard Reach. Dans un chapitre de son dernier ouvrage, qu'il intitule « Dix éloges pour une médecine humaine »[61], il liste pêlemêle et développe un ensemble hétérogène de déterminants (état, qualité, action) pour en faire l'éloge : l'asymétrie ; le caractère ; la sympathie ; la délibération ; la confiance ; la gentillesse ; la conversation ; l'écoute : le récit et la médecine narrative ; l'hospitalité ; l'amour. Il n'y a donc pas d'éloge du doute, lequel n'est pas non plus mentionné ailleurs dans l'ouvrage. La délibération est certes reconnue comme au fondement d'un modèle renouvelé de la relation de soin fondé sur la décision médicale partagée. Il y est fait mention du respect de l'autonomie du patient et de l'importance, en conséquence, de prendre en compte *ses* préférences et *sa* décision. La confiance est aussi présentée comme « le pivot du soin »[62], mais Reach semble fonder son occurrence sur l'aptitude du médecin à « *encourage[r] les questions et y répond[re], s'il donne des explications* », ce qu'il résume dans le principe « d'éducation thérapeutique du patient (ETP) »[63]. S'il mobilise enfin le fait de « pouvoir se parler » comme une condition autant de la

[58] Girel Mathias. *Science et territoires de l'ignorance*. Paris: Quae; 2017. Girel Mathias. *Le pragmatisme au défi des études sur l'ignorance*. Communication & langages 2022;n°214(4):33-51. Mathias Girel note qu'il « a pu y avoir débat sur ce point, car certains hésitaient à faire rentrer ce dont on doute (et qui est cependant vrai) dans la rubrique de l'ignorance, mais il semble clair que si l'on doute d'une proposition *p*, il est problématique de se voir prêter dans le même temps une connaissance que *p*. ». Or il ajoute qu'« une personne qui doute d'une proposition vraie l'ignore ».

[59] Vorms Marion. *Qu'est-ce qu'un doute raisonnable ?* Revue philosophique de la France et de l'étranger 2018;143(3).

[60] Firestein Stuart. *Ignorance. How It Drives Science*. Oxford: Oxford University Press, USA; 2012. Firestein Stuart. *Les Continents de l'ignorance*. Paris: Odile Jacob; 2014.

[61] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Etude philosophique d'une rencontre*. Paris: Hermann; 2022 p. 345-380.

[62] *Ibid*., p. 353.

[63] *Ibid*.

confiance que de la conversation (« En un mot, *s'ils se parlent* »[64], écrit-il), ce silence sur le sujet du doute questionne. Pour Reach aussi, il y aurait un scotome sur le doute. Parmi les hypothèses qui pourront être discutées pour tenter de comprendre cette situation, on peut déjà suggérer, d'une part celle que le doute ne serait considéré que comme une « attitude de méfiance »[65] dont il est alors logique de ne pas faire l'éloge, d'autre part celle qu'il n'y aurait de doute en médecine que le doute méthodique dédié à l'expérimentation scientifique tel que préconisé par Claude Bernard.

Malgré la pauvreté apparente de la bibliographie médicale sur le sujet du doute en médecine, il ne devrait cependant pas être considéré comme totalement relégué. La séance de rentrée solennelle 2010 de l'Institut de France, dont le thème était le doute, en témoigne[66]. L'académicien André Vacheron, représentant l'Académie des sciences morales et politiques ainsi que l'Académie de médecine, a prononcé un discours intitulé « Doute en médecine »[67] ; l'académicienne Anne Fagot-Largeaut, représentant l'académie des sciences dans la section de biologie humaine et sciences médicales, a prononcé quant à elle un discours intitulé « Doute et recherche scientifique ». Or, il faut de nouveau bien souligner (ainsi que la bibliographie le montrait déjà) combien le propos se focalise essentiellement sur, d'une part la dimension scientifique de la médecine, d'autre part le caractère toujours probabiliste de toute pratique médicale – que Vacheron qualifie de « cascade de probabilités » –, enfin les difficultés inhérentes aux prises de décision en situation d'incertitude. Autant de points essentiels et devant être développés mais qui n'apportent pas ou peu d'éclairage sur la question du doute chez les patients (ici qualifié simplement de « manque de confiance ou de compréhension ») ainsi qu'au cœur même de la relation de soin, c'est-à-dire dans ce qui se joue dans la rencontre unique et singulière entre un patient et un soignant. Un implicite se cache peut-être derrière cette façon d'aborder le doute en médecine, à savoir qu'il n'y aurait de doute utile que porté par les soignants et fondé sur la rationalité médicale et scientifique, ainsi que l'illustrent certaines analyses, y compris philosophiques très récentes[68], sur lesquelles il faudra revenir. Fagot-Largeaut ajoute à cette approche négative du doute, puisqu'il est qualifié par Vacheron d'« adversaire » à « éliminer ». Elle discute, en effet, la place du doute dans l'éthos du scientifique, en soulignant non seulement les dangers du doute déraisonnable qu'essaiment les fauteurs de doute cités plus haut, mais aussi la menace pour l'action qu'il peut représenter à l'échelle de la santé publique lorsqu'il conduit à l'inaction ou à la suspension de l'action sur la base du principe de précaution. Or, le présent travail de thèse s'intéresse à l'épreuve du doute en médecine tel qu'il advient à l'échelle individuelle (chez le patient et chez le soignant) et au

[64] *Ibid*.
[65] Le Coz Pierre. *Le doute : facteur d'inertie ou vecteur de progrès pour la science ?* Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2022;206(1):127-32 : « Le doute caractérise une attitude de méfiance ».
[66] Séance de rentrée solennelle 2010 de l'Institut de France. En ligne : Le doute : séance de rentrée solennelle 2010 des cinq académies | Les Podcasts de l'Institut, consulté le 7 février 2026.
[67] Le verbatim du discours d'André Vacheron est disponible en ligne : vacheron.pdf, consulté le 7 février 2026.
[68] Le Coz Pierre. *Op. cit.* : « Le doute est un vecteur de connaissances lorsqu'il est fondé sur des raisons, mais il peut aisément se renverser en facteur d'inertie, lorsqu'il est alimenté par des affects. Les causes non rationnelles du doute sont l'amour-propre, la peur du discrédit social, les croyances idéologiques, le moralisme, la passion égalitariste ou les conflits d'intérêts ».

cœur de leur relation singulière, et ne saurait s'étendre jusqu'à l'ample domaine de la santé publique

3 – Pourquoi la philosophie pour traiter la question du doute en médecine ?

Le doute est, depuis l'Antiquité, une question philosophique par excellence. Pourtant, et de façon étonnante, tout en continuant d'animer les philosophes, la question de la place du doute et ses déclinaisons épistémiques (autres que le seul doute scientifique) ne semblent avoir jamais été pensées de façon systématique dans le contexte spécifique de la médecine. Alors donc que le doute est une question lancinante de la philosophie, le fait qu'il puisse être un impensé en médecine, ou du moins qu'il tende à n'être ramené qu'à sa seule dimension méthodologique, est à l'origine d'un vide conceptuel, au moins partiel, en la matière. Or, les occurrences de doute face à la maladie et dans la pratique médicale, y compris la plus courante, sont récurrentes et inévitables. Déconnecté des besoins vitaux immédiats des personnes, le doute méthodique bernardien, inspiré de Descartes, se révèle, dans de tels contextes, inopérant. Les acteurs impliqués (soignants, patients, proches ou tout autre) peuvent ainsi s'éprouver sans ressource pour appréhender de façon pratique et constructive ces situations concrètes de doute (qui peuvent être très prosaïques autant qu'engager des enjeux vitaux). Sans compter qu'ils se trouvent d'autant plus démunis et en difficulté qu'ils sont eux aussi imprégnés par les préjugés et les représentations erronées qui entachent le doute. Qu'ils refoulent ou intériorisent leurs doutes, ou bien tout au contraire qu'ils les brandissent d'une façon suspicieuse voire accusatoire, le malaise qui se joue alors est à risque d'incompréhension, de conflit voire de rupture du lien entre patient et soignant. Par un éclairage philosophique des situations de doute, ainsi qu'en mobilisant les principes de ce qui serait à la fois une philosophie clinique et une philosophie narrative, l'objectif de ce travail est de tenter d'aider concrètement les acteurs de la relation de soin à faire l'expérience d'une vraie rencontre et à mieux vivre le « projet de soin » qui les unit.

3.1 – Des objectifs et un corpus philosophique ayant pour visée une application pratique

L'objectif de cette thèse n'est pas de revisiter la question philosophique du doute mais de tenter de l'éclairer à l'aune du contexte médical et plus particulièrement à l'interface relationnelle qui lie patient et soignant. Car c'est à cet endroit que peut se construire, de façon déterminante, un projet de soin qui ne se réduirait pas à un simple échange utilitaire de biens et de services consistant à les prescrire et les délivrer pour l'un (le soignant), à les consommer pour l'autre (le patient). Œuvrer à accompagner chaque patient dans le respect d'une norme de santé qui lui est propre se joue précisément au cœur de cette interface jamais garantie et qu'il ne faut donc jamais cesser de (re)construire et (ré)interroger. Or c'est aussi à cet endroit que le doute s'avère particulièrement à risque de produire ses effets de dissension et de fossé entre patient et soignant. Bien qu'inexprimé sous l'effet d'un tabou particulièrement frappant en médecine, le doute semble pourtant y occuper une place essentielle en tant qu'il y intervient comme un composant inévitable, mais qui pourrait tout autant être toxique que favorable, à tout le moins

déterminant pour la qualité de l'interaction entre patient et soignant, le climat de confiance et les tensions qui la traversent et qui ne sont pas forcément négatives et délétères. C'est pourquoi il s'agit ici de mettre le sujet du doute à l'épreuve d'un étonnement philosophique renouvelé, non seulement au regard des tensions à l'œuvre entre patients et soignants, mais aussi des questions, innombrables et graves, relatives aux situations de maladie et de soins, à l'état de handicap ou à la notion de rétablissement, qui se jouent au cœur de leur relation de soin.

Trop ambitieux tant le sujet inépuisable du doute est foisonnant et le champ médical particulièrement vaste et complexe, ce travail ne peut absolument pas prétendre à l'exhaustivité et ne pourra qu'être entaché de maladresses. Il s'agit d'essayer de combler les zones de vide conceptuel en proposant des concepts à usage pratique pour les soignants, c'est-à-dire propres à faire du doute un sujet d'intérêt et de réflexion, en plus d'être un outil clinique pour la décision et l'action, plutôt qu'une crainte, un tabou et un motif de discorde entre patients et soignants. Que les acteurs de santé puissent s'en outiller leur permettrait peut-être d'accueillir plus favorablement l'incrédulité, les craintes et les questionnements, nombreux et légitimes, de leurs patients plutôt que de risquer de les mal-interpréter voire de les traiter par l'indifférence ou le mépris. Inversement, les patients pourraient mieux comprendre l'attitude et le raisonnement des soignants plutôt que de les considérer comme froids, inhumains et opaques. Plus encore l'espoir s'invite alors que patients et soignants puissent partager sans crainte leurs doutes respectifs et dialoguent plus librement à partir de leur dévoilement comme autant de motifs de discussion et de débat à même de renforcer la relation de soin qui les unit.

Ces considérations permettent d'éclairer le choix d'éclairer le doute à partir d'un corpus philosophique très sélectif – ainsi que développé dans un chapitre dédié[69] – incluant le scepticisme antique, la philosophie de Descartes, la phénoménologique de Husserl et le pragmatisme américain. Il n'a cependant pas été possible d'explorer finement tous les auteurs et courants philosophiques qui, depuis l'Antiquité, auraient pu apporter un éclairage intéressant aux questions soulevées dans cette thèse quant au doute en médecine, ni d'être exhaustive quant à l'épistémologie du doute. Dans l'immense corpus des auteurs philosophiques nous avons volontairement sélectionné quatre grands courants philosophiques très distincts d'un point de vue conceptuel (scepticisme, cartésianisme, phénoménologie husserlienne, philosophie pragmatiste américaine). Pour leurs connaissances et leur expérience du terrain de la clinique et des soins, une attention particulière a aussi été portée aux œuvres philosophiques produites par des médecins, au premier rang desquels Georges Canguilhem et Claude Bernard[70]. L'objectif était, en effet, d'essayer d'outiller les soignants, quels qu'ils soient, grâce à des concepts abordables, clairs, opérationnels et mobilisables dans leur pratique courante auprès des malades. L'espoir non voilé est celui d'une approche philosophique qui puisse être utile à la clinique. Qu'en s'emparant de ces concepts tels des outils d'une « philosophie pratique », les acteurs de la relation de soin puissent mieux tolérer et accueillir les situations de doute, en améliorer la compréhension et le partage réciproque, lequel partage pourrait en retour contribuer à améliorer la qualité de la rencontre entre patients et soignants.

[69] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche philosophique du doute : un usage universel mais une diversité d'approches*.
[70] D'autres auteurs ont été mobilisés parmi lesquels Reach Gérard, Sicard Didier, Weber Jean-Christophe.

3.2 – Une approche rejoignant les principes d'une philosophie clinique

Dans ce travail, je mobilise le concept de philosophie clinique dont l'explicitation et la définition reviennent aux philosophes Martin Dumont et Frédéric Worms. Elle pourrait lapidairement se résumer en « une philosophie qui repart toujours de l'expérience du soin et des patients »[71]. En cela, la philosophie clinique pourrait trouver une parfaite application à la présente thèse s'attachant résolument à réfléchir à partir de l'expérience vécue par les acteurs de la relation de soin. Des précisions quant aux spécificités du présent travail doivent cependant être apportées afin d'en apprécier au mieux l'adéquation à cette façon innovante de mobiliser la philosophie dans le contexte particulier de la médecine. A cet égard, même s'il n'implique pas de renoncer à la philosophie clinique, le fait qu'une partie notable du matériel expérientiel mobilisé soit essentiellement de nature narrative doit être discuté.

3.2.1 – La philosophie clinique reconnait la primauté de l'expérience

Cette sous-classification dite « clinique » de la philosophie de la médecine sonne étrangement aux oreilles d'un médecin. La clinique renvoie, d'un point de vue médical, à une activité pratique au plus près du corps du malade, voire à son contact. La relier à la philosophie est apparu pour le moins étonnant voire source d'incompréhension, *a fortiori* s'agissant d'une activité de plus en plus dévalorisée au point de menacer de disparaître[72]. En préambule du tout premier séminaire de philosophie clinique organisé au sein de la chaire de philosophie de l'Hôtel Dieu à Paris, Dumont souligne l'importance de ce qu'il qualifie de « dialogue fécond entre clinique et philosophie »[73]. La première, par les réalités multiples, complexes, extrêmes et parfois nouvelles auxquelles elle confronte, est une source fertile de réflexion philosophique. La philosophie, qui peut quant à elle les éclairer en retour, voit ainsi « surgir un ensemble de problèmes, de questionnements, dont certains sont inattendus, renouvelant son étonnement premier ; qui pour d'autres donnent une vigueur et une urgence nouvelle à des questions qu'elle a de longue date identifiées »[74]. La médecine permet donc de réactualiser des questions philosophiques inépuisables. Celle du doute précisément en est une. « Ainsi la clinique a-t-elle une valeur critique sur les conceptualisations philosophiques » et invite à les revisiter, éventuellement jusqu'à « remettre en cause des conceptions fossilisées, devenues trop habituelles »[75].

Le terme « clinique » pour qualifier cette pratique philosophique peut d'emblée questionner, voire susciter une certaine confusion dans le corps soignant. En médecine, il renvoie à tout ce qui se pratique par les soignants au lit du malade dont l'examen physique des patients mais aussi l'enseignement des étudiants en santé. En psychologie et en sociologie, il renvoie à une

---

[71] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage : histoire, épistémologie, éthique*. Université Paris sciences et lettres: Thèse de doctorat en Philosophie; 2017 En ligne Thèse Martin Dumont – Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage - 2017, consulté le 20 juin 2025.

[72] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.

[73] Dumont Martin, Propos de présentation en ouverture du séminaire de philosophie clinique, Chaire de philosophie de l'Hôtel Dieu (AP-HP / ENS), publié le 21 octobre 2021. En ligne : Programme 2020 - 2021 de la Chaire de philosophie de l'Hôtel Dieu | APHP, consulté le 05 février 2026.

[74] *Ibid.*

[75] *Ibid.*

méthode d'observation. Pour Dumont, qui le mobilise au prisme d'une recherche philosophique spécifiquement centrée sur les greffes de mains et de visage, le terme clinique relève de l'*expérience*, quel que soit l'acteur considéré. « Par réalité clinique nous entendons donc celle qui repose sur ou a pour horizon l'expérience même de la greffe vécue par les patients, mais aussi par les équipes médicales et jusqu'au public qui en prend connaissance »[76], écrit-il en ce sens. Le terme clinique n'est donc ici pas restreint à l'activité des soignants mais renvoie plus globalement à toute expérience en contexte médical, y compris donc aussi celle des patients ou de tout autre. Il insiste sur la centralité de l'expérience au point de préciser que la perspective clinique doit être considérée « au ras de l'expérience même »[77]. La philosophie clinique étant « une philosophie qui garde constamment la clinique comme point focal de ses analyses, de ses observations et des questionnements », elle est donc « à l'écoute des réalités cliniques » mais « également centrée sur l'expérience du soin et celle du patient, car c'est en elles que toutes les interrogations que soulèvent les greffes [ou toute autre condition médicale] prennent naissance »[78]. Ce qu'il qualifie plus loin de « dialogue avec les pratiques médicales et les expériences singulières »[79] et qui est constitutif de la relation de soin, comme les tensions, problèmes et contradictions qui la parcourent, offre ainsi une matière privilégiée d'étonnement et de réflexion à la philosophie en général, et à la philosophie clinique tout particulièrement, pour éclairer ces réalités.

Worms en propose, quant à lui, une définition extensive puisqu'il associe le terme *clinique* à « l'expérience humaine de la maladie ou de la négativité vitale en générale »[80], tout en insistant sur cet élément fondamental qu'il s'agit d'« une expérience subjective du négatif comme tel »[81]. Cette expérience humaine de la négativité vitale est donc appréhendée sous toutes ses formes, y compris, mais non exclusivement, celle de la maladie, entendue donc sous le signe de la mortalité. La philosophie clinique est alors, pour Worms, une « philosophie pour laquelle l'expérience humaine de la négativité vitale […] est une expérience première »[82] à partir de laquelle les autres questions vont découler et être appréhendées. Ce qui le conduit à la proposition suivante : « Une philosophie clinique est une philosophie […] qui part donc de la clinique pour résoudre les grandes questions théoriques que se pose l'être humain quand il réfléchit »[83]. Ainsi que la négativité vitale vient brutalement le rappeler – individuellement en cas de maladie, collectivement en cas de pandémie – l'expérience est première par rapport à la pensée. Et c'est de cette expérience que toutes les interrogations prennent leur source. « Car c'est bien de la clinique elle-même que surgissent les questions, y compris scientifiques » précise Dumont. Autrement dit, Dumont et Worms formulent et défendent la thèse forte

[76] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Op. cit*. p. 21.
[77] *Ibid.*
[78] *Ibid.*, p. 3.
[79] *Ibid.*, p. 857-858.
[80] Worms Frédéric (orateur), Dumont Martin (organisation). *Sur la méthode de la philosophie clinique*. Séminaire de « Philosophie clinique » de la chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, séance du 1er mars 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 1er mars 2021 - Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, consulté le 05 février 2026.
[81] *Ibid.*
[82] *Ibid.*
[83] *Ibid.*

suivante, à savoir que l'expérience du corps vivant, l'expérience de la clinique, est première non seulement dans le domaine du savoir médical, mais dans le savoir en général.

3.2.2 – Pertinence et limites de la philosophie clinique pour le présent projet de thèse

Ce travail, ayant pour sujet la question du doute en médecine, et plus particulièrement au cœur de la relation de soin, a eu pour ambition de toujours (re)partir de l'expérience de chacun des acteurs impliqués, tout particulièrement les patients, d'être résolument ancré dans le terrain des soins et de la pratique clinique portée par les soignants. La philosophie clinique a ainsi semblé être en parfaite adéquation avec l'ambition d'un tel projet. Son ambition était, en effet, de réfléchir avec les outils et les apports de la philosophie à partir de l'expérience concrète des acteurs de la relation de soin, et non pas d'illustrer grâce à des exemples de la réalité médicale des concepts philosophiques préexistants. Pour autant, les particularités quant au matériel expérientiel ici mobilisé et porté à l'étude et à la réflexion philosophique doivent être précisées, notamment le fait d'avoir renoncé à un travail d'enquête de terrain auprès des patients et des soignants au profit d'un corpus littéraire.

S'agissant d'explorer l'expérience des soignants quant à la question du doute, ma propre expérience professionnelle de clinicienne, en tant que praticienne hospitalière à l'Assistance publique, a été pleinement mobilisée. Mes observations accumulées des patients comme des soignants, ainsi que mon expérience de la relation de soin et des soins eux-mêmes ont été mis à l'épreuve de la critique philosophique. L'expérience d'autres professionnels de santé a été utilisée en m'appuyant pour cela, outre les témoignages de consœurs et confrères, d'une part sur un corpus littéraire[84], d'autre part sur des essais critiques produits par des soignants sur leurs propres pratiques[85], enfin sur des œuvres d'investigation, y compris journalistique, incluant ou pas le témoignage direct de soignants[86].

S'agissant d'explorer l'expérience des patients, le risque de biais multiples d'une recherche de terrain a conduit à y renoncer. Pour ne prendre que cet exemple remarquable, une recherche ayant pour objet les greffes de mains et de visage n'implique qu'un très faible nombre de patients, de rares services de soins spécialisés et d'aussi rares professionnels (en dépit de leur diversité disciplinaire)[87]. A contrario, parce qu'elle ouvre des champs particulièrement vastes à l'aune d'un nombre considérable de facteurs et de leurs combinaisons possibles, une recherche portant sur le doute en médecine invite à considérer des typologies de doute très diversifiées. Or le choix de certaines disciplines et spécialités plutôt que d'autres, de certaines maladies, de

[84] Je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *Un corpus littéraire centré sur le récit des patients*.

[85] Pour appuyer cette réflexion critique de soignants sur leur propre expérience de clinicien, sont notamment mobilisés les ouvrages suivants : Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.* ; Mino Jean-Christophe. *Op. cit.* ; Weber Jean-Christophe. *La consultation*. Paris: Presses Universitaires de France; 2017.

[86] Parmi les œuvres d'investigation centrées sur la pratique des soignants : Berger John, Mohr Jean (Photo), Lederer Michel (Trad.). *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*. Paris: l'Olivier; 2009 ; Sorman Joy. *À la folie*. Paris: Flammarion; 2021. Des documentaires radiophoniques relatant de telles investigations ont aussi été mobilisés, parmi lesquels : Chaudet Emilie, Laffon Cécile. *Des vivants jusqu'à la mort* [série documentaire radiophonique en 4 épisodes]. France Culture, 2024. En ligne : Fin de vie, des vivants jusqu'à la mort : un podcast à écouter en ligne | France Culture, consulté le 6 février 2026.

[87] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Op. cit*.,

certains patients, de certains professionnels, de certains établissements, y compris au sein d'une même discipline médicale, constitue un énorme biais de sélection du terrain d'étude. Il n'est qu'à considérer l'immense variété des cancers, y compris ceux affectant un même organe, ce qui en fait des maladies et des histoires médicales radicalement différentes et donc incomparables. En plus du constat d'une impossible exhaustivité clinique, étant donné l'infinie diversité des situations possibles et l'arbitraire des choix qui auraient dû être opérés, une autre source majeure de biais a justifié de renoncer à une recherche de terrain. Etant moi-même médecin, il était illusoire de croire qu'en tant qu'investigateur je puisse me dévêtir complètement de ma blouse blanche, de la posture et des préjugés qui lui sont inhérents. En d'autres termes, du fait de ma profession soignante, du conditionnement comportemental et réflexif qu'elle génère, dont des effets de scotome sur certains points pourtant essentiels pour les patients et leurs proches, sans compter les difficultés à pouvoir réprimer toutes convictions personnelles en la matière et à maintenir ce que Sylvie Fainzang qualifie de « neutralité axiologique »[88], je constituais le principal biais d'une étude de terrain. Le risque majeur étant de fausser – sous l'œil de l'enquêteur dominant et défensif à la fois que j'aurais pu être – la libre expression, l'écoute, la lecture et l'analyse de l'expérience des patients (mais aussi d'éventuels soignants qui auraient pu être également enquêtés). Il s'est donc agi de se prémunir de tous ces biais d'enquête possibles, dont celui de focaliser son objet sur certains sujets plutôt que d'autres, mais aussi d'influencer et donc de modifier les attitudes, les témoignages et même les raisonnements des patients enquêtés. Il était donc essentiel, non pas de recueillir mon expérience de l'expérience des patients, mais de pouvoir disposer de leur propre expérience – singulière et subjective[89] – et de leur point de vue à eux, produit par eux-mêmes, de la façon la plus directe possible. C'est pourquoi, pour pouvoir accéder à cette expérience dans le plus grand respect possible de la parole des patients, le choix s'est porté sur un corpus littéraire constitué de récits de patients relatant leur expérience de la maladie, des soins et de leur rencontre avec le système de santé[90].

A l'aune de ces précisions, il apparait que le travail qui a été mené ne relève pas d'un projet de philosophie dite de terrain, telle qu'elle s'est de façon récente déployée, puisqu'il n'y a pas eu, pour les raisons susmentionnées, d'enquête de terrain à proprement parler [91]. Mais pour avoir eu comme objet d'étude et comme perspective fondamentale l'expérience humaine de la maladie, des soins et de la relation entre patient et soignant, ce projet demeurerait donc qualifiable de philosophie clinique. Ainsi que Dumont l'a lui-même constaté, cette expérience est difficilement et partiellement accessible. En plus des biais évoqués plus haut, les protagonistes considérés (patients autant que professionnels de santé) peuvent avoir du mal à prendre pleinement conscience de leur propre expérience et donc à la restituer, celle-ci pouvant

[88] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006, p. 20.
[89] Worms Frédéric (orateur), Dumont Martin (organisation). *Sur la méthode de la philosophie clinique*. *Op. cit.* : « L'expérience clinique n'est jamais seulement individuelle au sens de singulière mais aussi au sens de subjective, au sens de rapporté par quelqu'un à lui-même et exprimé comme tel ».
[90] Je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *Un corpus littéraire centré sur le récit des patients*.
[91] Bedon Marine, Benetreau Maud, Bérard Marion, Dubar Margaux. *Une philosophie de terrain ? Réflexion critique à partir de deux journées d'étude*. Astérion 2021;24. En ligne : Une philosophie de terrain ? Réflexion critique à partir de deux journées d'étude, consulté le 06 février 2026.

rester, selon la formule de Dumont, « dissimulée à elle-même »[92]. Il ajoute certes qu'il est « alors difficile d'accéder, et peut-être même impossible de le faire complètement, à cette expérience clinique même, jusque dans les témoignages qui en proposent la restitution par un récit »[93]. C'est pourtant ce type de restitution par le récit que font les personnes elles-mêmes de l'expérience qu'elles estiment avoir réellement vécue, qui a été privilégiée. On ne voit en effet pas quel autre mode de compréhension elles pourraient avoir de leur l'histoire autrement que par la narration qu'elles en font. C'est pourquoi il importe maintenant de préciser la façon dont ces récits ont été mobilisés, leurs caractéristiques et leurs apports spécifiques. Une perspective méthodologique novatrice s'invite alors qui ne serait plus seulement celle d'une philosophie clinique mais aussi celle d'une philosophie qui pourrait être qualifiée de narrative[94].

4 – Pourquoi la littérature pour traiter la question du doute en médecine ?

Ainsi que des soignants peuvent eux-mêmes le reconnaître, « la littérature, le pouvoir des mots, a peut-être plus à nous dire que les experts [scientifiques] quand il s'agit de raconter cela : la maladie »[95]. Worms le formule d'une façon plus radicale lorsqu'il affirme que « le statut même du « vivant » […] s'éclaire par la littérature »[96]. Ce à quoi il ajoute que « la littérature nous interdit en effet aussi bien de négliger la question du vivant, que d'y voir un fait simple qui ne laisserait plus de place à la recherche ou à la création de sens »[97]. Pour explorer la question du doute en médecine, et plus particulièrement celui auquel les patients peuvent être confrontés, l'œuvre littéraire s'est dès lors avérée être le matériau apportant l'éclairage le plus riche et le plus précieux[98]. C'est pourquoi, outre le corpus philosophique, ce travail s'est appuyé sur un corpus littéraire. En donnant ainsi accès à l'expérience que font les patients de la maladie, des traitements, de la relation de soin, du système de santé, les œuvres mobilisées étaient sélectionnées pour leur pertinence à mettre en lumière, au cœur de cette expérience, l'occurrence et le vécu du doute dans la diversité de ses déclinaisons. Constitué, pour l'essentiel, de *récits de patients* (plus rarement de le leurs proches[99] ou de soignants[100]), contemporains et

---

[92] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Op. cit*., p. 21-22 : « car l'expérience clinique, des patients comme des praticiens, a encore du mal à accéder à elle-même, elle risque toujours d'être dissimulée à elle-même, notamment d'ailleurs par les discours, partiels, ou les préjugés occultants ».

[93] *Ibid.*, p. 21.

[94] Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche pouvant aussi être qualifiée de philosophie narrative ?*

[95] Busnel François, *La Grande Librairie* [émission littéraire audiovisuelle], France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017, consulté le 15 septembre 2020.

[96] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant » in Lorenzini Daniele, Revel Ariane. *Le travail de la littérature – Usages du littéraire en philosophie*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012, p. 53-63.

[97] *Ibid.*

[98] Aronson Jeffrey K. *Autopathography: the patient's tale*. BMJ 2000;321(7276):1599-602: "Reading patients' tales can help doctors understand their patients better and teach them things they won't learn from textbooks".

[99] Woolf Leonard, Venaille Micha (Trad.). *Ma vie avec Virginia*. Paris: Les Belles Lettres; 2016 ; De Fontenay Elisabeth. *Gaspard de la nuit: autobiographie de mon frère*. Paris: Stock; 2018 ; Dupont-Monod Clara. *S'adapter*. Paris: Stock; 2021.

[100] Plus rarement que les patients, les soignants produisent des récits ayant pour motif central de la narration leur expérience du métier de soignant et l'ensemble des interrogations, des difficultés et des doutes auxquels cela peut

en langue française, ceux-ci permettaient de décrypter et d'analyser en profondeur leurs doutes, dans leurs spécificités et tout ce qui les distingue des modalités de doute des soignants. Mais de tels récits n'en éclairaient pas moins aussi le doute vécu par les soignants ainsi qu'au cœur de la relation de soin[101]. Les raisons pour lesquelles ces récits font œuvre littéraire et ne relèvent pas seulement du témoignage font écho à l'analyse de Mouchard à propos de l'*œuvre-témoignage*. Ces récits invitent à une « une écoute plus indéfinissable », en osant « ce qu'il y a de plus aléatoire et de plus imprévisible : le rapport littéraire au lecteur indéterminé »[102]. Or, ce qui s'avère remarquable dans ces *récits de vie* – ainsi qu'en suivant l'analyse de Worms on pourrait les qualifier – est la place qu'y joue aussi la fiction. Que la dimension fictionnelle de ces récits n'entame pas leur véridicité, voire qu'elle la soutienne et la renforce contraste avec la position si fréquente des bio-soignants. Ceux-ci brandissent classiquement l'argument de la fiction pour disqualifier les patients. Détracteurs de leur parole ainsi que des histoires compliquées, parce que constituées d'évènements « désordonnés et incomplets »[103] qu'ils racontent, les bio-soignants les jugent futiles et incohérentes par rapport à ce qu'ils estiment être la vérité médicale et scientifique. Or, « reconnaître une littérature autobiographique, c'est reconnaître que quelque chose échappe au praticien. C'est aussi laisser une place pour que le sujet puisse reconstruire une identité »[104]. Il semblerait ainsi que, quelle que soit la part de fiction qui s'y invite, ces récits constituent un matériau privilégié pour accéder à ce que vivent précisément les patients, dont eux seuls peuvent témoigner. Reconnaître leur importance et la puissance de leurs effets en matière de rétablissement ne pourrait, en outre, que contribuer à améliorer la qualité de la relation de soin, notamment en éclairant – et donc en comprenant mieux – l'épreuve du doute que les patients peuvent être amenés à traverser. Peut-être faut-il voir dans l'émergence de biographes hospitaliers les prémices d'une telle reconnaissance[105].

D'autre part, l'usage de la littérature trouve une autre justification. Dans l'objectif d'explorer le doute en médecine, les écueils de penser par généralités se sont vite manifestés confirmant l'intérêt de travailler à partir de cas particuliers, tout particulièrement s'agissant d'explorer l'épreuve du doute des patients. Mobiliser un certain nombre (qui ne peut être exhaustif) de récits singuliers pose cependant la question de la valeur universelle du cas individuel[106]. S'il s'agit certes de se prémunir de l'écueil de la généralisation à partir d'histoires singulières, le singulier n'en a pas moins une valeur universelle. Il offre la possibilité d'une typologisation du doute dès lors utilement applicable non pas à tout le monde mais à bien d'autres cas, quand bien

---

les confronter. Il s'agit par exemple de : Winckler Martin. *La maladie de Sachs*. Paris: P.O.L; 1998 ; Peillon Didier, Lévy Elsa. *Ces malades que nous aidons à mourir*. France: City Editions; 2025. En l'occurrence, seront mobilisés dans cette thèse : Chauviré Jacques. *Journal d'un médecin de campagne 1950-1959*. Mazères: Le temps qu'il fait; 2004. Gérard Alain. *Op. cit*.

[101] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des soignants*.

[102] Mouchard Claude. *Qui si je criais… Œuvres-témoignages dans les tournants du XXe siècle*. Paris: Laurence Teper; 2007, p. 26-27.

[103] Charon Rita, Fourreau Anne (Trad.). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris: Sipayat; 2015, p. 32.

[104] Anonyme, Gouzer Joseph (transcrit par), Artières Philippe (édition établie par). *Journal d'un morphinomane: 1880-1894*. Paris: Allia; 1997, p. 125.

[105] Milewski Valéria, Rinck Fanny. *Récits de soi face à la maladie grave*. Limoges: Lambert-Lucas; 2014.

[106] Passeron Jean-Claude, Revel Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités » in Passeron Jean-Claude, Revel Jacques (dir.). *Penser par cas*. Paris : Ecole de hautes études en sciences sociales, 2005, p. 9-44, ici p. 37.

même chaque histoire demeure ultimement singulière[107]. Nous n'avons pas la prétention de produire une typologie exhaustive du doute en médecine mais d'en éclairer les principales déclinaisons, en en révélant certaines jusque-là méconnues[108].

4.1 – De l'importance du *récit de la maladie* en médecine

Le récit qu'élaborent les soignants pour décrire la survenue des symptômes d'une maladie, son développement, son apogée puis sa conclusion a une longue histoire[109], ne serait-ce que dans sa visée nosographique. Le principe de récit de la maladie est donc omniprésent à la pratique médicale mais il se cantonne à sa fonction instrumentale. Pour cette raison, en plus du préjugé d'incompétence des patients, seuls les soignants en sont garants. Bien que variable selon les disciplines, sa forme est le plus souvent très stéréotypée, ce qui la prive de créativité et la place aux antipodes d'une œuvre littéraire. Si la psychanalyse et la médecine narrative donnent explicitement la parole aux patients pour l'élaboration de ce récit, leurs champs d'application demeurent restreints. Ce chapitre doit ainsi ouvrir au champ émergent en médecine depuis la fin du 20e siècle (du moins dans sa qualification) du récit des patients, aussi identifié sous l'intitulé autopathographie, et constitutif du corpus de cette thèse.

4.1.1 – Le récit de la maladie, une prérogative encore dévolue au corps soignant

Le récit de la maladie a toujours été important en médecine, ce depuis l'Antiquité. Sa production continue d'être enseignée aux étudiants en santé sous l'intitulé « histoire de la maladie ». Il est notable que le droit de la produire a toujours été réservé aux seuls soignants. « Depuis Hippocrate [… Si] le récit de la maladie est mis par écrit et transmis, c'est par l'intermédiaire des médecins » rapporte Silvia Rossi en ce sens. Or, elle ajoute que « dans cette configuration, il prend la forme d'une étude de cas »[110], c'est-à-dire que seule la maladie est prise en considération, pas la personne. Le récit de cas ne dit « rien de la personne, de son expérience lorsqu'elle affronte la maladie et lutte pour lui survivre »[111]. Rossi souligne le propos d'Oliver Sacks, à savoir qu' « il n'y a pas de "sujet" dans un récit de cas au sens étroit du terme »[112], il n'y a que l'objet maladie appréhendé au seul prisme des savoirs médico-scientifiques. Ce constat demeure d'actualité. L'histoire de la maladie en tant que telle reste produite par les bio-soignants à partir d'un interrogatoire guidé ainsi que de l'ensemble des résultats des explorations diagnostiques et d'interventions thérapeutiques qu'ils auront engagées. Rares sont les professionnels de santé qui mobilisent aussi les principes de la médecine narrative ainsi que cela va être précisé.

---

[107] *Ibid*., p. 10-11 : « un cas n'est pas seulement un fait exceptionnel et dont on se contenterait qu'il le reste : il fait problème ; il appelle une solution, c'est-à-dire l'instauration d'un cadre nouveau du raisonnement, où le sens de l'exception puisse être, sinon défini par rapport aux règles établies auxquelles il déroge, du moins mis en relation avec d'autres cas ».

[108] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du patient.*

[109] Rossi Silvia, Poma Roberto (préface). *Écrire le cancer: de l'expérience de la maladie à l'autopathographie*. Paris: Téraèdre; 2019, p. 16.

[110] *Ibid.*

[111] Sacks Oliver, de La Héronnièren Edith (Trad.). *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris: Seuil; 1992, p. 10.

[112] *Ibid.*

4.1.2 – La récente et fragile reconnaissance du récit de la maladie produit par les patients

La reconnaissance de l'intérêt d'écouter et de prendre en compte le récit que les patients produisent de leurs troubles revient à la psychanalyse. « C'est surtout à partir de Freud que l'anamnèse clinique est aussi *communication interprétative*. Le malade ne dit pas seulement au médecin ce qu'il voit et ressent en lui et dans son univers […] ; il lui dit également ce que cela signifie pour lui »[113] analyse l'historien de la médecine Pedro Lain Entralgo. En plus des troubles allégués et/ou constatés, la façon qu'a le patient de mettre en récit, de hiérarchiser les évènements, de mettre en avant certains indices plutôt que d'autres, de constituer une sorte d'intrigue, constituent le matériau essentiel de travail pour le soignant, en l'occurrence d'interprétation pour l'analyste. « Puisque, dans les névroses, le diagnostic doit être interprétatif, il faut d'abord que le médecin tienne compte des interprétations que donne le patient de sa maladie, même si elles sont erronées ou capricieuses »[114]. Il s'agit certes de s'occuper de névroses et non pas de maladies somatiques. Il n'en demeure pas moins que cela met en lumière dans le champ médical l'importance de la subjectivité. En somme, cela introduit le sujet « dans la pensée et dans les travaux du médecin »[115], ce qu'Entralgo relie historiquement à la « révolte du sujet en tant que détenteur d'une réalité objective – un corps pour tout dire – injustement traitée par les formes de l'assistance médicale du XIXe et du début du XXe »[116]. Si, donc, « dans le cadre de la psychanalyse, les patients ont la parole face aux médecins : en dépit du contexte thérapeutique dans lequel cette parole est délivrée, il s'agit d'une porte qui s'entrouvre sur la narration du traitement vécu à la première personne »[117].

Ainsi que l'analyse Rossi, « Une deuxième impulsion aux récits des patients dans un cadre clinique est donné par la naissance de la médecine narrative à la fin du XXe et au début du XXIe siècle »[118]. C'est donc en pleine apogée de l'*evidence-based medicine* (*EBM*) que des voix se sont manifestées pour défendre aussi une *narrative-based medicine*[119]. L'évolution résolument techno-scientifique de la biomédecine contemporaine a vu s'amoindrir la pratique clinique au lit du malade et par conséquent le *dialogue* direct avec les patients[120]. L'histoire de la maladie s'en trouve appauvrie, se réduisant parfois à un amoncellement disparate de données paramédicales (divers dosages, résultats d'imagerie et d'explorations fonctionnelles)[121]. Si même l'histoire de la maladie produite par les bio-soignants tend à perdre sa part de description historique minutieuse des troubles, cette nouvelle approche médicale, inspirée de la narratologie

---

[113] Entralgo Pedro Lain, De Morelos Vicente (Trad.). *Le médecin et le malade*. Paris: Hachette; 1969, p. 182-183.
[114] *Ibid.*, p. 183.
[115] *Ibid.*, p. 127.
[116] *Ibid.*, p. 128.
[117] Rossi Silvia. *Op. cit.*, p. 16-17.
[118] *Ibid.*, p. 17.
[119] Goyal Rishi K., Charon Rita, Lekas Helen-Maria, Fullilove Mindy T., Devlin Michael J., Falzon Louise*, et al. 'A local habitation and a name': how narrative evidence-based medicine transforms the translational research paradigm*. J Eval Clin Pract 2008;14(5):732-41.
[120] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant*.
[121] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris : Presses universitaires de France, 2009, p. 19-27, ici p. 27.

littéraire[122], qu'est la médecine narrative réinvestit, tout au contraire, le récit comme étant au cœur de la médecine et de la rencontre soignant-soigné. La médecine narrative s'appuie résolument sur « la littérature en tant qu'art du continu dans le discontinu, c'est-à-dire en tant que tentative de saisir en même temps l'expérience de vivre dans son extériorité (être un corps dans le monde) *et* dans son intériorité (être un sujet pensant dans l'univers diachronique du langage) »[123]. C'est en ce sens qu'elle peut accueillir pleinement le patient en tant que sujet doté d'une expérience intérieure inédite et d'un langage qui lui est propre pour la décrire, aux antipodes de l'approche biomédicale réifiante et hermétique à toute subjectivité et toute émotion. Elle n'est pas pour autant exclusive de l'*EBM*. Bien au contraire, elle invite à centrer la médecine, non pas seulement sur des preuves factuelles objectives et scientifiques, mais aussi sur la dimension biographique du récit de la maladie[124] de sorte qu'il soit aussi fondé sur l'histoire propre du patient et y intègre son expérience subjective. Il s'agit de conjoindre les différentes approches de la maladie, à la fois en tant que *disease* (correspondant à une entité biomédicale), en tant qu'*illness* (correspondant au vécu du patient[125]) mais aussi en tant que *sickness* (s'agissant de sa représentation sociétale[126]). La médecine narrative ambitionne de former les étudiants en santé à n'en négliger aucune et à pouvoir faire face à leurs enjeux respectifs[127]. Réputée améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des professionnels, les effets favorables de la médecine narrative apparaissent s'appliquer autant aux patients qu'aux soignants, et donc aussi à la relation de soin en elle-même[128].

4.1.3 – Soutenir la mise en récit du patient comme acte de soin

Sans forcément se prévaloir de la médecine narrative (qui demeure peu déployée et ne fait partie des programmes d'enseignement que de façon optionnelle[129]), les soignants ne sont pas ignorants des bénéfices thérapeutiques du récit de la maladie pour les patients. Cela est certes diversement apprécié selon les spécialités. Pour le psychiatre Pierre Delion, le récit est essentiel, il est doté d'une puissance soignante. « Si nous ne parvenons pas à mettre en récit, nous ne

---

[122] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *La littérature testimoniale, ses enjeux génériques*. Paris : Société française de littérature générale et comparée, 2017, p. 161-179.

[123] Laforest Daniel. *La littérature et les humanités médicales : examen d'une tension irrésolue*. Tangence 2021;(125-126):73-88.

[124] Silva Suzana Alves, Charon Rita, Wyer Peter C. *The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice*. J Eval Clin Pract 2011;17(4):585-93.

[125] Je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *Du récit de vie de patients au concept d'autopathographie*.

[126] Anyaegbunam Jennifer A., Sotsky Jennifer, Salib Christopher, Kissler Mark J., Jiao Jocelyn M., Charon Rita. *A piece of my mind. Five voices, one story*. JAMA 2013;310(24):2615-6: "From learning complex molecular mechanisms to witnessing the profound suffering of a young child, medical school presents intertwining intellectual, emotional, and social challenges that beg for narrative interpretation".

[127] Arntfield Shannon L., Slesar Kristen, Dickson Jennifer, Charon Rita. *Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies*. Patient Educ Couns 2013;91(3):280-6. Charon Rita, Hermann Nelly, Devlin Michael J. *Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation*. Acad Med 2016;91(3):345-50.

[128] Charon Rita. *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. JAMA 2001;286(15):1897-902.

[129] Goupy François, Le Jeunne Claire, Charon Rita. *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?* Paris: Med-Line; 2016.

soignons pas »[130], avance-t-il en ce sens tel un leitmotiv de sa pratique clinique[131]. Il prend pour exemple les troubles mentaux que sont la désorganisation psychique constatée dans la schizophrénie, relevant des troubles dits troubles dissociatifs, mais aussi toutes les perturbations affectant la conscience de l'identité propre à l'individu telles qu'observées dans l'autisme (difficulté à se représenter comme à se (re)connaître soi-même) et retentissant sur les interactions sociales. Dans de telles affections, le récit de son existence est problématique et chaotique. Pour Delion, aider ces patients à mettre en récit leur histoire est, à plus d'un titre, un acte de soin. Et chaque soignant, du fait de son expérience spécifique avec le patient, peut y contribuer. « Les soignants sont les témoins continus des expériences discontinues du patient et la mise en récit consiste à organiser la continuité là où prévaut la discontinuité »[132] précise-t-il. Le récit permet ainsi de donner forme et contribue à restaurer l'unité parcellisée voire désagrégée. Il s'agit de soutenir les patients à mettre des *mots* sur leurs *maux* et à structurer de façon narrative le bain de langage qui les entoure, eux-mêmes et leurs troubles[133]. C'est aussi inviter ces personnes à raconter leur histoire à la première personne – à dire « je » et non pas « il » comme cela peut être le cas dans l'autisme, certains patients ne s'exprimant qu'en troisième personne – et œuvrer ainsi à la constitution d'un « soi » par la narration. Ce faisant cela les aide à s'approprier leur maladie, leurs traitements, les métamorphoses que cela peut générer, en plus de donner sens à leur propre témoignage et à leur vécu. En advenant, le « je » est aussi dialogique et peut donc contribuer à la relation. Le « je » implique une structure d'adresse, un « tu » même inexprimé. C'est-à-dire que le récit n'est pas seulement utile pour le patient lui-même, mais s'adressant aussi aux autres, il est mis en partage et favorise les interactions et la réciprocité[134].

Autant de bénéfices avancés par ce psychiatre qui constituent un éloge au *récit des patients*. S'il peut, comme y invite Delion, être accompagné par les soignants[135], c'est sur cette démarche d'écriture spontanée et autonome des patients qu'est l'autopathographie qu'il faut désormais se pencher. Constituant le pendant de l'histoire de la maladie telle que produite par les seuls soignants, le récit autopathographique, produit par le patient seul, vient éclairer bien plus que la maladie. En positionnant le vécu subjectif du malade au centre de la narration, ce type de récit contribue non seulement à de tout autres perspectives de soin pour le patient, dont la restauration identitaire n'est pas la moindre, mais il offre aussi un éclairage inédit sur cette expérience du patient. Que par l'écriture et le mouvement d'émancipation qui lui est inhérent, le récit de soi des patients puisse constituer un contre-discours par rapport à celui des soignants, propre à permettre la reconnaissance d'un savoir autre, en est un aspect essentiel[136].

---

[130] Delion Pierre (invité), Busnel François, *La Grande Librairie* [émission littéraire audiovisuelle], France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017, consulté le 15 septembre 2025.
[131] Delion Pierre, Coupechoux Patrick. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris: Albin Michel; 2016, p. 56-57 : « Finalement, la fonction soignante est […] une mise en récit ».
[132] *Ibid.*, p. 57.
[133] *Ibid.*, p. 56 : « le schizophrène possède un inconscient à ciel ouvert. Dans le transfert avec lui, on prend donc les choses comme elles viennent, et on essaie de les rassembler, de les lier en une narration ».
[134] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.
[135] Delion Pierre. *Op. cit.*, p. 57 : « En réalité, la mise en récit s'élabore dans la relation ».
[136] Galichon Isabelle. *Le récit de soi: une pratique éthique d'émancipation*. Paris: L'Harmattan; 2017.

4.2 – Le récit de patient, entre témoignage et fiction

Avant d'entrer plus avant dans le concept d'autopathographie, le récit du patient doit être appréhendé au prisme de ces « trois genres nouveaux d'écriture », à savoir l'œuvre-témoignage, l'autofiction mais aussi le *récit de vie*[137] tel que défini par Frédéric Worms comme étant à l'entre-deux des premières catégories. Or, pour Worms, le récit de vie occupe « une place centrale dans le rapport contemporain, subjectif aussi bien que politique, individuel aussi bien que collectif, à la maladie ou la médecine »[138]. Et il ajoute : « Les récits de la maladie en font partie parce qu'ils se « situent en effet au cœur du présent, parce qu'ils sont aussi au centre de la question […] celle des rapports extrêmes entre la vie et l'écriture aujourd'hui »[139]. Cette question des liens entre la vie (et donc aussi la mort), en l'occurrence au prisme de la maladie, et la littérature le conduit à positionner les récits de vie à mi-chemin entre ces deux genres littéraires qu'il considère à la fois comme extrêmes et opposés esthétiquement autant qu'éthiquement[140]. Aborder cette distinction, y compris dans ses déclinaisons les plus extrêmes – à savoir le témoignage comme émanation « d'évènements vitaux et moraux extrêmes »[141], ou encore au regard de ce qui différencie radicalement le témoignage de la fiction – est importante s'agissant de récits de patient et trouve toute sa pertinence dans le présent travail. Elle soulève en effet la question sensible de la véridicité des récits centrés sur l'expérience de la maladie et des soins, dans un contexte où la parole du patient demeure le plus souvent discréditée[142]. Elle permet aussi de pointer combien aussi littérales en apparence (du fait du langage technique et scientifique utilisé) soient les transcriptions des soignants (tels les comptes-rendus de consultation ou d'intervention), elles n'en constituent pas moins toujours une mise en récit et donc une certaine version des faits qui peut dès lors bien sûr différer entre patients et soignants mais aussi surtout entre soignants eux-mêmes. C'est pourquoi, si ainsi que Worms le souligne « il faut *à la fois* être littéraire et littéral »[143], le littéraire ne s'opposerait donc pas au dire-vrai, peut-être même qu'il y contribuerait. C'est précisément en sens que les récits de patients ont été appréhendés dans le présent travail, à savoir qu'il y a fondamentalement du littéral dans le littéraire mais aussi que la fiction « [permet] d'approcher ce qui est imprenable autrement » [144].

---

[137] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.,* p.162 : « dans la terminologie "récit de vie", il ne s'agit pas tant de concevoir la vie comme entité globale ce qui nous renverrait à une approche autobiographique […] mais comme "moment du vivant", comme *bios*, régime de vie, processus expérientiel ».

[138] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.,* p. 62.

[139] *Ibid.*, p. 55.

[140] *Ibid.*, p. 54 : « Disons-le d'emblée, ces catégories se situent, selon nous, aux deux extrêmes ».

[141] *Ibid.*, p. 56.

[142] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 19 : « La parole du malade a souvent été jugée peu fiable par la médecine, au moins depuis l'avènement de la pratique antomo-clinique. Elle est d'emblée discréditée par son incapacité à établir "une chaine relationnelle de causalité" ». Bénabet Juliette, *Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux et d'une révolution des soins palliatifs »*, Télérama, publié le 29 janvier 2023. En ligne : Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux, consulté le 5 février 2023. « Sa parole est interrompue au bout de quarante secondes au profit d'informations délivrées par une machine ».

[143] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 54.

[144] Baqué Claude, Bruno Pierre (postface). *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*. Paris: De l'insu; 2022, p. 9 : « Non pas pour raconter autrement ce que l'on sait déjà d'elle, ni même pour imaginer ce que l'on ignore, mais pour nous permettre d'approcher ce qui est imprenable autrement que par ce que précisément la fiction permet ;

4.2.1 – Ce que le récit de patient pourrait tenir de l'œuvre-témoignage

L'élaboration de la catégorie d'écriture qu'est l'œuvre-témoignage revient au poète Claude Mouchard et à son livre, publié en 2007, *Qui si je criais… Œuvres-témoignages dans les tournants du XXe siècle*[145]. Parce que, par définition, les œuvres-témoignages sont « issues d'*expériences* extrêmes et singulières »[146], on peut questionner l'application de cette catégorisation au récit de patient, ou du moins les emprunts qui peuvent s'opérer.

Pour Mouchard les œuvres-témoignages sont d'abord des œuvres, mais qui « ramènent à des évènements de masse où leurs auteurs […] ont été sur le point d'être engloutis ou ont, de fait, disparu »[147]. Il y a donc œuvre mais aussi témoignage au sens où il s'agit de relater, de la façon la plus littérale qui soit, une réalité extrême qui, sans cela, demeurerait inimaginable. De ce point de vue, l'œuvre-témoignage a aussi un but pragmatique, en tant qu'elle pourrait alors constituer une pièce à conviction pour un procès, ou du moins pour l'histoire. Mais alors il apparaît que cette fonction de témoignage, le fait de relater le plus exactement ce qui a été vécu, pourrait « délibérément contredire sa nature littéraire »[148]. Ce n'est pas l'avis de Mouchard qui la distingue précisément du seul témoignage pour en faire aussi une œuvre sur la base de « leur degré d'élaboration et leur ampleur interne […] la complexité de leurs relations aux faits ou situations historiques […] leur sens de l'ici-maintenant […] leur degré d'initiative quant à leur réception »[149]. Mouchard poursuit en précisant que « les œuvres-témoignages offrent ce qu'il y a de plus aléatoire et de plus imprévisible : le rapport littéraire au lecteur indéterminé »[150]. Si l'œuvre-témoignage est donc bien littérale *et* littéraire, ce qui la caractérise est une particulière intensité, ne serait-ce que par les évènements de vie, et donc aussi de mort, auxquelles elle renvoie. De fait, les œuvres-témoignages ne font pas qu'« illustre[r] le thème objectif de la vie au cœur du moment présent : elles le compliquent et l'intensifient. La vie n'est pas un fait, ici, mais une tension, entre la destruction et la création, le mortel et le vital »[151]. Or, cette intensité est justement dédoublée par l'œuvre elle-même. Ainsi que l'analyse Worms, « elles vont au plus loin dans leur double intensité de témoignages *et* d'œuvres » au point d'être « parmi les sommets de la littérature et de l'histoire du temps présent »[152] sans qu'un aspect ne l'emporte sur l'autre.

L'encadrement catégoriel de la littérature testimoniale en tant qu'elle serait née de la seconde guerre mondiale, des évènements extrêmes (meurtres de masse, génocides) qui ont émaillé le

---

c'est-à-dire, côté acteur, l'incarnation, et côté spectateur, l'identification : soit un savoir de l'intérieur, une façon de la connaître en se reconnaissant en elle ».

[145] Mouchard Claude. *Op. cit.*

[146] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 56.

[147] Mouchard Claude. *Op. cit.*, p. 11.

[148] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 56 : « Par "témoignage", il faut donc assumer une fonction extralittéraire de la parole ou de l'écriture ».

[149] Mouchard Claude. *Op.cit.*, p. 26.

[150] *Ibid*., p. 26-27.

[151] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.,* p. 58.

[152] *Ibid.*, p. 57.

20e siècle et devrait, de ce fait, constituer un genre littéraire est sujet à débats. D'aucuns critiquent cette position[153], considérant que « faire du témoignage un genre littéraire […] participerait à enfermer le témoignage dans un ordre de discours, ce qui entre en contradiction avec le geste du témoin qui fait le choix de s'y soustraire »[154], mais également avec le fait que le témoignage « se manifeste aussi par une pratique »[155], ne serait-ce que celle de l'écriture. Estimant donc que le témoignage peut, tout au contraire, traverser tous les genres, la question se pose de la pertinence de qualifier certains récits de patients d'œuvres-témoignages et plus généralement de les reconnaître comme constitutifs de cette littérature testimoniale. Les modalités même de production des récits de patients n'en feraient, *a priori*, pas des œuvres-témoignages au sens strict de Mouchard, ou du moins pas exclusivement. Mais des similitudes sont repérables. Le texte inachevé – ainsi qu'en témoignent les trous qui parsèment le texte – découvert après le décès de ce jeune homme emporté par une tumeur cérébrale qu'est Antoine Percheron[156], n'est pas sans faire écho au poème « retrouvé dans la poche du cadavre de son auteur, [et] d'autres cachés sous la terre »[157]. Différemment, on peut se demander si la façon dont Philippe Lançon relate l'attentat contre *Charlie Hebdo* et sa blessure par balle peut être qualifié, au moins pour partie, d'œuvre-témoignage. Si Nicole Biagioli qualifie *Le Lambeau* de témoignage en le considérant comme une première étape englobée dans le récit[158], il apparaît aussi que Lançon s'est mis à « écrire des chroniques en quasi-direct sur ce qu['il] vivai[t] »[159], tel un témoignage au jour le jour de l'immédiateté de la violence vitale subie (comme observée dans l'œuvre-témoignage) du fait de la gravité de sa blessure (dite « blessure de guerre »[160]) et de la lourdeur des traitements. Enfin, ainsi que le suggère Isabelle Galichon à propos d'Hervé Guibert, de Patrick Autréaux ou de Claire Marin, le récit de certains patients peut advenir telle une « déclaration d'intention testimoniale » explicite, portée par un mouvement de « *devenir-témoin* » visant à « dépasser l'état de malade pour se transformer en témoin de sa maladie »[161].

Cette dimension de témoignage du patient est d'autant plus importante qu'habituellement le malade est privé de parole. La « fragilité de cette parole qui ne parvient pas à se faire entendre par le corps médical » est renforcée par le discrédit qu'elle subit, sauf lorsqu'elle peut être

---

[153] Mesnard Philippe, « Témoigner en littérature » in *Mémoires en jeu – Enjeux de société*, Paris : Kimé, n°1, 2016.
[154] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op.cit.* p. 169-170.
[155] *Ibid*. p.169 : « Si le récit de vie constitue une trace de l'expérience d'un corps malade, […] en tant que trace, le récit de vie témoigne d'une pratique de soi qui a donné lieu à la transformation d'un sujet-écrivant malade en témoin ».
[156] Percheron Antoine. *Végétal*. Montmorillon: L'Escampette; 2001.
[157] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit*. p.56.
[158] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *La littérature stéthoscope*. Paris : Le Manuscrit, 2024, p. 45-63.
[159] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon : qu'apporte le patient écrivain à la médecine narrative ? » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (org.). *Colloque international interdisciplinaire « Littérature, Écritures, Soin – Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? »*. CY Cergy Paris Université, Cergy et Neuville-sur-Oise, 11 au 13 mai 2022.
[160] Lançon Philippe. *Le lambeau*. Paris: Folio; 2020, p. 109.
[161] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 164. Galichon cite : Guibert Hervé. *Le protocole compassionnel*. Paris: Gallimard; 1991, p. 25 : « maintenant je balance tout par écrit » ; Autréaux Patrick. *Soigner*. Paris: Gallimard; 2010, p. 11 et 13 ; Marin Claire. *Hors de moi*. Paris: Allia; 2018, p. 82.

instrumentalisée c'est-à-dire utilisée pour étayer l'étude du cas et/ou pour son effet thérapeutique[162]. Représenté par le seul discours médical qui le détermine et le réduit – puisque le corps médical parle le plus souvent à la place du patient en plus de résister à entendre ce qu'il a à dire – il peut aussi se trouver bien en peine pour (d)écrire ce qu'il découvre et l'afflige au prisme de tout ce que suscite la maladie[163]. Aux antipodes du fait biologique auquel le bio-soignant l'affilie, le bouleversement existentiel que traverse le patient, jusqu'à la menace très concrète et immédiate de mort, sont parfois tels que le récit peut sembler non seulement impossible (initialement du moins), mais inaudible[164]. Cette situation doublement extrême du patient pourrait ainsi faire pleinement écho à l'analyse que Worms propose de l'œuvre-témoignage. Non seulement, elle relève d'une plongée dans « le face à face de la destruction vitale et de la création vitale »[165]. Mais il apparait que pour le patient aussi, tout en étant dans la plus extrême difficulté pour y parvenir, c'est bien à l'extrême de la vie que deux trajectoires peuvent se rencontrer sans se confondre, celle de l'écriture et celle du témoignage[166]. En cohérence avec Mouchard, si le témoignage du patient – dans l'extrême de ce qu'il a à transmettre – n'exclut donc pas le littéraire, le littéraire n'altèrerait pas le témoignage, au point même d'en constituer un support essentiel.

Que les récits de patients puissent s'inscrire et faire écho à l'échelle sociétale renforce d'autant leur force de témoignage et c'est aussi pour cela qu'ils ont été présentement mobilisés. Par les récits de leur rencontre avec le système de santé et les soignants, les patients attestent de certaines réalités qui peuvent être collectivement refoulées et politiquement désinvesties. S'ils ne sont pas ouvertement dans une intention de dénonciation, d'action militante ou de revendication, ces témoignages n'en sont pas moins précieux par les prises de conscience qu'ils peuvent susciter au niveau individuel et collectif. En tant que témoin directement concerné, et fort de ses qualités d'investigation de journaliste, Lançon offre une approche quasiment documentaire d'un service de chirurgie, de l'activité de ses soignants, des difficultés et dysfonctionnements qui émaillent leur pratique au point de contrevenir aux règles mêmes de sécurité[167]. Que sa chirurgienne puisse solliciter sa discrétion souligne le poids d'un tel témoignage. La part de témoignage qui émane du récit d'un patient, ou de proches, peut donc avoir force de révélation de situations éventuellement condamnables, y compris juridiquement. Il peut dès lors être investi d'une puissance réflexive, éthique, voire politique. Par la force et l'acuité (en plus de la constance) de son témoignage de la maladie de sa fille Pauline et de sa

[162] Rossi Silvia. *Op. cit.*, p. 17.
[163] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 170 : « le malade est pris entre le discours officiel du médecin et la difficulté à dire sa maladie ».
[164] *Ibid.* : « Si le malade choisit de témoigner de sa maladie, de devenir témoin par la pratique de l'écriture de soi, ce n'est pas uniquement pour transmettre son expérience, mais aussi pour dire une parole inaudible dans les discours officiels et objectivants ».
[165] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 57-58.
[166] *Ibid*., p. 54 : « L'œuvre-témoignage revendique en effet les deux formes extrêmes de l'œuvre mais aussi du témoignage, du rapport à la vie mais aussi à la littérature, sans les séparer, mais aussi – et rigoureusement – sans les confondre ».
[167] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 448 : « Je savais qu'ils opéraient parfois en dehors des heures où ils étaient couverts par les assurances. L'institution désargentée et mal organisée profitait d'eux pour survivre. Elle devenait délinquante, puisqu'elle contrevenait aux lois pour ne pas avoir à payer de chirurgiens supplémentaires ».

terrifiante traversée en oncologie pédiatrique, l'œuvre de Philippe Forest, tout particulièrement son essai *Tous les enfants sauf un*, apporte un regard de premier plan sur nos organisations sanitaires, en plus d'une réflexion poussée sur les pratiques soignantes[168]. Mais il éclaire aussi nos représentations et, conséquemment, notre rapport à cette situation extrême de la vie qu'est la maladie et la mort. « Témoigner de cette expérience-là dont la société ne veut rien connaître d'où le refus de considérer ce qu'il en est du deuil parental, de l'euphémiser. C'est un tabou effrayant par le fait de la confrontation à l'angoisse majeure qu'il induit »[169], écrit-il. En relatant ce téléphone qui ne sonne plus, les nouvelles que progressivement plus personne ne prend, il témoigne de l'ostracisation des malades et de leurs proches, du tabou de la mort, du deuil – particulièrement le deuil parental – à l'œuvre dans notre société. Une telle réflexion sociétale est aussi le propos du témoignage de Susan Sontag qui éclaire ainsi la stigmatisation, la discrimination et même la culpabilisation affectant certains malades souffrant d'un cancer ou du sida[170]. Elle se soucie finalement moins de décrire ce qu'elle vit comme personne malade que de réfléchir au sens que la société donne à ces maladies et le dénoncer. Pour Sontag, en effet, la maladie est « entité dépourvue de sens », elle n'est « ni une malédiction, ni une punition, ni une honte »[171], analyse que défend aussi Forest à rebours de ces représentations sociétales si répandues et coriaces[172]. Dans tout ce qui rapproche leurs expériences de vie autant que de pensée et d'écriture, Sontag et Forest se retrouvent ainsi dans leur volonté de témoigner du non-sens absolu de la maladie mais aussi dans la forme extrême de l'œuvre à savoir cette « tentative de traduire par des mots la pensée de l'impossible »[173]. Camille Laurens – qui, comme Forest, a perdu un enfant très jeune[174] – les rejoint par ce constat que « L'écriture de soi est donc surtout […] l'expérience du réel en tant qu'il est impossible à dire et du corps en tant qu'il manque, qu'il est perdu »[175].

Tout en recouvrant des enjeux divers et non exclusifs les uns des autres, il s'avère que le principe de témoignage est inhérent au récit des patients (ou de leurs proches). Depuis l'épreuve d'un corps malade et des traitements au constat de (dys)fonctionnement de l'institution sanitaire, la restitution de ces faits relève d'un témoignage ponctuel et singulier toujours à risque d'instaurer

---

[168] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. Paris: Folio; 2017, p. 30-31 et p. 72-73 : « Une fois uni du précieux bon rose, il faut se rendre dans une pharmacie pour se procurer la morphine. Mais les pharmaciens, dans leur majorité, ont perdu l'habitude de la douleur. Ils vendent des crèmes, des fards, des shampooings, des savons. […] Les malades qui souffrent ne sortent pas majestueusement leur carte de crédit […] On les soupçonne d'être les agents de la bureaucratie kafkaïenne qui étouffera sous le papier le beau négoce des officines libérales ».

[169] Forest Philippe (invité), Adler Laure [Entretien radiophonique], émission *Hors Champs*, France culture, 26 novembre 2012. En ligne : Philippe Forest | France Culture, consulté en ligne 30 janvier 2026.

[170] Sontag Susan, de Paloméra Marie-France (Trad.), Matthieussent Brice (Trad.). *La maladie comme métaphore ; Le sida et ses métaphores*. Paris: Christian Bourgois; 2009 [1978], p. 79 : « Et les conventions qui veulent que l'on traite le cancer non comme une simple maladie, mais comme un ennemi diabolique, en font non seulement une maladie fatale mais, qui plus est, honteuse ».

[171] *Ibid*., p. 231 : « Face à cette maladie, qui engendre tant de culpabilité et de honte, les efforts entrepris pour se détacher de ces sens, de ces métaphores, semblent particulièrement libérateurs, voire réconfortants ».

[172] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un, Op. cit*., p. 66

[173] Forest Philippe (invité), Adler Laure [Entretien radiophonique]. *Op. cit*.

[174] Laurens Camille. *Philippe*. Paris: P.O.L; 1995.

[175] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine (dir.). *Ecritures de soi, Ecritures du corps*. Colloque de Cerisy [22-29 juillet 2015]. Paris : Hermann, 2016, p. 23-36.

une distance peu propice à l'identification[176]. Pourtant, le récit de patient en tant que *sujet-témoignant* ne serait « pas uniquement le témoignage de l'expérience de la maladie, [puisqu'] il est aussi le témoignage, comme une trace en négatif, d'une pratique de l'écriture de soi »[177]. Ce faisant, et sans pour autant mettre en cause ni amoindrir la force de « littéralité autobiographique » des récits de patients, se pose la question de leur nature littéraire, et notamment la dimension fictionnelle d'une telle écriture. Peut-être est-ce justement grâce à son adresse et sa portée universelles (beaucoup de personnes pouvant s'y reconnaître), sans pour autant rien lui retirer de sa puissance autobiographique, que la catégorie de l'(auto)fiction trouverait aussi à s'appliquer au récit de patient.

4.2.2 – De la fiction au cœur du récit de patient

Dans ce travail la catégorie de l'autofiction pour caractériser les récits de patients s'est avérée tout aussi pertinente. Tout aussi récente que celle de l'œuvre-témoignage, sa première occurrence est rattachée à la parution en 1977 du livre *Fils* de Serge Doubrovsky. L'autofiction opère, selon Worms, dans un sens « radicalement *opposé* (esthétiquement autant qu'éthiquement) de celui que désignent les œuvres-témoignages »[178]. L'autofiction revendique en effet « un brouillage des frontières entre la vie et l'écriture, qui repose sur un brouillage des codes entre le littéral et le littéraire, entre le biographique et le fictionnel »[179]. Or cette question de brouillage trouve une résonnance particulière s'agissant des récits de patients. Dans le fréquent dénigrement des histoires que racontent ces derniers à propos du vécu de leur maladie, se loge toujours, plus ou moins, une accusation implicite de déni, de fabulation, d'incapacité à comprendre et produire des vérités à propos de leur maladie[180].

L'écriture fictionnelle de Doubrovsky a marqué un tournant en ce qu'elle « entend jouer *sur les deux tableaux* […] de l'authenticité et de la construction, du récit de vie *et* de l'écriture littéraire, au prix d'une contradiction assumée »[181]. A ce propos, ni l'intense polémique qui en a résulté, ni même les raisons de cet engouement contemporain pour l'autofiction, ne sont l'objet de ce propos. Si l'autofiction permet le récit de soi tout en préservant « l'autonomie de la littérature », tout l'intérêt de ce brouillage des codes est qu'il « interdit aussi bien de réduire l'œuvre à un témoignage, que de la couper de la vie, dans ce qu'elle a de plus littéral et de plus vital »[182]. Pour autant, la fiction ne leur ferait pas perdre en pouvoir testimonial ni autobiographique[183]. Autrement dit, il s'agit bien d'autobiographie, mais « tout montre aussi que l'écriture en fait

[176] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 173 : « Le témoignage implique ainsi un exercice critique, le lecteur est maintenu à distance, il ne peut donc pas s'identifier au malade ».
[177] *Ibid.*, p. 169.
[178] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 58.
[179] *Ibid*., p. 54-55.
[180] Aronson Jeffrey K. *Op. cit.*: "Almost all patients' tales contain denial: ignoring or misattributing symptoms, causes, or the effects of therapy; deliberately hiding the illness from others; and organic denial (anosognosia)".
[181] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane. *Op. cit.*, p. 59.
[182] *Ibid.*
[183] Minthe Paul. *La promesse de Samothrace*. France: Les Lettres Mouchetées; 2020.

tout autre chose »[184]. Worms précise ce propos, à savoir que « l'intensité ne réside pas dans l'irruption de la "vraie" vie dans la littérature, dans ses pointes extrêmes, mais au contraire dans la littérarisation extrême de la vie "réelle", *tout du long* »[185]. En somme, si le roman autofictionnel a bien pour fondement le réel autobiographique, il vient dédoubler et même intensifier cet effet du réel, et réciproquement, au point de susciter un « jeu de miroirs sans fin de la réalité et de la fiction, du "je" et de "l'autre" »[186]. Une telle analyse entre en résonance avec ce propos de Philippe Lançon qui, par l'écriture du roman de son propre personnage, tend, autant que faire se peut, à mettre à distance l'épreuve qu'il traverse. « [Je] n'étais pas le patient que je décrivais ; j'étais un homme qui révélait ce patient en l'observant, et qui contait son histoire avec une bienveillance et un plaisir qu'il espérait partager »[187] explique-t-il en ce sens.

Est-ce à dire que la fiction serait inhérente au récit des patients, ainsi que cela leur est communément reproché au point de constituer, dans l'esprit des bio-soignants, un motif de discrédit de leurs paroles dès lors taxées de manque de fiabilité ? S'appuyant sur la rationalité et l'objectivité scientifiques, ceux-ci opposent aux explications des patients ce qu'ils supposent être des vérités fondées sur des preuves. D'un tout autre ordre, il semblerait, en effet, que la fiction soit, si ce n'est essentielle, du moins incontournable dans les récits que les patients sont amenés à produire à partir de leur expérience. Lançon semble en attester lorsqu'il explique qu'« écrire ce livre [*Le Lambeau*] a été un tout autre travail […] où mémoire et rêverie ont fait de toute réalité vécue un état de fiction »[188]. Il se pourrait même que la dimension fictionnelle de leur récit contribue à sa véridicité. L'analyse de Worms va dans ce sens. « Ce qui semble changer, aujourd'hui, c'est que le côté vital du littéraire, ou le côté littéral de la vie, s'impose avec une telle force qu'on doit reconnaître *aussi* à la fiction son côté biographique ou autobiographique, au poème ou au récit leur fonction testimoniale ou thérapeutique, leur rôle de témoignage ou de soin »[189] explicite-t-il. Il y aurait donc bien du témoignage et de l'autobiographique dans le récit des patients, quand bien même il peut effectivement emprunter à la liberté du langage fictionnel. Inversement, ainsi que le souligne Galichon en s'appuyant sur le propos de Jacques Derrida, il n'y a « point de témoignage qui n'implique structurellement en lui-même la possibilité de la fiction »[190]. Que les récits de patients se distinguent radicalement des discours biomédicaux fondés sur la preuve scientifique n'enlève rien à leur valeur testimoniale quant à la maladie et les épreuves qu'elle suscite, ni à leur puissance en matière de soin, ainsi que déjà suggéré avec Delion. Tout comme il faut donc « reconnaître *aussi* à la fiction son côté biographique […] au poème ou au récit leur fonction testimoniale ou thérapeutique », les bio-soignants tireraient bénéfice à reconnaître eux-aussi l'importance des récits de patients et à en faire plus cas dans leur pratique soignante. La dimension fictionnelle y serait donc essentielle et, à écouter Forest, incontournable. On ne saurait voir plus bel éloge à la fiction que

[184] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane. *Op. cit.*, p. 59.
[185] *Ibid.*
[186] *Ibid.*, p. 58.
[187] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 365.
[188] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon » [colloque Cergy Paris Université]. *Op. cit*.
[189] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 54.
[190] Derrida Jacques. *Demeure. Maurice Blanchot*. Paris: Galilée; 1998, p. 29.

lorsqu'il clôt, sans conclure, *L'enfant éternel* : « J'ai fait de ma fille un être de papier. J'ai tous les soirs transformé mon bureau en un théâtre d'encre où se jouaient encore ses aventures inventées »[191]. Il serait peut-être trop court de voir dans le mouvement de Forest – ou d'autres comme Camille Laurens[192] – seulement une façon de continuer de faire vivre par la fiction cet être disparu[193]. Comme précédemment suggéré à propos de Lançon, Forest semble aussi relater son existence singulière tel un observateur de lui-même. Ce propos pourrait en constituer une illustration : « C'est une sorte de spectacle assez curieux […] le souvenir revient et il s'efface, mais c'est pour revenir encore, et c'est à travers ce jeu-là […] que je pense et que je vois mon existence depuis *L'enfant éternel* et les évènements que le livre raconte »[194]. Le « jeu » est aussi un « je » souligne alors son interlocutrice, telle une façon d'en valider la dimension autofictionnelle. Forest est on ne peut plus clair à ce sujet. « La vie est comme un roman. Et c'est seulement à condition d'écrire le roman de sa vie qu'on redevient possesseur de celle-ci »[195] répond-il à Laure Adler. De façon plus prosaïque, parce que « toute opération mentale est trahison, transposition, traduction »[196], l'acte même d'écriture conduirait à la fiction. Lançon ne dit rien de différent lorsqu'il écrit que « la séparation entre fiction et non-fiction était vaine : tout était fiction, puisque tout était récit – choix des faits, cadrage des scènes, écriture, composition »[197]. Autant de constats qui soulèvent la question de la vérité dans la narration.

4.2.3 – Du témoignage à la fiction, la question de la véridicité est au cœur du récit des patients

Qu'il s'agisse de l'(auto)fiction ou de l'œuvre-témoigne, comme tout le spectre intermédiaire qui les sépare, « à travers ce jeu des formes littéraires […] la question du statut de la vérité »[198] se pose. Cette question de la vérité, ou plutôt de la véridicité du récit des patients est particulièrement critique puisqu'elle met à l'épreuve le discours biomédical comme n'étant pas seul détenteur de vérité en matière de maladie et de médecine. Il s'agirait en fait, pour le corps médical, de pouvoir si ce n'est penser du moins tolérer des *régimes de vérité* différents, au sens où Foucault a déployé ce concept[199], typiquement ce qui émane des patients et qui est habituellement considéré comme subalterne par rapports aux savoirs soignants dominants. Le propos de Worms comme quoi le récit de vie occupe « une place centrale dans le rapport contemporain, […] à la maladie ou la médecine »[200] doit être rappelé tant il trouve ici toute son acuité. Le discours scientifique n'aurait donc pas l'exclusivité s'agissant de raconter la maladie de façon pertinente et juste.

---

[191] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 399.
[192] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine. *Op. cit.*, p. 33 : « J'écris pour ranimer le corps de la mère, le corps de l'enfant, le corps de la mort et du mort. J'écris pour leur donner du souffle, j'écris pour retrouver le rythme du cœur et pouvoir revivre moi-même ».
[193] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 226 : « Le vivant devient être de fiction, simulacre que l'on fait vivre parce qu'il retient en lui la forme hallucinée de celui qui a été ».
[194] Forest Philippe (invité), Adler Laure [Entretien radiophonique]. *Op. cit*.
[195] *Ibid*.
[196] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 226.
[197] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 364-365.
[198] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 172.
[199] Guerrier Olivier. *Qu'est-ce qu'un « régime de vérité » ?* Les Cahiers de Framespa 2020;35. Foucault Michel, Davidson Arnold I., Gros Frédéric. *Philosophie. Anthologie*. Paris: Gallimard; 2004, p. 377-648.
[200] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 62.

« C'est parce que la vie est un roman que le roman peut dire vraiment la vie » est un propos de Forest que rapporte Worms. Ce dernier ajoute que « Forest vise à détacher toute vie d'un simple ensemble de faits ; c'est déjà en soi une fiction, un mixte de vérité et de fiction, que dira donc adéquatement cet autre mixte, de fiction et de vérité, qu'est la littérature »[201]. Le fait que le récit de patient soit aux antipodes d'un « simple ensemble de faits » est un premier critère distinctif majeur qui l'oppose à celui que produit la biomédecine à son sujet. Ces faits qui émanent de la réalité et en attestent ne sont pas pour autant niés. Simplement, à l'opposé d'une logique purement cumulative et d'objectivité scientifique, ils se voient intégrés dans une trame narrative, au cœur d'une intrigue, faisant ainsi pleinement écho à ce que Ricœur qualifiait d'« intrigue narrative »[202]. De fait, le *patient-écrivant* ne produit pas un verbatim à l'évènement concret prêt et dans leur ordre précis de survenue. Pour relater sa propre histoire, il fait des choix narratifs et alimente son récit de sensations et d'une expérience subjective à nul autre pareil. Ce faisant, loin d'être insoucieux de la vérité, il tente bien au contraire d'être au plus près de la réalité de son vécu. Pour Worms, le choix narratif « est déjà en soi une fiction », ce qui n'enlève pourtant rien, ni à la véridicité du propos, ni à la rigueur historique. C'est simplement un *régime de vérité* autre parce qu'il est propre au patient. La figure rhétorique consistant pour Worms à définir le mixte de vérité et de fiction ou de fiction et de vérité, selon donc un ordre ou un autre, tend d'ailleurs à souligner la place première dans le récit (en l'occurrence de Forest) de la vie (et donc aussi la mort) au sens le plus littérale à laquelle le littéraire viendrait ensuite s'ajouter. Si vérité et fiction sont donc interconnectées dans le récit de patients, comme de leurs proches, cela n'en réduirait pas pour autant le souci du vrai. Ainsi que l'analyse Lançon, « Ce qui comptait, c'était la sensation de vérité et le sentiment de liberté donnés à celui qui écrivait comme à ceux qui lisaient »[203]. Cette formulation, qui ne serait pas sans faire écho avec « l'éthique du dire-vrai »[204] telle que Foucault l'a développée en s'appuyant sur la *parrêsia*[205], doit cependant être prioritairement appréhendée au prisme de l'*expérience subjective* conceptualisée, de façon déterminante pour la pratique médicale, par Canguilhem[206]. A cet égard, ainsi que l'analyse Galichon, « L'écriture de soi dans le témoignage que délivre le récit de vie ne vise pas tant à rendre compte de la vérité de l'expérience qu'à "donner une expérience" du réel »[207]. Or cette expérience du réel du patient est précisément, par essence, subjective. Elle ne recoupe que rarement, ou du moins incomplètement, ce que la biomédecine détermine comme réalité objective. Elle n'en est pourtant pas moins réelle pour être pleinement vécue et éprouvée par les patients. C'est au prisme de cette dimension

---

[201] *Ibid*., p. 60.
[202] Ricoeur Paul. *Temps et récit*. Paris: Seuil; 1991 [1983-1985] Baroni Raphaël. *Ce que l'intrigue ajoute au temps*. Poétique 2010;n°163(3):361-82.
[203] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 364-365.
[204] Foucault Michel. *Le gouvernement de soi et des autres*. Paris: Gallimard; 2008, p. 64.
[205] Le concept de *parrêsia* (issu du grec ancien « franc-parler, liberté de parole, courage de dire la vérité ») impliquerait un développement à part entière qui dépasse le périmètre de cette thèse. Nous ne faisons donc que l'évoquer.
[206] Je renvoie aux chapitres suivants de la présente thèse, d'une part le chapitre intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet*, d'autre part le chapitre intitulé *Le doute des patients*.
[207] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 172.

subjective, que la catégorisation *récit de vie* paraît s'appliquer le plus adéquatement au récit des patients.

4.2.4 – Du récit des patients comme récit de vie

La catégorie dite du *récit de vie* est donc à mi-chemin entre ces pôles extrêmes définis par Worms que sont le « littéral » et le « littéraire ». Pour être de cet entre-deux[208], le récit de vie « reprend à l'œuvre-témoignage la volonté de témoigner d'une expérience radicale, et à l'autofiction, le détour par une écriture fictionnelle »[209], selon donc toutes les déclinaisons possibles. Worms parle d'un « mixte » se devant d'être « à la hauteur d'expériences qui ne sont pas, comme dans les œuvres-témoignages, si extrêmes que la fiction ne puisse s'en saisir ; ni, comme dans l'autofiction, si codées par la fiction que l'épreuve vitale ne doive s'y imposer, dans sa réalité »[210]. La définition qu'en propose Worms atteste de la pertinence d'appliquer cette catégorisation au récit des patients :

> On appellera ici *récit de vie*, ces récits qui témoignent de l'ébranlement extrême d'une vie par une épreuve vitale (ce critère est essentiel), dans sa réalité et ses effets, y compris sociaux et politiques, tout en adoptant le point de vue délibérément subjectif de celui qui le vit, qui le raconte, qui le transforme, qui l'imagine, qui en est mais aussi en devient librement et individuellement le sujet par le récit de lui-même[211].

Nul doute que les patients se prêtant à l'écriture de soi et à la production d'un récit de vie remplissent ce critère essentiel d'une « épreuve vitale » extrême de sorte qu'elle émanerait et/ou affecterait les diverses dimensions de l'existence (« y compris sociaux et politiques »). Virginia Woolf s'étonne pourtant que la maladie, quelle qu'elle soit, ne figure pas naturellement « parmi les thèmes majeurs de la littérature »[212], tant elle relève, selon elle, d'une expérience qui est toujours hors du commun. Observant combien nombre d'affections, pourtant réputées banales et le plus souvent bénignes, peuvent générer d'intenses bouleversements, elle estime qu'il « devrait exister […] des romans consacrés à la grippe et des épopées à la typhoïde, des odes à la pneumonie et de poèmes lyriques à la rage de dents »[213]. Or, ajoute-t-elle, « il n'en est rien. A de rares exceptions près »[214]. En phase avec cette définition du récit de vie, il apparaît que la

---

[208] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 55.

[209] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 162

[210] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 62.

[211] *Ibid.*

[212] Woolf Virginia, Argaud Élise (Trad.). *De la maladie*. Paris: Rivages; 2007, p. 24 : « Lorsque nous y réfléchissons, comme les circonstances nous y forcent bien souvent, il nous semble soudain pour le moins étonnant que la maladie ne figure pas à côté de l'amour, de la lutte et de la jalousie, parmi les thèmes majeurs de la littérature ».

[213] *Ibid.*

[214] *Ibid.*, p. 24-25. Parmi ces exceptions que Woolf ne mentionne pas, on pense à Michel de Montaigne décrivant dans ses Essais les affres de ses calculs rénaux (Montaigne Michel de, Céard Jean (dir.), Bjaï Denis, Boudou Bénédicte, Pantin Isabelle. *Les Essais*. Paris : Librairie générale française, 2001, p. 1308 : « Ce sont les fondements de notre deuil. L'opiniâtreté de mes pierres, spécialement en la verge, m'a parfois jeté en longues suppressions d'urine, de trois, de quatre jours : et si avant en la mort, que c'eût été folie d'espérer l'éviter, voire désirer, vu les cruels efforts que cet état m'apporte ») et Stendhal dont les courbes de vie sont restituées et analysées par Sebald

gravité d'une maladie[215] ou d'un handicap[216], la lourdeur des traitements (une greffe d'organe[217]), des circonstances extraordinaires (un attentat[218]) constituent des facteurs déterminants dans le mouvement d'écriture d'un patient, autant que certainement aussi pour de potentiels éditeurs soucieux des attentes de leur lectorat[219]. Mais, contrairement à ce que propose Woolf, c'est peut-être surtout la lecture subjective de l'expérience de la maladie telle qu'elle se décline dans le récit de vie d'un patient qui en constituerait, plus que tout autre, le critère fondamental (« point de vue délibérément subjectif »). La nature foncièrement singulière (« celui qui le vit ») et la façon, à nul autre pareil, de narrer cette expérience (« celui […] qui le raconte, qui le transforme, qui l'imagine ») en assoiraient, par-delà même la gravité des maux, de leurs circonstances et de leurs conséquences, la spécificité. Il semblerait d'ailleurs que l'on ne puisse parler de récit de vie qu'à condition d'y observer un authentique processus de subjectivation à l'œuvre (« en devient librement et individuellement le sujet par le récit de lui-même »). « Il n'y a de récit de vie que d'épreuves vitales, vécues ou recréées à la première personne »[220] précise Worms en ce sens.

Là se trouve une difficulté qui donne pourtant toute sa légitimité au récit de vie en tant qu'il relève à la fois du témoignage de l'expérience traversée au prisme de sa littéralité et de la création littéraire comme support indispensable pour pouvoir relater l'entièreté d'une telle expérience. Ce qui semble être un écueil de la littéralité, Woolf l'éclaire en rappelant non seulement que « l'incompréhensible affecte puissamment ceux qui sont souffrants »[221] mais aussi combien la retranscrire littéralement ne suffit pas pour restituer pleinement cette expérience de la maladie. La solution existe pourtant et se trouve, selon elle, dans la littérature, renvoyant en cela précisément à ce mixte qu'est le récit de vie. « Notre compréhension excède la signification littérale, elle saisit d'instinct ceci, cela et le reste […] dont le poète, sachant combien les mots sont chiches par rapport aux idées, a parsemé sa page, afin d'évoquer, une fois associés, un état d'esprit que le langage est impropre à rendre et la raison inapte à expliquer »[222] écrit-elle d'abord. Autrement dit la restitution de l'expérience vécue au prisme de la maladie ne saurait se réduire à sa seule transcription littérale. La mise en mots, y compris dotée du soutien de la raison, ne suffit pas, tant cette expérience excède ce qu'ils peuvent seuls en dire. Il faut dès lors faire appel au poète, à la littérature. De fait, Woolf complète ainsi son propos : « Lorsque nous sommes en bonne santé, la signification l'emporte sur le son. L'intelligence agit en maître vis-à-vis des sens. Mais dès que nous déclinons, avec la police

(Sebald Winfried Georg, Charbonneau Patrick (Trad.). *Vertiges*. Arles: Actes Sud; 2012 [1990]). Je remercie vivement Guillaume Reussner pour son éclairage et les discussions à ce propos, dont sa mention du poète allemand Andreas Gryphius (1616-1664) comme exemple d'écriture poétique de la maladie : Lefèbvre Jean-Pierre (éd. établie par). *Anthologie bilingue de la poésie allemande*. Paris: Gallimard; 1993, p. 195.

[215] Vergnaud Clémentine, Lecalot Grégoire. *Le journal de Clémentine: Ma vie face au cancer*. Paris: Seuil; 2024.

[216] Grand Corps Malade. *Patients*. Paris: Points; 2014.

[217] Nancy Jean-Luc. *L'intrus*. Paris: Galilée; 2000.

[218] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*

[219] Aronson Jeffrey K. *Op. cit.*: "An analysis of about 270 book length tales, most written in the past 20 years, shows that more men than women write about their illnesses and that they describe serious, dramatic, or fashionable illnesses—mostly cancers and neurological problems".

[220] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane. *Op. cit.*, p. 62.

[221] Woolf Virginia. *Op. cit.*, p. 50.

[222] *Ibid.*, p. 49-50.

congédiée, nous nous approchons subrepticement d'un poème obscur de Mallarmé ou de Donne, de quelque expression de latin ou de grec, et les mots nous livrent leur parfum, distillent leur saveur »[223]. Woolf use de la métaphore policière pour qualifier la signification littérale en ce sens qu'elle serait donc restrictive de liberté créatrice, oppressive à l'égard des sensations (« la signification l'emporte sur le son »). Or, par cette expérience extrême de la vie qu'est la maladie, c'est un bouleversement sensoriel qui s'opère et ne peut être réprimé[224], conférant aux mots une tout autre teneur. « Lorsque nous sommes malades, les mots semblent doués d'une qualité mystique »[225] précise Woolf, ils « nous livrent leur parfum, distillent leur saveur » et rapprochent « subrepticement d'un poème ». Laurens ne dit rien de différent lorsqu'elle écrit qu'il s'agit là d'« une expérience dont la littérature doit rendre compte »[226]. La littéralité est dépassée. Ce n'est plus « la signification l'emporte sur le son » mais le son qui excède la signification. Bien plutôt qu'il ne l'intensifie, le littéraire opère en révélateur et traducteur de l'extrême du réel vécu.

Cette révélation de ce que la littérature permet n'en émane pas moins, primordialement, toujours du *corps même* au point pour Woolf de révéler la portée poétique des maladies qui l'affectent. « [S]i nous finissons par en saisir la signification, celle-ci s'avère d'autant plus riche qu'elle nous est parvenue d'abord par la voie des sens, par l'intermédiaire du palais et des narines, telle une odeur intrigante »[227] précise-t-elle. Cette dimension sensible de l'expérience est au cœur du récit de vie, au point pour Laurens de préciser que « dans tous les cas, il s'agit simplement de mettre au jour une vérité sensible »[228], mais donc aussi fondamentalement subjective. Ce point est d'autant plus important qu'il s'inscrit en faux par rapport à la vérité scientifique, matérielle et objective, si constamment opposée aux patients. Or, « c'est bien une tension extrême et non pas une objectivité brute et unilatérale qui semble caractériser ici le vivant »[229], précise Worms à ce propos. « Ce n'est donc pas le corps objet de la société de consommation, saturé de signes en vue d'un rendement maximal (*via* le sport, les soins, etc.) mais le corps […] désacralisé, aux prises avec la perte et le vide »[230] ajoute Laurens. En plus d'être aux antipodes, le récit de vie des patients surpasserait le récit biomédical fondé sur le savoir scientifique dont la médecine dispose à propos des maladies qui les affectent[231]. Le corps n'y est qu'un corps justement, à mesurer, éventuellement réparer, dans sa seule matérialité

[223] *Ibid.*, p. 50-51.
[224] Je renvoie particulièrement au chapitre de la présente thèse, intitulé *Antoine Percheron ou l'expérience d'une transformation jusqu'à la métamorphose*.
[225] Woolf Virginia. *Op. cit.*, p. 49.
[226] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine (dir.). *Op. cit.*, p. 26.
[227] Woolf Virginia. *Op. cit.*, p. 51.
[228] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine (dir.). *Op. cit.*, p. 26.
[229] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 63.
[230] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine (dir.). *Op. cit.*, p. 26.
[231] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 54 : « je consulte les dictionnaires, je lis des livres […]. Tous échouent cependant à dire l'entière vérité où nous nous tenons ».

objective[232]. Ce corps biomédical n'y est pas cette « chair vivante » qui permet d'exister et non pas seulement de vivre biologiquement[233]. Or c'est bien de cette « chair vivante » et de l'expérience singulière et subjective qu'il est question dans le récit de vie d'un patient.

4.3 – Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie

L'intitulé générique récit de patient, désignant tout récit produit par un patient à propos de sa maladie semble pouvoir désormais aussi être identifié sous le terme *autopathographie*. Si leur synonymie est, *a priori*, peu discutable[234], le choix d'une dénomination plutôt qu'une autre n'est pas dénuée de sens. Par rapport au récit de vie du patient tel qu'il vient d'être développé, l'autopathographie s'origine dans l'histoire même de la médecine et des rapports entre patients et soignants. En regard de la parole médicale, qui a pu être qualifiée de « vaste monologue »[235], l'autopathographie relève d'un mouvement inédit d'émancipation du patient et d'expression autonome, singulière et donc libérée. Elle ne témoigne donc pas seulement d'un évènement extrême de vie mais aussi, en creux, d'un rapport de force avec le milieu soignant. Par ailleurs, le processus de subjectivation qui se joue au cœur des récits de patient en constitue aussi un aspect déterminant. A cet égard, peut-être faudrait-il le considérer comme un (si ce n'est *le*) critère central, sous peine de retomber dans la simple histoire de cas médical.

4.3.1 – L'autopathographie, un concept on ne peut plus récent

Si, « d'une part, la maladie est présente en littérature depuis ses origines ; d'autre part, en tant qu'expérience personnelle, elle est parfois citée dans des récits autobiographiques »[236], ce n'est que depuis très récemment que se voit clairement reconnu le récit de patient dit autopathographique. Contrairement au *récit de vie* des patients, l'autopathographie ne peut être appréhendée qu'au regard de son pendant en médecine qu'est le récit de la maladie. Ce principe d'histoire de cas médical produit par le soignant, autrement identifié sous l'intitulé « cas clinique », date certes d'Hippocrate. Mais à l'ère de l'*evidence-based medicine*, il se voit tout à fait dénigré. Considérés comme source de biais importants, la recherche biomédicale rejette les cas cliniques au profit de cohortes les plus larges et « homogènes » possibles de patients anonymes, privés de toute singularité et dont le regroupement statistique ne repose que sur la communauté d'un certain nombre de critères objectifs et restreints (telle qu'une entité pathologique donnée). Le cas clinique n'en demeure pas moins pleinement d'actualité, puisqu'il constitue le quotidien des acteurs de santé dans leur pratique. Mais, si ceux-ci ne sont confrontés qu'à une succession de cas médicaux jamais identiques, ils leur appliquent des critères

---

[232] Laurens Camille, « Le pouls de la langue » in Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine. *Op. cit.*, p. 28 : « Cette distinction entre chair et corps touche aussi à l'exercice de la médecine : pour le médecin qui pratique l'échographie, la "forme pirouettante qui n'avait pas de prix pour moi" est juste un corps "dont il fallait bien prendre les mesures" et qui gêne parce qu'il "bouge tout le temps" ». Laurens use ici de l'autocitation : Laurens Camille. Philippe. *Op. cit.*, p. 25.

[233] *Ibid*., p. 28 : « le corps est un objet dans le monde, alors que la chair est ce qui me touche et me fait exister moi-même comme chair, comme chair vivante ».

[234] Aronson Jeffrey K. *Op. cit.*: "increasingly patients are writing their own narratives (autopathographies or 'patients' tales')".

[235] Artières Philippe. *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris: La Découverte; 2013: « Le discours médical est à ce jour un vaste monologue qui ne laisse plus de place au récit personnel que le patient fait de sa maladie ».

[236] Rossi Silvia. *Op. cit.*, p. 17.

biomédicaux d'analyse et de décision centrés sur la maladie et non sur la personne malade. Ces récits biomédicaux ne se soucient guère, et même tendent à écraser la narration que peuvent produire les patients à propos de leur propre histoire comme de leur expérience subjective. N'existant pas dans la langue française, la distinction que la langue anglaise opère entre la *disease* et l'*illness* (c'est-à-dire entre un diagnostic biomédical et le vécu du patient) n'existe probablement pas non plus dans nos représentations mentales. Le besoin s'est donc de plus en plus fait ressentir pour les patients de s'exprimer à propos de leur maladie (de leur *illness*) sans devoir pour autant s'en référer systématiquement à leurs médecins, longtemps considérés comme les uniques destinataires des histoires des malades.

Alors que la description de la *disease* est dévolue aux médecins, cette propension à pouvoir raconter la *illness*, c'est-à-dire l'expérience de la maladie en première personne, leur aurait d'abord été reconnue au 18e. A condition d'être eux-mêmes malades, ils se trouvaient dès lors aptes à apprécier l'*illness* et non plus seulement à décrire la *disease*[237]. Cette aptitude était aussi prêtée aux écrivains ou artistes que la maladie affectait et dont l'œuvre s'en trouvait dès lors imprégnée[238]. Le terme pathographie, signifiant « description d'une maladie » ("description of disease"[239]) continuait pourtant d'être mobilisé. L'usage du terme autopathographie serait beaucoup plus tardif. Il reviendrait à Stéphane Grisi qui, en 1996, la définissait de la façon suivante : « tout écrit autobiographique dans lequel l'auteur évoque, de façon centrale ou périphérique, des faits, des idées ou des sentiments relatifs à sa propre maladie »[240]. Mais le fait de qualifier ces productions, en particulier celles émanant de médecins, de « narrations médicales à la première personne »[241], ou encore de récits médicaux autobiographiques ("autobiographical medical narratives"[242]) témoignait de l'emprise persistante du médical sur la dynamique narrative à l'œuvre et grandissante chez nombre de malades. L'essence même de l'autopathographie en tant qu'il s'agit du récit de l'expérience de la maladie par le patient lui-même, délié de toute intervention soignante, n'aurait été reconnue que beaucoup plus récemment[243]. Elle implique en effet de reconnaître le patient dans sa capacité de sujet-écrivant à propos du vécu de sa maladie sans qu'il doive forcément disposer, pour cela, de compétences médicales, littéraires ou artistiques préalables ni même d'un soutien extérieur de cet ordre.

---

[237] Vasset Sophie, "Narrating pain in British medicine and fiction" in Honoré Champion. *Le corps et ses images dans l'Europe du dix-huitième siècle*. Paris : Sabine Arnaud et Helge Jordheim, 2012, p. 199-217 : « Pendant le XVIIIe, […] le narrateur médical est un observateur plutôt intéressant de lui-même : il ne prend pas les fonctions de son corps pour données et il explore toujours ses sensations, et, pour cette raison, certaines narrations médicales à la première personne, lorsque le patient est un médecin, ont été appelées "autopathographies" ».

[238] Aronson Jeffrey K. *Op. cit.*: "The usual term for a narrative of this sort is a pathography, originally defined in 1853 in Dunglison's *Medical Lexicon* as a description of disease, and later as "the study of the effects of any illness on the writer's (or other artist's) life or art, or the effects of an artist's life and personality development on his creative work".

[239] Dunglison Robley. *Medical lexicon*. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1848: 433/2, p. 687. En ligne : Medical lexicon: a dictionary of medical science : Dunglison, Robley, 1798-1869 : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive, consulté le 2 février 2026.

[240] Grisi Stéphane. *Dans l'intimité des maladies: de Montaigne à Hervé Guibert*. Paris: Desclée de Brouwer; 1996, p. 25.

[241] Vasset Sophie. *Op. cit*.

[242] Aronson Jeffrey K. *Op. cit.*

[243] Rossi Silvia. *Op. cit.*, p. 18.

4.3.2 – L'autopathographie ou l'histoire d'un mouvement d'émancipation et de libre expression du patient

L'épidémie de sida dans les années 1980 a marqué de façon déterminante l'émergence du principe de démocratie sanitaire. Marquée de façon inédite par la prise de parole publique des patients, elle a aussi vu émerger nombre de récits autobiographiques centrées sur la maladie, parmi lesquels les textes d'Hervé Guibert[244]. Ces récits, comme ceux de patients atteints de cancer, permettent d'appréhender au mieux en quoi consiste l'autopathographie, à savoir le récit d'une expérience singulière de la maladie et des savoirs qui en résultent, dont seul celui qui la traverse dispose, en plus d'être seul à même de la retranscrire au plus juste.

L'autopathographie recoupe selon Stéphane Grisi à la fois des caractéristiques de l'écriture autobiographique et de l'écriture de la maladie :

> Avec cette définition, l'autopathographie emprunte la forme littéraire de l'autobiographie et le fond thématique de la pathographie. D'une part, l'expression est autobiographique, le personnage du récit se confondant ouvertement avec la personne réelle de l'auteur ; d'autre part, parmi les évènements de la vie, le récit aborde l'épisode de la maladie : comme le pathographe, l'écrivain décrit, représente, explique et commente différents éléments de la situation morbide. Mais ici, le patient et l'observateur ne forment qu'une seule et même personne[245].

Cette définition de Grisi rencontre celle du récit de vie du patient en ce qu'elle associe à la littéralité autobiographique une « forme littéraire », à mi-chemin donc entre témoignage et fiction. Ce qui la distingue du récit de vie en est le sujet exclusivement consacré à la maladie (« le fond thématique de la pathographie »). L'autopathographie traite de la maladie non pas seulement comme un évènement extrême de vie, mais comme un objet littéraire qui s'abreuve de toutes les caractéristiques de cet état (les « différents éléments de la situation morbide »). Se logeant par ailleurs au cœur de l'histoire de la médecine, le fait que le pathographe puisse se confondre avec le patient, en tant que sujet-écrivant, constitue une révolution par rapport à la façon dont le récit médical était jusque-là appréhendé comme ne pouvant émaner que des soignants. Le médecin n'est donc plus « l'observateur » exclusif. Et la parole est, non pas donnée, mais prise par le patient.

S'agissant de l'autopathographie consacrée au cancer (maladie faisant très fréquemment l'objet de récits de patients), Silvia Rossi estime qu'il s'agit d'un « nouveau genre d'écriture personnelle, fondée sur l'expérience directe des patients, qui enrichit le langage pour "dire" le cancer et la représentation de cette maladie »[246]. Plus globalement, l'auto-pathographie regroupe donc l'ensemble des récits de patients relatant leur expérience de la maladie en usant de l'écriture narrative. Elle relève d'une lecture subjective puisqu'elle reflète uniquement l'expérience de la maladie vécue du point de vue de la personne malade et transcrite par elle-même. Le patient s'approprie le droit de produire par lui-même le récit de sa maladie,

---

[244] Guibert Hervé. *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie: roman*. Paris: Gallimard; 1990 ; Guibert Hervé. *Cytomégalovirus: journal d'hospitalisation*. Paris: Seuil; 1992.
[245] Grisi Stéphane. *Op. cit*., p. 26.
[246] Rossi Silvia. *Op. cit*., p. 27.

prérogative jusque-là considérée comme seulement dévolue à la médecine. Cette mise en mots au prisme de l'écriture personnelle l'inscrit dans le monde, sans le restreindre à la sphère et au discours sanitaires. En s'affirmant comme *sujet écrivant*, c'est-à-dire apte à user de son propre langage pour penser et *expliciter* la maladie qui l'affecte dans la diversité de ses manifestations et de ses conséquences, le patient s'affirme à lui-même et au monde. En ce sens, l'autopathographie s'inscrit clairement dans un mouvement d'émancipation du patient vis-à-vis de l'autorité médicale et des discours qu'elle mobilise.

4.3.3 – Des avantages et des limites de l'autopathographie d'un point de vue méthodologique

Toute la force de l'autopathographie est qu'elle consiste en la seule parole du patient, libre et délestée de tout ce qui, venant des soignants et de leurs institutions, aurait pu l'entraver voire l'interdire. Habituellement restreint, parfois prohibé, par l'effet d'emprise du discours biomédical, le point de vue du patient serait, sans cela, peu ou pas accessible. Le récit autopathographique donne au contraire accès à la seule voix du patient, extraite et désaliénée du théâtre de la relation de soin qui fige les rôles et prive de pouvoir exprimer pleinement l'expérience de la maladie telle que réellement vécue[247]. Cela est d'autant plus précieux que cette réalité propre au patient peut s'avérer tout autre que celle donnée à entendre via les acteurs classiquement reconnus (soignants, établissements et instances sanitaires). En tant que corpus d'étude, l'autopathographie, et plus généralement tout récit de patient (éventuellement de proche) offre ainsi un accès privilégié à l'expérience et à la voix des patients, habituellement peu ou pas audibles, en plus d'être discréditées. En l'occurrence, ce corpus permet d'atteindre au plus près ce qui fait l'objet d'un tabou et même d'un interdit très puissants, à savoir l'expression des doutes qu'ils peuvent éprouver. Ce corpus permet également d'éviter les effets de censure (même involontaire) ainsi que les biais d'écoute et d'interprétation liés à la posture de soignante (dont il est impossible de se dévêtir complètement) qu'auraient pu générer un recueil direct de données effectué à partir d'entretiens directs avec des patients. Il résout enfin la question déontologique majeure du respect de la confidentialité. Les ouvrages mobilisés étant tous dans le domaine public, les informations qu'ils détiennent sont toutes déliées de l'obligation du secret médical.

Le choix d'un corpus fondé sur des récits de vie de patients et de proches, ainsi que des récits plus spécifiquement autopathographiques, n'est pas sans soulever la question de certaines limites. La sélection des récits n'est pas complètement arbitraire puisqu'elle est avant tout fondée sur l'objectif d'explorer l'état de doute des patients, dans la diversité de ses déclinaisons. Il n'en demeure pas moins que ce travail ne peut prétendre être une analyse exhaustive ni même assez large de l'expression du doute au cœur des autopathographies. On peut aussi se demander si la singularité de l'écriture testimoniale, autobiographique et donc aussi autopathographique ne constituerait pas un écueil par trop limitant. Ainsi que le précise Galichon :

[247] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'asymétrie de la relation de soin, entre rapport de pouvoir, défiance et co-construction*.

> Le sujet-écrivant sait, en prenant la parole, que son témoignage est une parole singulière, à la fois personnelle et atypique, car il dresse le constat de la limite de son récit : il ne témoigne que de *sa* maladie. […] Il ne dira que ce qu'il a *vécu*[248].

La question ici posée est celle de pouvoir, ou pas, extrapoler une expérience unique, puisque propre à un seul individu, pour éclairer celle d'autres personnes. Ogien explique, avec humour, ne pouvoir témoigner que de sa maladie : « la seule (heureusement !) dont j'ai une expérience personnelle »[249] dit-il. Sans compter qu'il la qualifie lui-même de « confuse, inconsistante, incohérente »[250] et même changeante en fonction du temps et selon le regard qu'il lui porte invoquant à ce propos l'effet *Rashomon*[251]. Galichon parle de « fragilité [du] texte » et même de « vulnérabilité [du] témoignage »[252] tant cette singularité prive, *a priori*, d'envisager la moindre généralisation. Pourtant, aussi singulier soit-il, énormément de personnes peuvent se reconnaître dans un récit de patient. En dépit du caractère unique de l'expérience qu'il relate, le *patient-écrivant* peut donner voix à un nombre infini d'autres personnes, y compris des soignants (ainsi que cela s'est produit avec *Le Lambeau* de Lançon ou *Si* de Lise Marzouk[253]). Tout comme les œuvres-témoignages, les récits de patients « dépassent en effet leur fonction extralittéraire et testimoniale, pour retrouver une indétermination constitutive du littéraire »[254]. Bien qu'issues de l'expérience, ces récits sont aussi des œuvres, comme l'est un roman ou un poème dont la portée est universelle. Ce faisant, le littéraire œuvre à rendre la littéralité d'une expérience singulière de la maladie transposable à bien d'autres situations que celle qui s'y trouve décrite. En somme, la singularité des cas inhérente au principe d'autopathographie de patients ne prive pas d'une applicabilité élargie, puisqu'au contraire elle ouvre à la plurivocité et même à l'universel de l'expérience de la maladie, par-delà son extrême diversité. Partant, ces récits de patient peuvent aussi aider à réfléchir aux concepts qu'ils illustrent donc concrètement au gré de ces narrations singulières.

4.3.4 – Ce que peut apporter l'autopathographie au patient et à la relation de soin

Les apports possibles du récit autopathographique sont bien sûr nombreux mais je n'aborderai ici que deux points principaux au regard de leur intérêt particulier pour les développements ultérieurs de cette thèse. L'importance de tels récits comme possibilité de (re)subjectivation *avec* la maladie et son histoire est le premier de ces apports essentiels de l'autopathographie. La possibilité d'avoir un regard critique sur soi-même et de déployer une pensée réflexive sur la condition d'être malade ainsi que sur ses rapports avec les soignants est le second. D'autres

---

[248] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 170.
[249] Ogien Ruwen. *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris: Librairie générale française; 2018, p. 11.
[250] *Ibid.*, p. 23.
[251] *Ibid.* : « pour restituer ce sentiment par l'écriture, j'aurais peut-être intérêt à me servir de la technique narrative rendue célèbre par le *Rashomon* d'Akira Kurosawa. Elle consiste à juxtaposer plusieurs versions d'un même évènement selon des dimensions objectives ou subjectives, selon le point de vue de différents témoins ou selon le regard que l'on porte sur lui à différents moments du temps ».
[252] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 170.
[253] Marzouk Lise. *Si*. Paris: Gallimard; 2018.
[254] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 57.

apports ne sont volontairement pas abordés, notamment le fait que le récit des patients éclaire avec une particulière acuité la question de la temporalité[255]. De plus, si le sujet du pouvoir de réparation du récit n'est pas non plus mobilisé tel que cela a pu déjà être développé[256], cela n'exclut pas d'appréhender l'écriture comme voie de compréhension de soi-même (en tant que condition du processus de subjectivation) et de cheminement de vie.

4.3.4.1 – L'effet de subjectivation du patient, mais aussi du soignant

La parole libérée du patient[257], la mise en récit de son vécu, mais surtout la possibilité d'écrire en première personne – par contraste avec l'usage de la troisième personne tel que toujours déployé dans l'histoire de la maladie élaborée par les soignants – tendent à attester d'un processus de subjectivation à l'œuvre. « L'écriture de soi relève en effet d'un processus de subjectivation éthique qui permet au malade de se constituer lui-même comme sujet »[258] précise Galichon en ce sens. Cette subjectivation est si essentielle qu'elle pourrait constituer un critère incontournable du récit de soi. Ce récit ne pourrait ainsi être qualifié comme tel qu'à condition pour le patient de s'approprier réellement sa propre histoire, d'assumer effectivement d'en être pleinement l'acteur, sous peine de lui-même se chosifier et d'alimenter un rapport instrumental à la médecine (n'être, par exemple, qu'un porte-parole du discours médical ou bien, tout au contraire, rejeter tout ce qui en émane[259]). Parce qu'elle offre l'opportunité d'un regard distancié (ainsi que j'y reviendrai), et donc possiblement d'un recul salutaire favorable au mouvement d'appropriation de son propre vécu, l'écriture peut donc contribuer à la constitution de ce « nouveau rapport à soi » qu'impose la maladie[260]. Par-delà l'effet des contraintes contradictions inhérentes au récit de vie[261], ce processus de subjectivation par l'écriture, permettant la (re)constitution d'un soi avec la maladie, n'est certes pas garanti. Ainsi que l'analyse Galichon, grâce à « l'écriture de soi, la maladie prend forme, s'in-forme et se dresse dans sa pleine réalité », ce qui aide à « com-prendre, [à] prendre avec soi la maladie »[262]. Le fait de « com-prendre » progressivement la maladie permet de (re)prendre possession de

---

[255] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 136 : « Et si le roman est bien une entaille ouverte dans le bois du temps, il oblige chacun à considérer en face le vertige de durée où il passe ». Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 165 : « L'expérience de la maladie met en évidence le caractère fini mais plus encore éphémère de l'existence ».

[256] Gefen Alexandre. *Réparer le monde: la littérature française face au XXIe siècle*. Paris: Corti; 2017.

[257] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 174 : « Il [le récit de vie] « « dégèle » la parole du malade et cette parole va peu à peu se déployer et prendre tout son sens ».

[258] *Ibid.*, p. 164.

[259] Demorand Nicolas. *Intérieur nuit*. Paris: Les Arènes; 2025 A rebours de l'encensement de ce récit, probablement dû pour part à l'aura social de son l'auteur, celui-ci paraît nier sa propre implication subjective et ainsi rejeter massivement autant le mal que ceux qui tentent de l'accompagner dans cette épreuve. D'une façon différente, mais dans une non moindre mesure, la révolte de Marin contre sa maladie semble emporter les soignants dans son sillage : Marin Claire, *Hors de moi*. *Op. cit*.

[260] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 163.

[261] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, 62 : « C'est sur un fil étroit tendu entre les contraintes contradictoires de la subjectivation, du témoignage et de la fiction que circulent de manière explicite de tels écrits, qui ne sont pas par hasard, […] au cœur du moment présent ».

[262] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 163.

l'instance narrative « je » jusqu'à parvenir à ne plus faire « qu'un avec la maladie »[263]. En somme, ainsi que le résume Galichon, « Le récit de vie serait donc un type de récit de soi entendu comme une pratique éthique de subjectivation, face à l'altérité de l'expérience de la maladie »[264]. Or, avant de pouvoir être une réflexion, cette altérité est d'abord une perception charnelle. Galichon précise à ce sujet que le patient parvient progressivement à comprendre « en percevant avant même de pouvoir le concevoir »[265]. Autrement dit, ce processus de subjectivation qui est à l'œuvre grâce au récit de vie du patient passe aussi par toutes ces perceptions charnelles qui, tel un langage du corps, pourraient remplir un journal quotidien[266]. En déployant sur la page toute l'étendue de l'expérience du corps malade, souffrant, changeant[267], imprévisible, l'écriture de soi aide alors à ne pas perdre le lien avec son corps, à le reconnaître dans ses variations, à reconstruire et se réapproprier une identité qui a pu être abimée et affaiblie. « Ainsi, le récit de vie en tant que pratique de soi permet de travailler ce rapport au corps. Par l'écriture de soi, le sujet-écrivant malade tente de se réapproprier ce corps pour qu'il devienne sien »[268] analyse Galichon en ce sens. Il s'agit que ce corps (re)devienne sien, par l'acceptation et la reconnaissance de soi *avec* la maladie et son histoire, ce que le récit, quel qu'en soit la forme (texte écrit, peinture, pièce musicale, chorégraphie, etc.), favorise.

Parce qu'elle tend si souvent à ne laisser que très peu ou même aucune place au récit du patient, il nous apparaît que la posture soignante pourrait être qualifiée de désubjectivante, autant d'ailleurs pour le patient que pour le soignant dès lors contraint de se comporter en technicien et délivreur de biens et de services. A rebours de tels effets, le récit de vie du patient œuvrerait ainsi non seulement à l'émancipation du patient dans un mouvement de résistance au paternalisme, mais aussi à la subjectivation de chacun des acteurs de la relation. Ainsi que l'analyse Nicole Biagioli à propos du *Lambeau*, le parallélisme qui s'instaure entre la reconstruction chirurgicale et l'acte de création littéraire permet à la créature (le patient) d'échapper à son créateur (le soignant)[269]. Lançon peut dès lors s'approprier, au prisme de sa propre écriture, sa (re)construction identitaire[270]. Il peut de nouveau dire « je ». Tel est peut-être l'enjeu majeur de tout récit de vie de patient, à savoir pouvoir (re)dire pleinement « je ». Ce faisant, cela invite à un autre type de relation avec les soignants. La puissance dialogique du « je » ainsi déployé grâce au récit ouvre des perspectives relationnelles inattendues dont Lançon offre maints exemples dans *Le Lambeau*. Dans un environnement aussi inhospitalier que l'hôpital, des moments de partage esthétique entre patient et soignant deviennent possibles tels cet échange avec sa chirurgienne autour d'une exposition Velázquez[271], avec une infirmière

[263] *Ibid.*, p. 164.
[264] *Ibid.*, p. 162.
[265] *Ibid.*, p. 166.
[266] Pennac Daniel. *Journal d'un corps*. Paris: Gallimard; 2012.
[267] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 168 : « C'est enfin l'expérience d'un corps dans lequel on ne se reconnaît plus ».
[268] *Ibid.*
[269] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon » [colloque Cergy Paris Université]. *Op. cit*.
[270] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Philippe Lançon et sa chirurgienne Chloé Bertolus*.
[271] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 428.

autour du tableau de Poussin *La fuite en Egypte*[272], avec un jeune chirurgien autour de différentes versions de *L'art de la fugue* de Bach[273]. Or ces moments combinant, grâce à l'art et la littérature, « partage et mise à distance » ont pu déboucher sur un effet de libération de la parole et partant de subjectivation du soignant lui-même s'ouvrant au récit de sa propre vie[274].

4.3.4.2 – Une distanciation critique salutaire grâce à l'écriture

Les patients témoignent d'un tel besoin de mise à distance à la fois concrète et critique de l'épreuve qu'ils traversent et la façon dont l'écriture y contribue. « Ecrire sur mon propre cas était la meilleure façon de le comprendre, de l'assimiler, mais aussi de penser à autre chose – car celui qui écrivait n'était plus, pour quelques minutes, pour une heure, le patient sur lequel il écrivait »[275] précise Lançon en ce sens. Tout est lié puisque l'on retrouve dans ce propos cette nécessité, précédemment abordée, de comprendre pour pouvoir « com-prendre » la maladie (« l'assimiler »). Mais l'écriture permet aussi de se distancier de la littéralité brute et brutale, de se projeter tel un être de fiction qu'il est possible de faire vivre, auquel il est donc aussi possible de penser et réfléchir tout en le délestant, un temps, de la violence de l'expérience dans ce qu'elle a de plus prosaïque[276]. Forest ne semble rien dire de différent lorsqu'il précise : « pour ne pas me perdre dans l'abîme vide de sens du réel, je fais déjà semblant de croire que la maladie est un récit »[277]. Aussi, Lançon ajoute-t-il qu'« écrire est la meilleure manière de sortir de soi-même, quand bien même ne parlerait-on de rien d'autre »[278]. Estimant qu'en la décrivant, il échappe à sa condition,[279] tout en essayant de lui donner « forme, et donc peut-être sens »[280], Lançon s'adonne alors à l'exercice « des chroniques en quasi-direct » dont celle notable intitulée « Le yaourt »[281]. Tout comme Ogien aussi[282], cette façon de mettre en récit, d'apporter du littéraire, y compris fictionnel, à la littéralité du vécu (le prosaïsme du corps meurtri) lui permet, non seulement de s'adonner à l'autodérision, à l'ironie et même l'humour, mais également de « changer [ses peines] comme un alchimiste, en motifs de curiosité »[283] et donc de réflexion. Ce faisant, le sujet-écrivant ouvre un espace qui n'est plus seulement saturé de

---

[272] *Ibid.*, p. 456.
[273] *Ibid.*, p. 388.
[274] *Ibid.*, p. 456 : « une infirmière s'est arrêtée sur *La fuite en Egypte*. Elle a décrit les couleurs des habits, la position de l'âne, l'aigle sur le rocher, et, regardant longuement l'enfant dans les bras de sa mère, m'a soudain raconté ce qu'en trois mois elle ne m'avait pas dit : comment elle avait perdu son enfant » ; Biagioli Nicole, « *Le Lambeau de Philippe Lançon*, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie. *Op. cit.*, p. 54 : « Il découvre le pouvoir réparateur de l'art qui combine partage et mise à distance ».
[275] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 364.
[276] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 60 : « c'est la liberté de l'écriture qui rend sa liberté à la vie, qui la délivre en quelque sorte de sa littéralité ».
[277] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 54.
[278] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 364.
[279] *Ibid.* : « en la décrivant ainsi, j'échappais à ma condition ».
[280] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon » [colloque Cergy Paris Université]. *Op. cit*.
[281] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 400-402.
[282] Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle], *La Grande Librairie*, France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017, consulté le 15 septembre 2025 : « C'est dans la fiction que l'attitude que j'aime par rapport à des évènements fussent-ils aussi tragiques qu'une maladie mortelle, que l'on peut trouver des formes d'autodérision et d'ironie et que l'on ne trouve pas chez les philosophes ».
[283] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, p. 364.

perceptions, en l'occurrence douloureuses et affectant la dignité, mais peut accueillir une activité de pensée beaucoup plus libre.

4.4 – De la mise en récit de la relation de soin

En phase avec l'intention de ne pas mobiliser *a priori* des concepts déjà élaborés sur la relation de soin, il s'est agi pour y accéder de s'appuyer sur la réalité de l'expérience vécue en son cœur par ses acteurs. Or, si l'expérience des patients peut être difficile à atteindre précisément, accéder ce qui se joue au cœur de la relation de soin s'avère encore plus compliqué voire impossible. De tels contenus relationnels sont par essence inaccessibles puisqu'ils se vivent dans l'instantanéité du réel. De plus, le colloque singulier entre un patient et un soignant advient par définition à huis clos et demeure couvert par le secret médical[284]. En plus d'être interdite au public, elle en devient une scène irreprésentable. Tout comme des récits de vie ont été utilisés pour accéder à l'expérience du doute des patients, des récits de relations de soin ont été mobilisés pour tenter d'approcher l'épreuve du doute au cœur de cette interface relationnelle.

4.4.1 – Les biais qui entachent l'observation directe et l'analyse de la relation de soin

La relation de soin ne se réduit pas à une interaction entre un patient et un soignant qui serait ordinaire, conventionnelle et polie. S'il y a certes bien des moments purement pragmatiques et utilitaires, ce qui fait relation, ce en quoi consiste une rencontre véritable entre patient et soignant n'est pas si aisément perceptible. Par-delà le seul motif de la confidentialité des échanges, pouvant conduire à interdire une observation directe, ce qui se passe réellement peut demeurer inaccessible à qui n'est pas dans l'épaisseur de cette relation. Il ne s'agit pas seulement de ces signes apparemment insignifiants mais déterminants (une discussion qui se poursuit, un échange de regard, un geste ou sa suspension, un silence) ni même peut-être de ce que Jean-Christophe Weber qualifie, côté soignant, de « microcréativité clinique »[285]. Cet instantané du réel de la rencontre semble intraduisible, si peu accessible et peut-être même impartageable. Le travail photographique mené par Jean Mohr pour illustrer l'ouvrage *Un métier idéal* en témoigne et particulièrement cette photo, en couverture du livre, représentant John Sassall dans un rai de lumière au seuil d'une chambre dont la porte est à peine entrouverte, et qui illustre la relation de soin tout en la masquant[286]. Seul Sassall voit le patient et ce qui se déroule à l'intérieur de la chambre. Ne pouvoir que supposer ce qu'il s'y passe sans le percevoir ne peut mieux illustrer cette difficulté d'accès à la relation de soin et toute l'imagination qu'elle peut susciter.

Ce regard inévitablement distancié et indirect, fondamentalement étranger, de l'observateur externe que l'on est en regardant ces photos de Mohr produit l'illusion de voir distinctement. Le doute paraît certes omniprésent à la relation, à la façon dont les patients, autant que Sassall lui-même, semblent être soucieux, hésiter, s'interroger, réfléchir, discuter, regarder dans le vide ou bien, au contraire, regarder avec profondeur[287]. On croit comprendre ce qui se joue grâce à

[284] Je renvoie au code de déontologie. En ligne : Article 4 - Secret professionnel, consulté le 8 mars 2026.
[285] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 13.
[286] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, en couverture de l'ouvrage et p. 82. Je renvoie à la section Annexes de la présente thèse où cette photo de Jean Mohr est reproduite (Photo 1).
[287] *Ibid*., p. 58 et 128-129 (Photos 2, 3 et 4 : Les regards du doute). Les photos sont disponibles en annexe.

ces expressions, ce qui fait manifestement relation – cela est indubitable – telle cette succession de photos d'une discussion révélant ce mouvement d'un regard étonné, interrogatif, qui semble tester autant que chercher dans celui du médecin des éléments de réponse[288]. Pourtant, l'on n'y est pas et l'on ne perçoit donc pas exactement ce qui s'y passe. Non seulement, nous voyons la relation telle que Jean Mohr l'a perçue mais, le plus souvent, l'on ne voit que l'un ou l'autre des visages, ainsi celui de cette femme enceinte tandis que Sassall qui l'examine est pris de dos[289]. Cette observation de la relation semble inévitablement biaisée. C'est une interprétation qui, notamment, a tendance à ne s'appuyer que sur l'un des deux acteurs de la relation (notamment s'il est au premier plan, plus visible, de face ou plus expressif) tandis que le noyau même de la relation demeure invisible. Or le fait de ne pouvoir voir que dans le regard de l'un, et pas de l'autre, donne une vision unilatérale non représentative. Il n'est qu'à considérer la façon si différente, entre patient et soignant, de restituer l'expérience de la relation qui les unit pourtant, ne serait-ce que du fait de leurs dissensions naturelles[290].

Si ce que relate un patient ou un soignant à propos d'une relation de soin tend inévitablement à être biaisé par la lecture subjective du témoignant, c'est aussi du fait du jeu de rôles à l'œuvre dans la relation de soin, tout comme Erwing Goffman l'avait mis en évidence dans les interactions ordinaires[291]. « Le rôle social du médecin semble être écrit, comme celui du malade, comme si les deux étaient complémentaires, comme si ensemble ils allaient exécuter une sorte de performance théâtrale dont les formes et le contenu sont connus d'avance »[292] précise Pascal Quignard à ce sujet, tandis que Ruwen Ogien juge cette comédie effrayante qui prive chacun d'être soi-même[293]. Tout comme il n'y a pas eu d'enquête de terrain directement auprès des patients et des soignants, il n'y a pas non plus eu d'observation et de documentation de rencontres entre patient et soignant. Une telle enquête aurait non seulement pu être affectée par ce jeu de rôle, mais également par divers biais d'enquête dont les raisons ont déjà été invoquées.

4.4.2 – L'accès à la relation de soin par le récit, la fiction et la mise en scène

Au regard des écueils évoqués précédemment, il est apparu que le seul moyen d'accéder à la relation de soin impliquait d'en passer par une *œuvre* à même de la relater. Même par ce prisme, il a été long et difficile d'identifier de telles œuvres ce d'autant qu'il s'agissait d'accéder à des relations permettant d'explorer la question de la confrontation du doute entre patient et soignant. Trois relations singulières de soin ont finalement pu être identifiées et sont ainsi analysées dans la présente thèse. Bien que ces relations aient toutes réellement existé, leur accès n'est donc pas direct mais médié par le prisme du récit, littéraire pour deux d'entre elles, audiovisuel pour la

---

[288] *Ibid*., p. 70 et 160 (Photos 5 et 6 : La circulation du doute entre patient et soignant).
[289] *Ibid*., p. 75 (Photo 7 : Suivi d'une femme enceinte).
[290] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patient et soignants*.
[291] Goffman Erving, Accardo Alain (Trad.). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris: Minuit; 1973
[292] Quignard Pascal (invité), Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle - *La Grande Librairie*]. *Op. cit.*
[293] Ogien Ruwen. *Op. cit.*, p. 150 : « tous les efforts de mise en scène que nous faisons en tant que patients pour gagner les bonnes grâces des médecins qui, de leur côté, doivent mettre en scène leur compétence et leur souci de notre bien, qu'ils soient réels ou pas ».

troisième[294]. Tout comme déjà développé au prisme du récit de vie des patients, ces récits relèvent à la fois du témoignage et de la fiction, laquelle ne compromet pas la justesse historique et permet de rendre plus accessible le vécu psychique et subjectif des acteurs de la relation. Ces récits mélangent donc le littéral et le littéraire. Par ailleurs, le principe même du récit de vie permet à la fois de libérer la parole et de désaliéner de la contrainte des rôles convenus, imposés et supposés garantir en vie réelle l'opérativité de la relation de soin, sans pour autant les faire disparaître. Comme dans tout récit, des choix narratifs s'opèrent qui permettent une mise en intrigue et de valoriser certains faits plutôt que d'autres. Parmi ces choix narratifs, la dimension de mise en scène, et donc de mise en spectacle, vient radicaliser (comme rendre plus vrai que nature) le principe même du théâtre et du jeu de rôles entre patients et soignants. Ainsi exposés aux spectateurs, chacun des acteurs, tout comme la mécanique de la relation de soin elle-même, peuvent être analysés de façon critique et dans leurs moindres détails. Ce faisant, ce principe de mise en scène (éventuellement adaptable au gré du public et des enjeux plus particuliers à mettre en exergue) peut constituer un outil éducatif à même d'éclairer et de former des étudiants en santé aux spécificités de la relation de soin.

La relation de soin entre Madeleine Lebouc (patiente) et Pierre Janet (soignant) est celle qui fut identifiée la première comme pouvant être analysée pour ce travail de recherche sur le doute[295]. L'ouvrage tiré de faits réels, du scénariste Claude Baqué, *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*[296], consiste en une série de dialogues fictionnels entre Madeleine et Janet, « permet[tant ainsi] d'approcher ce qui est imprenable autrement que par ce que précisément la fiction permet »[297]. Il doit servir de mise en scène pour un film (en cours de production). La relation de soin entre Philippe Lançon (patient) et Chloé Bertolus (soignante) est analysée à partir du récit de vie autopathographique de Lançon qu'est *Le Lambeau*[298]. En plus de la dimension autofictionnelle qu'il reconnaît lui-même à son récit, la retranscription complète d'un échange de mails offre un témoignage littéral de la crise de doute qui a affecté leur relation. Enfin, la relation de soin entre Marinella Banfi (patiente) et Thomas Tursz (soignant) est appréciée au prisme du film documentaire *Mon docteur indien*[299]. Parce que ce cadre documentaire (dans un pays étranger et en dehors d'un système de santé de type occidental) brosse le récit d'une relation de soin dont les rapports de force habituels sont brouillés, il implique pour Marinella et Tursz à la fois de s'engager et de s'exposer. L'un et l'autre se comportent ainsi tels les acteurs et parties prenantes d'une relation de soin mise à l'épreuve d'une culture étrangère et donc d'une culture différente des soins.

---

[294] Je renvoie au propos suivant de Claude Baqué dont le travail centré sur la figure mystique qu'est Madeleine Lebouc emprunte à l'écriture, la photographie et au cinéma : « Il m'a semblé qu'à pouvoir articuler le cinéma naissant à la mystique, on pointait ce même désir de capter un Invisible et de trouver un support à des images errantes en quête d'une peau pour s'y incarner ou d'un écran pour y être projetées … » in Baqué Claude. *Op. cit*., p. 13.

[295] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Madeleine Lebouc et Pierre Janet* ».

[296] Baqué Claude. *Op. cit*.

[297] *Ibid*., p. 9.

[298] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.* Et je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Philippe Lançon et sa chirurgienne Chloé Bertolus*.

[299] Brook Simon. *Mon docteur indien* [Film documentaire, 85 min]. France : Centre national de la cinématographie, Arte France et Artline Films, 2013. Et je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*.

5 – Une approche pouvant aussi être qualifiée de philosophie narrative ?

A l'aune des précédents développements, il apparait que littérature et philosophie se sont avérés tout autant nécessaires que complémentaires pour tenter d'approcher au plus près ainsi qu'éclairer, dans la diversité de ses déclinaisons, l'expérience du doute traversée par les patients et les soignants. Grâce aux récits relatant cette expérience – qui, sans ce support, serait demeurée peu, pas ou médiocrement accessible –, une conceptualisation philosophique a été rendue possible. Que la littérature soit considérée par les philosophes « comme une possibilité d'élargissement de la conceptualité philosophique »[300] n'est pas un fait nouveau. En revanche, l'importance accordée à la narration dans ce travail – autant celle qui émane directement des récits en eux-mêmes, que celle qui est aussi produite à partir de ces récits – est inhabituelle et conduit à questionner la pertinence de qualifier l'approche philosophique qui en résulte de narrative. En écho aux travaux d'Adriana Cavarero[301], il est en effet apparu que seul l'usage du récit a ici permis de dessiner, à travers la narration, des schèmes conceptuels. Le récit est effectivement beaucoup plus proche que la théorie philosophique de ce que vivent les soignants dans leur pratique, en plus d'être plus facilement mobilisable. Cette méthode narrative ouvre par ailleurs à la complexité et la polysémie du doute, à la possibilité de niveaux de lecture multiples et à l'ambiguïté, à l'instar de ce qui peut aussi se passer en pratique clinique.

5.1 – Les usages du littéraire en philosophie

La méthode de travail ici mobilisée, s'appuyant sur un corpus littéraire autant que philosophique et reconnaissant un lien inextricable entre l'expérience littéraire et la conceptualisation philosophique, tend à rappeler combien cette partition disciplinaire n'a pas toujours été, combien aussi littérature et philosophie se travaillent l'une l'autre. Certaines œuvres se voient ainsi appropriées par les deux champs disciplinaires, tel *L'intrus* de Jean-Luc Nancy (étudié dans cette thèse selon cette double approche), suggérant qu'il est possible de « construire, pour certains textes, une analyse qui oublierait le partage disciplinaire, ou le brouillerait »[302]. Lorsque tel n'est pas le cas, *le littéraire* consiste alors en « l'investissement de formes d'écriture littéraires par la philosophie – essais, aphorismes, romans ou contes philosophiques – […] textes dont le but explicite est de produire et de communiquer du raisonnement philosophique »[303]. Il n'est, de fait, pas nouveau que « ce rapport à la pratique de lecture et d'écriture littéraires qui permet à la philosophie de se nourrir, sur un mode très particulier, de la littérature »[304] soit interrogé. Le colloque international organisé en 2011 sous l'intitulé « Le

[300] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Le travail de la littérature – Usages du littéraire en philosophie*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012, p. 9-25.
[301] Cavarero Adriana, Kottman Paul A. (Trad. anglaise). *Relating narratives. Storytelling and selfhood*. London and New York: Routledge; 2000.
[302] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 12.
[303] *Ibid.*, p. 11.
[304] *Ibid.*, p. 24.

travail de la littérature. Usages du littéraire en philosophie »[305] en témoigne et permet d'éclairer et de soutenir l'orientation méthodologique choisie pour mener ce travail de thèse. En écho à la question clairement posée par ce colloque des *usages* du littéraire en philosophie, s'est posée celle des usages du littéraire dans cette thèse. Ainsi que le défendent d'emblée Lorenzini et Revel, et en accord avec ce propos, il ne s'agit pas « d'une instrumentalisation de la littérature – conçue comme réservoir d'exemples édifiants sur lesquels la philosophie pourrait raisonner, [… ni] d'une extraction de la moelle philosophique dont les textes littéraires seraient porteurs »[306]. Les récits mobilisés dans la présente thèse n'ont, de fait, pas eu vocation à servir d'illustration de concepts philosophiques préexistants ni à être dévoilés dans leur essence philosophique, mais bien à donner accès, au plus près et au plus juste, à l'expérience (en l'occurrence celle du doute au cœur de la relation de soin), ainsi que cela a déjà été développé à propos de la philosophie clinique[307]. En interrogeant les rapports entre littérature et philosophie, il s'agit, tout au contraire, de « s'intéresser à la façon dont la littérature – ou des fonctions littéraires […] – produisent ou provoquent de la pensée théorique, des concepts, ou thématisent des distinctions qui sont traditionnellement l'objet de la philosophie »[308]. Témoignant dans son dernier ouvrage de l'importance primordiale de la littérature dans sa réflexion sur son expérience personnelle de la maladie mortelle[309], Ruwen Ogien a ainsi pu reconnaître le langage littéraire « comme porteur, à sa manière, d'une puissance philosophique forte »[310]. Dans son analyse des rapports entre philosophie et littérature Philippe Sabot dégage plusieurs schèmes[311]. Il est notable que le schème dit *productif* considère « l'œuvre littéraire comme un lieu qui produit de la philosophie, dans la mesure où elle constitue une expérience de pensée pour le philosophe »[312]. Lorenzini et Revel soulignent quant à eux les nombreuses vertus de la littérature en précisant que « la pertinence éthique et philosophique de la littérature réside précisément dans sa nature *anti*-théorique et *anti*-métaphysique, dans la spécificité de l'expérience qu'elle propose aux lecteurs et dans un type d' « exemplarité » qui ne consiste pas en la transmission d'une vérité déjà établie par des modèles illustratifs de pensée et de conduite

---

[305] Panero Alain. *Compte-rendu de : « Le Travail de la littérature. Usages du littéraire en philosophie » par Lorenzini Daniele et Revel Ariane*. Revue philosophique de la France et de l'étranger, 2014, Tome 204, n°1, p. 121-122.

[306] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 9.

[307] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche rejoignant les principes d'une philosophie clinique ?*

[308] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 13.

[309] Ogien Ruwen. *Op. cit*., p. 61-62 : « Jusqu'à présent, je n'étais pas persuadé que l'argument était fondé, c'est-à-dire que les bénéfices conceptuels des détours par la fiction ou l'essai littéraire étaient suffisamment importants pour justifier qu'on y fasse appel dans la recherche philosophique. En composant ce livre, j'ai eu le sentiment inverse. C'est dans la fiction et les essais littéraires que, le plus souvent, je trouvais ce que je cherchais ».

[310] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 14.

[311] Sabot Philippe. *Philosophie et littérature. Approches et enjeux d'une question*. Paris: Presses Universitaires de France; 2002. Selon Sabot, les philosophes s'intéresseraient à la littérature selon quatre schèmes distincts : didactique ; herméneutique ; productif ; expérimental. Dans le schème didactique il s'agit d'extraire de l'œuvre littéraire le contenu conceptuel philosophique, ce processus pouvant impliquer un travail interprétatif (schème herméneutique). Dans les schèmes productif et expérimental, c'est l'expérience de pensée inhérente au texte littéraire qu'il s'agit d'investir, au prisme d'un langage renouvelé (schème expérimental).

[312] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 15.

»[313]. Cet éloge de la littérature en tant que médiatrice respectueuse de la singularité de toute expérience, ancrée dans le concret de l'existence, œuvrant à ce que quiconque puisse librement s'y projeter, souligne aussi son caractère fondamentalement anti-prescriptif. Autant de qualités qui constituent ce que peuvent être les apports spécifiques de la littérature à la philosophie, dans la visée conceptuelle qui lui est propre, et qui seront reprises plus loin autour du concept de philosophie narrative et du motif de la cigogne qui permet de l'illustrer.

5.2 – Le nécessaire support de la littérature pour dire *la vie* et essayer de la penser

Le constat que « la littérature [puisse] assume[r] le rôle d'une expérience incontournable pour la philosophie »[314] questionne, *a fortiori* s'agissant d'objets aussi habituels que le doute. Si, le doute est l'une des questions explorées au mieux par la philosophie, posée dans le contexte spécifique de la médecine, elle semble lui échapper. Il arrive que la philosophie, soit ne puisse pas ou plus atteindre son objet, soit se trouve empêtrée dans « la rigidité d'un langage philosophique toujours exposé au risque de s'enfermer dans ses propres mécanismes descriptifs et prescriptifs »[315]. Il se pourrait que ces deux hypothèses soient valables s'agissant de la question du doute en médecine. Particulièrement éclairante, notamment grâce à Descartes, sur l'usage rationnel du doute pour tendre vers le plus haut degré de certitude en matière de connaissance biomédicale, la philosophie semble plutôt distante et désincarnée quant à l'épreuve du doute qui traverse le corps et l'âme d'un patient[316], tout comme la façon dont cette épreuve peut affecter la dimension relationnelle des soins[317]. En l'absence de développement philosophique systématique de la question du doute en médecine, elle ne semble pas savoir dire ce qu'il se passe ou du moins ne parvient pas le dire. Ainsi que Frédéric Worms l'analyse à propos de ce qu'il nomme le « moment du vivant », l'épreuve vitale extrême – telle qu'elle survient si souvent dans le cadre médical – complique le rapport entre la vie et l'écriture. A la question centrale qu'il pose alors de comment, en ce cas, *dire la vie* (et donc aussi la mort), il répond qu'« il faut *à la fois* être littéraire et littéral : il faut *à la fois* transfigurer la vie et ne plus la masquer, raconter aussi, littéralement, *ce qui s'est passé*, ce qui est arrivé réellement à celui qui écrit absolument »[318]. Il s'agit de donner accès à cette réalité (entre autres celle de la maladie, la détresse, la menace, la souffrance, la mort) à laquelle même la plus rigoureuse retranscription médicale ne parvient pas. La philosophie, dont l'outil fondamental est le concept (alors même qu'il s'agit de situations particulières), n'y parvient pas toujours non plus. Or, « les évènements vitaux (ou mortels) semblent si intenses que le rôle de l'œuvre semble consister à en « témoigner », à en faire le « récit »[319]. La littérature est donc indispensable, passant pour cela par l'émergence de ces nouveaux genres littéraires que sont l'œuvre-témoignage,

[313] *Ibid*., p. 21.
[314] *Ibid*., p. 22.
[315] *Ibid*., p. 14.
[316] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.
[317] Je renvoie aux trois chapitres de la présente thèse analysant distinctement trois relations singulières de soin : celles entre Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus ; Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet ; Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz.
[318] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 54.
[319] *Ibid.*, p. 53.

l'autofiction, le récit de vie[320]. Parce qu'alors la littérature mobilise des moyens spécifiques, « c'est une autre vision du monde qui se développe à travers ce nouvel agencement du langage […] la littérature *donne à voir* autre chose, déplace le regard »[321]. Ce faisant elle « permet de *faire attention* à des éléments qu'un discours démonstratif plus abstrait risqu[ait] tout simplement de *ne pas voir* »[322].

En plus de dire la vie, « la littérature pense et fait penser »[323] ajoutent Lorenzini et Revel. Si cette formulation est empruntée à Pierre Macherey pour s'être penché sur des études philosophiques qui avaient pour matériau des œuvres littéraires[324], elle fait aussi écho à Philippe Forest. Au sujet de ce récit de vie qu'il poursuit sans relâche depuis le décès de sa fille, il précise qu'il ne s'agit « pas seulement de vivre et de transcrire ce que l'on vit mais aussi de penser »[325]. Gagée sur l'expérience en première personne, le récit de vie soutient ainsi l'élaboration d'une pensée non seulement possible, mais nouvelle[326]. Si, en creux, Forest semble poser la question du sens de ces expériences, il pose surtout la nécessité de s'étonner et de réfléchir, c'est-à-dire essayer de comprendre sans avoir forcément de réponse. Allant dans le même sens, Worms analyse que « la littérature ne vient pas résoudre de l'extérieur, mais contribuer à poser de l'intérieur un problème qu'elle partage avec la philosophie, parce qu'il surgit, dans nos expériences, au point de contact et de relation, donc aussi de la distance entre la vie et le sens »[327]. Autrement dit, littérature et philosophie se travaillent, s'interpellent, se complètent face aux épreuves de l'existence de sorte à pouvoir, si ce n'est les expliquer, du moins les narrer et y réfléchir. C'est pourquoi, si « la littérature permet à la philosophie de penser des réalités que le concept peine à embrasser »[328], réciproquement il s'agit aussi de pouvoir dépasser ce rapport entre l'écriture et la vie pour « rejoindre le cadre de la philosophie comme "manière de vivre" »[329].

---

[320] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Pourquoi la littérature pour traiter la question du doute en médecine ?*

[321] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 14.

[322] *Ibid.*, p. 23.

[323] *Ibid.*, p. 13.

[324] Macherey Pierre. *À quoi pense la littérature ?* Paris: Presses Universitaires de France; 1990.

[325] Forest Philippe (invité), Adler Laure [Entretien radiophonique]. *Op. cit*.

[326] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 14 : Cet « autre usage du langage qui se donne à expérimenter, [est] porteur de possibilités nouvelles pour la pensée » ; « la littérature nous donne à expérimenter du nouveau, et comment cette expérience nourrit la pensée philosophique de façon spécifique ».

[327] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 63.

[328] Lorenzini Daniele, Revel Ariane, « Le travail de la philosophie, le travail de la littérature », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 17.

[329] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 61 : « Aussi bien en raison d'une épreuve vitale extrême qu'en raison d'un mélange critique constant, ce rapport ne devient nécessaire qu'en étant aussi deux fois impossible. Cette exigence contradictoire et paradoxal dépasserait donc le strict cadre des rapports entre l'écriture et la vie pour rejoindre aussi celui de la philosophie comme "manière de vivre" ».

5.3 – Une philosophie narrative pour éclairer la question du doute en médecine

Dans son ouvrage, *Relating narratives. Storytelling and selfhood*[330], Adriana Cavarero s'inspire de Karen Blixen et de sa passion pour les histoires racontées. Elle relate notamment cette histoire de la cigogne dont Blixen aurait été dépositaire enfant et qui s'invite telle une métaphore de la mise en récit. Une nuit, un homme qui vit près d'un étang est réveillé par un grand bruit. Se précipitant à l'extérieur, il cherche à comprendre l'origine du bruit. Au gré de ses déplacements dans le noir, il trace sur le sol, sans s'en rendre compte, le motif d'une cigogne. Cavarero précise à ce propos :

> En somme, celui/celle qui marche ne peut voir les traces que ses pas vont laisser et la figure qu'il/elle est ainsi en train d'imprimer sur le sol. Pour la percevoir, il/elle a besoin d'une *autre* perspective. Ce n'est pas un hasard si celui qui comprend le sens de l'histoire et qui peut en concevoir le récit en traçant l'image de la cigogne sur la page, est avant tout le narrateur[331].

Cavarero, comme Blixen, fait ici l'éloge de la narration et de son pouvoir de construction du récit d'une vie, puisque c'est par la narration que l'on arrive à la signification de ce qui s'est dessiné à notre insu et au sens général de nos actions. Le récit ne saurait donc ni se réduire à une simple suite d'évènements, ni être prédéterminé. Tout au contraire, ce n'est qu'après qu'il soit advenu sans tracé prédéfini qu'il peut prendre la forme d'une cigogne et être dès lors paré des significations que cet animal véhicule. Fertilité, protection, bienveillance, autant de valeurs qui caractérisent la naissance du récit et tendent à illustrer aussi toutes ses potentialités à venir. Ses déploiements narratifs étant toujours en puissance, le récit – pour autant qu'il donne tout son sens à une vie – ne peut pas être prédéfini[332]. Ce récit consiste en ce que l'on laisse derrière soi et que seul le narrateur est à même de révéler. On comprend alors qu'il puisse aussi être symbolisé par une cigogne. Ainsi que le précise Blixen, alors sous son pseudonyme Isak Dinesenn, si la narration révèle la signification du récit, en ce sens qu'elle la porte à la conscience, elle ne la définit pas[333]. Or, c'est précisément sur ce point que Cavarero semble poser à la fois ce qui distingue radicalement la philosophie du processus narratif qui sous-tend un récit mais aussi ce qui pourrait peut-être les lier, complémentairement, l'une à l'autre. Cavarero rappelle ainsi que :

> […] la narration « révèle le sens sans commettre l'erreur de le définir ». Elle se distingue en cela de la philosophie qui, depuis des millénaires, persiste à vouloir capter de l'universel en l'enserrant dans une définition[334].

---

[330] Cavarero Adriana. *Op. cit.*

[331] *Ibid.*, p. 3: "In other words, the one who walks on the ground cannot see the figure that his/her footsteps leave behind, and so he/ she needs *another* perspective. It is no accident that the one who understands- the meaning of the story is above all the narrator, who, tracing the stork on the page, accompanies the story with the design". (Traduction personnelle)

[332] *Ibid.*, p. 2 : "The meaning that saves each life from being a mere sequence of events does not consist in a determined figure; but rather consists precisely in leaving behind a figure, or something from which".

[333] Blixen Karen [Dinesen Isak]. *Daguerreotypes and Other Essays*. Chicago: University of Chicago Press; 1979, p. 169.

[334] Cavarero Adriana. *Op. cit.*, p. 3: "Narration, as is well known, is a delicate art – narration 'reveals the meaning without committing the error of defining it'. Unlike philosophy, which for millennia has persisted in capturing the universal in the trap of definition, narration reveals the finite in its fragile uniqueness, and sings its glory". (Traduction personnelle).

La thématique du piège et de l'emprisonnement ("capturing", "the trap") est ici mobilisée pour qualifier cette illusion qui serait, selon Cavarero, inhérente à la philosophie, et consistant à vouloir *définir*. Or, la philosophie n'a pas l'apanage de pouvoir produire un discours sur l'individu[335], d'autant qu'elle ne parvient pas même à relater l'unicité et la singularité d'un être ("Philosophy's failure to name ' who ' someone uniquely is"[336]). Seule la narration de l'histoire de vie y parvient puisqu'elle est seule à même de pouvoir révéler la signification qui émane de l'histoire d'un être unique[337]. Ce à quoi, en suivant Worms, il faut ajouter à propos du récit de vie que « seule sa dimension subjective, imprévisible, fictionnelle, individuelle, délivrée de sa fonction pragmatique, lui donne sa portée »[338]. Tel serait précisément l'apport possible de la narration et du récit à la philosophie. Cela implique que la narration soit première par rapport à la philosophie, de sorte qu'elle puisse ainsi la nourrir de cette lecture de la signification qui émane du récit de l'histoire singulière de quelque personne que ce soit[339].

C'est précisément selon une telle modalité d'interaction complémentaire entre littérature et philosophie que ce travail de thèse a été méthodologiquement mené. D'un côté, et prioritairement, il s'est agi d'*honorer* et d'analyser des récits singuliers de vie de patients comme de soignants, de l'autre l'approche philosophique s'en est abreuvée et en a fait son support réflexif et conceptuel. Le recueil des récits de vie qui ont été analysés dans cette thèse s'est, par ailleurs, voulu fidèle à l'éthique narrative de Blixen, qu'Hannah Arendt a explicitée selon les termes précis suivants : "no one has a life worthy of consideration about which one cannot tell a story"[340]. Autrement dit, toute vie est digne d'être racontée, y compris celle d'un homme qui serait sans histoire, tel Mister Clay dont Blixen fait le récit – pour qu'il ne soit pas qu'un simple amas intolérable d'évènements – dans *L'éternelle histoire*[341]. Plus encore, si toute vie est digne d'être racontée, toute vie s'avère également racontable. « Chacun de nous est *racontable* par un autre »[342], précise Cavarero en ce sens. C'est pourquoi même des textes pouvant être qualifiés d'*archives mineures*, ainsi que Philippe Artières a pu en définir le concept

[335] *Ibid*., p.xv : "Indeed, narration works here to displace philosophically intelligible discourse as the only possibility for speaking of 'individuals' (and, for that matter, of speaking about 'subjects or objects')".
[336] *Ibid*., p. ix.
[337] *Ibid*., p. viii: "'Who' someone is, therefore, remains inexpressible within the language of philosophy; but does not, as a result, remain utterly ineffable. Rather, 'who' someone is can be 'known' […] through the narration of the life-story of which that person is the protagonist".
[338] Worms Frédéric, « De l'autofiction à l'œuvre-témoignage – Littérature et philosophie dans le moment du vivant », in Lorenzini Daniele, Revel Ariane (dir.). *Op. cit.*, p. 62.
[339] Cavarero Adriana. *Op. cit.*, p.xiii : "Cavarero argues that uniqueness, the absolutely particular existent, has a meaning that is revealed through the narration of that person's life-story, precisely in so far as this person is *not* already 'subjected' to philosophical definition".
[340] *Ibid.*, p. 129.
[341] Blixen Karen, Metzger Marthe (Trad.). *L'éternelle histoire*. Paris: Folio; 2002. Tiré du recueil de 1958, *Anecdotes du destin*, aussi publié sous le titre *Le festin de Babette et autres contes* (Blixen Karen [Dinesen Isak]. *Anecdotes of Destiny*. London: Michael Joseph; 1958).
[342] Cavarero Adriana. *Op. cit.*, p.ix-x: "'each of us is *narratable* by the other'"; that is, we are dependent upon the other for the narration of our own life-story". (Traduction personnelle).

et en révéler la richesse[343], en plus de Michel Foucault[344], ont pu être mobilisés, impliquant donc des formats qui n'étaient pas toujours le livre (puisque des documents audio-visuels ont aussi été retenus) mais relevaient du littéraire. Le recueil de récits mobilisés dans cette thèse était donc aussi en phase avec l'analyse de Galichon au sujet de leur qualification, à savoir qu'« il ne s'agit pas tant de revendiquer une écriture littéraire – quoique – mais des sources, des expériences de pensée et une stratégie d'écriture littéraires »[345]. Le corpus ne s'est donc pas restreint à des récits reconnus comme authentiques œuvres littéraires mais il s'est largement ouvert à toutes formes de récits de patients. Il visait ainsi à donner voix à cette parole si souvent oubliée ou empêchée des patients afin qu'au contraire elle puisse s'exprimer en première personne, d'une façon directe, non entravée, non filtrée par le discours biomédical et l'interprétation qu'en font les soignants.

C'est à partir de ces récits qu'il s'est ensuite agi de travailler pour faire apparaître, c'est-à-dire rendre lisible et propice à la réflexion philosophique, l'expérience et les enjeux du doute des patients, des soignants, ainsi qu'au cœur de leur relation. Une méta-narration à partir des différents types de récits mobilisés s'est ainsi mise en place. Elle visait à mettre en évidence le sous-récit relatif à la question du doute qui n'aurait pas été d'emblée accessible et explicite. Preuve de l'épaisseur et de la polyvalence des récits de patients, cette façon méta-discursive de procéder – consistant en quelque sorte à produire du récit à partir du récit – permettait aussi de questionner la représentativité d'un cas singulier (s'agissant d'un cas individuel ou d'un cas de relation de soin) pour d'autres individus et situations relationnelles, voire l'ensemble des acteurs de la relation. Plus fondamentalement et en phase avec le projet de Cavarero d'une philosophie de et par la narration, ce mode d'argumentation narratif, fondé sur le récit de l'expérience des patients comme de soignants, a eu pour ambition de faire sourdre de la narration une conceptualisation philosophique à l'aune de différentes déclinaisons du doute à l'œuvre en médecine et au cœur de la relation de soin.

6 – Le défi d'offrir une place centrale au doute dans les soins

Le présent travail relève le lourd défi d'explorer le sujet du doute en médecine ainsi qu'au cœur de la relation de soin et peut-être d'inviter à lui offrir une place aussi centrale qu'en philosophie. Le sujet est d'autant plus ardu qu'il soulève dans son sillage de nombreuses questions problématiques qui le complexifient. Parmi celles-ci il est notable qu'à l'exception du doute scientifique (qui est au fondement du raisonnement expérimental mais qui s'avère en réalité peu connu[346]) le doute semble constituer un impensé médical. Or, il est impossible de nier son

[343] Artières Philippe. *Le livre des vies coupables: autobiographies de criminels, 1896-1909*. Paris: Albin Michel; 2000 ; Artières Philippe. *Le dossier sauvage*. Paris: Gallimard; 2019. Je renvoie aussi à l'interview du 17 novembre 2020 de Philippe Artières menée par Francis Lecompte, en ligne sur le site du CNRS : Les « archives mineures », sources de grandes histoires | CNRS Le journal, consulté le 10 février 2026.
[344] Foucault Michel, « La vie des hommes infâmes [texte 51] » in Foucault Michel. *Philosophie. Anthologie*. Paris : Folio Essais, 2004 [1977], p. 562-587.
[345] Galichon Isabelle, « Quand les corps malades ont besoin d'histoire. Récit de soi, témoignage et expérience de la maladie » in Mesnard Philippe (dir.). *Op. cit.*, p. 171
[346] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

omniprésence au cœur des soins[347]. Si patients autant que soignants y sont perpétuellement confrontés, ils sont affectés par le tabou pesant sur le sujet et imprégnés de lourds préjugés. Par exemple, bien des patients présupposent que les professionnels de santé ne doutent pas et sont pétris de certitudes. Inversement bien des soignants imaginent que les patients sont intolérants au doute. L'idée que douter en tant que soignant serait une preuve de faiblesse et d'incompétence ou encore que le doute constituerait une impasse pour l'action en sont d'autres. Clarifier ce qu'il en est de la réalité de telles représentations et les déconstruire au profit d'une vision éclairée et d'une culture qui pourrait être non pas systématiquement négative mais aussi une culture positive du doute représentent un enjeu majeur de cette thèse.

Cet enjeu est d'autant plus important qu'il s'inscrit dans un contexte que certains qualifient de crise[348], laquelle serait à la fois interne à la médecine[349] et externe au sens d'une défiance des usagers à l'encontre du système de santé et de ses acteurs[350]. S'il apparait certes que la médecine n'est pas considérée comme un « ennemi ou tout du moins une source de méfiance » pour tous les patients[351], la rigidité de postures estimant que l'on ne devrait pas douter des données de la science ne favorise pas la confiance[352]. L'adhésion à la biomédecine contemporaine, à ses valeurs et à ses préconisations n'est pas donnée et peut rencontrer bien des résistances[353]. Des initiatives visant à améliorer la communication sur l'intérêt et la pertinence de ses fondements scientifiques et de leurs implications sont entreprises[354]. Le patient pressent en effet que la médecine ne peut être une application directe des données brutes et des connaissances scientifiques qui en résultent. Ainsi que le propose Jean Starobinski, la médecine occidentale contemporaine relève d'une « science appliquée »[355]. Elle s'en outille mais doit adapter sa conduite car il y aura toujours un « écart entre savoir théorique et situations contingentes »[356]. Or, à ce premier écart entre la science et la clinique s'ajoutent encore d'autres niveaux d'adaptation (tels le contexte et l'environnement de vie, les aspirations et convictions

---

[347] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p. 8 : « Dans le couloir où j'attendais, tous les soignants que je voyais étaient en train d'aller et venir […] ils étaient tous concernés, sérieux, préoccupés. Le doute qui pouvait exister dans leur esprit, ne se laissait pas surprendre de l'extérieur, mais je savais. Dans les entretiens que j'avais déjà pu réaliser, beaucoup me l'avaient dit : le doute, ils le connaissaient ».

[348] Klein Alexandre. *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*. Université de Lorraine: Thèse de doctorat en philosophie et histoire des sciences ; 2012.

[349] Weber Jean-Christophe. *Op. cit*. p. 15-16. Sicard Didier. *La médecine sans le corps*. Paris: Plon; 2002.

[350] Saout Christian. *La crise de confiance dans le système de santé*. Les Tribunes de la santé 2009;n° 22(1):119-32.

[351] Minthe Paul. *Op. cit*. Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 104 : certains « vont vous expliquer que le marché du cancer génère des milliards au profit des laboratoires uniquement intéressés par l'argent qu'il y a à gagner sur le dos des malades. […] Mais se faire soigner en France peut ne quasiment rien coûter. J'en suis le témoin au quotidien. Et le dévouement des médecins qui font tout pour sauver leurs patients ne peut être remis en cause, pourtant le doute est là et la médecine devient pour certains l'ennemi ou tout du moins une source de méfiance. A mon grand regret ».

[352] Le Coz Pierre. *Op. cit*.

[353] Illich Ivan, Dupuy Jean-Pierre (Trad.). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1981.

[354] Zhang Lin, Yang Hui, Pan Tingting. *Evidence based medicine's communication crisis: why "cold facts" lose to warm narratives*. BMJ 2026;392:s362.

[355] Starobinski Jean. *Histoire de la médecine*. Lausanne: Rencontre; 1963, p. 6 : « La médecine actuelle est cette science appliquée par laquelle nous agissons, directement ou indirectement, sur les processus qui se déroulent dans le corps humain ».

[356] Weber Jean-Christophe. *Op. cit*. p. 12.

personnelles, etc.) que seule la relation de soin peut appréhender pour moduler les soins en conséquence. Sous ce rapport, consistant à accompagner des êtres vivants dans le monde en fonction de leur histoire singulière, le doute parait légitime et n'a rien à voir avec une contestation de la validité des données de la science[357]. Mais parce qu'il est impensé et tu, il prend ce masque trompeur et source de conflit.

Ce qui est observé au niveau sanitaire est en phase avec un contexte général de défiance au sein de la société. Quéré suggère qu'il pourrait parfois moins s'agir de suspicion que d'indiscipline, de provocation voire de militantisme, mais surtout aussi d'affirmation identitaire. C'est pourquoi il invite à considérer aussi l'hypothèse d'une crise de « déférence » plutôt que de confiance sous-tendue par un besoin de se différencier, de s'individualiser par rapport au pouvoir médical, ce qu'il qualifie d'« idéal d'autonomisation personnelle »[358]. C'est pourquoi la place et la considération accordées, ou pas, au patient dans la relation de soin devront ici être précisément questionnées en plus d'interroger l'intrication entre doute et confiance. Si l'on comprend bien que mettre en doute puisse certes altérer la confiance, on peut aussi être dans le doute tout en gardant confiance. Doute et confiance ne seraient pas antinomiques, ce d'autant que la confiance se construit et donc « se mérite »[359] ; l'expérience clinique en atteste régulièrement. Nombre de personnes d'abord sceptiques à l'égard de certains soins (notamment des vaccinations) les acceptent finalement grâce à la rencontre qui s'opère dans le cadre du colloque singulier de la relation de soin (avec son médecin ou son pharmacien[360]). Quelque chose d'essentiel semble donc advenir à l'échelle individuelle d'une relation singulière de soin autour de cette question du doute.

C'est précisément à cette échelle, celle de la singularité de chaque être – en tant que soignant autant que patient ou proche – et de chaque relation de soin, et non pas à l'échelle de la santé publique, que le présent travail de recherche a été mené selon le plan suivant. Une clarification sémantique[361] et philosophique[362] du concept de doute a d'abord été menée au regard de la fréquence des confusions de sens ou de l'exclusivité accordée à certains par rapport à d'autres ce qui a pour conséquence d'entraver sa juste appréciation et l'étendue de l'intérêt qui peut lui être accordé. Il apparaîtra que l'acception du mot doute est beaucoup plus complexe que simplement l'opposé de la certitude, la vérité ou la connaissance et qu'il importe de considérer son intrication étroite avec la dimension de *croyance*, y compris en matière scientifique[363]. Cette clarification visera aussi à démontrer combien une vision seulement négative du doute est réductrice et invitera à le considérer dans sa dimension de *Pharmakon*. Grâce aux différents

---

[357] *Ibid*. p. 9 : « c'est la singularité contingente des situations qui empêche l'action d'être complètement prévisible et reproductible. Elle est foncièrement affectée d'une absence de garantie *a priori* quant à son résultat, mais aussi quant à la meilleure direction emprunter pour atteindre son but ».
[358] Quéré Louis. *Avoir confiance*. Paris: Presses Universitaires de France; 2024, p. 334-335.
[359] *Ibid*., p. 382.
[360] Mrozovski Jean-Michel. *Comprendre l'hésitation vaccinale*. Actualités Pharmaceutiques 2024;63(638):54-7.
[361] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche sémantique du doute : polysémie et diachronie du terme doute.*
[362] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche philosophique du doute : un usage universel mais une diversité d'approches.*
[363] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.

courants philosophiques mobilisés, l'intrication étroite entre doute et *réflexion* sera interrogée au sens où il constituerait une condition de possibilité d'une pensée réellement réflexive. Or, l'écueil de le réduire à sa dimension purement intellectuelle devra alors être éclairé de façon déterminante grâce à l'approche philosophique des pragmatistes américains[364], à savoir que le doute n'est pas que rhétorique ou méthodologique. Il pourra ainsi être appréhendé dans sa dimension très concrète d'*épreuve* non seulement cognitive mais aussi existentielle.

L'analyse du doute est ensuite déclinée dans le contexte sanitaire, en commençant pas une mise au point conceptuelle et philosophique relative à la relation de soin et en mobilisant à cet effet les philosophes Martin Buber et Georges Canguilhem[365]. Deux parties abordent ensuite distinctement les diverses typologies du doute en tant que soignants et en tant que patients. A rebours de certains préjugés quant à l'aptitude au doute des soignants, son omniprésence dans la pratique soignante y sera explicitée, notamment en tant qu'outil clinique[366]. En creux, l'hypothèse de fond d'une clinique du doute émergera ayant pour enjeu de produire de la confiance mais également de permettre une rencontre fondée sur une co-construction réflexive d'un projet de soin. Il apparaîtra aussi que, d'une part le doute n'est pas une impasse à l'*agir soignant* (l'action pouvant au contraire immuniser contre le doute[367]), d'autre part il pourrait constituer un rempart permettant d'interroger la pratique soignante[368]. Quant au doute des patients, il constitue ici un objet de grande découverte[369]. Alors que, par méconnaissance ou par facilité, l'écho de leurs paroles demeure trop peu audible pour les soignants, beaucoup de place sera réservée aux citations émanant de leurs récits afin d'honorer et valoriser ces témoignages. Je me fais ainsi porte-parole et herméneute de la voix des patients. Le constat qu'entre soignants et patients, les circonstances, les modalités, la temporalité et les enjeux du doute diffèrent significativement conduira à questionner leur (in)compatibilité et la menace éventuelle que cela pourrait faire peser sur la relation. Pour éclairer ce qu'il en est du doute au cœur de l'interface relationnelle entre patient et soignant, trois parties sont enfin consacrées à trois relations singulières de soin entre : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus ; Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet ; Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz. Il s'agit, d'une part d'illustrer comment, en dépit de leurs divergences, les expériences et les enjeux du doute peuvent être d'autant mieux portés et défendus par chacun des protagonistes depuis leurs places respectives, qu'ils peuvent être dévoilés, mis en partage et donc confrontés en vue d'une élaboration conjointe. Il s'agit, d'autre part, d'éclairer l'hypothèse qu'un tel partage, au lieu de fragiliser ou pire de mettre en péril la relation, pourrait au contraire en constituer une garantie si ce n'est d'émergence, du moins de qualité, notamment en renforçant le lien de confiance, en suscitant un intérêt et un éclairage réciproques, en éveillant de nouvelles questions et hypothèses, en offrant des perspectives inédites et aptes à être pleinement partagées, en vivant

[364] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[365] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche conceptuelle et philosophique de la relation de soin à l'aune de la biomédecine contemporaine.*
[366] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des soignants*.
[367] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 84 : « C'est comme si le vide se faisait dans son esprit (d'où le soulagement) afin qu'il puisse se consacrer exclusivement au seul acte à accomplir. L'espace d'un moment il y a une certitude ».
[368] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du patient.*
[369] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.

finalement une rencontre humaine authentique, c'est-à-dire propice à l'intersubjectivité et au sein de laquelle la place des affects et des émotions ne peut être éludée.

APPROCHES HISTORIQUE, SEMANTIQUE ET PHILOSOPHIQUE DU DOUTE

> Tout le monde doute et beaucoup nient. Mais, en contrepartie du doute et de la négation, il y a l'intuition. On peut douter de toutes les choses terrestres et avoir des intuitions de certaines choses célestes. La combinaison des deux ne fait ni un croyant ni un sceptique, mais un homme qui regarde les deux d'un œil égal[370].
>
> Melville Herman, *Moby Dick*, 1996 [1851].

[370] Melville Herman, Giono Jean (Trad. et préface), Jacques Lucien (Trad.), Smith Joan (Trad.). *Moby Dick*. Paris: Folio; 1996 [1851], p. 491.

La question de la définition du doute met au défi de la diversité de ses déclinaisons sémantiques, de ses implications pratiques et de ses enjeux à l'échelle individuelle comme collective. Dans le domaine philosophique, le doute confronte à une impossible exhaustivité de ses déclinaisons conceptuelles. Il est de fait illusoire que « le seul mot de « doute » suffi[se] à légitimer la cohérence d'un propos »[371]. En invoquant le « caractère bigarré des occurrences de doute »[372], François Demont souligne la difficulté d'en expliciter de façon lisible et cohérente l'ensemble des facettes. L'évolution au cours du temps de ses significations, la variété de ses domaines d'application (religieux, philosophique, scientifique, poétique[373] mais aussi dans la vie courante) comme de ses manifestations et modalités d'usage – qui peuvent être volontaires ou pas et donc parfois soumises à contingences – nourrissent la richesse et la complexité de ce phénomène, ou du moins de ce qui se trouve derrière le mot de « doute ». Je ne prétends donc pas ici à l'exhaustivité et revendique les choix volontairement opérés quant aux significations retenues et états de doute mobilisés et développés dans ce travail. L'objectif n'est aucunement de tenter de produire une anthologie du doute mais de proposer une approche analytique et phénoménologique de son occurrence, dans la diversité de ses déclinaisons possibles, dans le seul contexte médical et plus spécifiquement celui de la relation de soin entre patient et soignant. C'est pourquoi je m'attacherai, dans ce chapitre faisant office de préambule, à tenter de délimiter et clarifier du mieux possible les différentes déclinaisons du doute s'avérant plus particulièrement d'intérêt dans ce contexte précis de la santé et des soins. Sans pour autant les éluder, je ne développerai ainsi pas certains aspects du doute, notamment le doute en matière de religion et de foi ou encore ce que le spécialiste de littérature française et italienne Arnaud Tripet propose de désigner comme « une poétique du doute (et non plus une philosophie du doute) »[374]. Je proposerai au fil des différentes approches du doute ici déployées (sémantique et philosophique) d'ouvrir, à chaque fois que cela s'y prête, vers la perspective (portée par ce travail de thèse) de description de toutes les autres variations du doute rencontrées en médecine (côté patient autant que côté soignant) que ni l'analyse sémantique ni l'approche philosophique ni ce qui semblait pourtant connu du doute dans le cadre biomédical ne permettent d'épuiser ni même parfois de pressentir. L'étude épistémologique du doute en médecine non seulement ne se laisse pas aisément circonscrire, mais ouvre des horizons inattendus pour la rencontre intersubjective entre patient et soignant

Outre la variété de ses déclinaisons sémantiques, l'état de doute subit des modulations liées à son niveau d'intensité, sa temporalité, sa connotation en termes de valeur positive ou négative ainsi que les enjeux qu'il sous-tend.
S'agissant de son intensité, on pourra invoquer un état de doute sérieux voire insurmontable ou bien au contraire de vagues doutes, imprécis et presque impalpables. Il est vrai qu'avant qu'il ne s'approfondisse jusqu'à parfois envahir l'esprit, le doute est simplement semé sans garanti

[371] Demont François. *L'ombre du doute*. Acta Fabula 2018;19(8).
[372] *Ibid.*
[373] Tripet Arnaud. *L'atelier du doute. Des sceptiques à Valéry*. Paris: Classiques Garnier; 2017.
[374] *Ibid.*

qu'il croisse ou pas[375]. Autrement dit, telle une opportunité d'y voir plus clair, le moindre doute mériterait peut-être d'être pris au sérieux même s'il s'avérait, *in fine*, sans fondement.

S'agissant de sa temporalité, on peut aisément concevoir l'effet de choc lié à l'effondrement brutal d'un état de croyance établie au profit du malaise du doute. L'approche philosophique du doute défendue par Charles Sanders Peirce est à cet égard éclairante, à savoir un balancement s'opérant en permanence entre doute et croyance. Quoi qu'il en soit, l'impact du choc lié à l'effraction imprévue du doute est sans commune mesure avec le fait de s'épauler du doute comme d'une méthode établie et d'un outil de travail sur lequel s'appuyer au quotidien. D'un côté, c'est le malaise voire l'effondrement, la crise, de l'autre, la personne se trouve tout au contraire assuré et stable dans ses recherches. Il n'empêche que, sauf à tomber dans le pathologique (notamment illustrée par l'entité de névrose obsessionnelle[376]), le doute ne saurait être permanent. Ainsi que le suggère Arnaud Tripet, que la temporalité du doute se situe dans l'acuité d'une crise ou dans l'habitude d'un usage au long cours, le doute ne constituerait jamais qu'un « moment intermédiaire »[377] (plus ou moins dense et étalé) entre « l'éblouissement de l'étonnement » (pouvant prendre la forme de la stupeur, d'une ébranlement ou encore celle de l'éclosion d'une hypothèse de travail à explorer) et « l'avènement du jugement » (à condition de ne pas prôner, à l'instar du sceptique radical, la suspension de tout jugement mais de juger en considérant qu'un tel jugement ne saurait être ni absolu ni définitif).

Concernant sa valeur négative ou positive, l'étude des langues anciennes révèle combien le doute a été, dès les temps les plus anciens, exprimé en des termes négativement connotés. Cette valeur négative (dont témoignent des expressions comme « l'ombre d'un doute ») persiste et pourrait expliquer des représentations par trop orientées (négligeant notamment sa puissance réflexive) et des comportements parfois contestables autour du doute, allant jusqu'à l'utiliser comme une arme visant à fragiliser les connaissances, y compris scientifiques (s'agissant, par exemple, des données relatives aux méfaits du tabac ou aux changements climatiques[378]). C'est ainsi qu'à ne l'appréhender qu'au sens de défiance et de contestation, on en oublie bien vite les vertus et la fécondité du doute en matière de réflexion, de recherche et d'élaboration de connaissances. Car le doute demeure un outil précieux pour les philosophes et les scientifiques au point de le qualifier de « mélioratif »[379].

Les enjeux associés à la confrontation et à l'usage du doute s'avèrent aussi d'une grande diversité. Les conséquences du doute (et sa résolution) éprouvé devant la carte des mets d'un restaurant ou le matin, encore somnolant, devant son placard à vêtements est sans commune

---

[375] Hitchcock Alfred. *Shadow of a doubt* [Film, 104 min]. Etats-Unis: Universal Pictures, 1943. Ce film (dont le titre fut traduit par *L'ombre d'un doute*) montre bien cette montée en puissance, irrépressible, du doute jusqu'au constat de lucidité quant à la réalité.

[376] Abelhauser Alain. *Un doute infini. L'obsessionnel en 40 leçons*. Paris: Seuil; 2020.

[377] Tripet Arnaud. *Op. cit*., p. 13.

[378] Avec l'agnotologie ou science de l'ignorance, Robert Proctor (professeur d'histoire des sciences) a pu montrer comment l'usage abusif et perverti du doute contribue à produire et propager de l'ignorance. Pour défendre leurs intérêts financiers, les lobbies du tabac ont volontairement insufflé du doute pour fragiliser les données scientifiques relatives aux méfaits du tabagisme, notamment ses effets cancérigènes. Je renvoie notamment à : Proctor Robert, Girel Mathias (préface), Hel Guedj Johan Frederik (Trad.). *Golden Holocaust. La conspiration des industriels du tabac*. Paris : Equateurs; 2014. Proctor Robert, Girel Mathias. *Robert Proctor et la production de l'ignorance*. Critique 2013;n°799(12):992-1005. Oreskes Naomi, Conway Erik M., Foucart Stéphane (préface), Treiner Jacques (Trad.). *Les marchands de doute*. Paris: Le Pommier; 2014.

[379] Rey Alain. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert; 2022, p. 802 : « mélioratif dans le contexte scientifique ou philosophique ».

mesure avec celui qui occupe le chirurgien durant une intervention qui se complique ou celui qui assaille le patient face au choix de tel ou tel traitement pour son cancer[380], ainsi que peut-être aussi la façon dont il préfèrerait mourir. D'un point de vue pratique, le doute confronte à des enjeux tellement anodins qu'ils passent souvent inaperçus ou tout à l'inverse des enjeux d'une extrême gravité et parfois insolubles. D'un point de vue intellectuel, l'usage raisonné du doute sous-tend l'enjeu fondamental de la connaissance, le doute pouvant tout autant favoriser le savoir (ainsi que l'illustre la méthode expérimentale fondée sur le doute scientifique portée par Claude Bernard) que s'y opposer. Ainsi, le voile de doute volontairement mobilisé par les lobbies du tabac ou de l'alcool pour flouter la réalité de données sanitaires fondées scientifiquement, favoriser la méconnaissance des usagers et étouffer l'esprit critique quant aux risques de ces substances, n'a d'autres objectifs que mercantiles et de monopole. Un tel doute, purement rhétorique, constitue une attaque directe à la connaissance et soulève de façon flagrante la question de ce que l'on pourrait, suivant Lorraine Daston, qualifier d'« économie morale » du doute[381]. Aux marges de la rationalité scientifique, l'occurrence du doute et la façon de le mobiliser dépendent en effet aussi grandement d'un réseau de valeurs et d'affects, donc de représentations qui conditionnent notre capacité d'étonnement (c'est-à-dire à douter) et de jugement (c'est-à-dire à résoudre le doute).

1 – Approche sémantique du doute : Polysémie et diachronie du terme de doute

Je propose en premier lieu une approche sémantique de sorte à pouvoir prendre d'emblée acte de la polysémie du mot *doute* comme du verbe *douter*. Alors même qu'il s'agit de mots dont l'expression est somme toute simple, le sens des mots de la famille du doute (doute, douter, douteux.se, douteusement, douteur.se[382]) n'est pas simple, encore moins stable et uniforme. Cette polysémie, son évolution diachronique et l'extrême variété des domaines où le doute peut se décliner sont telles que ce même mot *doute* en vient à colorer de sa présence des réalités très diverses. En dépit des liens qui peuvent être établis entre les différentes facettes du doute, il en résulte une variété de situations très spécifiques ainsi que le contexte médical permettra de l'éclairer. Je propose dans ce premier chapitre consacré à l'approche sémantique du doute, de m'attacher à aborder de façon sélective les principaux sens des mots de la famille du doute, des plus anciens aux plus courants. Je laisserai cependant grande ouverte la porte à la multiplicité des liaisons sémantiques possibles étant donné la porosité des frontières avec d'autres significations susceptibles d'affecter les patients autant que les soignants et leurs modalités relationnelles.

---

[380] Ogien Ruwen. *Op. cit*., p. 166-167 : Dans une note du 20 août 2013 : « On m'a proposé de participer à une expérimentation dite "Prodige 24", un nom qui conviendrait mieux à un jeune footballeur particulièrement talentueux qu'à une chimiothérapie. Elle est censée comparer les effets de deux traitements […] Devant cette alternative, je me sens comme la chanteuse Emily Loizeau : je ne sais pas choisir ».

[381] Daston Lorraine, Van Damme Stéphane (préface), Lézé Samuel (Trad.). *L'économie morale des sciences modernes. Jugements, émotions et valeurs*. Paris: La Découverte; 2014.

[382] Rey Alain (dir.), Tomi Marianne, Hordé Tristan. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert; 1993, p. 629. L'adjectif douteur.se ne serait plus aujourd'hui employé qu'en psychiatrie pour désigner une personne souffrant de la folie du doute (« doute perpétuel ») sur laquelle je reviendrai ultérieurement.

1.1 – De l'illusion d'une définition unique et globalisante du doute

Depuis les temps les plus anciens et jusqu'à nos jours, le terme de doute demeure non univoque ainsi qu'en témoigne la définition générale suivante proposée par le centre national des ressources textuelles et lexicales : « État naturel de l'esprit qui s'interroge, caractérisé à des degrés différents soit par l'incertitude concernant l'existence ou la réalisation d'un fait, soit par l'hésitation sur la conduite à tenir, soit par la suspension du jugement entre deux propositions contradictoires »[383]. Une telle définition invite d'emblée à considérer au moins quatre significations distinctes du doute. Il s'agit tout d'abord du doute comme capacité de s'interroger (et nous verrons ultérieurement son lien étroit avec la dimension d'enquête). Il est notable qu'une telle signification est désormais considérée comme un « état naturel de l'esprit », correspondant donc à une évolution sémantique. Par ailleurs, cette signification apparaît en tout premier ce qui est à la fois anachronique et contraste avec le fait qu'elle demeure en réalité assez méconnue par rapport à des significations plus anciennes et de connotation plus négative telle que la défiance qui n'apparaît pourtant pas dans la présente définition du CNRTL. Il s'agit aussi du doute, non seulement comme conséquence de « l'incertitude » au sens où celle-ci perturbe voire rend le jugement impossible, ou du moins difficile, parce que soumis à l'aléa, mais également comme « hésitation » en ce sens que le doute peut freiner voire empêcher la prise de décision et conséquemment l'action. Il s'agit enfin du doute comme suspension volontaire du jugement (et nous développerons l'usage multiple de la dimension d'*épochè* en fonction des courants philosophiques dans la partie dédiée à l'approche philosophique du doute). Cette définition n'épuise pourtant pas toutes les significations du doute. Sans compter que s'il est à la fois intuitivement et logiquement possible et justifié de les relier ainsi qu'en témoigne le principe même de cette définition englobante (à l'instar de la réaction logique de s'interroger en situation d'incertitude), il est aussi important d'approfondir chacune d'entre elles séparément ainsi qu'y sera consacré ce chapitre.

1.2 – La plus ancienne signification du doute est la crainte

Le CNRTL, qui traite de sémantique contemporaine, n'intègre pas ce sens très ancien du doute en tant que crainte. Pourtant, alors même que ce sens aurait donc été perdu, il demeure implicite et s'avère encore très opérant dans la vie quotidienne, *a fortiori* la pratique clinique. Un travail de sémantique historique aide à éclairer les usages contemporains du mot doute. Différentes significations dont le lien n'est ni évident ni d'emblée apparent peuvent se cacher derrière un mot, ainsi que s'applique à le rappeler le linguiste Émile Benveniste :

> […] le « sens » d'une forme linguistique se définit par la totalité de ses emplois, par leur distribution et par les types de liaisons qui en résultent. En présence de morphèmes identiques pourvus de sens différents, on doit se demander s'il existe un emploi où ces deux sens recouvrent leur unité. La réponse n'est jamais donnée d'avance[384].

[383] Site du CNRTL consulté en ligne le 11 juin 2025 : DOUTE : Définition de DOUTE.
[384] Benveniste Émile. *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard, 1976, Tome 1, Chap. 24, p. 289.

Suivant l'enseignement de Benveniste, il importe d'une part de se prémunir de toute discrimination arbitraire de certaines des significations d'un mot (« d'une forme linguistique » donnée) en tenant compte de « la totalité de ses emplois », d'autre part de rechercher ce qui fait lien entre des sens apparemment différents. Révéler cette « unité » potentielle peut relever d'un travail approfondi (« jamais donné d'avance »). Derrière le même mot « doute » (participant donc de ces exemples de « morphèmes identiques ») se cachent effectivement des « sens différents » qu'il importe d'analyser pour en apprécier l'éventuelle unité. Émile Benveniste s'y emploie s'agissant du mot doute à son origine. Il nous relève ainsi que sa polysémie est très ancienne et qu'elle relève d'une étroite proximité autant formelle que sémantique. Pour ce faire, il retourne à la racine indo-européenne du mot doute, à savoir **dwei-* signifiant *craindre*. Tout en soulignant que le mot grec *déos* « crainte » (**dweyos*) et le parfait « j'ai crainte » (**dé-dwoi-a*) viennent attester cette signification, il précise dans le même temps que « Ce **dwei-* "craindre" est matériellement identique au thème du numéral **dwei-* "deux" »[385]. Autrement dit, « formellement, le nombre deux est exprimé par des termes remontant à un même radical **dwei-* »[386] suggérant une liaison étymologique entre crainte et deux, et partant double, division. Mais, par-delà l'identité formelle, il questionne aussi ce qui peut lier sémantiquement ces deux radicaux, c'est-à-dire ce qui pourrait soutenir leur éventuelle unité plutôt que résulter d'un pur effet de hasard : « Et quel liaison de sens pourrait-on imaginer entre "craindre" et "deux" qui ne ressemble à un jeu d'esprit ? Il faut néanmoins y regarder plus attentivement, et ne pas repousser sans examen la possibilité d'un rapport »[387]. C'est en s'appuyant sur des exemples d'emploi en langue ancienne qu'il va pouvoir démontrer leur unité. « Le grec homérique se prête à une pareille étude, et il la récompense. Car c'est dans un texte de l'*Iliade*, mille fois lu et relu pourtant, que la solution s'offre, comme encore inédite »[388] écrit-il enthousiaste. De la traduction littérale suivante du propos d'Ulysse s'adressant à Achille pour tenter de le convaincre de revenir au combat : « prévoyant un grand désastre, nous avons peur (*deidimen*) ; ce qui est en doute (*en doièi*) : sauverons-nous ou perdrons-nous les vaisseaux ? » (*Il*, IX, 229-239)[389], Benveniste conclut que « le texte même, rapprochant dans la même phrase *deidimen* et en *doièi*, éclaire, comme par une démonstration d'école, leur relation. L'expression en *d(w)oyêi (esti)* signifie proprement « la chose est en double, en doute, *in dubio* », c'est-à-dire « elle est à *redouter* »[390]. Reprenant fidèlement le propos de Benveniste, le spécialiste de philologie grecque Michel Casevitz en conclut que :

> […] craindre, c'est le sentiment né de la situation où on est partagé, double, où on *doute*, au sens de l'ancien français, au sens du français moderne *redouter*. Cette liaison fondamentale entre deux et crainte, entre *doute* et, si l'on ose ainsi écrire, *redoute*, se trouve aussi en latin, avec duo (deux), *dubius* (douteux) et *dubitare* (douter), en allemand avec *zwei* et *zweifeln* et dans d'autres langues indo-européennes[391].

---

[385] *Ibid.*, p. 294.
[386] Casevitz Michel. *Les mots du doute en grec*. Raison présente, 2014/1, n° 89, p. 107-116.
[387] Benveniste Émile. *Op. cit.*, p. 294.
[388] *Ibid.*
[389] Il s'agit de la traduction littérale de L'*Iliade* d'Homère que propose Émile Benveniste de : « *liẽn méga pêma …eisoróóntes déidimen, en doiêi dè saosémen ẽ apolesthai nêas* ».
[390] Benveniste Émile. *Op. cit.*, p. 294-295.
[391] Casevitz Michel. *Op. cit.*

Confirmant, grâce à l'étymologie, le lien sémantique en plus du lien formel (« la liaison cherchée entre **dwei-* numéral et **dwei-* verbal »[392]), le doute renvoie donc à cet état de crainte (le fait de « redouter ») face à une dualité (« double », « deux »), qu'il s'agisse d'options (le sauvetage ou non des navires), d'avis, de sentiments ou de tout autre configuration confrontant à une alternative dont il n'est pas possible de savoir, de juger, de choisir entre l'une et l'autre solution. Le doute est alors appréhendé sous l'angle d'un état de malaise, celui de se trouver divisé, dans une impossible unité, parce que tiraillé entre des options opposées, instable parce que ne pouvant choisir et donc se fixer, hésitant parce que ne disposant pas de certitudes. Tout comme Benveniste, Casevitz souligne combien ce que révèlent ces emplois sémantiques dans le grec ancien se retrouve dans « d'autres lagues indo-européennes », que ce soit le latin (« *duo*, *dubius (in dubio esse)*, *dubitare* »[393]), l'allemand (« *zwei* et *zweifeln* ») et même l'arménien (« entre *erknc'im* « je crains » et *erku* « deux » »[394]).

Le dictionnaire étymologique et historique de la langue française dirigé par Alain Rey mentionne aussi le sens de « crainte, peur » considéré comme très fréquent au Moyen Âge (le datant autour de 1050). Mais c'est avant tout pour souligner la perte de ce sens initial (*redouter* ayant fini par éliminer *douter* dans le sens de « craindre »)[395] – ce dont Benveniste fait lui-même état[396] – au profit de celui d'hésitation, d'incertitude (autour de 1155) éventuellement « complété par une nuance de soupçon ou de manque de confiance (fin XVe) »[397]. Pourtant si la connotation négative du doute, tel qu'il fut primitivement employé dans les langues anciennes, contraste avec son emploi en des termes beaucoup plus positifs au gré des diverses approches philosophiques qui s'en sont emparées, son sens primitif n'a pas disparu pour autant. On est ainsi porté à en questionner la survivance à notre époque contemporaine, notamment dans le milieu médical tant le comportement des médecins mais aussi des patients à l'égard du doute est empreint de crainte. Les soignants peuvent en effet voir dans le fait de douter un manque d'assurance et de courage de leur part, donc de la « crainte ». Au regard de l'attitude défensive consistant à masquer voire à nier leurs doutes (dans un mouvement de refoulement) pour éviter de s'exposer en situation de faiblesse du jugement et de peur, des incitations au doute à l'attention des soignants sont déployées[398]. On pourrait aussi questionner la crainte derrière le doute des patients, qu'eux aussi ils taisent pour ne pas être mal vus et dévalorisés par les soignants.

---

[392] Benveniste Émile. *Op. cit*., p. 295.
[393] *Ibid.*
[394] Casevitz Michel. *Op. cit.*
[395] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 629 : « En ancien français, le verbe [douter] a exprimé d'abord l'idée de "craindre" transitivement (1080), à la forme pronominale et en emploi absolu. Ce sens […] encore dominant au XVIe s., est sorti d'usage au bénéfice de *redouter**, mais s'est longtemps conservé dans les dialectes du Centre ».
[396] Benveniste Émile. *Op. Cit.*, p. 295 : « Ainsi, grâce à un contexte décisif, se configure en indo-européen une notion telle que "craindre" avec ses liaisons spécifiques que seul l'emploi peut révéler, et qui sont différents de celles qui la déterminent aujourd'hui ».
[397] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 629.
[398] Claquin Aziliz, Doan Thi (dessin), *Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique*. La Croix [Reportage – Série de 6 articles], publié le 25 mai 2023. 1er reportage en ligne Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique, consulté le 30 mai 2023.

1.3 – Le doute au sens d'hésitation introduit un lien étroit avec la condition d'incertitude

Suivant son évolution sémantique selon un ordre chronologique, le doute a ensuite pris le sens d'hésitation (pourtant déjà repéré par l'helléniste Michel Casevitz[399]) ainsi que le mentionnent (comme déjà noté plus haut) le CNRTL (« 1155 "hésitation, incertitude" *(estre) en dote* »[400]) et le dictionnaire historique de la langue française[401]. Il est notable qu'hésitation et incertitude sont, dans ces définitions, toujours étroitement liées. Michel Casevitz, qui observe cette évolution de sens également dans l'Antiquité grecque, y voit une certaine logique puisque partant du sens « être divisé en deux », douter est devenu « hésiter, se demander avec inquiétude »[402]. Ce faisant il introduit lui aussi et souligne le lien étroit avec l'état d'incertitude puisque douter renvoie à celui « qui a des opinions, des sentiments divisés, qui doute, qui est incertain »[403] ce qui conduit insensiblement à l'indécision. Puisque « douter a signifié craindre, redouter, puis *hésiter*, *ne savoir que faire* ou dire »[404] on voit bien en quoi cela met en difficulté pour décider (qu'en penser ?), choisir (comment juger ?) et agir (que faire ?). A cet égard, Michel Casevitz ne perd pas de vue le lien qui demeure actif avec la racine la plus ancienne du doute et ne manque pas d'y revenir lorsqu'il cite une sorte d'aphorisme, émanant d'un anonyme : « misérables sont les douteurs, ceux qui sont divisés en leur cœur ». Une telle phrase suggère clairement le niveau de désarroi (« misérables ») que peut susciter l'état de doute. La condition est difficile en effet tant le doute, par l'hésitation jusqu'à l'irrésolution à laquelle il contribue, peut littéralement paralyser la pensée autant que l'action. A ce propos, pour montrer combien le doute « retient l'action et torture », Casevitz cite Plutarque comme suit : « Sur ce qui va être dit, je suis incertain et partagé entre deux opinions et, inclinant tantôt d'un côté tantôt d'un autre, comme sur le plateau d'une balance, je ne puis pencher d'aucun côté, une grande hésitation me tient, me faut-il introduire cette pratique ou en détourner ? »[405]. En usant de l'image d'une « balance », cette citation révèle bien combien la pensée peut être freinée (« Sur ce qui va être dit, je suis incertain et partagé entre deux opinions ») par le doute entendu comme « hésitation », de même que l'action rendue impossible (« je ne puis pencher d'aucun côté »). Aux prises avec son hésitation, la personne se trouve coincée, si ce n'est piégée, dans l'irrésolution.

Si le lien étroit qui lie doute et incertitude au prisme de cette déclinaison du doute qu'est l'état d'hésitation semble relever de l'évidence, il mérite d'être précisé. En prélude de son *Atelier du doute* Arnaud Tripet mobilise d'emblée le doute comme un mode d'expression concrète de l'incertitude au point de le qualifier purement et simplement d'« incertitude en acte » :

---

[399] Casevitz Michel. *Op. cit.* : « Crainte et hésitation entre deux actions opposées, tel est le doute qui amène Zeus à gémir ».
[400] Site du CNRTL consulté en ligne le 20 août 2025 : DOUTE : Définition de DOUTE
[401] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 629.
[402] Casevitz Michel. *Op. Cit.*
[403] *Ibid.*
[404] *Ibid*
[405] Il s'agit de la traduction littérale de *De l'éducation des enfants* (11 c) de Plutarque par Michel Casevitz de : « *peri de tou rhèthèsesthai mellontos, amphidoxos eimi kai dikhognômôn, kai tèide kakeise klinôn fôs epi plastiggos pros oudeteron rhepsai dunamai, polus d'oknos ekhei me kai tès eisègèseôs kai tès apotropès tou pragmatos ».*

[…] le doute affecte de son hésitation aussi bien le jugement d'existence (est-ce que cela ou non ?) que le jugement de valeur (est-ce que c'est bien ou non ?) et le jugement pratique (est-ce à fuir ou à suivre ?). La mobilité de la balance devient le symbole de cette incertitude en acte[406].

Usant lui aussi de l'image d'une « balance », ce qu'Arnaud Tripet révèle de l'état de doute est l'impossibilité du « jugement » que celui-ci porte sur la réalité des choses (« jugement d'existence »), sur l'appréciation d'une situation ce qui implique l'action de la pensée (« jugement de valeur »), sur le type d'action concrète à mener (« jugement pratique »). Mais si la formule « incertitude en acte » permet de souligner combien l'incertitude n'est pas un concept abstrait puisqu'elle se manifeste par ses conséquences très concrètes (dont une impossibilité de juger), elle suscite un certain flou. Renvoie-t-elle à l'individu en tant qu'étant dans le doute, étant donc incertain, son esprit (divisé, non assuré, équivoque, incertain, douteux) ne parvient pas porter de jugement. Ou bien renvoie-t-elle à la situation d'incertitude inhérente à la condition humaine, au sens où l'on ne dispose d'aucune certitude (hormis celle, unique, que chacun tend inéluctablement vers la mort), aucune connaissance n'étant absolue et définitive. Cette distinction est importante puisque l'incertitude omniprésente dans laquelle nous baignons tous, en permanence, n'est pas nécessairement source de doute au sens d'hésitation et d'incapacité à juger et agir. Et ce point sera développé ultérieurement puisque non seulement la médecine confronte constamment à la nécessité de décision en situation d'incertitude, mais l'incertitude peut également être porteuse de découvertes, d'espoir et ainsi être moteur pour l'action. Tandis que l'état d'être incertain, par exemple sur une question donnée ou un choix à faire, peut effectivement paralyser la prise de décision. Autrement dit l'état incertitude n'est pas constamment ni nécessairement source de doute.

De même que l'incertitude peut donc être présentée à tort comme intrinsèquement lié au doute, celui-ci peut, tout aussi excessivement, être considéré comme « l'antonyme de certitude, assurance »[407]. Si une expression telle que « *hors de doute* » signifie effectivement « être incontestable, certain », n'offrant donc pas de place au doute, l'expression « *sans doute* » est ambiguë. Quand bien même elle a eu valeur affirmative, au sens de « assurément, certainement », qualifiée de vieillie, cette valeur « s'est atténuée au point que, pour exprimer l'affirmation, on renforce le subst[antif] par *aucun, nul* »[408]. Mais surtout, elle peut avoir un sens tout inversé et ainsi avoir valeur non plus affirmative mais « dubitative définitive ou provisoire ». C'est ainsi qu'elle peut aussi avoir le sens de « probablement, certes, je vous l'accorde », ce que le linguiste Dominique Ducard corrige de la façon suivante : « *probablement, certes, je vous l'accorde*, avec un *mais* attendu »[409] soulignant ainsi combien le fait, loin d'être certain, demeure hypothétique. Le linguiste complète son analyse :

[406] Tripet Arnaud, *Op. Cit.*, p. 9.
[407] Casevitz Michel. *Op. Cit.*
[408] Site du CNRTL consulté en ligne le 20 août 2025 : DOUTE : Définition de DOUTE.
[409] Ducard Dominique, « Une "sémantique de l'énonciation", sans doute » in Rabatel Alain, Ferrara-Léturgie Alice, Léturgie Arnaud. *La sémantique et ses interfaces* [Actes du colloque 2013 de l'association des sciences du langage]. Fribourg : Lambert-Lucas, 2015, p. 225-242.

> Le *sans* de *sans doute* n'élimine pas le doute mais suspend le balancement en engageant le sujet vers une zone […] d'où la valeur de probabilité qui apparaît. Il convient ici de noter qu'un changement d'intonation et de mimique peut orienter vers l'acquiescement ou la réticence, sans emporter l'adhésion complète qu'exprime *sans aucun (nul) doute* (pas de doute, hors de doute), dans une totale certitude[410].

La négation du doute attendue avec la préposition « sans » non seulement « n'élimine pas le doute » au profit d'une affirmation, en quoi consisterait l'état de « totale certitude » que l'expression brute « *sans doute* » sous-entend, mais engage dans une situation de « probabilité », et donc d'assentiment (« acquiescement ») certes partiel (« sans emporter l'adhésion complète »). Cette alternative (« l'acquiescement ou la réticence ») doit son existence à tout ce qui ne relève pas de la « linguistique du signe » mais tient de l'énonciation (« intonation », « mimique ») ainsi qu'invitait Emile Benveniste à y réfléchir et y travailler[411] – l'intitulé « sémantique de l'énonciation » lui étant d'ailleurs emprunté[412]. Tout dépendrait donc de la façon dont l'expression « sans doute » est formulée (dans un sens affirmatif ou bien dans un sens dubitatif) et comment elle s'intègre dans une situation singulière à un discours donné. De fait, « Quand Benveniste évoque la "réalité du discours", il met en avant l'acte de parole mais insiste aussi sur le fait que dire c'est dire quelque chose à propos de quelque chose pour quelqu'un, en situation et par le dialogue »[413]. Ce point est d'une importance majeure pour le sujet de la relation de soin qui implique une rencontre et un dialogue entre patient et soignant en plus de mobiliser certains types de discours (qu'ils émanent des soignants ou des patients) portés par des objectifs précis et des intentions définies[414]. C'est dire si en matière de certitude, d'incertitude, de doute, non seulement le choix et la modulation du discours, mais également les modalités de l'énonciation sont à même de conditionner l'ordre sémantique[415]. Sans compter que dans un tel contexte (celui de l'incertitude en matière de santé, de maladies et de soins), l'ordre sémantique appliqué au doute ne saurait demeurer figé mais doit s'adapter à des circonstances instables et évolutives.

1.4 – Le doute comme source de défiance

Cette signification négative du doute au sens de défiance – dont on perçoit bien qu'elle puisse être une conséquence logique du doute en tant que crainte – serait apparue au cours du XIVe, la forme pronominale *se douter de* signifiant « soupçonner, deviner » et *doute* renvoyant à « soupçon » ou « manque de confiance »[416]. Pourtant dans son analyse portant sur *Les mots du doute en grec*, Michel Casevitz retrouve déjà le verbe *douter* au sens de « contester » ou de «

---

[410] *Ibid.*, p. 231.
[411] *Ibid.*, p. 225 : « Benveniste appelle à un « dépassement » de la linguistique du signe ».
[412] Benveniste Émile. *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard, 1974, Tome 2, p. 66.
[413] Ducard Dominique, « Une "sémantique de l'énonciation", sans doute » in Rabatel Alain, Ferrara-Léturgie Alice, Léturgie Arnaud. *Op. cit.*, p. 226.
[414] Benveniste Émile. *Op. cit.*, p. 64 : « L'ordre sémantique […] s'identifie au monde de l'énonciation et à l'univers du discours ».
[415] Sur la notion d'énonciation chez Benveniste, Ducard s'appuie aussi sur l'ouvrage issu d'une thèse suivant : Ono Aya, Arrivé Michel (préface), Normand Claudine (postface). *La notion d'énonciation chez Émile Benveniste*. Limoges: Lambert-Lucas; 2007, p. 135 : « Étant la clef de l'ouverture vers l'univers du discours, la notion d'énonciation outrepasse celui-ci pour atteindre d'autres horizons, vers des dimensions qui organisent le discours ».
[416] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 629.

dire que telle chose n'existe pas, douter de la réalité d'une chose », l'adjectif et le nom (d'action ou neutre) renvoyant au sens de « contestable » et de « contestation »[417]. Si le CNRTL n'intègre pas ce sens dans sa définition principale du doute, il propose l'expression *mettre en doute quelque chose* au sens d'en « contester l'authenticité, la valeur » de quelque chose et par extension la parole, la sincérité, les sentiments de quelqu'un[418]. Bien que semblant moins étayée d'un point de vue linguistique que d'autres, cette signification s'avère pourtant courante dans notre époque contemporaine, y compris dans le contexte médical, la défiance jusqu'au complotisme en passant par le scepticisme médical constituant une menace pour l'appropriation des connaissances en la matière. Un tel doute peut aussi compliquer la relation de soin. Ce constat n'est peut-être pas si contemporain si l'on considère, en suivant l'analyse de Casevitz, que « le fait d'avoir des pensées divisées est semblable à la discorde chez les anciens, c'est-à-dire la dissension et le doute »[419]. Une mixte, propice à l'amalgame et la confusion, semble s'être opéré entre la défiance et le fait de s'interroger qui est un autre sens du doute. C'est notamment ce que l'on peut observer dans le contexte médical. On y observe assez fréquemment une intolérance des soignants à l'égard des doutes de leurs patients qui du coup les internalisent. Pourtant, ces doutes sont motivés par un légitime besoin de compréhension et ne relèvent donc pas tant d'une manifestation de défiance à l'égard de leurs compétences et de leurs préconisations que d'un besoin d'interroger pour comprendre[420].

1.5 – Le doute comme possibilité et opportunité de s'interroger

Dans la continuité du sens « être dans l'incertitude au sujet de quelque chose » (1130-1140) puis de « deviner, soupçonner » au 14e siècle, *douter* a acquis au 16e siècle le sens de « penser, supposer sans certitude »[421] rejoignant cet « état naturel de l'esprit qui s'interroge » proposé par le CNRTL[422]. A ce sujet, ce dernier cite un propos du philosophe Alain : « *Douter,* c'est examiner, c'est démonter et remonter les idées comme des rouages, sans prévention et sans précipitation, contre la puissance de croire qui est formidable en chacun de nous »[423]. Alain invite à ne pas se contenter de croyances établies, à les revisiter (« démonter et remonter les

---

[417] Casevitz Michel. *Op. Cit.* : « L'adjectif *amphilogos* apparaît dans les parties lyriques chez Sophocle (*Antigone*, 111) et Euripide (*Médée*, 1142, *Iphigénie en Tauride*, 655) et est employé en prose à partir de Thucydide avec toujours le sens passif "qui est dit à double sens", donc "dont la réalité est contestée, douteuse". L'abstrait *amphilogia*, "contestation" se trouve déjà dans la *Théogonie* d'Hésiode (229) […]. Un verbe courant, *amphisbèteô* signifie "contester" et, avec une négation dans la complétive "dire que telle chose n'existe pas, douter de la réalité d'une chose" ; l'adjectif *amphisbètèsimos* "contestable, douteux" et le nom d'action *amphisbètèsis* "contestation, incertitude, doute" ainsi que le neutre *amphisbètèma* "sujet de contestation" sont très fréquents dans la prose classique et postérieure ».

[418] Site du CNRTL consulté en ligne le 20 août 2025 : DOUTE : Définition de DOUTE.

[419] Casevitz Michel. *Op. Cit.*

[420] Ogien Ruwen. *Op. cit*., p. 88-89 : « De mon côté, j'ai l'impression de réagir comme si cette annonce ne me concernait absolument pas. Il faut dire que personne dans ma famille n'est mort d'un cancer. Chez nous, on meurt plutôt d'antisémitisme ou de crises cardiaques parce qu'on n'a pas mangé "kacher" ou parce qu'on a violé l'un des dix commandements. Je crois peut-être, dans ma déprimante ignorance des choses médicales, que le cancer est, dans la plupart des cas, une maladie d'origine génétique et que, faute de précédents familiaux, je ne peux pas en être victime. Mais le médecin qui m'a fait l'annonce n'a pas l'air de lancer un poisson d'avril … C'est le genre de personne qui doit considérer l'imprécision, l'ignorance ou la complaisance comme des fautes morales. Pour ne pas me le mettre à dos tout de suite, je ne lui dis rien de mes doutes irrationnels sur son diagnostic ».

[421] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 629.

[422] Site du CNRTL consulté en ligne le 20 août 2025 : DOUTE : Définition de DOUTE.

[423] Alain, Savin Maurice (présentation), Maurois André (préface). *Propos I.* Paris: Gallimard; 1956, p. 134-135. Propos du 8 juin 1912 sous l'intitulé « Le doute ».

idées ») ce qui implique précisément de s'interroger (« examiner ») posément (« sans précipitation »), sans se restreindre ni préjugés (« sans prévention »). Tout comme l'approche peircienne[424], il oppose (« contre ») le doute à la croyance, la volonté et l'effort qu'imposent le fait de douter au poids des croyances (« puissance de croire »). C'est pourquoi le doute est devenu pour les philosophes un moyen privilégié, en réponse à leur singulière capacité d'étonnement[425], pour questionner voire contester les certitudes, pour approfondir leur recherche de la vérité, et tout simplement pour penser sans frein ni limite. Le doute n'est en ce sens résolument plus, comme aux temps anciens, cet état de « crainte », source d'angoisse, parce qu'il cause division, déchirement[426]. Il est ici un mouvement vers la connaissance et rejoint en cela le sens de *sceptique* à savoir « qui observe, réfléchit »[427]. Dérivé de *skeptesthai* qui signifie « observer, considérer », mais aussi « enquêter »[428] et donc « chercher, rechercher », on comprend l'usage prolifique et méthodique qu'en a fait la philosophie qu'il s'agisse des « philosophes sceptiques faisant profession d'observer sans rien affirmer »[429], de Socrate invitant au sens critique et toujours à (ré)interroger les connaissances, les évidences, *a fortiori* les certitudes, ainsi que l'illustre sa maxime célèbre « Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien », mais aussi Montaigne avec sa non moins célèbre formule « Que-sais-je ? »[430] soulignant l'incertitude inhérente à notre connaissance du monde et partant l'inéluctabilité du doute. *Douter* dans son sens de (re)questionner apparait alors si caractéristique de la motivation et de l'activité des philosophes qu'il en deviendrait même un pléonasme. Parce qu'il permet de s'interroger, le doute est donc un outil essentiel pour la pensée, en particulier philosophique et plus généralement tout activité de pensée. Pourtant, un tel sens du doute comme questionnement, comme recherche, comme enquête n'est ni le plus ancien ni le plus connu et tend même parfois à se faire oublier au profit de ses variantes sémantiques bien plus négatives d'hésitation et de contestation.

1.6 – Une multiplicité de sens autour du doute non exclusifs les uns des autres

Après avoir opéré volontairement un choix sélectif et m'être ainsi penchée sur quatre sens distincts du même mot doute, à savoir *craindre*, *hésiter*, *manquer de confiance*, *s'interroger*, il importe de noter que cette analyse sémantique restrictive ne se veut pas une fermeture aux autres significations et liaisons sémantiques possibles qui peuvent émerger au gré des contextes spécifiques (notamment celui de la médecine et des soins). Ces quatre sens principaux retenus recoupent pourtant, au moins pour trois d'entre eux, d'autres approches sémantiques. Le linguiste Dominique Ducard s'est ainsi essayé à l'exercice de recenser l'ensemble des mots ayant une proximité sémantique avec le « doute ». Usant pour cela du portail lexical du CNRTL,

---

[424] Je renvoie aux chapitres de la présente thèse intitulés *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine* et *Le lien indissociable entre doute et croyance*.
[425] Hersch Jeanne. *L'Étonnement philosophique. Une histoire de la philosophie*. Paris: Gallimard; 1993, p.7.
[426] Casevitz Michel. *Op. Cit.* : « À partir d'un autre numéral signifiant "deux, double", *amphô* (forme en premier terme de composé *amphi*-), le doute comme déchirement, division externe ou interne, est exprimé par quelques mots courants ».
[427] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 1892.
[428] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. Séminaire « Santé démocratique » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 06 Octobre 2020. En ligne : Douter de tout - Marilyn Maeso - Chaire de Philosophie à l'Hôpital, consulté le 21 aout 2025.
[429] Rey Alain. *Op. Cit.*, p. 1892.
[430] Montaigne Michel de. *Les Essais.* Paris: Gallimard [Pléiade], 2007, L II, Chap. XII, p. 589.

de ses outils de recherche lexicographique et d'une base de données fusionnant différents dictionnaires de synonymes, la liste suivante en a émergé : « *incertitude, défiance, hésitation, indécision, scepticisme, tâtonnement, soupçon, ombre, obscurité, méfiance, indétermination, crainte, vacillation, perplexité, irrésolution, incrédulité, clair-obscur, suspicion, supposition, scrupule, pyrrhonisme, jalousie, incroyance, flottement, embarras, appréhension, affres, équivoque*. Et pour les antonymes : *affirmation, assurance, certitude, confiance, connaissance, conviction, croyance, dogme, décision, foi, persuasion, religion, résolution, évidence* »[431]. Par leur proximité sémantique, différents groupes de séries de mots ont pu être constitués qui rejoignent trois des significations du doute retenues, à savoir : *craindre* (« crainte / inquiétude / appréhension / affres »), *hésiter* (« indécision / incertitude / hésitation / tâtonnement / vacillation / flottement / balancement »), *manquer de confiance* (« méfiance / défiance / scepticisme / suspicion / soupçon »). Mais de cette recherche à partir des synonymes (« équivalents ou voisins ») de *doute*, il est notable que le sens de *s'interroger*, et donc la dimension active du doute en tant que démarche volontaire aux antipodes d'un état seulement subi parce que consécutif, ne ressort pas du tout. La quatrième série (« ombre / obscurité / équivoque / clair-obscur ») relève en effet plus d'une métaphore de la difficulté d'accès à la connaissance et de sa fragilité par son caractère éventuellement trompeur et sa susceptibilité à l'erreur. Par ailleurs, le regroupement en série tend non seulement à nier la possibilité de recoupements et de liens entre les différents groupes mais à fermer le sens de certains mots. Ainsi, le « tâtonnement » pourrait relever d'un effort de recherche que le travail d'enquête symbolise plutôt que de l'hésitation, tandis que le « soupçon » n'est pas incompatible avec l'état de confiance notamment dans le cadre des soins[432]. Enfin, certains autres sens possibles du doute n'apparaissent pas, tels « la perplexité », l'étonnement ou encore le « doute subi en tant que tourment de l'âme »[433]. Autrement dit, une approche sémantique, *a fortiori* si elle se restreint à la linguistique du signe, et ne tient donc pas compte du « monde de l'énonciation et [de] l'univers du discours »[434], incluant donc les circonstances, le contexte, le type de relation intersubjective dans lesquels se joue le doute, non seulement n'épuise pas toutes les facettes possibles du doute, mais peut également rater l'équivoque qu'il recèle parfois sous une même expression trompeuse. C'est pourquoi le champ d'interprétation peut sembler inépuisable et complexe.

2 – Un usage universel mais une diversité d'approches philosophiques du doute

Depuis l'Antiquité, le sujet du doute demeure inépuisable pour les philosophes tant il a pu être investi différemment selon les âges et les écoles philosophiques. Pas plus que l'analyse sémantique ne saurait épuiser toutes les significations possibles du doute, l'analyse

[431] Ducard Dominique, « Une "sémantique de l'énonciation", sans doute » in Rabatel Alain, Ferrara-Léturgie Alice, Léturgie Arnaud. *Op. cit*., p. 230.
[432] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon* [Les carnets de l'EHESS]. Paris : Ecole de hautes études en sciences sociales, 2022. En ligne : La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon | EHESS, consulté le 21 août 2025.
[433] Demont François. *Op. cit*.
[434] Benveniste Émile. *Op. cit*., 1974, p. 64.

philosophique elle-même, en dépit de la diversité et de la richesse de ses interprétations, n'est parvenue à résoudre cette question. Peut-être n'y aspire-t-elle tout simplement pas, tant le doute entre en cohérence avec ce qui est au fondement de la pratique philosophique, à savoir sa capacité à susciter, restaurer, renouveler l'étonnement, c'est-à-dire à (re)questionner les évidences. Platon qualifiait la philosophie de « fille de l'étonnement » dans le *Théétète*[435] et Socrate invitait tout un chacun à s'interroger sur ses propres connaissances, à tout le moins à renoncer aux certitudes, en usant de sa maxime célèbre « Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien »[436]. Bien plus tard, Montaigne aura lui aussi une formule tout aussi efficace : « Que-sais-je ? »[437]. C'est dire si, de tous temps, le doute est central en philosophie, au point d'être érigé par certains, tel Descartes, comme méthode de référence pour tout raisonnement visant l'élaboration de connaissances. Mais par-delà la fonction du doute en tant qu'outil de la pensée, il relève aussi non seulement d'une question de posture, à l'instar des philosophes sceptiques, mais également d'expérience aux conséquences très concrètes pour la vie des individus, à l'instar de l'éclairage qu'en proposent les philosophes pragmatistes. Par-delà ces premiers grands traits grossièrement distinctifs quant à l'approche du doute selon des courants philosophiques très différents, il importe de souligner ce qui les unit tous. Cette aptitude au doute – pouvoir l'accueillir, le susciter, s'en épauler de façon réflexive, y faire face et en tolérer les effets et la complexité – permet de distinguer les philosophes véritables des sophistes qui, quant à eux ne se soucient aucunement de la vérité. Car, quels que soient leurs orientations et leurs positionnements respectifs à l'égard de la vérité, la mobilisation philosophique du doute relève d'un engagement, aux implications éthiques importantes, celui précisément de se soucier de la question de la vérité comme de l'élaboration et du statut de la connaissance.

S'agissant du doute tel qu'il se voit mobilisé selon des déclinaisons très diverses dans le cadre de la médecine contemporaine, ainsi que des enjeux que cela suscite plus spécifiquement au cœur de la relation de soin, il a fallu procéder à une importante sélection du corpus philosophique à même de les éclairer pour tenter d'en analyser et mieux comprendre les rouages. Suivant la logique chronologique de l'histoire de la philosophie, je présenterai ainsi les courants philosophiques et philosophes notables retenus du fait de leur intérêt plus particulier au regard de ce contexte et des axes de réflexion principaux de cette thèse. Il s'agit du scepticisme antique (en tenant compte de son hétérogénéité), de la philosophie de René Descartes, de la phénoménologie d'Edmund Husserl et de la philosophie pragmatiste américaine, en m'adossant plus particulièrement sur les philosophes Charles Sanders Peirce et John Dewey. Chacun de ces grands courants appréhendant le doute selon des angles radicalement distincts, cela permet d'éclairer si ce n'est exhaustivement, du moins certains des axes majeurs d'expression du doute tel qu'il peut être investi dans le cadre de la médecine, par-delà la seule application méthodique du doute scientifique souvent cantonnée au domaine de la recherche biomédicale. La diversité de ces courants philosophiques permet ainsi d'emblée de corriger une erreur fréquente tant elle imprègne la pensée courante, y compris en contexte sanitaire. A l'encontre des idées reçues, le doute n'est pas seulement une expérience de pensée puisqu'il peut aussi être philosophiquement appréhendé, au prisme des philosophes

[435] Platon, *Théétète*, 155d.
[436] Platon, *Apologie de Socrate*, 21d.
[437] Montaigne Michel de. *Les Essais. Op. cit.*, p. 589.

pragmatistes, comme une épreuve de vie, au sens d'un vécu expérientiel de déstabilisation plus ou moins intense. De là se réalise la possibilité de reconnaître, d'honorer et de mieux comprendre le vécu de doute des patients et les récits qu'ils en font[438]. Le doute n'est pas non plus synonyme de scepticisme, y compris d'un point de vue philosophique. Sans compter qu'ainsi que le souligne le philosophe Carlos Lévy le scepticisme n'est pas une tradition homogène mais « le produit d'un certain nombre de traditions, différentes et même antagonistes »[439] et qu'à cet égard la formule « scepticisme égal pyrrhonisme » est un contre-sens[440]. Nombre de philosophes réfléchissant sur le doute et le mobilisant ne sont pas pour autant qualifiables de sceptiques. C'est pourquoi, que l'on se situe au niveau du sens commun ou bien à un niveau philosophique, il est possible et fréquent de douter sans être sceptique, le scepticisme n'ayant de fait pas l'apanage du doute. Dans le choix de ce corpus, il y a donc d'un côté le scepticisme et les philosophes sceptiques affiliés à cette tradition en dépit de leurs critères distinctifs, de l'autre des courants qui ne relèvent pas d'une position sceptique. La diversité de ces courants permet aussi de souligner combien les positions philosophiques divergent à l'égard de la question de la vérité, soit que celle-ci soit considérée comme résolument inatteignable à l'instar de la position sceptique, soit au contraire qu'elle constitue l'objectif visé à l'instar de l'ambitieux projet cartésien, soit enfin qu'il faille plutôt se contenter de conclusions provisoires et toujours révisables fondées sur le principe de vérification au gré des faits de l'expérience à l'instar d'une position pragmatiste. Aux antipodes de préjugés communs positionnant le doute comme une menace pour la connaissance autant que comme une attitude dangereuse de refus aveugle de la vérité, – y compris pour le corps des professionnels de santé pourtant fondé à raisonner selon l'injonction bernardienne à toujours pouvoir douter[441] – chacune de ces approches philosophiques permet au contraire de rappeler à la fois l'utilité et la fécondité réflexive du doute pour le travail de la pensée[442] ainsi que pour la production et l'appréhension des savoirs. Pourtant, si (ainsi qu'y invite Descartes dont la philosophie continue d'imprégner fortement la culture occidentale) le doute dans sa version radicale est appréhendé comme condition d'accès à la connaissance *vraie*[443], cela n'est pas sans susciter parfois un certain trouble, de l'incompréhension voire un mésusage du doute alors délétère pour la connaissance, telle les dérives des auto-proclamés zététiciens[444], qu'il importe aussi de reconnaître.

---

[438] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des patients*.
[439] Lévy Carlos. *Les scepticismes*. Paris: Que sais-je ?; 2018, p. 6.
[440] *Ibid.*
[441] Bernard Claude, Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 85 : « L'expérimentateur doit douter, fuir les idées fixes et garder toujours sa liberté d'esprit » ; « La première condition que doit remplir un savant qui se livre à l'investigation dans les phénomènes naturels, c'est de conserver une entière liberté d'esprit assise sur le doute philosophique ».
[442] Tripet Arnaud. *Op. cit.*, p. 13 : « Mais comment faire, étant dans le doute, pour m'acheminer vers le jugement, même si je sais que c'est du doute placé en amont que le jugement procède. Faiblesse du doute qui habite encore l'incertitude ou mieux l'approximation, mais aussi fécondité du doute, car c'est de lui, engendré par l'étonnement premier que naîtra une pensée si possible univoque ».
[443] Husserl Edmund, Levinas Emmanuel (Trad.), Peiffer Gabrielle (Trad.). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*. Paris: Vrin; 1992 [1931], p. 19-20 : « Ne connaissant d'autre but que celui d'une connaissance absolue, il s'interdit d'admettre comme existant ce qui n'est pas tout à fait à l'abri de toute possibilité d'être mis en doute ».
[444] Larousserie David, *Henri Broch, le père de la zététique, ou la culture d'un certain esprit critique*. Le Monde [Sciences], publié le 06 juillet 2023. En ligne : Henri Broch, le père de la zététique, ou la culture d'un certain esprit critique, consulté le 2 juin 2024.

Il est notable qu'en dépit de leurs grandes divergences, les pensées des différents auteurs ici mobilisés s'influencent et s'interpénètrent, et ce depuis l'Antiquité, considérant notamment les analogies possibles entre doute scientifique bernardien[445] (que j'ai cependant choisi de ne pas développer dans cette partie consacrée à l'approche philosophique du doute) et doute philosophique cartésien, mais aussi la filiation émancipatrice qu'Husserl a opéré à l'égard de Descartes, ou encore l'approche peircienne du doute qui semble s'être élaborée en réaction d'opposition franche et irréductible par rapport à celle de Descartes. Qu'il y ait une (ré)interprétation, un (ré)investissement et un enrichissement de la pensée d'auteurs précédents est particulièrement manifeste pour Peirce mais aussi surtout pour Husserl vis-à-vis de Descartes. Elle l'est aussi s'agissant de la reprise ininterrompue au cours des siècles du concept d'*épochè* issu de l'Antiquité. En plus du commun souci de la question de la vérité pour chacun de ces auteurs, un autre geste les unit qu'est l'attitude de l'*épochè*, du moins durant le temps du doute. Thématisé par les écoles stoïciennes et sceptiques[446], la signification originelle de suspension du jugement ou de l'assentiment du terme grec *épochè* demeure à travers les siècles et les orientations philosophiques, tel un socle à partir duquel il est possible d'établir sa propre philosophie[447]. Il en est ainsi de l'*épochè* telle que l'a réinvestie et systématisée Husserl pour en faire une « méthode éminente de la phénoménologie »[448] qu'il qualifiera aussi de réduction. Or, celle-ci s'avèrera pour ce qui concerne la question du doute au cœur de la relation de soin d'un intérêt primordial.

In fine, cette approche philosophique du doute au gré des quatre grands courants ici mobilisés (scepticisme antique, cartésianisme, phénoménologie husserlienne, pragmatisme américain via Peirce et Dewey) ne saurait certes être suffisante pour pouvoir éclairer exhaustivement l'ensemble des facettes de doute susceptibles d'advenir dans le contexte médical. Elle tentera malgré tout d'ouvrir autant de champs que possibles pour étayer les différents récits de patients et cas de relation de soins analysés dans cette thèse ainsi que pour donner écho à certaines des questions que peut soulever la médecine contemporaine, et particulièrement les difficultés qui peuvent se rencontrer au cœur de la relation de soin (entre patient et soignant et plus généralement entre citoyens et système de santé). C'est pourquoi, à l'issue de cette approche philosophique en quatre volets, je proposerai un chapitre se voulant une ouverture à de telles questions sans déflorer les développements ultérieurs de ce travail.

3 – Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme

Mobiliser la question du doute en quelque domaine que ce soit, y compris donc le contexte médical, implique de revenir à son usage antique à travers les différents courants du

[445] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.
[446] Depraz Natalie, « Epokhê » in Barbara Cassin. *Vocabulaire européen des philosophies. Dictionnaire des intraduisibles*. Paris : Seuil, 2004, p. 366-367.
[447] Depraz Natalie. *Comprendre la phénoménologie*. Paris: Armand Colin; 2012, p. 182 : « on peut noter une inflexion sémantique d'une *épochè* à l'autre : alors que les sceptiques soulignent dans l'expression « suspension de l'assentiment » le premier terme, les stoïciens font davantage droit au second ».
[448] *Ibid.*, p. 173.

scepticisme. Ainsi qu'en avertit Carlos Lévy, tant cela peut être source de beaucoup de malentendus, le scepticisme regroupe un ensemble hétérogène et complexe, une « constellation étirée dans le temps, ramifiant de multiples méthodes et influences »[449] très différentes et parfois contradictoires. Il est ainsi notable que pour ce que l'on sait de la pensée de Pyrrhon, la fameuse *épochè* sceptique, attitude consistant à suspendre tout jugement en toutes circonstances, ne relèverait pas, à l'origine, de l'enseignement de ce dernier mais du stoïcien Zenon et fut ensuite reprise par Arcésilas[450]. De même, non seulement les dogmatiques peuvent utiliser les arguments sceptiques mais certains sceptiques furent aussi qualifiés de dogmatiques[451] et pour cela critiqués par d'autres courants philosophiques[452]. Source de nombreuses querelles, celles-ci n'ont pas manqué de se reproduire tout au long des siècles au gré des différentes modalités plus ou moins adroites de réinvestissement du scepticisme. Soit que ses défenseurs zélés tombent dans l'autocontradiction en proclamant qu'il faut douter de tout puisque par là-même ils affirment au moins une chose et ne peuvent donc douter de tout. Soit que le scepticisme se voit dévoyé, à l'exemple des dérives dogmatiques de zététiciens contemporains se proclamant détenteurs de vérités scientifiques là même où le scepticisme se caractérise par une position résolument déceptive à l'égard de la vérité. Par ailleurs, une objection importante fut souvent adressée aux penseurs sceptiques qui est celle de l'apraxie, c'est-à-dire l'impossibilité d'agir consécutivement à l'absence de certitudes. L'histoire de ses penseurs, Pyrrhon compris, révèle qu'aucun d'entre eux ne fut empêché de vivre. La suspension du jugement, le fait même de continuer de douter n'empêchent pas d'agir en conscience des limites des connaissances et de l'absence de vérité définitive mais permettent de se prémunir des évidences, un avantage certain qui a pu conduire à qualifier le scepticisme de thérapeutique tant cela est source d'apaisement (*ataraxia*). Plus précisément ni l'*épochè* ni le doute n'empêchent de réfléchir et de chercher mais au contraire y invitent ainsi que l'étymologie grecque le suggère. Le terme grec sceptique (σκεπτικός / *skeptikós*) signifie en effet « qui examine », « qui enquête », « qui observe, qui réfléchit »[453]. Ce qui fait dire au philosophe Thomas Bénatouïl que « Le sceptique se reconnait simplement à ce dont il est capable, à ce qu'il peut faire plutôt qu'à ce qu'il sait : faire surgir la discordance » [454] ce qui est fort utile lorsqu'il s'agit de réfléchir et pour ce faire de s'étonner.

---

[449] Lévy Carlos, « Les sceptiques face aux apparences et aux dogmes », in hors-série philosophie *L'éloge du doute*, Lire Magazine littéraire, mars 2012. Carlos Lévy ajoute que « les pensées qualifiées de « sceptique » n'ont cessé de se construire des légitimations historiques, tantôt en s'inventant des prédécesseurs, tant en soulignant la rupture radicale par rapport aux pensées antérieures ».

[450] Bénatouïl Thomas (dir.). *Le scepticisme*. Paris: Flammarion; 2015, quelle p. 219-220.

[451] Lévy Carlos, « Les sceptiques face aux apparences et aux dogmes », in hors-série philosophie *L'éloge du doute*, *op. cit.* : Lévy précise que « Les philosophes de l'Académie sont des dogmatiques ; ils posent certains principes comme indubitables et rejettent les autres sans hésitation ; les disciples de Pyrrhon pratiquent le doute et sont libres de toute affirmation de principe ».

[452] Dewey John, Savidan Patrick (Trad.). *La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Paris: Gallimard; 2014 [1929], p. 244 : « Le scepticisme, lorsqu'il ne correspond pas à une telle recherche, est une forme émotionnelle de complaisance personnelle au même titre que le dogmatisme ».

[453] Site du CNRTL consulté en ligne le 29 octobre 2025 : SCEPTIQUE : Définition de SCEPTIQUE.

[454] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p.73 : Bénatouil ajoute qu'il s'agit de la considérer « comme une *capacité* ou une faculté, à savoir la simple maitrise pratique d'une technique de pensée ("l'antithèse") et non la connaissance théorique d'une doctrine ou l'application d'une morale ».

3.1 – Propos introductif

Ayant pour objet les questions relatives au savoir et à la vérité, s'opposant fondamentalement au dogmatisme et donc à la prétention de détenir une quelconque certitude ou vérité, le scepticisme conduit invariablement au doute. Dans sa définition philosophique la plus élémentaire, le scepticisme est entendu comme « la doctrine des pyrrhoniens selon lesquels l'homme ne pouvant atteindre la connaissance de la vérité, il est nécessaire de pratiquer en toute chose la "suspension du jugement" et d'ériger le doute en système »[455]. Le doute est bien au cœur du scepticisme, il en constitue la structure logique, le fondement méthodologique et en recouvre la dimension phénoménologique. Tout à l'opposé du dogmatisme, il invite à ne rien affirmer et donc effectivement à suspendre tout jugement, qu'il s'agisse d'assentiment ou d'opposition. Il importe de souligner à quel point la définition du scepticisme en langage courant, à savoir « attitude, disposition d'esprit d'une personne portée à l'incrédulité ou à la défiance envers les opinions et les valeurs reçues »[456], s'avère bien différente de la doctrine philosophique du scepticisme. Il n'y est plus question de démarche réflexive autour de la vérité et de la connaissance. Le doute y est certes présent mais en tant qu'état d'une personne (« attitude », « disposition d'esprit ») réagissant à des croyances (« les opinions et les valeurs reçues »). De même, il n'y a plus d'objectif de suspension du jugement mais le constat tout opposé puisque l'incrédulité ou la défiance consécutives à l'éprouvé de doute relèvent précisément d'une réaction et donc d'un jugement à l'égard de la situation. Un tel décalage laisse d'emblée entrevoir la variété des déclinaisons possibles du scepticisme, dont éventuellement des incompréhensions si ce n'est des mésusages que tend à susciter le qualificatif même de *sceptique* utilisé avec plus ou moins de pertinence. Pourtant, dans son sens originel, le scepticisme pourrait au contraire permettre de prendre la mesure de l'incomplétude des connaissances et de la vanité de l'idée même de vérité en matière médicale sans forcément dénigrer la puissance biomédicale et la qualité de ses apports en termes de soins. C'est dire si le scepticisme peut être variablement mobilisé et interprété, ainsi que l'importance de son impact. La riche histoire du scepticisme depuis l'Antiquité en témoigne, à l'instar de la crise sceptique qui a suivi la Réforme protestante et qu'analyse le philosophe Richard Henry Popkin dans son *Histoire du scepticisme*[457]. Alors source d'importants bouleversements dans la pensée occidentale, elle s'est de fait étendue bien au-delà de la seule question religieuse, affectant notamment le rapport à la science. C'est ainsi qu'en s'appuyant sur les *Hypotyposes pyrrhoniennes*[458] de Sextus Empiricus, il s'est pu trouver des arguments allant à l'encontre de tous les domaines de la rationalité, depuis l'aristotélisme jusqu'à la révolution scientifique alors à l'œuvre à cette époque et pourtant aux antipodes des sciences occultes et de la sorcellerie. Il est en effet aussi notable que cette mobilisation active, et même parfois virulente, de l'argumentation sceptique n'a pas été univoque et homogène. Ce qui semblait un remède ayant pu se transformer en poison ou réciproquement, la bataille sceptique à laquelle s'est ralliée la

[455] Site du CNRTL consulté en ligne le 14 septembre 2025 : SCEPTICISME : Définition de SCEPTICISME.
[456] *Ibid.*
[457] Popkin Richard Henry, Larrère Catherine (présentation). *Histoire du scepticisme d'Érasme à Spinoza*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995.
[458] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Les sceptiques grecs. Textes choisis*. Paris : Presses Universitaires de France, 1966, I, 1-4. In Bénatouïl Thomas. Op. cit., p. 7-8.

Contre-Réforme a ainsi pu elle-même générer des contre-réactions défensives à sa propre encontre sans forcément se départir d'une logique sceptique[459].

Pour apprécier la diversité des applications possibles du doute dit sceptique au contexte médical et de la relation de soin, je propose dans ce chapitre de revenir à l'origine philosophique antique du scepticisme à travers la figure de Pyrrhon ainsi qu'à ses évolutions ultérieures promues par ses disciples successifs. Bien que l'époque, les contextes, les enjeux étaient radicalement différents, le scepticisme de l'Antiquité pourrait contribuer à éclairer ce que d'aucuns qualifient de scepticisme médical. Ne disposant pas de définition précise, il semble plutôt relever d'une nébuleuse bien hétérogène. Peuvent, en effet, s'y retrouver pêle-mêle la zététique en matière de science biomédicale, les antivax ou plus globalement les anti-médecine, le complotisme médical. Autant de mouvements qui, le plus souvent imperméables au doute et pétris de certitudes, semblent pourtant bien plus relever d'un dogmatisme militant que réellement du scepticisme. Cette interrogation quant à la catégorisation de telles attitudes, chacune disposant de caractéristiques propres et insubstituables, semble pouvoir s'éclairer au prisme de l'analyse de Catherine Larrère. « Du point de vue théorique, le scepticisme semble avoir essentiellement fourni un ensemble d'arguments critiques à la modernité. Cela ne suffit pas à constituer une tradition, ni même à définir c'est qu'est un sceptique »[460], écrit-elle. Autrement dit, se prévaloir d'arguments sceptiques n'octroie pas un label sceptique et ne constitue pas une condition d'appartenance[461]. En effet, il importe aussi de considérer, sous la stratégie, les intentions et les conséquences. Le principal représentant du pyrrhonisme qu'est le philosophe et médecin Sextus Empiricus avance ainsi qu'être sceptique c'est opter pour une certaine attitude face à la question de la vérité en se positionnant clairement comme antidogmatique. Le scepticisme s'oppose donc à toute prétention de vérité, de certitude absolue, de connaissance infaillible, quand bien même on les chercherait indéfiniment et c'est précisément ce à un tel mouvement de recherche qu'il invite. Ce pourquoi d'ailleurs, puisque c'est son principe même, le sceptique ne cherche pas à résoudre le doute, mais au contraire ne cesse de le susciter. Une telle attitude antidogmatique s'avère plus ou moins active, soulevant la question de sa pertinence, depuis l'indifférence plutôt passive de Pyrrhon se concrétisant dans la formule sceptique « pas plus » (*mallon*) jusqu'au combat parfois ardemment mené par certains sceptiques que ce soit à l'encontre de l'aristotélisme, de la théologie classique ou même de la science. Le scepticisme est ainsi parfois si actif qu'au moyen de ses arguments il peut faire douter de n'importe quelle affirmation et conduire à tout remettre en cause. Cela montre bien que le scepticisme n'est pas une tradition

[459] Popkin Richard Henry. *Op. cit*., 1995, p. 129 : « *La vérité des sciences* (1625) de Mersenne mettait en scène un sceptique, un alchimiste et un philosophe chrétien ; l'ouvrage visait principalement à confondre le sceptique mais ce dernier n'en assenait pas moins un certain nombre de coups révélateurs à l'alchimiste en recourant aux arguments habituels de Sextus contre la prétendue science qu'était l'alchimie. Lorsque Gassendi, qui ne cachait alors pas son pyrrhonisme, accéda à la demande de Mersenne et écrivit une riposte destinée à ébranler la position du théoricien rosicrucien Robert Fludd, il eut recours au scepticisme ».

[460] *Ibid*., p. 15-16.

[461] *Ibid*., p. 16 : « L'utilisation d'arguments sceptiques n'est pas la marque d'une appartenance : Descartes par exemple, qui généralise et radicalise l'argumentation sceptique, ne peut être qualifié de sceptique. Inversement, on peut être considéré comme sceptique, sans pour autant développer systématiquement une argumentation de type sceptique : c'est le cas de bien des libertins érudits qu'étudie Popkin ».

immuable[462] mais plutôt « un argumentaire, un réservoir de moyens pour une stratégie d'intervention discursive qui peut changer »[463] notamment au gré des contextes et de leurs enjeux. Ces changements se retrouvent de fait dans ses variations d'intention et donc d'intensité ainsi qu'observées dès la période antique entre une forme radicale du scepticisme (à l'instar des académiciens) au point de confiner au dogmatisme, ou à l'inverse une déclinaison bien plus modérée. Du côté des pyrrhoniens, en proposant comme désignations du scepticisme les qualificatifs « chercheuse », « suspensive », « dubitative »[464], Sextus invoque lui aussi, plutôt qu'un contenu théorique, des moyens (la recherche et le doute) et une capacité à pouvoir toujours les mobiliser comme à en user dans une fin bien précise, celle de la suspension du jugement, tout à l'inverse du dogmatisme. Pourtant, aussi nuancé et raisonnable qu'un tel projet ait pu paraître, il n'a pas manqué d'être mobilisé avec excès, voire jusqu'à l'absurde, par certains de ses tenants ultérieurs, dont les néo-pyrrhoniens de la période classique. Invoquant le motif d'œuvrer contre les errances supposées de la raison, y compris scientifique[465], plus rien ne semblait pouvoir échapper aux attaques sceptiques semblant alors purement destructrices. A cet égard, Popkin a pu conclure que le scepticisme n'était « pas toujours du côté des bons »[466]. Si ces évènements historiques, attestant d'une face plutôt sombre du scepticisme, peuvent faire écho avec certains constats issus de l'actualité sanitaire contemporaine, elles soulèvent alors la question des impacts délétères du doute sceptique pour la relation de soin, l'adhésion aux préconisations médicales, *in fine* la santé et le bien-être des personnes. Pourtant, l'histoire dès l'antiquité révèle combien le scepticisme peut aussi constituer un remède d'ailleurs opportunément qualifié de « thérapeutique sceptique ». En aidant à renoncer à l'ambition de vérité absolue, à reconnaître l'absence de certitude ce qui n'exclut pas d'accéder à certaines connaissances, en aidant donc à tolérer le doute irrésolu, à prendre de la distance face aux inconnus au prisme des principes d'indifférence et de suspension du jugement (*épochê*), le scepticisme en vient aussi à dévoiler une finalité pratique, qui est aussi éthique, à savoir l'apaisement voire la tranquillité (*ataraxia*). Ce ne serait donc pas forcément dénier les motifs d'inquiétude et l'indication de s'en préoccuper que de s'autoriser, avec les nuances requises, un certain positionnement sceptique à l'égard de tout ce qui dans le monde et en nous-même est source d'agitation. En médecine comme en tout autres domaines, il importerait donc d'appréhender le doute sceptique sous toutes ses différentes facettes aussi contradictoires puissent-elles paraître, non pour subir sa face sombre et destructrice mais pour bénéficier de sa sagesse.

---

[462] *Ibid*., p. 15 : « les traditions sont continues mais évolutives. Le scepticisme […] c'est plutôt l'incessante répétition, dans des contextes qui se transforment d'une série d'arguments trouvés dans les *Hypotyposes* de Sextus Emiricus ».
[463] *Ibid*.
[464] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p.75-76.
[465] Popkin Richard Henry. *Op. cit*., 1995, p. 130 : « Ceux que nous nommerons les "sceptiques humanistes" (c'est-à-dire des hommes comme François de La Mothe Le Vayer et Guy Patin ainsi que le sceptique pur que fut Samuel Sorbière) firent tout au plus preuve d'une appréciation très limitée de la révolution scientifique qui avait lieu autour d'eux : pour certains, les nouvelles théories n'étaient qu'une nouvelle forme de dogmatisme qui venait en remplacer d'autres ».
[466] *Ibid*., p. 130 : « un des plus grands sceptiques de la fin du XVIIe, Joseph Glanvill, employa ses talents de sceptique à défendre l'existence de la sorcellerie en démolissant le dogmatisme de ses adversaires ».

3.2 – A l'origine antique du doute sceptique, l'ascèse de Pyrrhon d'Elis

Inspirateur d'une doctrine selon laquelle aucune réalité n'est suffisamment solide, immuable pour pouvoir en extraire une quelconque certitude et prétendre à la moindre vérité, Pyrrhon d'Elis est le premier des sceptiques. Etant comme Socrate, un philosophe qui n'a rien écrit, les enseignements philosophiques de Pyrrhon (vers 365-270 avant J.-C.), comme les informations relatives à sa manière de vivre – se voulant une application de sa doctrine –, proviennent des écrits de son biographe Diogène Laërce (3e siècle après J.-C.) lequel rapporte ceci :

> […] il accompagna partout Anaxarque, au point de le suivre chez les gymnosophistes de l'Inde et les mages, d'où il a tiré sa philosophie si remarquable, introduisant l'idée de l'incompréhensibilité et de la suspension du jugement […]. Il soutenait qu'il n'y a ni beau, ni laid, ni juste, ni injuste, que rien n'existe réellement et de façon vraie, et qu'en toute chose les hommes se gouvernent selon la coutume et la loi. Car une chose n'est pas plus ceci que cela. Sa vie justifiait ses théories. Il n'évitait rien, ne se gardait de rien, supportait tout, au besoin d'être heurté par un char, de tomber dans un trou, d'être mordu par des chiens, d'une façon générale ne se fiant en rien à ses sens[467].

Diogène Laërce nous apprend que Pyrrhon, discipline d'Anaxarque[468], a suivi Alexandre Le Grand lors d'un voyage en Inde. Il y a découvert les « gymnosophistes », ces sages indiens, reconnus de nos jours sous le terme de Sadhou, renonçant à toute vie matérielle. Il a ainsi pu observer et admirer leur exceptionnelle capacité d'indifférence. Dans leur démarche ascétique, les gymnosophistes vivaient nus, la barbe longue, sans femme, sans domicile, sans aucun bien et dans le mépris de la souffrance au point pour certains de s'être sacrifiés au feu. C'est en suivant ce modèle que Pyrrhon a lui aussi choisi de faire œuvre d'indifférence et « tiré sa philosophie si remarquable ». Pour Pyrrhon, il n'y a pas de jugement de valeur pertinent possible (« il n'y a ni beau, ni laid, ni juste, ni injuste ») parce qu'il n'existe pas de critère à même de pouvoir fonder un tel jugement. Rien ne permet d'apprécier correctement la réalité, de savoir même si elle existe (« rien n'existe réellement et de façon vraie ») ou du moins d'en saisir la vérité. C'est pourquoi, selon Pyrrhon, les hommes se voient contraints de s'en tenir aux habitudes et aux conventions pour pouvoir fonctionner (« les hommes se gouvernent selon la coutume et la loi »). Puisqu'aucun objet n'a une essence stable et immuable, puisqu'il est toujours possible de dire une chose et son contraire (« ni beau, ni laid », « ni juste, ni injuste »), on ne peut donc rien affirmer, on ne peut tirer aucune certitude sur la réalité. Étant donnée l'extrême variabilité du monde et parce que, ainsi que Timon de Phlionte (vers 325-235 avant J.-C.), principal disciple de Pyrrhon, l'explicite, la réalité est perçue au prisme de l'apparence[469], l'impossibilité consécutive à pouvoir dire quoi que ce soit de certain à propos des choses l'amène à la « suspension du jugement » ou *épochè*. Puisqu'il est impossible

---

[467] Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Vie, doctrines et sentences des philosophes illustres*. Paris : Flammarion, 1965, tome II, livre IX, p. 61-68. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45-48.

[468] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45. Thomas Bénatouïl précise qu'Anaxarque était « connu pour « l'impassibilité et le contentement dans lesquels il passait sa vie » et sa comparaison des « choses existantes avec des décors peints de théâtre et avec ce qui nous arrive dans le sommeil ou la folie ».

[469] Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Op. cit.*, p. 61-68. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45-48. A ce sujet, Diogène Laërce rapporte ces propos du philosophe sceptique Timon de Phlionte tirés de deux des écrits : Dans *Images* « Mais l'apparence (*to phainomenon*) l'emporte sur tout, partout où elle se présente » et dans *Des sensations* : « Que le miel soit doux je ne l'affirme pas mais qu'il paraisse doux, j'en conviens ».

d'accéder à une connaissance certaine, le doute sceptique de Pyrrhon empêchant de fait de pouvoir juger de façon définitive, celui-ci ne trouve donc pas d'issue. Tout n'étant que vanité, rien ne permettant d'accéder à une quelconque vérité, le moindre projet d'une connaissance juste et certaine est donc vain (« incompréhensibilité »). De-là, il introduit le principe d'indifférence (subjective autant qu'objective) et pour exprimer cet état dit d'*adiaphoria*, il utilise la formule sceptique « pas plus » ou *mallon* (« une chose n'est pas plus ceci que cela »), c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence. En cohérence avec le principe sceptique de non-contradiction, puisque des propositions contraires peuvent être vraies en même temps, ou fausses en même temps, puisque l'on ne peut donc pas faire de différence, il importe en conséquence de les considérer comme indifférentes. Pyrrhon entendait à ce que son mode de vie soit parfaitement cohérent avec ses convictions et puisse même les illustrer (« Sa vie justifiait ses théories ») de sorte qu'il choisit de vivre en retrait, dans la solitude (il ne vivait qu'avec sa sœur Philista), loin de la vanité des affaires humaines et de la cité[470], et surtout d'être sans passions en gardant toujours la même manière d'être[471]. C'est ainsi que, tout comme les gymnosophistes méprisaient la douleur (« supportait tout »), il s'exposait à tous les obstacles (« Il n'évitait rien ») et dangers (« d'être heurté par un char, de tomber dans un trou, d'être mordu par des chiens ») comme s'ils n'en étaient pas et donc sans se prémunir d'aucun (« ne se gardait de rien »). En toutes circonstances, et quoi que ses sens puissent lui suggérer (« ne se fiant en rien à ses sens »), puisque l'on ne peut rien savoir de façon certaine, il s'efforçait de demeurer indifférent à l'égard des évènements quels qu'ils soient. Il cherchait à se « Se dépouiller de l'homme », c'est-à-dire de toutes ses sensations et émotions, en quelque sorte à se conduire comme un mort-vivant[472]. L'objectif d'un tel raisonnement et de l'attitude à laquelle elle conduit (dont l'aphasie en tant que refus d'user du langage pour affirmer quoi que ce soit) est ainsi de pouvoir accéder au repos et à la paix de l'âme ou *ataraxia* (absence de troubles). C'est ce que le texte suivant, considéré comme la plus ancienne définition du scepticisme selon Pyrrhon, permet de rappeler :

> Les choses, dit-il, [Pyrrhon] les montre également indifférentes, immesurables, indécidables. C'est pourquoi ni nos sensations, ni nos opinions ne peuvent ni dire vrai ni se tromper. Par suite, il ne faut pas leur accorder la moindre confiance mais être sans opinion (*adoxastous*), sans inclination, inébranlable, en disant de chaque chose qu'elle n'est pas plus qu'elle n'est pas, ou qu'elle est et n'est pas, ou qu'elle n'est ni n'est pas. Pour ceux qui se trouvent dans ces dispositions, ce qui en résultera, dit Timon, c'est d'abord l'aphasie, puis l'ataraxie, et, dit Ænésidème, le plaisir[473].

---

[470] Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Op. cit.*, p. 61-68. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45-48. A ce sujet, Diogène Laërce rapporte le propos admiratif que déploie Timon dans son *Python* et dans ses *Silles* (les satires) : « Ô vieillard, ô Pyrrhon, comment et où as-tu trouvé ce moyen de sortir / De la servitude des opinions et de la vaine stupidité des sophistes, / Et comment de toutes les tromperies as-tu délié le lien / Et n'as-tu point cherché avec les autres quels vents / Soufflent sur la Grèce, d'où viennent toutes choses et où tout va ? ».

[471] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 47 : Le philosophe Thomas Bénatouïl rapporte l'impassibilité de Pyrrhon, notamment lorsque passant à proximité de son maître Anaxarque tombé dans une mare il ne lui porta aucun secours.

[472] Bénatouïl Thomas (invité), Lévy Carlos (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Les philosophes qui n'ont rien écrit », premier épisode intitulé *Pyrrhon d'Élis : ne rien affirmer, ne rien figer*], France culture, 9 septembre 2024. En ligne : Pyrrhon d'Élis : ne rien affirmer, ne rien figer : épisode 1/4 du podcast Les philosophes qui n'ont rien écrit | France Culture, consulté le 10 septembre 2025.

[473] Césarée Eusèbe de, « Préparation évangélique, XIV, 18 » in Conche Marcel (Trad.). *Pyrrhon ou L'apparence*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994, p. 59-60.

Ce propos, ayant passé par plusieurs mains au fil des disciples et du temps se comptant en siècles (le théologien Eusèbe de Césarée ayant vécu au 3e siècle après J.-C. cite dans sa *Préparation évangélique* le philosophe du 1e siècle après J.-C Aristoclès de Messène), concentre toute la doctrine de Pyrrhon. S'y trouvent l'indifférence en toute chose (« de chaque chose qu'elle n'est pas plus qu'elle n'est pas ») puisque chaque chose, étant instable[474], peut être perçue d'une façon autant que de la façon contraire (« qu'elle est et n'est pas, ou qu'elle n'est ni n'est pas »), la faiblesse de nos facultés (« ni nos sensations, ni nos opinions ne peuvent ni dire vrai ni se tromper »), l'impératif de ne pas juger (« être sans opinion ») puisque les choses sont « indifférentes, immesurables, indécidables », ainsi que d'être sans passion (« sans inclination, inébranlable ») et de se retenir de tout discours (« aphasie »), autrement dit de toute logique discursive. A cet égard, Pyrrhon s'est appliqué toutes ces règles à lui-même, dont celle de l'aphasie puisqu'en tant que philosophe il s'est très peu exprimé et n'a pas laissé d'écrit[475]. Autant de conditions propres à permettre d'accéder à la tranquillité de l'âme (« ataraxie ») et même à un réel état de satisfaction (« le plaisir »). Bien des disciples de Pyrrhon ayant manifesté leur adhésion aux principes fondant cette doctrine, se sont pourtant questionnés sur la possibilité de leur parfaite application à la vie des hommes. Ainsi qu'en témoigne sa réaction de frayeur face à un chien l'attaquant, Pyrrhon a effectivement pu reconnaître qu'il était « bien difficile de dépouiller l'homme complètement »[476] de ses réactions naturelles, soulignant ainsi la difficulté inhérente au principe d'indifférence et de suspension de tout jugement. Mais cela lui permit d'insister d'autant plus sur l'importance de combattre les passions (dont la peur fait partie) et les opinions, de demeurer donc indifférent en toutes circonstances et autant que possible[477].

3.3 – Après Pyrrhon, les autres orientations du doute sceptique durant l'Antiquité

Au rang des successeurs de Pyrrhon, les académiciens précèdent chronologiquement les pyrrhoniens. Si l'opposition aux dogmatiques (en référence notamment à Héraclite, Aristote, Epicure ainsi qu'aux stoïciens), persuadés de détenir la vérité, demeure commune à toutes les déclinaisons du scepticisme, ces deux courants se distinguent pourtant de façon significative. Les académiciens (parmi lesquels Carnéade et Clitomaque) prônent une position tout inversée qualifiée d'« antidogmatisme négatif »[478], à savoir l'inaccessibilité absolue à quelque vérité que ce soit. Les pyrrhoniens quant à eux (tout particulièrement Sextus Empiricus mais aussi Ænésidème) s'opposent autant aux dogmatiques qu'aux académiciens. Ils ne prétendent certes

---

[474] Lévy Carlos, « Les sceptiques face aux apparences et aux dogmes », in hors-série philosophie *L'éloge du doute*, *op. cit.* : Lévy précise que pour Timon : « Les choses étant également instables et indéterminées, en conséquence ni nos sensations, ni nos opinions ne sont ni vraies ni fausses. C'est pourquoi il ne faut pas se fier à elles mais rester sans opinion, sans inclination, sans ébranlement ».

[475] Muhlmann Géraldine (dir.), *Les philosophes qui n'ont rien écrit* [série radiophonique en 4 épisodes], émission *Avec philosophie*, France culture, septembre 2024. En ligne : Série « Les philosophes qui n'ont rien écrit », consulté le 10 septembre 2025.

[476] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p48.

[477] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout. Op. cit.* : Pyrrhon aurait ainsi rapporté à ses disciples que « le sage est celui qui ne se satisfait pas de cette situation et qui en permanence lutte contre ses passions, lutte contre tout ce qui dans son corps, dans le monde, dans l'existence en général peut venir troubler l'*ataraxia*, c'est-à-dire la paix de l'âme ».

[478] Lévy Carlos, « Les sceptiques face aux apparences et aux dogmes », in hors-série philosophie *L'éloge du doute*, *op. cit.*

pas avoir atteint la vérité mais ont pour principe de poursuivre leurs recherches en ce sens[479]. Seuls ces derniers s'estiment sceptiques ainsi que le suggère Sextus Empiricus en précisant de façon explicite qu' « il y a trois principales écoles philosophiques : la dogmatique, l'académique et la sceptique »[480]. En ajoutant qu'il s'exprime sur la « recherche sceptique […] sur le mode de l'esquisse »[481], il laisse entendre qu'à ce sujet aussi, c'est-à-dire à propos du scepticisme tel qu'il le déploie et le préconise, il opte pour une position sceptique[482]. C'est ainsi qu'il écrit dans ses *Hypotyposes pyrrhoniennes* : « à propos de rien de ce que nous allons dire, nous n'affirmons qu'il en va exactement comme nous le disons, mais, en nous conformant à ce qui nous apparait sur le moment, nous allons livrer un compte-rendu point par point comme un historien »[483]. Fondamentalement antidogmatique, usant insatiablement du doute pour mettre à l'épreuve les savoirs en place, l'argumentation des pyrrhoniens relèverait avant tout d'une démarche de recherche inépuisable, incertaine dans ses résultats (« à propos de rien de ce que nous allons dire, nous n'affirmons ») puisqu'il n'y a pas de certitudes, mais manifestement dotée de courage et de l'audace d'en formuler tout de même certains (« ce qui nous apparait sur le moment », « compte-rendu ») et donc de les renouveler au gré de l'examen sceptique qu'ils ne manqueront pas de subir en retour.

3.3.1 – L'Académie, un courant sceptique radicalisé au point d'avoir été qualifiée de dogmatique

Pour les académiciens, principalement représentés par Arcésilas (marquant l'évolution de l'Académie par une transition allant du platonisme dogmatique à une pensée du doute absolu fondé sur la suspension du jugement en toutes circonstances) et Carnéade (qui fut directeur de l'Académie, la plus prestigieuse des écoles philosophiques fondée par Platon), la vérité est inaccessible, le doute est hyperbolique. Dans leur objectif de réfutation de la théorie stoïcienne, ils utilisent l'*acatalepsie*, qui consiste en l'incompréhensibilité et l'indistinction. Ainsi que le précise Thomas Bénatouïl pour éclairer un tel positionnement, « Si les distinctions peuvent exister du côté des objets (il y a du vrai et du faux), elles n'existent pas pour autant du côté de la représentation à laquelle l'objet peut toujours venir à manquer sans qu'elle en soit affectée »[484]. Autrement dit, les académiciens usent de la réfutation par l'absurde en se basant sur l'indistinction entre une représentation et son objet, même s'il est absent voire inexistant[485],

---

[479] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 1-4. In Bénatouïl Thomas. Op. cit., p. 7-8 : « en ce qui concerne les objets de la recherche philosophique, on en voit certains déclarer qu'ils ont trouvé la vérité, d'autres proclamer que sa compréhension est impossible, et d'autres enfin poursuivre la recherche ».

[480] *Ibid.*

[481] *Ibid.*

[482] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p.75. Thomas Bénatouïl l'explicite en note de bas de page : « Sextus prend ici la précaution de noter que son esquisse du scepticisme est elle-même sceptique et ne prétend pas déterminer dogmatiquement la nature du scepticisme ».

[483] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 1-4. In Bénatouïl Thomas. Op. cit., p. 7-8.

[484] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 51.

[485] Cicéron, « Académiques, II, 40-42 » in Bréhier Emile (Trad.), Schuhl Pierre-Maxime (dir.). *Les Stoïciens*. Paris: Gallimard, 1962, p. 206-207. Cicéron donne voix à un dialogue entre le stoïcien Zénon et l'académicien Arcésilas, ce dernier cherchant à réfuter cette idée du premier à savoir « qu'il est possible à un homme de ne pas faire de conjectures […] que le sage n'avait pas à conjecturer puisqu'il y a une chose qui peut être perçue ». C'est là que Zénon se voit réfuté : « Quelle était donc cette chose ? Une représentation sans doute, mais de quel genre ? ». Zénon la définit : « Une représentation qui, venant d'un objet réel, porte la marque, l'empreinte, l'image

jusqu'à aboutir à l'*acatalepsie* universelle c'est-à-dire l'« indistinction potentielle de toute représentation »[486]. Ils justifient de douter de la pertinence de toutes les distinctions en convoquant notamment les erreurs de sens, les objets indiscernables (comme les œufs), les illusions portées par le rêve, l'ivresse ou la folie, ou encore l'argument du sorite consistant à centrer le doute sur la précision des limites entre un état et un autre (à l'instar du nombre de grains pour faire un tas de blé, ou de la distinction entre grand ou petit, faible ou fort). Leur argumentation les conduit à considérer « qu'aucune réalité ne peut être perçue, pas même par le raisonnement et par conjecture »[487], tout n'étant que représentations inévitablement subjectives. Pour les académiciens, il n'y a dès lors pas de compréhension juste possible de la réalité, pas de connaissance sûre accessible. Suivant leur position, même les données rationnelles (« pas même par le raisonnement ») ne sont pas plus fiables que les objets sensibles, de sorte qu'il n'y aurait pas même de différence entre la science et la simple opinion, elles seraient équivalentes. Mais, en se positionnant tout à l'extrême opposé des dogmatiques prétendant détenir la vérité, les académiciens affirment certes qu'il faut douter de tout et que le doute est insoluble mais également que l'on ne peut rien connaître. Partant, ils tombent dans le paradoxe sceptique. En affirmant au moins une chose qu'ils tiennent donc pour certaine, à savoir qu'il n'y a pas de connaissance possible, aucune vérité accessible, leur position est auto-contradictoire et semble même plus dogmatique que sceptique. S'inspirant des propos du philosophe Ænésidème de Cnossos (1er siècle avant J.C.) qui fut académicien mais finit par les trouver trop dogmatiques et les quitta, l'Académie a ainsi pu être qualifiée d'« antidogmatisme négatif et donc contradictoire »[488]. Mais, *in fine*, le caractère *persuasif*[489] des représentations protège malgré tout de l'indécidabilité en tant qu'elles peuvent constituer un guide pour l'action quand bien même la question de la connaissance, du vrai et du faux[490], demeure irrésolue et sans issue.

3.3.2 – Le pyrrhonisme, un doute sceptique propre à stimuler la recherche

Ayant rompu avec l'Académie et réinvestissant la doctrine de Pyrrhon, Ænésidème (dont on tient le concept de scepticisme tel qu'il existe dans la pensée contemporaine) s'est employé non seulement « à faire subir aux concepts académiciens l'indifférence du « pas plus » pyrrhonien »[491] ainsi qu'en témoigne le résumé considéré comme fidèle de ses *Discours pyrrhoniens* produit par Photius (environ 820-891)[492]. Voici notamment ce que ce dernier rapporte des propos d'Ænésidème :

---

de cet objet ». Ici Zénon a vu avec pénétration qu'il n'y avait pas de représentation qui pût être perçue, si, venant d'un objet réel, elle pouvait avoir le même caractère qu'une représentation issue d'un objet inexistant ».

[486] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 52.

[487] Cicéron, « Académiques, II, 40-42 » in Bréhier Emile (Trad.), Schuhl Pierre-Maxime (dir.). *Op. cit*., p. 222-223.

[488] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p.73.

[489] *Ibid*., p. 52 : Ce caractère *persuasif* des représentations proviendrait autant de Carnéade qui « "avance" le concept de *pithanon* (le persuasif ou le vraisemblable plutôt que le probable […]) » que des stoïciens eux-mêmes.

[490] Cicéron, « Académiques, II, 40-42 » in Bréhier Emile (Trad.), Schuhl Pierre-Maxime (dir.). *Op. cit*., p. 206-207 : « Le faux ne peut être perçu, le vrai non plus, s'il avait le même caractère que le faux. […] il n'y a pas une seule représentation issue d'un objet vrai qui ne puisse avoir les mêmes caractères quand elle est issue du faux ».

[491] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 56.

[492] Photius, Henry René (Trad.). *Bibliothèque*. Paris: Les Belles Lettres; 1962 [1e siècle], p. 119-120 : « les académiciens sont dogmatique ; ils posent certaines choses sans réserve et en rejettent d'autres sans hésitation ; les disciples de Pyrrhon sont aporétiques et sont libres de toute affirmation de principe [*dogmatos*] et nul d'entre

> […] il n'y a rien d'assuré à appréhender ni par la sensation ni par la pensée. C'est pourquoi, ni les pyrrhoniens, ni les autres philosophes ne connaissent la vérité des choses ; Ceux qui philosophent selon une autre école sont ignorants en général […]. Quant à celui qui philosophe selon Pyrrhon, il connaît le bonheur en général et aussi, spécialement, la sagesse de savoir qu'il ne comprend rien avec certitude ; et, pour ce qu'il saurait, il est homme à ne le sanctionner pas plus par l'affirmation que par la négation[493].

Dans ce propos, Ænésidème rappelle certes les fondamentaux de la doctrine de Pyrrhon, notamment ce principe fondamental qu'est l'objectif d'équilibre et de satisfaction, l'ataraxie, laquelle relève d'un souci éthique[494] (« il connaît le bonheur en général »). Par ailleurs, s'il pose d'emblée l'ignorance de la vérité comme le point d'union des différentes écoles philosophiques, il ne manque de souligner la profondeur des divergences quant à leurs positionnements et logiques respectives. C'est ainsi qu'il distingue radicalement le pyrrhonisme (« celui qui philosophe selon Pyrrhon ») des autres écoles. En dépit de la faiblesse des sens comme du raisonnement (« ni par la sensation ni par la pensée ») qui est une donnée commune aux différents courants sceptiques depuis Pyrrhon, ce qu'il fait apparaître ici de remarquable chez les pyrrhoniens est une certaine modération du propos. Contrairement aux académiciens pour lesquels toute connaissance est considérée comme absolument impossible, la formule « rien d'assuré » ne signifie justement pas que cela serait nécessairement impossible. Se fait ainsi jour ici l'idée qu'une certaine connaissance puisse être accessible (« pour ce qu'il saurait »), ce qui ne rendrait pas moins indispensable de se garder de tout jugement (« ne le sanctionner pas plus par l'affirmation que par la négation ») puisqu'une telle connaissance ne saurait pour autant être qualifiée de certaine. En n'adhérant pas au principe d'inaccessibilité absolue à toute connaissance vraie et donc à la logique du renoncement à toute vérité possible, mais en considérant tout au contraire l'hypothèse qu'une connaissance puisse être accessible quand bien même ils ne l'ont effectivement pas encore atteinte, les pyrrhoniens font preuve de modération et partant aussi de tolérance (« il est homme à ne le sanctionner pas plus par […] que par […] »). Contrairement à la posture affirmative et auto-contradictoire des académiciens, les pyrrhoniens se sont quant à eux libérés « de toute affirmation de principe »[495]. Et plutôt que le renoncement, ils s'affirment dans une logique tout opposée et inattendue, à savoir celle d'un engagement pérenne dans la recherche de vérité et même sans fin puisqu'il n'y a pas de certitude ultime. Puisqu'il n'y a pas de certitude possible, le doute est toujours actif, ou du moins sans cesse réactivé, et vient alimenter cette dynamique de recherche à l'infini qui est une démarche d'enquête rigoureuse et inépuisable. Sous cet angle, œuvrer activement à la recherche de la

---

eux, en tout cas, n'a dit que toutes choses sont compréhensibles ou incompréhensibles, mais qu'elles ne sont pas plus l'un que l'autre, ni qu'elles sont tantôt telles et tantôt non, ni qu'elles sont de telle nature pour l'un et non pour l'autre et tout à fait inexistantes pour tel autre encore ; ni que toutes ensemble, ou certaines d'entre elles, peuvent être atteintes ou ne peuvent pas être atteintes mais qu'elles ne peuvent pas plus être atteintes que ne pas être atteintes ; ni qu'elles peuvent tantôt l'être et tantôt ne plus l'être ou qu'elles peuvent l'être par l'un et non par l'autre. Et, bien plus, il n'y a ni vrai ni faux, ni persuasif ni non persuasif, ni existant ni non existant, mais la même chose, en somme, n'est pas plus vraie que fausse, persuasive que non persuasive, ou existante que non existante ou tantôt réelle et tantôt autre ou bien telle pour l'un et non pour l'autre. Car au total, le pyrrhonien ne détermine rien et même pas cette idée elle-même que rien n'est déterminé ».

[493] *Ibid*., p. 119-120.

[494] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 49.

[495] *Ibid.*, p. 56.

vérité implique certes de mettre en doute de façon systématique toutes affirmations, tous savoirs, quels que soient les domaines de la connaissance, mais n'exclut pas de pouvoir aussi reconnaître, un certain pouvoir à la rationalité[496], contrairement aux académiciens l'estimant quant à eux toujours et irréductiblement faillible.

D'un point de vue pratique, les pyrrhoniens se sont ainsi outillés de « modes » ou « tropes » sceptiques à même de conduire à la suspension du jugement et à l'ataraxie. Rapportés par Sextus Empiricus dans ses *Hypotyposes pyrrhoniennes* (esquisses), il s'agit de moyens, de « stratégies plus que des démonstrations »[497]. Ils incluent d'une part les dix modes de la suspension du jugement élaborés par Ænésidème[498] fondés sur la discordance entre les phénomènes, d'autre part les cinq modes d'Agrippa qui, tout en recoupant certains modes d'Ænésidème, relèvent plus de ressources logiques. Ainsi que le précise Thomas Bénatouil, « ces cinq modes ne constituent pas simplement une liste de procédures de mise en doute de toute thèse : ils fonctionnent comme un système complexe qui prétend piéger n'importe quelle thèse dogmatique. Ce système […] conduit à l'*épochê* »[499]. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement de douter pour douter (« pas simplement […] mise en doute de toute thèse ») mais bien d'œuvrer à cette ambition première du scepticisme qui est de lutter contre toute forme de dogmatisme (« n'importe quelle thèse dogmatique »). Le sous-entendu implicite est que les dogmatiques, par leurs certitudes inébranlables, sont un antidote puissant à l'ataraxie. Etant à l'origine de querelles interminables, ils sont inévitablement sources d'intranquillité. A l'inverse seule la suspension du jugement est considérée comme à même de prévenir de telles tensions et d'apaiser l'âme. Le premier mode d'Agrippa dit de la discordance des opinions convoque justement cette question des désaccords insolubles, des conflits sans issue entre philosophes, ce qui fait que ce mode illustre à lui seul l'un des fondements du scepticisme. Il s'agit ensuite de combattre les dogmatiques sur le terrain de la logique. C'est ainsi que les trois vices logiques classiques, autrement identifiés comme le trilemne de Münchausen ou d'Agrippa, incluent le second, le quatrième et le cinquième mode que sont respectivement la régression à l'infini[500],

[496] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit*.
[497] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 59.
[498] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 36-155. In Bénatouïl Thomas. Op. cit., p. 49-75 : Les dix modes d'Ænésidème incluent : (1) la diversité des animaux, (2) les différences des hommes entre eux, (3) les différences entre les sensations, (4) les circonstances et conditions (tels que veille ou sommeil, confiance ou crainte, mouvement ou repos mais aussi l'âge et les prédispositions), (5) les positions, les distances et les lieux, (6) les mélanges, (7) la quantité et la constitution des objets existants, (8) la relation (correspondant au troisième mode d'Agrippa dit de la relativité), (9) la fréquence et la rareté des rencontres, (10) l'éthique (se fondant sur « les morales, les coutumes, les lois, les croyances légendaires et les conceptions dogmatiques »).
[499] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 69.
[500] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 166. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 88-91 : « l'argument proposé comme preuve d'un point donné réclame lui-même une autre preuve, et celle-ci une autre encore, et ainsi de suite jusqu'à l'infini ».

la pétition de principe[501], le cercle vicieux[502]. Quant au troisième mode d'Agrippa – dont il est notable qu'il regroupe à lui seul l'ensemble des dix modes d'Ænésidème[503] –, il s'agit de la relativité, à savoir que « tout est relatif »[504]. Quelque représentation que ce soit, il est impossible de préciser laquelle serait la plus conforme et donc fidèle à la réalité puisque toute représentation est relative à une diversité de facteurs imbriqués les uns aux autres. Conformément aux modes d'Ænésidème, qu'il s'agisse de ce qui juge (un animal ou une personne et alors quelle personne ?), du contexte et des circonstances, des types de sensations éprouvées, etc. toute représentation est toujours relative. S'il n'est pas ici l'objet de ce travail de détailler exhaustivement tout cet arsenal de tropes sceptiques, il importe de souligner comment les sceptiques s'appliquent à le mettre en œuvre. Comme déjà précisé, par son objectif résolument antidogmatique, le pyrrhonien vise l'ataraxie au moyen de l'*époché*. Étant émancipé du souci de la démonstration, « le sceptique n'est pas obligé de considérer les objections qu'on peut lui faire », la seule chose qui compte est de pouvoir aboutir à l'*époché*. C'est précisément parce qu'il n'utilise ces modes que comme des moyens stratégiques à même de conduire à la suspension du jugement qu'il peut atteindre l'ataraxie, sans quoi il serait pris dans les affres et la complexité de la dispute discursive sans fin. C'est alors que d'aucuns se questionnent sur l'intérêt de tels efforts que Pyrrhon lui-même ne déployait pas puisqu'il se contentait de demeurer sans jugement en restant à distance (puisque dans l'ascèse), indifférent, vivant comme si le monde extérieur ne le concernait pas[505]. Ce d'autant que ces modes sceptiques ne sont pas sans limites ni ne tendent à se piéger eux-mêmes[506]. Ainsi que le précise Thomas Bénatouil, il importe en effet de toujours les considérer comme parties intégrantes et indissociables d'un système car il se trouve seul à même de « corrige[r] les limites de chacun des modes pris isolément »[507]. Ce qui semble différencier les pyrrhoniens de l'attitude originaire de Pyrrhon qui les a inspirés pourrait se résumer en l'ambition assumé que leur enseignement du scepticisme puisse constituer une véritable « thérapeutique sceptique ». Ils ne visent pas l'ataraxie en demeurant indifférents à l'égard du monde et des autres doctrines portant sur la

---

[501] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 168. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 88-91 : « Le mode tiré du caractère hypothétique des principes intervient lorsque, renvoyés à l'infini, les dogmatiques postulent un principe qu'ils ne peuvent fonder et qu'ils jugent de recevoir notre consentement purement et simplement et sans démonstration ».

[502] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 169. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 88-91 : « lorsque la preuve qui serait nécessaire à justifier la conclusion qui fait l'objet de la recherche, entend tirer sa validité de cette conclusion elle-même ».

[503] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 59 : « Le huitième mode [d'Ænésidème], celui de la relation, n'a pas la même forme que les autres et sert à Sextus à regrouper tous les modes ». Comme il correspond au troisième mode d'Agrippa, ce dernier regroupe donc bien à lui seul les dix modes d'Ænésidème.

[504] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, I, 135-140. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit.,* p. 80-83 : « ce que nous voulons dire, c'est que tout "apparaît relatif". Ce qui signifie deux choses, premièrement, la relation à ce qui juge (car l'objet externe qui est jugé apparaît en relation à ce qui juge), et, deuxièmement, la relation à ce qui est perçu en même temps ["coperçu"], comme la droite est relative à la gauche. Que tout est relatif nous l'avons inféré plus haut : par exemple, selon le sujet qui juge, chaque représentation est relative à tel animal, à tel homme, à tel sens, et en même temps, elle est relative à telle circonstance donnée et appréhendée dans le contexte des sensations qui lui font cortège, chaque représentation étant relative à tel mélange, à tel mode, à telle combinaison, à telle quantité et à telle position. […] Il s'ensuit alors qu'il nous faut suspendre notre jugement sur la nature des choses ».

[505] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45.

[506] *Ibid.*, p.70 : « Mais, plus radicalement, le piège logique des cinq modes semble impliquer un scepticisme à l'égard de la logique et de son formalisme ».

[507] *Ibid.*, p. 69.

vérité. Ils aspirent tout au contraire à purger ce monde des arguments dogmatiques (ainsi que des académiciens puisqu'ils ne les estiment pas comme des sceptiques) ainsi que l'explicite Sextus Empiricus dans ses *Hypotyposes pyrrhoniennes* :

> Le sceptique, parce qu'il aime les hommes, veut les guérir par le discours autant qu'il le peut, de la témérité et de la présomption dogmatiques. Or, de même que les médecins de maladies corporelles ont des remèdes de forces différentes, et appliquent les grands remèdes à ceux qui sont gravement atteints et les remèdes légers à ceux qui sont plus légèrement atteints, de même précisément le sceptique soumet des arguments de force différente. […] C'est pourquoi celui qui inspire le doute sceptique n'hésite pas à proposer tantôt des arguments de poids propres à forcer la persuasion, tantôt d'autres apparemment moins évidents : et il le fait à dessein, dans la mesure où souvent elles lui suffisent à réaliser son projet[508].

Ce texte est tout empreint de la métaphore médicale des maladies (« maladies corporelles », « ceux qui sont gravement atteints », « ceux qui sont plus légèrement atteints ») et des soins (« les guérir », « remèdes »). A cet égard, il est notable que le philosophe sceptique Sextus Empiricus (environ 2e siècle après J.-C.), dont l'œuvre très abondante a constitué le fondement du scepticisme occidental, était aussi médecin. En sa personne, le philosophe n'est pas seulement comparé à un médecin, il est les deux. Conformément à la pratique médicale, les démarches diagnostique et thérapeutique sont intriquées, la première permettant d'adapter la nature (« le discours ») et l'intensité des remèdes (« des arguments de forces différentes ») à appliquer. Autrement dit, les pyrrhoniens sont loin d'être indifférents à ce qui se passe. Ils sont engagés et soucieux des effets de leurs remèdes, c'est-à-dire de leurs arguments puisque tantôt ils optent pour un actif travail de persuasion (« propres à forcer la persuasion ») tandis que dans d'autres situations ils sont manifestement plus souples (« tantôt d'autres apparemment moins évidents »). Ils œuvreraient donc au cas par cas, tout comme en médecine le soignant doit, pour être pertinent dans sa thérapeutique, tenir compte de la singularité de chaque patient. Autrement dit, loin de dispenser un remède simple et universel, « La thérapeutique sceptique n'est pas un coup de baguette magique mais un travail argumentatif plutôt fastidieux »[509]. Mais s'il leur importe de soigner par des arguments, donc des paroles, il ne s'agit pas de convaincre en remplaçant des idées fausses par des idées vraies ce qui reviendrait au principe dogmatique consistant à affirmer détenir la vérité. Le changement visé relève plutôt d'une disposition considérée comme bénéfique, c'est-à-dire propre à conduire au principe de suspension du jugement et à l'ataraxie ce qui n'exclut en rien de poursuivre activement sa démarche de recherche fondée sur l'usage systématique du doute. *In fine*, Sextus Empiricus propose les désignations suivantes pour qualifier l'école sceptique qu'il défend : « chercheuse [« zététique »] […] ; suspensive [« éphectique »] […] ; dubitative [« aporétique »] […] ; pyrrhonienne »[510]. On notera qu'il attribue une double signification au doute, à la fois pratique au sens où il constitue une méthode de recherche, et phénoménologique puisqu'il relève de

[508] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, III, 280-281. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 212-213.
[509] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 58.
[510] Empiricus Sextus, « Hypotyposes pyrrhoniennes », in Dumont Jean-Paul (Trad.). *Op. Cit.*, III, 7. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 75-76.

l'« indécision au regard de l'affirmation et de la négation »[511]. Autrement dit, non seulement le scepticisme pyrrhonien pourrait bien ne pas être incompatible avec la science biomédicale, mais la polysémie à l'œuvre autour de la question du doute semble aussi applicable au contexte de la médecine et en particulier de la relation de soin.

3.4 – Une renaissance et reconfiguration du scepticisme et de son rapport au savoir à l'époque moderne

La redécouverte à la Renaissance du texte grec de l'œuvre de Sextus Empiricus eut beaucoup de succès, constituant un moment important de la pensée occidentale. Dans son ouvrage majeur, *Histoire du scepticisme*, plusieurs fois enrichis et réédité[512], Richard Henry Popkin « montre toute l'importance du scepticisme dans la formation de la pensée moderne »[513]. Cette relecture historique s'est avérée particulièrement novatrice. Non seulement elle contrastait avec les préjugés classiques consistant à considérer la religion comme incompatible avec le doute et le scepticisme comme « une machine de guerre antireligieuse »[514] ainsi que comme acte de rejet de tout savoir. Mais elle inscrivait également le scepticisme, et plus spécialement le scepticisme pyrrhonien porté par Sextus Empiricus, à la fois comme l'expression et comme le remède possible d'une crise de la pensée occidentale. Ainsi que le propose donc Popkin, la résurgence du scepticisme ne relèverait pas d'un « retour à l'époque moderne d'une tradition philosophique héritée de l'Antiquité » mais bien plutôt de « l'intervention d'arguments sceptiques dans une situation de crise »[515] avec pour intention d'en trouver par leur usage une issue. Le contexte de départ est la crise religieuse (aussi qualifiée de *crise pyrrhonienne*) qu'introduit la Réforme protestante, portée par son ambition à viser des vérités religieuses indubitables. Le protestantisme apparaît alors comme une nouvelle forme de dogmatisme. Ce serait donc d'abord en « usant de l'argumentation sceptique pour combattre les prétentions protestantes à détenir la vérité » que, de façon opportuniste et grâce à sa puissance dialectique, « la rencontre entre les idées de sceptiques et celles des catholiques orthodoxes » a pu se concrétiser en une alliance entre scepticisme et catholicisme[516]. Si elle témoigne d'une compatibilité inattendue, il est surtout un fait que « Certains artisans de la Contre-Réforme ont pu trouver dans le pyrrhonisme la meilleure arme contre le calvinisme »[517]. Mais cette crise de la pensée s'est révélée bien plus vaste, puisque non seulement religieuse mais aussi épistémologique et philosophique, et la résurgence du scepticisme n'en a pas juste été l'un des éléments parmi d'autres. Dans ce contexte, le scepticisme a, au contraire, constitué un courant à part entière, de sorte que, non seulement la reprise des arguments de Sextus Empiricus ainsi qu'il les déployait dans ses *Hypotyposes pyrrhoniennes* en sont venus à être appliqués à tous les domaines de la

---

[511] *Ibid.*
[512] Popkin Richard Henry. *Histoire du scepticisme de la fin du Moyen Âge à l'aube du XIXe siècle*. Marseille: Agone; 2019.
[513] Popkin Richard Henry. *Op. cit*., 1995, p.7.
[514] *Ibid.*, p. 8.
[515] *Ibid*., p. 15 : « les traditions ne sont pas des courants substantiels, ce sont les conséquences de stratégies intentionnelles ».
[516] *Ibid*., p. 8.
[517] *Ibid*., p. 12 et 110 : « les soixante-quinze années qui suivirent le concile de Trente furent l'occasion d'une alliance entre la Contre-Réforme et les *nouveaux pyrrhoniens*. Cette alliance visait à annihiler la force intellectuelle qu'était devenu le calvinisme en France ».

rationalité, y compris scientifique. Mais il a également pris une dimension collective ainsi qu'en témoigne l'émergence du mouvement dit du libertinage érudit[518].

S'agissant du nouveau pyrrhonisme[519], ses artisans – dont Veron, fameux pour ses huit « Moyens » permettant d'argumenter contre toute vérité religieuse – cherchaient « à mettre en question l'ensemble des capacités rationnelles de l'homme, et par-là même les raisons par lesquelles les protestants expliquaient leur foi »[520]. En conséquence de quoi, « il n'y avait de salut et de sécurité que pour ceux qui n'avaient pas de théorie »[521]. Le rôle de la raison dans le savoir religieux étant totalement disqualifié, pour justifier son catholicisme il suffisait de s'en tenir à sa seule foi (fidéisme) ce qui la mettait *de facto* hors d'état du doute. Mais cette attaque de la raison affecta d'autres conflits intellectuels à l'œuvre à l'époque. Si ce néo-pyrrhonisme fut bien utile aux adversaires de l'aristotélisme, et donc de la scolastique, par-delà leurs attaques à l'encontre des sciences occultes, « certains sceptiques utilisaient les mêmes moyens contre les "sciences nouvelles" et les mathématiques »[522] les accusant de dogmatisme, invitant à « renoncer à toute prétention scientifique »[523] ou incitant à suspendre tout jugement à leur égard[524]. En « détruisant tout support rationnel de la certitude religieuse »[525], la *crise pyrrhonienne* ouvrait un doute abyssal puisque « c'étaient dès lors les fondements de l'ensemble du savoir qui étaient mis en question »[526]. C'est pourquoi Popkin analyse, qu'après la théologie, c'est un même type de crise qui est venue « envelopper toutes les sciences humaines et la philosophie dans un scepticisme absolu dont finiraient par émerger la philosophie moderne et l'attitude scientifique »[527]. Les libertins érudits, prônant la libre pensée, en sont les grands artisans et cela a pu conduire à des excès tel que le « scepticisme anti-intellectuel et destructeur de La Mothe Le Vayer qui se doublait d'un christianisme totalement irrationnel et antirationnel »[528] en est une illustration. Mais la situation est plus complexe que de simples oppositions frontales et destructrices, et relève plutôt d'un « enchevêtrement de stratégies discursives »[529] d'où émergent des recompositions entre religion, science et philosophie autour des questions de vérité et de raison. Il va notamment en émerger aussi ce que Popkin identifie et qualifie de « scepticisme constructif ou modéré »[530], à savoir une voie moyenne entre scepticisme (sous-entendu scepticisme radical, en référence à l'Académie et au pyrrhonisme absolu) et dogmatisme ancien (celui de la métaphysique aristotélicienne). Or cette voie, particulièrement portée par le philosophe et mathématicien Pierre Gassendi (1592-1655)

[518] *Ibid*., 133-157
[519] *Ibid*., p. 109-131.
[520] *Ibid*., p. 116-117.
[521] *Ibid*., p. 126.
[522] *Ibid*., p. 130.
[523] *Ibid*., p. 130 : « Pour La Mothe le Vayer, toute recherche scientifique témoignait d'une forme d'arrogance humaine et d'impiété qu'il convenait d'abandonner au profit d'un doute absolu et d'un fidéisme pur ».
[524] *Ibid*., p. 130-131 : « Sorbière poussait à la suspension du jugement jusqu'aux hypothèses scientifiques qui dépassaient les simples apparences ».
[525] *Ibid*., p. 156.
[526] *Ibid*., p. 156-157.
[527] *Ibid*., p. 131.
[528] *Ibid*., p. 141. François de La Mothe Le Vayer (1588-1672), philosophe et philologue, fut considéré comme l'une des figures les plus importantes du libertinage érudit.
[529] *Ibid*., p. 13.
[530] *Ibid*., p9.

et l'érudit Marin Mersenne (1588-1648), eux-mêmes libertins érudits, permet de sortir de l'impasse de la crise « en accordant un statut positif à la science moderne »[531]. Gassendi, qui était « surtout intéressé par l'aspect négatif de la critique sceptique du savoir scientifique […il] attaqua[it] tous ceux qui recherchaient une connaissance nécessaire et certaine des choses »[532], incluant donc Aristote et plus largement l'ensemble des philosophes prétendant connaitre la nature des choses. S'il se disait disciple de Sextus Empiricus, il n'en reconnaissait pas moins « que le monde de l'expérience et des apparences était la seule base de notre connaissance de la nature »[533], une position qui en fait un précurseur de la démarche scientifique. Quant à Mersenne, Popkin en fait l'éloge, tant son rôle et sa *Vérité des Sciences*[534] ont selon lui contribué à l'émergence de ce scepticisme dit constructif ainsi qu'en témoigne ce propos :

> Il était aussi possible de répondre à la crise déclenchée par le scepticisme en formulant une théorie capable tout à la fois d'accepter le coup porté par les sceptiques à la possibilité d'un savoir humain composé de vérités nécessaires concernant la nature de la réalité et de permettre l'existence d'un savoir moins ambitieux composé de vérités probables ou convaincantes concernant les apparences. Ce genre de position, qui correspond à ce que nombre de philosophes entendent aujourd'hui par attitude scientifique, fut présenté pour la première fois au XIIe siècle par Mersenne dans la grandiose attaque du pyrrhonisme à laquelle se livrait *La Vérité des Sciences, contre les Sceptiques ou Pyrrhoniens*[535].

On note d'emblée dans ce propos que Popkin y impute la responsabilité de la crise non pas au dogmatisme mais au scepticisme (« la crise déclenchée par le scepticisme »). C'est dire s'il reconnaît par-là, à la fois leur indissociabilité mais peut-être aussi l'effet *Pharmakon* du scepticisme en ce qu'il peut aussi constituer un poison. La réponse à cette crise a de fait conduit à devoir s'opposer avec conviction et rigueur au scepticisme lui-même dans sa déclinaison néo-pyrrhonienne (« la grandiose attaque du pyrrhonisme », « *contre les Sceptiques ou Pyrrhoniens* »), tant il s'avérait destructeur (« le coup porté par les sceptiques »). Par ailleurs, la position déceptive du scepticisme quant à la recherche de la vérité et au « savoir humain », quels que soient les courants sceptiques, est rappelée. Il n'y a pas de connaissance certaine possible quant à la « nature de la réalité », il n'y a pas plus de certitude religieuse que scientifique. Pour autant, et c'est là que Popkin met en lumière l'effet du scepticisme comme remède, l'absence de certitude absolue (« vérités nécessaires ») n'empêche pas d'accéder à un certain savoir. Le constat n'en est peut-être pas moins déceptif (« moins ambitieux ») mais il n'éloigne pas pour autant de la question de la vérité (« permettre l'existence d'un savoir […] composé de vérités probables ou convaincantes ») ainsi qu'en témoigne l'ouvrage même de Mersenne (« *La Vérité des Sciences* »). A ce sujet la position est certes modérée mais constructive puisque « Renoncer à la vérité absolue de la métaphysique aristotélicienne ne

---

[531] *Ibid*., p15.
[532] *Ibid*., p. 150-151.
[533] *Ibid*., p. 148 : « Gassendi proclamait sa sympathie pour Sextus […] il doutait que le monde réel pût être jamais être connu ».
[534] Mersenne Marin. *La Vérité des Sciences contre les Sceptiques ou Pyrrhoniens*. Paris: Honoré Champion; 2003.
[535] Popkin Richard Henry. *Op. cit*., 1995, p. 179. Pour illustrer la position foncièrement positive de Mersenne, Popkin précise ailleurs (en p. 131) que « Mersenne consacra d'ailleurs la plus grande partie de sa *Vérité des Sciences* à illustrer la quantité et la variété des vérités mathématiques ».

signifie pas, alors, renoncer à connaître, mais accepter une vérité moindre »[536]. Le fondement du scepticisme – à savoir combattre le dogmatisme – autant que celui du pyrrhonisme – à savoir rechercher la vérité – sont préservés et peuvent en cela justement s'aider de la science et des savoirs auxquels elle permet d'accéder[537]. Ainsi non seulement ce scepticisme ne rejette pas la science mais la promeut au point qu'il est effectivement tentant de le qualifier de positiviste[538]. A cet égard, il est clair pour Popkin que Mersenne défend une « position positivo-pragmatique du savoir » dans sa méthode (« vérités probables ou convaincantes concernant les apparences ») comme sa finalité[539]. En tant que « systèmes hypothétiques concernant des apparences et non la vraie description de la réalité » les idées scientifiques peuvent en effet contribuer de façon éclairante à la démarche pyrrhonienne de recherche toujours à l'œuvre en plus d'être utiles puisque pouvant aussi constituer « un guide pratique permettant d'agir et non comme une source d'information ultime portant sur la vraie nature des choses »[540].

4 – Le doute cartésien et son imprégnation de la culture occidentale

L'usage méthodique du doute est central dans le cheminement intellectuel de Descartes, sa philosophie et la réforme de la connaissance qu'il vise. Il est convaincu de la nécessité de devoir « renverser toutes les sciences admises jusqu'ici »[541] puisqu'aucune ne permet d'établir une quelconque certitude, et donc d'en reconstruire tout l'édifice. Il cherche ainsi à atteindre les fondements absolus de la connaissance pour pouvoir définir une science universelle qui serait la philosophie[542]. En mobilisant très activement « cette méthode bien connue et fort étrange du doute »[543] de sorte à pouvoir contester tout jugement, il fait donc du doute une méthode permettant de conduire au mieux la raison ainsi qu'en témoigne son rigoureux *Discours de la méthode*[544] ainsi qu'un outil incontournable pour la construction de toute connaissance. Ce cheminement le conduit à ce qu'il considère comme la toute première vérité indubitable, à savoir l'évidence du sujet pensant qu'illustre la très célèbre locution *ego cogito, ergo sum*[545]. S'il semble ainsi concrétiser une philosophie orientée sur le sujet, il n'en est pas moins porté par un idéal géométrico-mathématique qui l'affecte en l'alourdissant d'un carcan positiviste et en restreint la portée ainsi que cela lui sera plus tard reproché. S'y ajoute l'écueil non moins important du solipsisme. Outre que Descartes manque de mettre en doute le sujet lui-même,

---

[536] *Ibid.*, p. 9.
[537] *Ibid.*, p. 181 : « Ce type de savoir n'était pas celui qu'avaient cherché les dogmatiques ; il ne parvenait pas à la véritable nature des choses : c'était plutôt un ensemble de renseignements portant sur les apparences et d'hypothèses et de prédictions portant sur les liens existant entre les évènements et les expériences à venir ».
[538] *Ibid.*, p. 9 : Pour Popkin, « Le scepticisme […] s'est développé à la lumière des idées scientifiques. Il a même pu en faciliter la réception et l'interprétation ».
[539] *Ibid.*, p. 181.
[540] *Ibid.*, p. 9.
[541] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 18.
[542] *Ibid.* : « la remarquable et étonnante suite de pensées des *Méditations*. […] Elle vise à une réforme totale de la philosophie, pour faire de celle-ci une science à fondements absolus ».
[543] *Ibid.*, p. 20.
[544] Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Oeuvres de Descartes. Discours de la méthode & essais VI*. Paris: J. Vrin; 1996.
[545] Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Oeuvres de Descartes. Principia philosophiae VIII*. Paris: J. Vrin; 1996, première partie, article 7 : « *Ac proinde haec cognitio, ego cogito, ergo sum, est omnium prima & certissima, quae cuilibet ordine philosophanti occurrat* ».

celui-ci apparaît désincarné et hors monde[546]. Parce qu'il persiste une imprégnation culturelle forte du cartésianisme en Occident, de ces écueils compris, tenir compte de cette façon dont Descartes a mobilisé le doute et ses enjeux contribue à éclairer ce qui peut se jouer au cœur dans la pratique biomédicale et notamment la relation de soin.

4.1 – Propos introductif

La pensée du philosophe et scientifique René Descartes (1596-1650) a profondément imprégné la culture occidentale, particulièrement son dualisme entre le corps et l'esprit, son approche du corps telle une machine (notamment sa comparaison du cœur à une horloge), sa défense du principe de la méthode (déployée dans son *Discours de la méthode*) comme son rationalisme.
La pensée cartésienne a contribué à prendre le contre-pied de la scolastique dans l'élaboration des connaissances et marqué un tournant scientifique. Car Descartes a d'abord été un physicien qui « s'est efforcé d'acquérir une compréhension aussi complète que possible de l'ensemble des phénomènes naturels »[547]. Son apport dans le domaine des sciences fut considérable. Outre qu'il a élaboré de nombreuses théories scientifiques, il a aussi « fait progresser de manière décisive l'algébrisation de la géométrie » ce qui fait que les « phénomènes physiques ont pu être mis en équation »[548] (une révolution à laquelle Galilée avait en son temps manifestement rêvé de parvenir). Sans compter que le savoir cartésien n'était pas qu'une connaissance contemplative puisqu'il avait d'importantes implications pratiques. En plus de ses propres avancées, Descartes a par ailleurs ouvert la voie à d'immenses progrès ultérieurs[549] marquant ainsi en profondeur la science moderne. Son apport philosophique n'a pas été moins considérable et transformateur. Descartes fait partie de ces philosophes, particulièrement soucieux de la question de la vérité, pour lesquels le doute a occupé une place centrale et était mobilisé de façon radicale. Mais pour Descartes le doute ne relève pas d'une volonté d'attaquer la vérité ou de suggérer qu'elle n'existerait pas ou ne serait pas accessible comme le pensent notamment les sceptiques, mais bien au contraire il témoigne d'une volonté d'apprécier au mieux (et avec la plus grande rigueur) la possibilité d'existence du vrai voire de l'atteindre. A cet égard, Descartes est considéré comme celui qui « a poussé le plus loin l'exigence de la connaissance, de découverte d'un noyau dur ou d'un point fixe »[550]. Dans ses *Méditations métaphysiques*, il se lance en effet dans l'ambitieux projet d'une refonte complète du principe même de la connaissance, cherchant à en définir un fondement inébranlable à partir duquel tout

[546] Je m'avance ici sur des développements à venir relatifs aux critiques que déploieront Husserl et Peirce à l'égard du doute cartésien. Je renvoie aux chapitres correspondants : *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique* et *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[547] Bardyn Christophe. *Descartes, l'ombre d'un doute. Portrait du philosophe en malin génie*. Paris: Armand Colin; 2021, p. 157.
[548] *Ibid.*, p. 158.
[549] *Ibid.* : « la physique de Descartes a essentiellement une valeur programmatique. Ce que lui-même n'a pas pu réaliser, faute de moyens, les générations suivantes de physiciens s'emploieront à le faire, avec d'extraordinaires succès ».
[550] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? », premier épisode intitulé *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*], France culture, 2 janvier 2023. En ligne : Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ? : épisode 1/4 du podcast Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? | France Culture, consulté le 22 septembre 2025.

pourrait ensuite découler[551]. Pour ce faire, il use d'un doute se radicalisant de plus en plus, c'est-à-dire qu'il va progressivement, par salves successives, tout remettre en cause (toutes formes de savoirs, croyances, opinions, perceptions, mais aussi ce qui est supposé être la réalité et même la pensée[552]). Pour Pierre Macherey, cette transition vers un doute proprement métaphysique est « une opération qui détruit tout sur son passage, et relève d'une sorte de chirurgie mentale »[553]. Pourtant, en visant à ce que rien ne résiste à ce doute extrêmement actif et de plus en plus puissant[554], il cherche paradoxalement non pas à faire s'effondrer tout savoir possible, mais à voir si quelque chose serait quand même indubitable, relevant alors d'une certitude inébranlable à même de fonder une connaissance certaine. Si la démarche de Descartes permet certes d'aboutir à ce type d'évidence avec l'affirmation du *cogito* et tend à témoigner de son objectif de mettre fin au doute et non pas de s'y complaire, on peut pourtant s'interroger. Une telle systématisation du doute dans la pensée, parfois qualifiée de « mécanique infernale »[555], ne serait-elle pas aussi à risque de confiscation de l'être possible *en dehors* du doute, s'agissant de l'être *pensant* autant qu'*agissant*. Outre l'écueil du solipsisme, très reproché à Descartes, conduisant au prisme du *cogito* à l'isolement du « je » (certes pensant mais déconnecté du monde réel et de la relation aux autres), le modèle cartésien du sujet pose aussi la question de son essentialisation si ce dernier ne se voit reconnu qu'en tant qu'être doutant. Le doute comme acte de cette pensée serait alors ce qui définit seul et précisément le sujet. Le risque pourrait du coup être celui d'ajouter à l'enfermement du sujet en lui-même l'enfermement dans le doute, *a fortiori* hyperbolique, quand bien même il s'agirait *in fine* d'y échapper.

L'entreprise remarquable de Descartes consistant à positionner centralement et positivement le doute comme condition de la connaissance, et d'ainsi refonder toute son élaboration en ce sens, est loin d'être simple et évidente[556]. Reposant sur une « réforme générale de l'esprit », elle se distingue donc par son spectre d'ampleur collective. Descartes ne fait d'ailleurs pas mystère de son ambition d'universalité dans sa fondation des sciences. Pourtant, une telle entreprise n'en implique pas moins chaque individualité singulière puisqu'elle implique la remise en cause du rapport subjectif de tous et de chacun à la connaissance et à la vérité. Ici se trouve déjà une très grande difficulté que Descartes n'a pas manqué d'emblée d'identifier, à savoir celle de devoir se dévêtir de toutes ses opinions personnelles forgées parfois depuis bien avant sa propre naissance, de toutes ses croyances si puissamment attachantes et dont on tire une satisfaction si

---

[551] Macherey Pierre. *S'orienter*. Paris: Kimé; 2017, p. 165 : « Le but, considéré cette fois d'un point de vue stratégique, est de stabiliser définitivement la vie de l'esprit, en donnant à ses activités un fondement ferme et assuré ».

[552] *Ibid.*, p. 171 : « Dans le premier cas, on a affaire à un doute ontologique, qui ruine les certitudes que nous pouvons avoir à propos du monde en général ; dans le second, il s'agit d'un doute épistémologique qui ruine notre confiance en la raison et sa capacité à accéder à la vérité sous ses formes les plus abstraites ».

[553] *Ibid.*, p. 166.

[554] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 170 : Descartes « radicalise progressivement le doute, en suivant un procédure récurrente ».

[555] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 174.

[556] *Ibid*., p. 165 : « La procédure, à première vue déroutante, adoptée par Descartes au début des Méditations, lorsqu'est enclenché le mouvement de la réforme générale de l'esprit qu'il considère comme préalable à l'administration de preuves raisonnées […] répond à l'exigence d'épouser en souplesse, finement, la vie de l'esprit, de se glisser dans ses méandres qui excluent qu'il puisse d'emblée emprunter la voie royale conduisant à la vérité ».

grande et protectrice quand bien même elles seraient pourtant sans fondement manifeste[557], mais également enfin de toutes ses pensées tant les rouages du jugement sont influençables alors même qu'ils ont un impact déterminant sur ce que l'on estime être le vrai ou pas. C'est pourquoi cette entreprise de Descartes questionne quant à sa faisabilité par-delà son seul projet d'élaboration de son propre rationalisme. Qu'en est-il donc de l'usage possible du doute cartésien comme modèle à suivre à l'échelle individuelle, ne serait-ce que parce qu'il exige à la fois beaucoup de courage et d'engagement. Pour Natalie Depraz, « c'est une attitude exigeante, qui nous met à l'épreuve de nous-mêmes, et qui nous permet d'avoir une sorte de lucidité accrue sur le sens de ce qui nous arrive. Cette attitude ne va donc pas de soi et engage souvent un processus de ré-interrogation de ce que l'on est en train de vivre »[558]. Dans le même sens, Macherey parle quant à lui d'un « projet subjectif qui tire sa source de la volonté »[559]. Autrement dit, la démarche est donc difficile pour l'individu parce qu'elle implique un engagement volontaire de l'esprit (« ne va donc pas de soi ») dans le doute, ce qui consiste à accepter de se déstabiliser en profondeur (« à l'épreuve de nous-mêmes »), de se délester de tout ce qui semblait pourtant assuré, de s'exposer à la plus grande incertitude, d'aller même contre soi jusqu'à questionner tous les repères habituels de sa propre existence et ce qui s'y joue (« ré-interrogation de ce que l'on est en train de vivre »). Pour Descartes lui-même, l'entreprise fut difficile au point qu'il a pu se comparer à « un homme qui marche seul et dans les ténèbres »[560]. Contrastant avec la puissance de sa rationalité et l'aisance apparente avec laquelle il a semblé la déployer, ce propos révèle d'autant mieux l'intensité de l'épreuve pour l'esprit que constituent non seulement une telle mise à l'épreuve de ses propres références (y compris celles qui seraient collectivement partagées) mais aussi les effets d'une exposition au doute le plus radical qui soit (c'est-à-dire d'absolument tout)[561], au point que Descartes lui-même l'aurait assez globalement déconseillée étant donnés les risques d'égarement[562].

Il importera ainsi de se questionner sur les façons dont le doute cartésien, et particulièrement son inflation, est mobilisé dans le contexte médical, par-delà le seul rapprochement qui est le plus spontanément proposé avec le doute scientifique, ainsi que d'en appréhender les conséquences potentielles sur la rencontre et les échanges entre patients et soignants.

---

[557] *Ibid*., p. 176 : « Ces états mentaux sont naturellement soumis à l'opinion, faite d'idées reçues dont l'origine s'est noyée dans la nuit des temps, et qui se nourrissent de cette ignorance qui leur permet de s'incruster dans l'esprit, […] il est devenu pratiquement impossible de s'en délivrer ».

[558] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.

[559] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 157.

[560] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 11-22 (Deuxième partie), ici p. 17.

[561] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 163-4 : « la démarche de l'esprit qui, s'étant assuré que le moment est venu de le faire, prend le parti de douter de tout : elle fait mieux comprendre dans quel état de trouble l'esprit humain est normalement plongé lorsqu'il est engagé dans une séquence d'initiation marquée par l'incertitude, et qui est exposée à se prolonger extrêmement longtemps, peut-être même toujours, car rien ne garantit a priori qu'on finira par sortir indemne de la forêt ».

[562] Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Œuvres de Descartes. Recherche de la vérité par les lumières X*. Paris: J. Vrin; 1996, p. 512 : « Épistemon : Je pense qu'il est très dangereux de s'avancer trop loin dans cette manière de raisonner : les doutes universels de ce genre nous conduisent droit à l'ignorance de Socrate, ou à l'incertitude des pyrrhoniens, qui est comme une eau profonde où l'on ne peut trouver pied. Eudoxe : J'avoue que ce n'est pas sans grand danger qu'on s'y hasarde sans guide, quand on n'en connoît pas le gué, et que beaucoup même s'y sont perdus ».

4.2 – Pourquoi Descartes choisit-il de douter

Ainsi qu'il l'explicite d'emblée dans sa première méditation, le doute de Descartes relève d'un choix mûrement réfléchi ayant pour visée un projet ambitieux en matière de connaissances :

> Il y a déjà quelque temps que je me suis aperçu que, dès mes premières années, j'avais reçu quantité de fausses opinions pour véritables et que ce que j'ai depuis fondé sur des principes si mal assurés ne pouvait être que fort douteux et incertain, de façon qu'il me fallait entreprendre sérieusement, une fois en ma vie, de me défaire de toutes les opinions que j'avais reçues jusque alors en ma créance et commencer tout de nouveau dès les fondements si je voulais établir quelque chose de ferme et de constant dans les sciences[563].

Cet extrait est notable en ce qu'il suggère que préalablement au *modus operandi* que Descartes va mettre en œuvre, consistant à tout mettre systématiquement en doute de façon intentionnelle et donc active, celui-ci a manifestement été aux prises, sans le vouloir, avec le malaise du doute (« Il y a déjà quelque temps que ») et de l'errance qu'il suscite[564]. Si ce malaise fut probablement d'abord assez flou, Descartes semble avoir ensuite été submergé par une prise de conscience (« je me suis aperçu ») notoirement éclairante (« ce que j'ai depuis fondé sur des principes si mal assurés ne pouvait être que fort douteux et incertain »). C'est à l'aune du choc provoqué par un tel éblouissement qu'il a mis en œuvre son projet de revisiter complètement le principe de la connaissance, en usant pour cela de l'outil du doute. Un tel projet n'est donc pas venu de nulle part mais a d'abord résulté du trouble lié à l'émergence spontanée du doute en son esprit, dès lors contaminé et fragilisé au point de le conduire à une totale rupture avec l'état antérieur. Tout ce qui, jusque-là, lui paraissait assuré et considéré comme relevant de l'ordre de la vérité (« pour véritables »), ne devant donc générer ni soupçon ni inquiétude, se voit tout au contraire accablé de doute. Cette situation va le conduire progressivement à une décision radicale, à savoir douter d'absolument tout ce qui fait dire à Macherey que le doute cartésien consiste « à surenchérir sur le mal, à se faire encore plus mal, en donnant au trouble dont l'esprit est assiégé une envergure maximale »[565].

Mais, tout à l'opposé des sceptiques pour lesquels le principe d'inaccessibilité à la vérité, qui est au fondement de leur courant philosophique (aussi diverses en soient les déclinaisons) et de leur conduite, rend le doute inévitable et irrésolu, le doute est appréhendé par Descartes comme condition de possibilité d'accès à la vérité. Comme pour les sceptiques, le doute cartésien s'inscrit dans un rapport de l'homme à la vérité, mais dans l'esprit de Descartes celui-ci est d'un tout autre ordre. Il n'est pas une conséquence subie, inéluctable et irréductible. Il relève tout au contraire d'un choix, d'un engagement volontaire dont l'ambition est d'apprécier la possibilité d'accéder à la connaissance vraie. Cela ne signifie certes pas pour autant qu'il s'estime ainsi garanti d'y parvenir. Il n'empêche qu'il l'espère et l'évalue comme possible, son espoir étant que le doute ne soit ni infini ni inéluctable mais réductible[566] et source de connaissance.

---

[563] Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul. *Oeuvres de Descartes. Médiations et principes IX*. Paris: J. Vrin; 1996, p. 13-18 (Première méditation), ici p. 13.
[564] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 166 : « Au départ de l'entreprise de la méditation, il y a donc, lucidement assumée, une situation d'intranquillité, du type de celle à laquelle sont confrontés des voyageurs perdus dans une forêt ».
[565] *Ibid.*
[566] *Ibid.* : « Si on doute, c'est pour ne plus avoir à douter : la cible du doute, c'est en dernière instance le doute ».

Descartes a donc une approche fort positive et audacieuse du doute puisqu'il le projette comme outil d'élaboration des connaissances scientifiques ainsi que l'explicite la seconde partie de cette citation. Il y affiche en effet un ambitieux projet, celui d'atteindre à une connaissance certaine (« quelque chose de ferme et de constant »). Par la formule « une fois en ma vie », il en souligne toute la difficulté et l'ampleur d'une telle décision, à savoir qu'il ne saurait s'agir d'un engagement facile et de peu d'importance (« entreprendre sérieusement »), d'un simple coup d'essai mais bien d'un engagement total, autant dire le projet d'une vie, ce qui est à la fois considérable et fort risqué. En qualifiant les connaissances visées de « sciences », il vient signifier le pas fondamental qu'il entend franchir. En effet, il s'oppose ainsi et s'émancipe de cette « philosophie spéculative qu'on enseigne dans les écoles »[567] qu'est la scolastique, dont il reçut l'enseignement au collège de le Flèche et se trouvant encore dominante à l'époque en matière d'élaboration et de validation des connaissances. Or, pour atteindre à cette connaissance certaine, il estime nécessaire de tout renverser, de faire table rase sur tout ce qui lui avait été enseigné jusque-là (« me défaire »), tout ce qu'il avait aussi appris (« que j'avais reçues jusque alors ») à partir de tels enseignements ainsi que de ses échanges avec autrui, des évènements de vie extérieurs, des us et coutumes ainsi qu'avis divers (« toutes les opinions »). Il s'agit pour Descartes donc de repartir complètement à zéro (« commencer tout de nouveau dès les fondements »), d'éradiquer toutes ces fausses certitudes, ces supposées connaissances antérieurement acquises qui ne disposent, selon lui, pas de ce « quelque chose de ferme et de constant » et qu'il qualifie donc d'« opinions » et de croyances (« reçues jusque alors en ma créance »). Le processus implique dès lors de tout mettre en doute concrétisant cette rupture entre un avant et ce vers quoi il espère tendre dans l'après à savoir sortir du doute et disposer d'une science à même de rendre les hommes « comme maîtres et possesseurs de la nature »[568]. Descartes ne fait pas mystère de son ambition scientifique, celle de maitriser la nature en fondant sur la méthode scientifique la potentialité de l'homme à se substituer à Dieu, à n'être donc pas seulement « comme » lui mais bien à en devenir « maître et possesseur »[569]. On peut ici se demander si les tensions et parfois les conflits à l'œuvre à l'égard de la science médicale contemporaine et des bio-soignants qui s'en outillent ne trouveraient pas leur origine dans l'endossement d'une telle posture dominante, puisqu'ayant pour ambition rien moins que d'égaler la puissance du divin.

4.2.1 – Descartes compare son entreprise à la traversée d'une forêt de doute

Pour, ne serait-ce même que toucher du doigt l'idée de possibilité d'une connaissance certaine, tout en étant pourtant sans certitude aucune d'y parvenir, Descartes estime qu'il est nécessaire de se plonger entièrement et au plus loin dans le doute, c'est-à-dire de mettre en question non seulement toute connaissance mais toute donnée relative aux choses et aux êtres dans le monde.

---

[567] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 60-78 (Sixième partie), ici p. 63.

[568] *Ibid*. : « connaissant la force et les actions du feu, de l'eau, de l'air, des astres, des cieux, et de tous les autres corps qui nous environnent, aussi distinctement que nous connaissons les divers métiers de nos artisans, nous pourrions les employer en même façon à tous les usages auxquels ils sont propres, et ainsi nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature ».

[569] Harrison Robert, Naugrette Florence (Trad.). *Forêts. Essai sur l'imaginaire occidental*. Paris: Flammarion; 1992, p. 215 : « Descartes intimait à l'humanité l'ordre de conquérir le monde entier en se rendant "maître et possesseur de la nature" par la méthode scientifique. Il proposait de fonder sa nouvelle science avec la *res cogitans* ».

Afin de rendre plus lisible sa démarche, il mobilise la parabole de la forêt, ses dangers et toutes les difficultés rencontrées pour en sortir. Cette traversée périlleuse de la forêt permet d'illustrer l'intensité de l'épreuve du doute à laquelle il se soumet volontairement, les risques de s'égarer, de ne pas s'en sortir, et donc aussi toute l'importance de le résoudre[570]. Tel est son propos dans cet extrait tiré du *Discours de la méthode* :

> Ma seconde maxime était d'être le plus ferme et le plus résolu en mes actions que je pourrais, et de ne suivre pas moins constamment les opinions les plus douteuses, lorsque je m'y serais une fois déterminé, que si elles eussent été très assurées. Imitant en ceci les voyageurs qui, se trouvant égarés en quelque forêt, ne doivent pas errer en tournoyant, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, ni encore moins s'arrêter en une place, mais marcher toujours le plus droit qu'ils peuvent vers un même côté, et ne le changer point pour de faibles raisons, encore que ce n'ait peut-être été au commencement que le hasard seul qui les ait déterminés à le choisir : car, par ce moyen, s'ils ne vont justement où ils désirent, ils arriveront au moins à la fin quelque part, où vraisemblablement ils seront mieux que dans le milieu d'une forêt...[571]

Descartes a donc pris le risque de s'engager de lui-même à l'intérieur de ce « tortueux dédale »[572] qu'est, comme la forêt sombre et dangereuse à laquelle il le compare, le doute. En invitant à « ne suivre pas moins constamment les opinions les plus douteuses […] que si elles eussent été très assurées », il incite à entrer au plus profond de cette forêt du doute, à partager ainsi l'expérience de ces voyageurs qui y seraient tout à fait perdus et désorientés (« Imitant en ceci les voyageurs […] égarés en quelque forêt »). Le superlatif « les plus douteuses » insiste sur l'importance de se soumettre volontairement à la plus grande désorientation, à se priver des moindres repères qui pourraient offrir quelque assurance que ce soit[573], à ne plus savoir du tout où l'on est[574], ni comment s'en sortir, en somme à ne plus rien savoir du tout. Ainsi que le précise le philosophe Pierre Macherey dans un chapitre d'ouvrage intitulé *Marcher en forêt avec Descartes* qui y est consacré, la forêt est « un lieu de désordre, de déraison et de désorientation ; on y erre sans fin »[575]. C'est pourquoi la consigne de Descartes est, à cet égard, des plus claires, c'est même une injonction. Même si l'on ignore comment s'y prendre[576], il faut tout faire pour ne pas errer dans la forêt mais précisément, et tout au contraire, pour en

---

[570] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 158 : « La forêt se déploie à la fois au-dedans et au dehors, ce qui la rend d'autant plus affolante et augmente le risque de s'y perdre ».

[571] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 22-31 (Troisième partie) : « Quelques règles de morale tirées de la méthode ». Macherey utilise cette citation en épigraphe de son chapitre « Marcher en forêt avec Descartes » et en propose une analyse très poussée, in Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 155.

[572] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 156.

[573] *Ibid*., p. 155. Pour signifier la dangerosité de la forêt, Pierre Macherey précise qu' : « À l'époque où Descartes écrit le *Discours de la méthode*, les forêts sont encore pour une grande part des zones de non droit, dans lesquelles on hésite à s'aventurer : s'y égarer, c'est s'exposer à des risques démesurés, comme on peut s'y attendre là où aucun principe d'ordre et de mesure ne joue de manière régulière et où, de quelque côté qu'on se tourne, on ne rencontre, en l'absence de points fixes sur lesquels se repérer, que des échappées sur des écarts en tous genres ; tout y va de travers ».

[574] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit.* : « Descartes était prêt à "ne plus savoir où il habitait", comme on dit, à ne plus rien savoir du tout ! »

[575] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 156.

[576] *Ibid*., p. 158 : « Dans une forêt, comment se diriger ? Non seulement on ne sait pas : on ne peut pas. Ceci compris, il ne reste qu'à aller droit devant soi, dans une totale ignorance de là où on va, ce dont il faut bon gré mal gré s'accommoder ».

sortir coûte que coûte (« au moins quelque part ») en tirant tout droit son chemin (« marcher toujours le plus droit qu'ils peuvent »), sans hésiter ou se laisser affecter (« ne le changer point pour de faibles raisons ») et sans changer jamais de direction (« vers un même côté »). Autrement dit, pour Descartes, il n'est pas question de rester dans le doute (« encore moins s'arrêter en une place »), d'y rester égaré, quand bien même il a tout d'abord volontairement choisi de s'y plonger au plus profond et même de s'y perdre autant que possible. Si, en usant d'un doute qui expurge radicalement tout, sa stratégie est de repartir de zéro pour pouvoir refonder le principe de la connaissance, autrement dit de se repositionner au niveau de l'inconnu le plus complet, de ce qu'il y a de plus incertain et de plus risqué, c'est en fait pour mieux en sortir et s'en défaire. C'est en allant au plus loin dans le doute qu'il espère traiter le doute. En somme, Descartes cherche à échapper au doute par le doute[577], à sortir de la forêt après s'y être perdu dans ses recoins les plus sombres. Cela implique de pouvoir la traverser et, pour y parvenir, il insiste sur l'impératif de suivre avec la plus grande fermeté (« être le plus ferme et le plus résolu en mes actions ») ce qu'il est tentant d'entendre comme le droit chemin, c'est-à-dire celui dont il espère qu'il pourra conduire à la résolution du doute. Il n'est certes pas sûr d'arriver exactement là où il le souhaite, à savoir la connaissance certaine, mais il lui importe au moins de sortir du trouble et du désordre du doute dans lesquels il s'est de lui-même plongé, donc de s'extraire de la forêt (« s'ils ne vont justement où ils désirent, ils arriveront au moins à la fin quelque part »). Cette métaphore d'une traversée de la forêt sert de fil conducteur et permet d'éclairer de bout en bout la méthode cartésienne fondée sur l'usage du doute à la fois comme voie d'accès à la connaissance et comme épreuve dont il faut pouvoir sortir.

4.2.2 – Appliquer le doute à tout ce qui semblait acquis jusque-là

Avant que d'œuvrer à en sortir, le doute de Descartes va donc aller crescendo afin d'atteindre le plus profond et le plus sombre de la forêt. Descartes cible d'abord les préjugés, c'est-à-dire tout ce qu'il qualifie de « fausses opinions [prises] pour véritables ». Il s'agit de tout ce qui, passant pour connaissances, a été acquis depuis la naissance (« dès mes premières années »), et donc avant même de pouvoir disposer pleinement de l'usage de sa raison, au contact de l'environnement, du milieu qu'il soit familial, culturel ou plus largement social, ainsi que sous l'effet de l'éducation. Cette étape est déjà assez difficile puisqu'elle consiste à aller contre soi, contre ses convictions antérieures alors même que celles-ci constituent des repères stabilisés et apportent un sentiment de sécurité. Descartes invite à un tel ébranlement de la pensée ainsi que le précise Macherey :

> Méditer, c'est en premier lieu pratiquer une culture de l'esprit destinée à opérer en lui des transformations, au lieu de le traiter comme un espace mental déjà tout disposé à accueillir la vérité, ou du moins suffisamment neutre à son égard pour ne pas opposer d'obstacles à sa manifestation : de ce point de vue, il s'agit bien d'une lutte, non contre l'erreur, – ce serait trop facile –, mais contre les préjugés[578].

[577] *Ibid*., p. 166 : « il ne s'agit pas de nier pour nier : la négation est un moyen, non une fin. Si on doute, c'est pour ne plus avoir à douter ».
[578] *Ibid*., p. 161.

Descartes est bien conscient que s'engager dans cette démarche relève d'un véritable courage, celui d'accepter d'être bousculé et dépossédé de ses repères habituels comme de ses croyances, d'évoluer et de se transformer (« en lui des transformations »). Méditer est loin d'être de tout repos, encore moins apaisant, tant l'esprit est mis à l'épreuve et même rudoyé. Le verbe « opérer » renvoie à l'idée de la violence d'une « chirurgie mentale »[579]. Parce que, pour Descartes, l'esprit n'est pas un simple réceptacle passif (« espace mental déjà tout disposé à accueillir ») et inerte (« suffisamment neutre […] pour ne pas opposer d'obstacles ») mais relève bien d'une activité en ce sens qu'elle est une expérience plus ou moins intense, complexe, toujours évolutive et, à bien des égards, toujours à risque de provoquer des bouleversements[580]. Descartes, qui a bien conscience qu'une telle épreuve d'ébranlement des opinions et des préjugés n'est pas sans risque de perdre pied et donc d'égarement durable pour certains, admet qu'une telle prescription de doute ne puisse être généralisable ni forcément à généraliser. Il a d'ailleurs aussi pu reconnaître l'intérêt de ces « commodes facilités de l'usage, fondées sur des compromissions inavouées », en quoi consistent notamment les coutumes, dans la préservation et l'équilibre de vie individuelle autant que collective[581]. C'est en cela que traiter l'erreur est à la fois beaucoup plus simple (« trop facile ») et inoffensif que de s'attaquer aux préjugés (« lutte »), un tel projet devant effectivement relever d'une stratégie subtile et raisonnée à même d'épargner les esprits qui ne seraient pas en capacité d'absorber et de s'approprier, sans dommages conséquents, une telle réforme transformatrice. L'enjeu épistémologique du doute cartésien, en ce qu'il sous-tend l'ambition scientifique de Descartes de connaissance vraie et même de vérité universelle, vient ici buter sur les affres de l'expérience subjective du doute. Alors même qu'un tel doute se devrait d'être universel et anonyme comme l'est la science, mettre à l'épreuve l'entièreté de ses propres savoirs et croyances, afin d'éradiquer tous préjugés en tant qu'ils font obstacle à la vérité, n'est pas à la portée de chacun. Par contraste avec la démarche préméditée, extrêmement préparée et somme toute maitrisée de Descartes, cela n'est peut-être tout simplement pas possible à l'échelle individuelle, ni même souhaitable dans le concret de l'existence courante qui impose de ne pas bouleverser tous ses repères sans raison sérieuse le justifiant.

4.2.3 – Douter de toute connaissance sensible

Après les préjugés, Descartes va ensuite orienter son doute vers la connaissance sensible. Ainsi que cela avait déjà été argumenté dès l'Antiquité, Descartes invite à douter de tout ce que nous apprenons par les sens au motif qu'il leur arrive d'être trompeurs ainsi qu'il le précise dans sa première méditation :

---

[579] *Ibid*., p. 166.

[580] *Ibid*., p. 167 : « méditer, ce n'est pas raisonner à froid, de façon détachée, en se contentant de comptabiliser des acquis et en se figurant qu'il est possible de progresser tout droit de vérité en vérité : mais c'est prendre sur soi la charge affective, proprement les tourments, dont est inséparable l'effort en vue de s'orienter dans la pensée, une entreprise semée d'embûches, dont il est impossible de savoir à l'avance où au juste elle va mener ».

[581] *Ibid*., p. 179 : « Il ne s'agit pas, cependant, de renoncer aux avantages incontestables apportés par la coutume, qui expliquent, et même justifient, qu'elle ait réussi sur le long terme à imposer sa loi. Dans la situation intermédiaire où il se trouve, l'esprit doit concilier des exigences à première vue contraires : d'une part, désamorcer la puissance de l'opinion, qui fait obstacle à la saisie de la vérité ; d'autre part, préserver la part de cette même opinion indispensable, ne serait-ce que pour survivre ».

> Tout ce que j'ai reçu jusqu'à présent pour le plus vrai et assuré, je l'ai appris des sens ou par les sens. Or j'ai quelques fois éprouvé que ces sens étaient trompeurs et il est de la prudence de ne se fier jamais entièrement à ceux qui nous ont une fois trompé[582].

Dans cet extrait Descartes questionne la vérité de nos perceptions, au sens autant de la réalité des choses sensibles que de leur justesse, c'est-à-dire leur conformité à leur réalité éventuelle. Il estime qu'il faut, si ce n'est mettre complètement de côté, du moins toujours se méfier sérieusement de ce que les sens nous apprennent (« ne se fier jamais entièrement ») parce qu'ils ne sont pas fiables. Le fait d'avoir été déjà trompé par ses sens (« quelques fois éprouvé que ») – à l'instar du bâton qui, trempé dans l'eau, semble brisé ou de la tour carrée qui au loin semble ronde – suffit à justifier de ne pas s'y fier. En ce sens, Descartes ne critique pas seulement l'illusion d'optique qui peut parfois tromper la perception, il généralise et donc radicalise son doute en l'appliquant à la moindre perception et donc au principe même de la connaissance sensible. Descartes refuse donc de banaliser la moindre illusion trompeuse, estimant que la tromperie ne doit pas être considérée comme seulement ponctuelle mais constante. C'est pourquoi, selon lui, il faut même mettre en doute et donc renoncer à tout ce qui avait jusque-là été « appris des sens ou par les sens » (« Tout ce que j'ai reçu jusqu'à présent »), quand bien même cela semblait pourtant être « le plus vrai et assuré ».

Descartes parvient même à répondre à cette question qu'il se pose alors à lui-même, vertigineuse en ce qu'elle renvoie à sa propre chair : « Et comment est-ce que je pourrais nier que ces mains et ce corps ci soient à moi ? »[583]. A ce qui semble ici encore résister au doute, à savoir toutes ces « choses desquelles on ne peut pas raisonnablement douter. Par exemple, que je sois ici assis auprès du feu, vêtu d'une robe de chambre, ayant ce papier entre les mains et autres choses de cette nature », il choisit, pour déstabiliser l'esprit et le faire plus encore douter de sa capacité à apprécier avec justesse tout ce qui relève de cette réalité sensible propre à soi, d'opposer l'argument du rêve, à savoir que veille et sommeil sont indistingables[584]. Autrement dit, il se peut que tout ce que je crois être des perceptions de la réalité ne soient finalement que de simples représentations mentales oniriques.

4.2.4 – Douter même de la raison

En plus de nos sens, notre jugement peut aussi nous tromper. C'est pourquoi Descartes entend étendre le doute également à notre entendement. Ce n'est plus seulement la sphère du réel sensible mais l'intelligibilité même de ce monde qui est mise en doute. Cela sous-entend que même les vérités scientifiques ne seraient plus à l'abri du doute. Il en prend pour illustration l'exemple du morceau de cire développé dans la deuxième *Méditation métaphysique*. La perception sensorielle (visuelle, tactile, olfactive) de tout ce qui permet de connaître distinctement un morceau de cire à sa sortie de la ruche (puisqu'il a la couleur et la douceur du

---

[582] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 14.
[583] *Ibid*.
[584] *Ibid*. : « Je suis homme, et par conséquent, j'ai coutume de dormir et de me représenter en mes songes les mêmes choses » ; « je me souviens d'avoir été souvent trompé, lorsque je dormais, par de semblables illusions. […] je vois si manifestement qu'il n'y a point d'indices concluants, ni de marques assez certaines par où l'on puisse distinguer nettement la veille d'avec le sommeil, que j'en suis tout étonné ; et mon étonnement est tel que je suis presque capable de me persuader que je dors ».

miel ainsi que le parfum des fleurs) n'a plus rien à voir une fois que ce dernier a été exposé à la chaleur du feu[585] puisque cela bouleverse son aspect, sa consistance, son odeur. Corrigeant l'appréciation sensorielle alors bouleversée, et propre à s'égarer, à l'égard de la substance ainsi étendue puisqu'elle en a perdu toutes les caractéristiques sensibles initiales, seul notre jugement permet de l'identifier comme étant pourtant toujours de la cire. Mais si le témoignage de nos perceptions sensorielles passe nécessairement par notre entendement, ce qui en affirme certes l'existence, cela conduit aussi à constater qu'il peut, tout comme les sens, parfois se tromper aussi[586] et justifier ainsi d'en douter. En plus de se tromper, Descartes suggère plus généralement la faiblesse de notre entendement. A cet effet, il s'appuie encore sur la parabole de la forêt ainsi que l'analyse par ailleurs Macherey :

> En préconisant de se diriger à l'aveugle dans un monde envahi par la nuit […] Descartes remet en cause, au nom de la raison, le principe même de la raison dont il accuse les limites dans une perspective radicalement critique. Le pire ennemi de la raison, ce serait la raison, dont l'ambivalence apparaît […] Dans la forêt, la raison, bon gré mal gré, rend les armes, dépose ses prétentions et se met à marcher tout à l'envers, prêchant le contre pour le pour, en pleine débâcle[587].

Alors même que Descartes appuie de bout en bout toute sa démarche sur la rigueur d'un raisonnement rationnel, ses consignes pour sortir de la forêt témoignent de son inquiétude quant aux capacités de la raison à en guider l'issue favorable (« Descartes remet en cause, au nom de la raison, le principe même de la raison »). Rappelons son injonction lancée au voyageur – douteur de ne « pas errer », de ne pas tournoyer d'un côté ou de l'autre, de ne pas rester sur place mais au contraire de tracer toujours tout droit (« marcher toujours le plus droit […] vers un même côté ») et de ne rien y changer sous quelque prétexte que ce soit (« ne le changer point pour de faibles raisons »). C'est dire s'il ordonne expressément de ne pas réfléchir. Il estime d'ailleurs que le choix de la direction initiale n'est le plus probablement en rien raisonnée (« encore que ce n'ait peut-être été au commencement que le hasard seul qui les ait déterminés à le choisir ») et correspond bien au fait de « se diriger à l'aveugle ». La noirceur de la forêt (« monde envahi par la nuit »), sa densité, ses obstacles, l'absence de tous repères, ne sont pas les seules causes à la désorientation. C'est aussi que la raison y est inopérante (« Dans la forêt, la raison […] rend les armes ») et même préjudiciable (« se met à marcher tout à l'envers »). Pour Macherey, Descartes ne remet pas seulement en cause des erreurs de raisonnement favorisées par le contexte on ne peut plus déstabilisant de la forêt. C'est de nouveau, avec toute la radicalité qui caractérise son entreprise (« perspective radicalement critique »), qu'il en vient à mettre en doute « le principe même de la raison » et les « prétentions » qui sont les siennes.

---

[585] *Ibid*., p. 18-26 (Méditation seconde) : « ce qui y restait de sa saveur s'exhale, l'odeur s'évanouit, sa couleur se change, sa figure se perd, sa grandeur augmente, il devient liquide, il s'échauffe, à peine le peut-on toucher, et quoiqu'on le frappe, il ne rendra plus aucun son. La même cire demeure-t-elle après ce changement ? ».
[586] *Ibid*. : « sa perception, ou bien l'action par laquelle on l'aperçoit n'est point une vision, ni un attouchement, ni une imagination, et ne l'a jamais été, quoiqu'il semblât ainsi auparavant, mais seulement une inspection de l'esprit, laquelle peut être imparfaite et confuse ».
[587] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 160.

4.2.5 – La mécanique infernale du doute hyperbolique

Alors même qu'arrivé à ce point de sa démarche de mise en doute systématique, Descartes semblait parvenu à pouvoir tout remettre en cause – qu'il s'agisse de la réalité des choses sensibles, de l'existence de son propre corps comme du monde extérieur, ainsi même que de l'entendement – il demeure accablé par tout ce qui parvient encore à résister au doute[588]. Par-delà les préjugés qui sont particulièrement coriaces, il en est des mathématiques qui demeurent si évidentes pour la pensée. C'est pourquoi, dans un geste toujours plus radical, il cherche à repousser encore plus loin les limites du doute en élaborant un doute encore plus important et dès lors qualifié superlativement d'*hyperbolique*. Il cherche par-là à vaincre absolument tout ce qui pourrait encore relever de l'évidence indubitable et donc échapper à la *révocation* en doute – ce geste consistant à tout rejeter en bloc à partir du moindre sujet de doute[589] –, pourtant si activement mise à l'œuvre. A cet effet, non seulement il mobilise l'hypothèse d'un Dieu trompeur, mais surtout il va s'appuyer sur une fiction et postuler l'existence d'un malin génie.

Au regard du contexte de l'époque et de son propre rapport à la religion[590], la question d'un Dieu éventuellement trompeur n'a pas été sans ouvrir un abîme insupportable et insurmontable dans l'esprit de Descartes. Ainsi que le rapporte Macherey, « Que Dieu puisse vouloir me tromper signifierait de sa part l'intention de me faire du mal, ce [qui] marquerait sa nature d'une certaine forme de négativité, […]. Imaginer une telle chose serait un blasphème »[591]. Afin d'échapper au terrible trouble[592] qu'a pu provoquer une telle hypothèse, Descartes s'est alors résolument tourné vers la fiction. C'est ainsi qu'il invente l'existence d'un malin génie, (*genius aliquis malignus* formulé en toutes lettres dans le texte de Descartes[593] contrairement au Dieu trompeur qui relève d'une hypothèse de traduction) capable de le faire radicalement douter d'absolument tout. Ainsi que le synthétise au mieux Macherey, « Il devient possible que l'esprit se livre […] à une entreprise de défiance et de doute poussée à la limite, au-delà même du raisonnable, ce que représente précisément la prise en compte de la fiction du malin génie »[594]. C'est ainsi que Descartes écrit :

> Je supposerai donc qu'il y a, non point un vrai Dieu, qui est la souveraine source de vérité, mais un certain mauvais génie, non moins rusé et trompeur que puissant qui a employé toute son industrie à me tromper. Je penserai que le ciel, l'air, la terre, les couleurs, les figures, les sons et toutes les choses extérieures que nous voyons, ne sont que des illusions et tromperies, dont il se

[588] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 14 : « Pourtant il se rencontre beaucoup de choses desquelles on ne peut pas raisonnablement douter ».
[589] *Ibid*. : « je m'appliquerai sérieusement et avec liberté à détruire généralement toutes mes anciennes opinions. […] le moindre sujet de douter que j'y trouverai suffira pour me les faire toutes rejeter. Et pour cela il n'est pas besoin que je les examine chacune en particulier ».
[590] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 168 : « on a pris l'habitude de se servir de la formule "Dieu trompeur", à propos de laquelle il faut remarquer que, à la lettre, elle ne figure pas dans le texte de Descartes : s'il l'avait utilisée, il aurait pu être accusé d'impiété ».
[591] *Ibid.*, p. 169.
[592] *Ibid.*, p. 171-172 : « soit il sombre dans le gouffre, et il se figure alors que Dieu […] veuille le tromper, perspective affolante ; soit il retient ce mouvement de chute, […] sans certitude d'aucune sorte, à la limite de l'impensable, et il se contente de prendre acte de ce que, tel que Dieu l'a créé, non seulement il est faillible, mais il n'est pas exclu qu'il soit exposé à se tromper toujours ».
[593] *Ibid.*, p. 174.
[594] *Ibid.*, p. 180.

> sert pour surprendre ma crédulité. Je me considérerai moi-même comme n'ayant point de mains, point d'yeux, point de chair, point de sang, comme n'ayant aucun sens, mais croyant faussement avoir toutes ces choses. Je demeurerai obstinément attaché à cette pensée ; et si, par ce moyen, il n'est pas en mon pouvoir de parvenir à la connaissance d'aucune vérité, à tout le moins il est en ma puissance de suspendre mon jugement. C'est pourquoi je prendrai garde soigneusement de ne point recevoir en ma croyance aucune fausseté, et préparerai si bien mon esprit à toutes les ruses de ce grand trompeur, que, pour puissant et rusé qu'il soit, il ne me pourra jamais rien imposer[595].

Dans ce propos, la question des éventuelles intentions trompeuses de Dieu est de fait éludée (« non point un vrai Dieu ») au profit d'une figure préservée dans sa toute-puissante (« souveraine source de vérité »). A la place, Descartes convoque un « certain mauvais génie » capable d'induire que l'on se trompe toujours et n'œuvrant qu'à cet effet (« toute son industrie à me tromper »). Le « mauvais génie » est donc bien à entendre dans son sens littéral, c'est-à-dire qu'il associe à la fois la puissance de créativité du « génie » et notamment sa capacité d'orienter à son gré les pensées d'autrui, mais également sa nature maligne, perverse et cherchant à faire du mal, autant de caractéristiques qu'il était inenvisageable d'appliquer à Dieu[596]. Le pouvoir de ce génie surnaturel est si fort et sa ruse si affutée que tout ce que les sens permettent de percevoir (« le ciel, l'air, la terre, les couleurs, les figures, les sons ») ne seraient finalement qu'illusions. Le malin génie sert ici à démasquer et défaire tous les mécanismes de la croyance (« pour surprendre ma crédulité »). D'après Macherey, « l'hypothèse du malin génie sert d'autant mieux cette fin [celle de suspendre la croyance] qu'elle n'est pas prise au sérieux »[597]. Se considérer « comme n'ayant point de mains, point d'yeux, point de chair, point de sang » tout en se comportant comme croyant disposer de mains, d'yeux, de chair, de sang est pour le moins une manière inédite de mobiliser le doute. Descartes n'est évidemment pas dupe de ce jeu. Il est clair qu'à « aucun moment il ne croit, au premier degré, sérieusement, en l'inexistence du monde extérieur et de son corps »[598]. Simplement, cette façon de procéder, en se jouant d'une fiction à laquelle il ne croit pas lui-même, lui permet d'aller au-delà des limites du doute jusque-là atteintes, de surpasser ce doute, de le rendre plus extrême encore. Il s'agit d'une radicalisation extrême du doute, cette extension du doute au-delà de ses limites lui permettant de se dire que finalement tout ce qui l'entoure, tout ce qu'il vit, éprouve et même pense, ne relèvent peut-être que d'une fiction. On ne peut croire en rien puisque tout n'est qu'un film. La moindre croyance en une quelconque réalité se voit ainsi désamorcée et se doit d'être suspendue[599]. Par ce doute poussé à l'extrême, il n'est donc plus possible de pouvoir rien tenir pour vrai autant que pour faux, de savoir si quelque réalité existe, ni donc de pouvoir rien juger.

---

[595] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 17-18.
[596] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 178 : « "Me tromper moi-même" (*me ipsum fallere*), c'est exorciser définitivement la représentation inquiétante d'un Dieu qui pourrait être cause que je me trompe, et donc pourrait être qualifié de "trompeur" (*fallax, deceptor*), en assumant formellement le poids entier de l'erreur, au sens cette fois d'une tromperie volontaire, assumée en toute responsabilité ».
[597] *Ibid.*, p. 182.
[598] *Ibid.*
[599] *Ibid.*, p. 181 : « Il est destiné à purger l'esprit de l'ensemble de ses préjugés, c'est-à-dire de ses convictions antérieures dont il a tant de mal à se débarrasser. D'abord, est reportée sur l'intervention du mauvais génie la croyance en l'existence du monde extérieur : […] il se joue de moi en agitant sous mon nez les apparences de ces choses, que je prends pour des réalités ».

Descartes n'en perd pas pour autant de vue son objectif, aussi incertain soit-il d'y parvenir (« si, par ce moyen, il n'est pas en mon pouvoir de »), celui d'apprécier la possibilité d'accéder à une vérité indubitable (« la connaissance d'aucune vérité »). Et plutôt que de chercher à lever le doute, c'est tout au contraire en l'amplifiant à outrance que Descartes va pouvoir paradoxalement progresser en ce sens[600]. C'est donc en ne cessant de se persuader (« Je demeurerai obstinément attaché à cette pensée ») qu'il peut constamment être trompé par la ruse d'un malin génie, en mettant donc son esprit à l'épreuve jusqu'au supplice d'un doute extrême au sens où il n'épargnerait absolument plus rien, qu'il va ainsi progressivement mais radicalement l'épurer de toutes croyances et pouvoir relancer sa méditation. La démarche cartésienne de doute radicalisé jusqu'à l'arbitraire que sous-tend la pure fiction puisqu'il s'appuie pour cela sur une simple fable élaborée de toute pièce relève en fait d'une grande maitrise quelque puissante quel soit sa créature (« pour puissant et rusé qu'il soit, il ne me pourra jamais rien imposer »). Loin d'être la victime de ses tromperies, loin donc de subir, Descartes est aux manettes, aussi périlleuse et difficile soit l'entreprise. Ainsi que le précise Macherey, « Il s'agit d'un doute calculé, dont l'esprit s'assure la maîtrise […] se donner un point d'attache, qui permette de retenir les mouvements erratiques de la pensée soumise à l'opinion »[601]. De cette façon, Descartes cherche à libérer l'esprit des moindres préjugés, croyances, évidences, opinions, certitudes, illusions, données de toutes sortes qui l'encombrent, le trompent et l'égarent dans sa recherche de vérité. Il s'agit de rendre l'esprit (« préparerai si bien mon esprit ») réfractaire à tout cela (« ne point recevoir en ma croyance aucune fausseté ») de sorte à pouvoir ainsi poursuivre ce travail transformateur de la méditation et accueillir éventuellement ce vers quoi sa démarche n'a jamais cessé de tendre avec rigueur, l'indubitable vérité[602]. En somme, Descartes est parvenu à retourner spectaculairement la situation, acculé qu'il se trouvait dans une configuration proche d'être insoluble. Ayant d'une part à ce point radicalisé le doute qu'il put être comparé à un authentique pyrrhonien pour lequel, le doute demeurant insurmontable, aucune vérité n'est jamais accessible[603], étant d'autre part confronté par l'effet de sa propre démonstration à l'hypothèse insupportable que Dieu puisse le tromper, Descartes se trouvait l'esprit à la torture. Grâce à cette fiction inventée délibérément, il en a trouvé l'issue salvatrice[604] quitte à prêcher le faux jusqu'à sa plus grotesque extrémité, mais pour *in fine* savoir si, peut-être, le vrai existe[605]. En avançant que « c'est au nom de la liberté de la volonté humaine qu'est avancée la fiction »[606] Macherey souligne, dans la démarche cartésienne, non seulement toute l'importance du cheminement intellectuel et de sa créativité

[600] Lévy Carlos. *Les scepticismes*. *Op. cit.*, p. 104 : « Le paradoxe est donc que, pour se libérer du doute, Descartes doit passer par la forme la plus extrême, hyperbolique, de celui-ci, supposant que tout ce qu'il perçoit est faux, que sa mémoire est remplie de mensonges, que "le corps, la figure, l'étendue, le mouvement et le lieu ne sont que des fictions de mon esprit" ».
[601] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 176.
[602] *Ibid.*, p. 182 : « elle n'est rien de plus qu'une fable à caractère opératoire, qui marque l'effort de l'esprit, une fois celui-ci gagné par le doute, de reprendre l'initiative face au climat d'incertitude et d'inquiétude vagues que celui-ci déchaîne. Il s'agit de faire place nette, de faire le vide dans l'esprit, afin de libérer un espace à l'intérieur duquel la méditation va avoir à se tracer précisément un chemin ».
[603] Lévy Carlos. *Les scepticismes*. *Op. cit.*, p. 104.
[604] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 177 : « dans cette situation extrême, il ne lui reste qu'à fabriquer de toutes pièces, avec les moyens dont il dispose, ce repère qui lui fait défaut, et de s'en servir pour retourner la situation ».
[605] *Ibid.*, p. 175.
[606] *Ibid.*, p. 178.

mais aussi ses grandes difficultés. Car si c'est en son cœur que réside la possibilité de résolution du doute (en s'appliquant justement à douter hyperboliquement), c'est aussi à cet endroit que se situent ses principales entraves, à savoir « cet ennemi intérieur métamorphosé par le jeu de la fiction en ennemi extérieur [le malin génie], qu'il faut combattre, en usant des moyens qui restent à disposition : résolution, obstination, les armes secrètes de la méditation »[607].

4.3 – Le doute cartésien, une démarche par trop intellectuelle ?

L'une des critiques adressées au scepticisme est d'user du doute de façon intellectualiste. Pour bien des raisons, une semblable critique peut être adressée au cartésianisme, ne serait-ce que parce que Descartes s'est inspiré des sceptiques dans sa propre démarche. Le scepticisme a, de fait, occupé une grande place dans la pensée cartésienne. Il a ainsi pu être considéré que Descartes déployait, notamment dans ses *Méditations métaphysiques*, un scepticisme méthodique. Tout comme les sceptiques, il pose la question des critères de vérité et s'engage sur ce sujet dans une recherche infinie. Il signale s'être instruit de « plusieurs livres écrits par les sceptiques et les académiciens […] [ajoutant] que ce ne fût pas sans quelque dégoût que je remâchais viande si commune, je n'ai pu toutefois me dispenser de lui donner une *Méditation* tout entière »[608]. Descartes a de fait emprunté à la tradition sceptique sa systématicité dans l'exercice du doute (le principe de « douter de tout »[609]) mais aussi son usage si fréquent des *arguments* sceptiques. Pourtant, il se distingue des sceptiques sur nombre de points. Contrairement aux sceptiques Grecs accumulant une foultitude d'exemples concrets les conduisant à mettre en doute à chaque fois ponctuellement telle ou telle opinion ou réalité, jusqu'à constituer une infinie « accumulation des cas particuliers indécidables »[610], il choisit de douter de façon globalisante ainsi que l'illustre le qualificatif hyperbolique. Ainsi que l'explique la philosophe Marylin Maeso, Descartes « propose non pas de douter des opinions une à une mais, à la moindre raison de douter d'une opinion, [il] révoque toutes les opinions de même nature »[611]. Plutôt donc que douter, Descartes *révoque en doute*. Considérant qu'il suffit que le doute affecte un seul des éléments de l'édifice du savoir pour que l'ensemble s'écroule, il attaque d'emblée tout l'édifice[612], comme s'il cherchait à passer un grand coup de balai sur le principe même du savoir, sans tenir compte d'éventuelles distinctions. Au regard de l'approche sceptique, le doute cartésien semble ainsi se surpasser en radicalité. Mais d'autres éléments les distinguent encore. Alors que les sceptiques s'opposent à toute prétention d'accessibilité à la vérité et considèrent donc l'irréductibilité absolue du doute, Descartes cherche tout au contraire inlassablement à résoudre le doute, instituant cet objectif comme voie de cheminement de la connaissance. Le doute, pour Descartes, n'est donc pas une fin au sens où il serait seul à même

---

[607] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 183.
[608] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 102-123 (Réponse aux secondes objections).
[609] *Ibid.* : « ne sachant rien de plus utile pour parvenir à une ferme et assurée connaissance des choses, que si, auparavant que de rien établir, on s'accoutume à douter de tout ».
[610] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 171 : Le doute cartésien « se distingue donc nettement des procédures pyrrhoniennes d'accumulation des cas particuliers indécidables même si les arguments de Descartes existent déjà dans le scepticisme ancien ».
[611] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit*. : Pour Descartes, « Un seul fruit pourri dans un panier conduit à jeter tout le panier selon un principe de précaution ».
[612] *Ibid.* : « Il n'inspecte pas chacune de ses opinions mais l'ensemble de ses opinions en considérant qu'il suffit d'attaquer directement les fondements de l'édifice des savoirs acquis puisque s'ils tombent l'édifice va s'effondrer ».

de conduire, grâce à l'*époché*, à l'état de tranquillité de l'âme (ataraxie) visé par les sceptiques mais relève de ce qui est de l'ordre à la fois du *moment* et du *moyen* permettant ce cheminement. A cet égard, son acte de radicaliser à l'extrême son doute n'a d'autre raison que de mieux le faire cesser et aboutir ainsi à une vérité certaine. C'est pourquoi, alors même qu'il peut parfois reprendre exactement les mêmes arguments que les sceptiques (à l'instar de l'argument de la confusion entre veille et sommeil invitant à considérer que ce qui est perçu pourrait ne relever que d'un rêve et non pas de la réalité), Descartes se refuse à stagner dans l'indécidabilité sceptique, cherchant tout au contraire et à toute force à atteindre une certitude indubitable. Il propose ainsi « une réponse philosophique originale qui met la vérité hors d'atteinte du doute »[613] et il y parvient avec le *cogito*. Le contraste est à ce point essentiel que, réactivant la classique opposition entre scepticisme et dogmatisme, cela a pu conduire Richard H. Popkin à qualifier cette solution cartésienne au scepticisme de « nouveau dogmatisme »[614].

Indépendamment de cette comparaison avec le scepticisme et de leurs importantes divergences quant à leur rapport respectif au doute et à la connaissance, le fait que la démarche cartésienne soit une démarche intellectuelle tend à s'imposer d'elle-même. « Une pensée entièrement rigoureuse se déploie du début à la fin et semble tirer toute sa force de ses seules ressources »[615] écrit en ce sens le philosophe Christophe Bardyn. Descartes lui-même aurait d'ailleurs pris soin de préciser que « Chaque méditation devait être une étape intellectuelle »[616]. Sans doute entend-il par étape ce cheminement nécessaire pour pouvoir sortir de la forêt conformément à la métaphore qu'il a lui-même mobilisée, invitant à ne pas rester en situation d'errance, autrement dit à ne pas se complaire dans le doute mais bien au contraire d'en sortir. Descartes s'adonne ainsi à un exercice qui pour intellectuel et exaltant qu'il soit n'en est pas moins complexe, difficile, éprouvant[617]. Cet exercice consiste d'un côté à pousser le doute à l'extrême. Ainsi que le précise le philosophe Thomas Bénatouïl, il « radicalise progressivement le doute, en suivant une procédure récurrente »[618], chaque nouvelle vague de doute méthodiquement élaborée lui permettant d'aller de plus en plus loin dans sa démarche de remise en cause. De l'autre côté, cet exercice de la pensée ainsi mise à l'épreuve de façon récurrente consiste aussi à sortir de cette incertitude poussée à l'extrême. L'objectif est donc de résoudre le doute ainsi radicalement déployé de sorte à pouvoir ainsi peut-être atteindre une vérité indubitable. C'est tout l'enjeu des *Méditations Métaphysiques* dans lesquelles Bardyn reconnaît une philosophie idéaliste :

> La lecture des *Méditations Métaphysiques* est donc l'occasion de comprendre, en ce qu'il a d'irrécusable, le projet de toute philosophie idéaliste de montrer jusqu'où peut aller une pensée et ne reconnaître pour vrai qu'une vérité pensée, produite et comprise par une pensée[619].

---

[613] Popkin Richard Henry. *Op. cit*., 1995, p. 8.
[614] *Ibid*., p. 9 : Popkin applique « la définition sceptique du dogmatisme : affirmer qu'il y a quelque vérité possible au-delà des données de l'expérience, c'est être dogmatique ».
[615] Bardyn Christophe, *Op. cit.*, p.153.
[616] *Ibid.*
[617] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 167 : « méditer, ce n'est pas raisonner à froid, de façon détachée, en se contentant de comptabiliser des acquis et en se figurant qu'il est possible de progresser tout droit de vérité en vérité : mais c'est prendre sur soi la charge affective, proprement les tourments, dont est inséparable l'effort en vue de s'orienter dans la pensée, une entreprise semée d'embûches ».
[618] Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 170.
[619] Bardyn Christophe, *Op. cit.*, p. 153.

Ce cheminement intellectuel dans le doute que propose Descartes est à la fois source des *Méditations* et modalité de résolution de ce dernier. C'est donc au gré de ce travail transformateur de la pensée que les méditations permettent l'épanouissement hyperbolique du doute autant que son issue dans l'émergence de la vérité. Quand bien même il s'appuie sur des arguments faisant appel à l'expérience (recoupant d'ailleurs ceux des sceptiques), c'est bien la pensée qui se trouve seule mobilisée pour pouvoir atteindre à l'indubitable vérité (« ne reconnaître pour vrai qu'une vérité pensée »). Si cela souligne certes la puissance de la pensée (« jusqu'où peut aller une pensée ») dans sa capacité à pouvoir déterminer le réel (« produite et comprise par une pensée ») et à se trouver ainsi au plus près de l'existence humaine et du monde[620], une telle démarche paraît dès lors déconnectée de la réalité telle qu'elle est très concrètement vécue par les individus.

Puisque pour Descartes le doute est un processus purement mental d'interrogation ayant pour objet la question de la connaissance et de la vérité, il n'est donc pas une modalité concrète, physiquement et émotionnellement incarnée, de réaction à un fait réel déstabilisant le justifiant. L'état de doute cartésien est sans objet immédiat dans le réel concret de la vie des êtres humains. La pratique du doute consiste pour Descartes en une activité volontaire de l'esprit qui est méthodique, distanciée et ne s'origine pas dans une situation de crise vécue personnellement ou par d'autres individus. Descartes s'adonne pleinement à cet exercice intellectuel vis-à-vis duquel il dispose, grâce à ses grandes qualités à la fois de scientifique et de philosophe, d'aisance et d'agilité. Plus encore, il dispose du recul et de l'inventivité nécessaires pour ne pas être personnellement affecté par cette épreuve du doute ni avoir besoin d'y exposer concrètement son existence pour en apprécier les enjeux. Il lui suffit de pousser à l'extrême cette performance intellectuelle de la pensée faisant face au doute en proposant des scenarii fictionnels qui ne relèvent donc pas d'une réalité vécue ou devant nécessairement être vécue pour pouvoir faire l'objet d'un travail de réflexion et de résolution. La mise en scène théâtralisée de la traversée de la forêt ou encore l'artifice intellectuel du « malin génie » en font partie et permettent d'activer efficacement les « armes secrètes de la méditation »[621]. Si l'objectif de cette mécanique infernale du doute et du cheminement intellectuel de sa résolution est de tout faire pour atteindre une vérité certaine, un tel procédé questionne tant il semble éloigné des réalités et des vicissitudes humaines, ce d'autant qu'il part du principe que, quelque réalité que ce soit, elle n'est peut-être que vacuité et illusion. Cela ne fut pas sans susciter des critiques, notamment celle portée par le philosophe pragmatiste américain Charles Sanders Peirce estimant que le doute *réel* ne peut être qu'une expérience incarnée[622], qu'il ne peut donc se réduire à une activité seulement intellectuelle, ainsi que je le développerai dans un chapitre à suivre. Cette critique à l'encontre de Descartes, le soupçonnant de ne pas réellement douter, est par ailleurs renforcée par l'aveu même de l'intéressé d'user du doute comme d'une méthode ainsi que le rappelle Macherey :

---

[620] *Ibid.* : « Il faudra s'étonner que la pensée puisse être si vivante et si riche. La simple pensée, pourvu qu'elle soit correctement conduite, peut autant dire tout : penser le vrai en pensant vraiment ; retrouver, dûment construit, devenu transparent à l'intelligence, le monde dont il fallut d'abord s'éloigner ».
[621] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 183.
[622] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.

> Descartes soutient effectivement que le doute, tel qu'il le met en scène par les moyens de l'écriture, relève des procédures de la fiction, des procédures que le philosophe est parfaitement en droit d'utiliser, sous réserve qu'il le fasse de manière contrôlée, en vue de se faire mieux comprendre de ses lecteurs[623].

Ce propos illustre l'usage à la fois méthodique et pragmatique du doute par Descartes. D'une part il s'en outille comme il userait de tout autre instrument de la pensée, à l'instar de la rhétorique ou de la logique, afin de déployer son argumentation (« procédures que le philosophe est parfaitement en droit d'utiliser »). Le doute cartésien n'a dès lors effectivement pas besoin d'être réel (« il le met en scène ») puisque ce qui compte est sa dimension utilitaire (« en vue de se faire mieux comprendre »). Il peut ainsi légitimement relever d'une pure invention de l'esprit (« relève des procédures de la fiction ») et se déployer mécaniquement, l'objectif étant *in fine* de soutenir et faire valoir son propre rationalisme. C'est dire s'il peut paraître à certains distancié des réalités vécues et déconnecté des besoins ordinaires des humains. Or statuer sur le doute cartésien comme méthode intellectuelle visant la connaissance certaine, à savoir « quelque chose de ferme et de constant dans les sciences »[624], n'est pas sans rappeler le doute scientifique promue par les scientifiques comme méthode de recherche et de production des connaissances. En écho à la critique de Peirce, les patients peuvent aussi éprouver la méthode scientifique comme étant éloignée de leurs besoins concrets et immédiats. Il est d'ailleurs notable que sous la métaphore de la *méthode* comme marche en ligne droite[625], considérée par Descartes comme le moyen le plus sûr pour sortir de l'état de désorientation, de malaise et d'errance de l'esprit[626] que l'image de la forêt englobe et symbolise, se cachent les disciplines scientifiques que sont « l'algèbre et la géométrie »[627].

4.4 – L'issue du doute cartésien dans le cogito comme émergence de la subjectivité

Contrairement aux sceptiques, Descartes estime que le doute peut avoir une fin et toute sa démarche vise une telle issue. Si, par cette mécanique infernale du doute, Descartes invite à la rigueur du cheminement intellectuel, c'est aussi avec l'objectif paradoxal de mettre fin au doute et d'aboutir ainsi à une vérité indubitable. Il n'est certes pas convaincu à l'avance d'y parvenir, incertain qu'il est de pouvoir sortir de la forêt dans laquelle il s'est de lui-même si profondément enfoncé. Le doute cartésien trouve pourtant une fin grâce à son aboutissement ultime dans l'évidence du *cogito* ainsi que Descartes l'explicite dans sa seconde méditation :

---

[623] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 191.
[624] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 13.
[625] Harrison Robert. *Op. cit*., p. 188. « Chez lui [Descartes], la métaphore de la marche en ligne droite dans la forêt renvoyait à la méthode en général ».
[626] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 185 : « La méthode, si on prend ce mot au pied de la lettre, n'est en effet rien d'autre que l'art des chemins. Tel que Descartes l'emploie au départ, il désigne la démarche qui permet de se sortir de l'embarras, de sortir de la forêt, métaphore qui résume tous les embarras auxquels l'esprit peut être confronté ».
[627] Harrison Robert. *Op. cit*., p. 188 : « Ce détour nous ramène à Descartes qui pensait trouver les chemins menant hors de la forêt du hasard et de la confusion en suivant la ligne droite de la méthode. Il employait une simple métaphore, mais nous sommes maintenant en mesure de voir la dimension littérale de l'image. L'algèbre et la géométrie, bases de la méthode cartésienne de recherche de la vérité indubitable, deviennent les bases de la nouvelle science de la forêt ».

> Mais je me suis persuadé qu'il n'y avait rien du tout dans le monde, qu'il n'y avait aucun ciel, aucune terre, aucuns esprits ni aucuns corps ; ne me suis-je donc pas aussi persuadé que je n'étais point ? Non certes ; j'étais sans doute, si je me suis persuadé, ou seulement si j'ai pensé quelque chose. Mais il y a un je ne sais quel trompeur très puissant et très rusé, qui emploie toute son industrie à me tromper toujours. Il n'y a donc point de doute que je suis, s'il me trompe ; et qu'il me trompe tant qu'il voudra, il ne saurait jamais faire que je ne sois rien tant que je penserai être quelque chose. De sorte qu'après y avoir bien pensé et avoir soigneusement examiné toutes choses, enfin il faut conclure, et tenir pour constant que cette proposition : *je suis*, *j'existe*, est nécessairement vraie, toutes les fois que je la prononce ou que je la conçois en mon esprit[628].

Descartes rappelle ici combien le caractère hyperbolique du doute qu'il a si activement mis en œuvre (« je me suis persuadé ») le conduit progressivement, du fait de son caractère systématique et de sa forme englobante, à une remise en cause radicale de toutes choses (« aucun ciel, aucune terre, aucuns esprits ni aucuns corps »). S'il en est arrivé à douter que rien n'existe réellement (« il n'y avait rien du tout dans le monde »), sa propre existence s'est dès lors elle-même trouvée aussi mise en doute (« ne me suis-je donc pas aussi persuadé que je n'étais point »). C'est pourtant le fait de questionner jusqu'à sa propre existence (« que je n'étais point ? ») qui a constitué ce point de bascule salvateur que la fermeté d'une réponse aussi succincte que décisive vient concrétiser : « Non certes ». S'il se garde bien d'être d'emblée affirmatif (« j'étais sans doute, si je me suis persuadé, ou seulement si j'ai pensé quelque chose »), conscient de la faiblesse du jugement et de tous ces pièges trompeurs pour l'esprit qu'il n'a cessé d'illustrer au préalable, il resserre alors de nouveau la méditation autour de cette arme ultime et poussée à l'extrême qu'est le malin génie (« un je ne sais quel trompeur très puissant et très rusé »). Car être la cible d'une telle ruse de l'esprit vient dès lors attester de son existence même (« Il n'y a donc point de doute que je suis, s'il me trompe »). Une vérité s'impose alors qui ne peut plus être réfutée (« il faut conclure, et tenir pour constant ») à savoir que le doute cartésien trouve sa résolution dans l'authentification de l'existence du sujet (« *je suis*, *j'existe* ») au prisme de l'activité de l'esprit[629], rien de plus que le fait de penser (« il ne saurait jamais faire que je ne sois rien tant que je penserai être »). Lorsque Descartes écrit « *je suis*, *j'existe*, est nécessairement vraie, toutes les fois que […] je la conçois en mon esprit », il s'incline devant l'évidence lumineuse qu'offre le sujet pensant de son existence. En même temps, il associe à la limpidité de cette évidence une tonalité insistante. Le ton affirmatif comme l'effet de concision et de répétition de la formulation « *je suis*, *j'existe* » (« *Ego sum, ego existo* ») permettent d'insister sur le caractère absolument indubitable de l'existence, que la mention de son assise temporelle (« toutes les fois que je la prononce ou que je la conçois ») vient aussi renforcer. L'autre formulation apparaissant dans *Le discours de la méthode* qu'est le « *je pense, donc je suis* » (« *Cogito ergo sum* »)[630] met quant à elle en exergue l'activité de penser à la fois comme le moteur et la voie de résolution du doute cartésien ayant permis d'aboutir à une vérité certaine. Or, le doute étant une activité de pensée, ce serait le fait même

[628] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 18-26 (Méditation Seconde), ici p. 19.
[629] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*. : « "Je pense" précédé par "je suis, j'existe". Il [Descartes] met en avant que : c'est l'activité de penser qui va être le signal que la réalité même de ce que je suis au moment même où je pense ne peut pas être mis en doute puisque c'est l'exercice même de ce que je suis ».
[630] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 31-40 (Quatrième partie).

de douter, en tant que ce dernier met en cause autant qu'il affirme par le biais de sa résolution l'existence du sujet, qui sous-tendrait au mieux cette certitude de l'être. Autrement dit, c'est par le doute que je sais que je pense et c'est quand je doute que je sais que je suis. Le doute permet la reconnaissance du sujet pensant et il constitue ainsi cette preuve indubitable de l'existence du sujet. C'est ainsi que dans une forme de renversement, loin de suspendre le sujet en le mettant en cause, le doute viendrait tout au contraire le suspendre afin de mieux le révéler[631].

L'expérience de pensée en quoi consiste l'épreuve du doute cartésien, que l'image du chemin, de la traversée de la forêt vient illustrer est donc à la fois la condition de reconnaissance de l'existence du sujet mais aussi voie d'émergence et d'affirmation[632] subjectives. « Je suis une chose qui pense, c'est-à-dire qui doute, qui affirme, qui nie, qui connaît peu de choses, qui en ignore beaucoup, qui aime, qui hait, qui veut, qui ne veut pas, qui imagine aussi et qui sent »[633] écrit Descartes. Dans le « Je suis » semble se lire autant la (re)découverte que l'affirmation de soi. Et l'on est tenté, en mimant l'effet de concision, de répétition et de conviction du « *je suis*, *j'existe* », de compléter cette citation par *qui est*, *qui vit*, *qui existe*. S'y déploient des thèmes chers à Descartes dont la difficulté du projet de la connaissance lorsque, comme lui, on s'y intéresse avec la rigueur et l'exigence de la vérité (« qui connaît peu de choses, qui en ignore beaucoup »), mais également la fragilité de la volonté (« qui veut, qui ne veut pas ») ou encore tout ce qui fait la fantaisie de l'humain s'agissant de ses croyances, ses opinions ou encore de ses perceptions (« qui imagine aussi et qui sent »). A cet égard l'imagination occupe une place particulière puisque sans elle, il est peu probable que Descartes eût pu sortir de la forêt dans laquelle il s'était volontairement égaré[634]. La fiction du main génie qui lui a permis de relancer sa méditation n'est, en effet, que le pur fruit de son imagination. Pourtant, en qualifiant l'individu de « chose », l'on perçoit à quel point Descartes voit principalement l'homme dans sa petitesse matérielle (notamment au regard de la toute-puissance divine). Il ne semble d'abord l'appréhender qu'à partir de sa seule dimension physique qu'est le corps quand bien même celui-ci s'avère doté d'une activité pensante (« *res cogitans* ») laquelle fournit non seulement la preuve de son existence mais le définit comme sujet. C'est ce que rappelle Macherey dans son analyse :

> […] cette pauvre chose, ce tout petit point dispose au moins d'une propriété qui ne peut lui être ôtée, son égoïté […]. Son égoïté, qu'est-ce à dire ? Sa nature d'être pensant, qui se déploie,

---

[631] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit.* : « le doute lui-même est le signe que je suis bien en train de vivre quelque chose qui est réel et qui est vrai. On pourrait retourner le doute sur lui-même ».
[632] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 189 : « on peut dire que la méthode, telle que Descartes la conçoit et la met en œuvre, est *subjective* : avant de servir à raisonner sur des données objectives, elle représente un travail sur soi ».
[633] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 27-42 (Méditation troisième), ici p. 27 : « Je suis une chose qui pense, c'est-à-dire qui doute, qui affirme, qui nie, qui connoît peu de choses, qui en ignore beaucoup, qui aime, qui hait, qui veut, qui ne veut pas, qui imagine aussi, et qui sent » (« *Ego sum res cogitans, id est dubitans, affirmans, negans, pauca intelligens, multa ignorans, volens, nolens, imaginans etiam et sentiens* »).
[634] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 190 : « l'imagination, loin de constituer une pièce rapportée, est un élément décisif. Pour sortir de l'embarras, pour trouver une issue hors de la forêt, Descartes préconise de se retourner vers soi-même, […] C'est-à-dire que, quand on ne trouve pas de chemin au dehors, il faut emprunter celui du dedans. […] l'imagination est d'un grand secours : au lieu de se laisser tromper par des bruits venus de l'extérieur, on prend le parti de se tromper soi-même, de se "mentir vrai", en élaborant des fictions ».

> rayonne dans plusieurs directions : douter, affirmer, nier, comprendre si peu que ce soit, imaginer, sentir, et même, pourrait-on ajouter, rêver[635].

Macherey souligne la petitesse de l'humain aux yeux de Descartes, jusqu'à même en paraître à peine visible (« ce tout petit point »), ainsi que sa faiblesse (« comprendre si peu que ce soit ») et sa fragilité[636] (« pauvre chose »). Mais aussi petit, vulnérable et faiblement doté soit-il, il ne saurait être dilué dans le monde des choses duquel, invisibilisé, il serait indistingable ne serait-ce que parce qu'il n'en reste pas moins un point. De même, et surtout, il ne saurait être privé de cette propriété fondamentale qu'est son activité pensante (« Sa nature d'être pensant ») en ce qu'elle définit son irréductible individualité de sujet (« son égoïté ») et le visibilise en magnifiant sa présence (« rayonne dans plusieurs directions ») au prisme de ce qui caractérise son existence (« douter, affirmer, nier, comprendre si peu que ce soit, imaginer, sentir, […] rêver »). C'est pourquoi « ce tout petit point », en ce qu'il renvoie à un sujet pensant, n'en concrétise pas moins la reconnaissance de la subjectivité individuelle, la reconnaissance du « je ».

Pour remarquable qu'elle soit, cette avancée mise au crédit de Descartes[637] qu'est la reconnaissance du sujet au prisme de son activité pensante, ou plus précisément de son activité doutante, n'a pas été sans susciter des critiques et mobiliser nombre de philosophes après lui. C'est notamment le fameux solipsisme qui a été tant reproché à Descartes, à savoir le risque d'enfermement du « je » en lui-même, l'idée qu'il n'y aurait pas d'autre réalité existante que le « je ». La forêt elle-même, puisqu'elle n'est que l'image de la forêt mentale soumise à la désorientation et l'errance, renvoie à l'intériorité du « je » bien plus qu'au monde extérieur à soi et à ses dangers. L'analyse que propose Macherey de la consigne de Descartes consistant à marcher obstinément droit pour s'extraire de la forêt du doute va en ce sens lorsqu'il écrit que : « la bonne voie, c'est celle qu'on tire à partir de soi-même, avec résolution, c'est-à-dire en prenant la décision de la suivre mordicus jusqu'au bout. […] c'est là que le bât blesse : une fois rentré en soi-même, est-on sûr de pouvoir en sortir ? »[638]. Si Macherey paraphrase le mot d'ordre de Descartes consistant à mobiliser toute sa volonté, sans ciller (« mordicus jusqu'au bout »), pour sortir droit de la forêt[639], il en signale aussi l'écueil (« là que le bât blesse ») à savoir que « pour sortir de la forêt, il n'y a d'autre moyen qu'en sortir (par l'intérieur) »[640], ce qui signifie que rien ne peut se faire en dehors de soi et que tout y demeure. Tel est

---

[635] *Ibid*.
[636] *Ibid.* : « Un point, rien qu'un point : une pauvre "chose" en vérité, "qui connaît peu de choses, qui en ignore beaucoup", et qui se trouve entièrement livrée à elle-même, comme le point géométrique, dans un monde auquel, au départ, elle ne comprend rien, et qui se présente à elle comme une forêt impénétrable à l'intérieur de laquelle elle est complètement perdue ».
[637] Husserl Edmund, *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*, Ed. J. Vrin, 1992, p. 21 : « Descartes inaugure un type nouveau de philosophie. Avec lui la philosophie change totalement d'allure et passe radicalement de l'objectivisme naïf au subjectivisme transcendantale ».
[638] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 186.
[639] *Ibid.*, p. 158 : « Dans une forêt, comment se diriger ? Non seulement on ne sait pas : on ne peut pas. Ceci compris, il ne reste qu'à aller droit devant soi, dans une totale ignorance de là où on va, ce dont il faut bon gré mal gré s'accommoder » ; p. 161 : « le penseur qui affiche sa volonté inébranlable de marcher tout droit en s'appuyant entièrement sur le principe assuré qu'il tire de son for intérieur ».
[640] *Ibid.*, p. 186 : « Si on en reste là, le raisonnement de Descartes se ramène au schéma suivant : pour sortir de la forêt, il faut rentrer en soi-même ».

l'enfermement en quoi consiste le solipsisme. Ainsi que le précise la philosophe Natalie Depraz, « Descartes a pensé le "je" pour lui-même et pas dans la relation à l'objet, pas dans la relation au monde. Il est du coup resté enfermé en lui-même »[641]. Cet enfermement du « je » sur lui-même conduit à nier et donc négliger dans la réalité de l'existence du sujet, non seulement tout ce qui relève de la réalité extérieure au « je », mais également toute sa dimension relationnelle, c'est-à-dire la place et les interactions de l'être dans le monde. Le solipsisme aboutit ainsi à un « je » privé de la relation aux êtres et aux choses, un « je » certes par lui-même *pensant*, mais seulement pour lui-même, sur lui-même et en lui-même, autrement dit un « je » cloitré et enferré, pris en quelque sorte à son propre piège. Ainsi que je le développerai dans un chapitre à venir en convoquant le philosophe Edmund Husserl, la reconnaissance subjective de l'être ne saurait pourtant reposer sur sa seule activité de pensée telle que définie au prisme du *cogito* cartésien.

5 – Le doute au prisme de l'*épochè* de Husserl et la réduction phénoménologique

Mobiliser, dans la suite de Descartes, le philosophe Edmund Husserl repose d'une part sur l'intérêt de sa démarche de radicalisation et de dépassement du doute cartésien aboutissant à l'*épochè* phénoménologique, et plus largement ce qu'il qualifie de réduction. Loin de conduire à la négation de ce qu'est telle ou telle chose, l'*épochè* husserlienne conduit, au contraire, à un éveil de la conscience, c'est-à-dire une possibilité d'hésitation à l'égard de ce qui semble donné, de vigilance vis-à-vis des évidences, d'attention accrue, réflexive et donc interrogative sur le monde et ce qui le constitue. D'autre part, la philosophie de Husserl permet de penser le sujet dans sa corrélation avec le monde, dans sa relation consubstantielle aux objets du monde comme à autrui. Or l'intersubjectivité transcendantale n'est pas une simple abstraction, elle peut s'appliquer très concrètement pour tenter de mieux comprendre les situations que vivent les individus dans leur vie courante, telles celles qui impliquent des questions de santé et d'interaction avec des soignants[642].

5.1 – Propos introductif

Le doute cartésien, et son aboutissement dans l'*ego cogito*, a constitué une avancée considérable en matière d'exigence quant à l'élaboration de la connaissance puisqu'elle a pris pour justification « une réforme totale de la philosophie, pour faire de celle-ci une science à fondements absolus »[643]. Si la démarche de Descartes a marqué le franchissement de caps majeurs pour la philosophie occidentale, en promouvant notamment le principe et la rigueur scientifiques mais également en révélant la subjectivité (quand bien même il en a manqué

[641] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.
[642] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Ellipses, 2017, p. 32 : « L'intersubjectivité transcendantale ne demeure pas chez Husserl une simple structure a priori de la subjectivité elle-même. […] infléchissement notable de la phénoménologie husserlienne vers le monde concret et social ».
[643] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 18.

l'orientation transcendantale[644]), elle a cependant aussi suscité des analyses critiques ainsi que divers prolongements philosophiques. Il en est de l'inventeur de la phénoménologie, le philosophe Austro-Hongrois Edmund Husserl (1856-1938). Visant lui aussi une « science des vrais commencements »[645], Husserl s'estime hautement redevable de Descartes, avouant même que « C'est par l'étude de ses *Méditations* que la phénoménologie naissante s'est transformée en un type nouveau de philosophie transcendantale »[646]. Pourtant, pour y parvenir, cette nouvelle philosophie s'est « vue obligée de rejeter à peu près tout le contenu doctrinal connu du cartésianisme »[647]. Husserl a ainsi non seulement proposé une relecture de ses *Méditations métaphysiques*, tout en s'appuyant fidèlement sur ce modèle[648], pour produire ses propres *Méditations cartésiennes*, mais il a également réformé en profondeur le doute cartésien pour aboutir à l'*épochè* phénoménologique et plus largement à la méthode dite de la *réduction* transcendantale.

Il est notable que, bien qu'ayant fondé l'un des courants majeurs de la philosophie qu'est la phénoménologie, Husserl ne se soit pas d'abord intéressé à la philosophie mais aux sciences. Il fut mathématicien ce qui explique que certains de ses textes ont pu concerner la philosophie de l'arithmétique. Il a donc très tôt été soucieux de la place, la structuration, la méthodologie et la valeur des sciences pour la pensée au point qu'il a pu écrire : « La philosophie peut devenir une science rigoureuse elle aussi »[649] sans pour autant emprunter au modèle des sciences de la nature auquel Husserl reproche de réifier la conscience. Cela ne l'a donc pas privé d'une approche très critique à l'égard de la raison scientifique, considérant notamment les conséquences de l'objectivisme[650] (dont l'idéal d'objectivité scientifique) et estimant qu'elle s'est irréductiblement éloignée du monde de la vie[651]. Il est notable aussi que pour avoir aussi été lié d'amitié et élève du psychologue et philosophe Franz Brentano, Husserl a aussi marqué la psychologie dans le sens de sa dimension descriptive ayant pour fondement l'expérience subjective, contrastant ainsi avec une psychologie scientifique fondée sur la méthode expérimentale telle que portée par Wilhelm Wundt (1832-1920). Le souci de la description est de fait caractéristique du projet husserlien d'une psychologie phénoménologique, et plus généralement de la phénoménologie. « La phénoménologie est une entreprise descriptive et elle accomplit sa tâche lorsqu'elle rend compte descriptivement de la manière la plus fidèle et la

---

[644] *Ibid.*, p. 42-43 : « Faisons ici, sur les traces de Descartes, le grand retour sur soi-même, qui correctement accompli, mène à la subjectivité transcendantale : le retour de l'*ego cogito*, domaine ultime et apodictiquement certain sur lequel doit être fondé toute philosophie radicale » ; p. 52 : « ayant, en un certain sens, déjà fait la plus grande des découvertes, Descartes n'en saisit pas le sens propre, celui de la subjectivité transcendantale. Il ne franchit pas le portique qui mène à la philosophie transcendantale véritable ».

[645] Husserl Edmund, de Launay Marc B. (Trad.). *La philosophie comme science rigoureuse*. Paris: Presses universitaires de France; 1989 [1911], p. 85.

[646] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 17.

[647] *Ibid.*

[648] *Ibid.*, p. 24 : « nous allons essayer de méditer à la manière de Descartes » ; p. 27 : « Mais nous n'abandonnons pas pour cela notre but général, qui est de donner aux sciences un fondement absolu. Comme chez Descartes, ce but va orienter sans cesse le cours de nos méditations ».

[649] Husserl Edmund. *La philosophie comme science rigoureuse. Op. cit*.

[650] Husserl Edmund, Granel Gérard (Trad.). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris: Gallimard; 1989 [1954], p. 80 : « Ce n'est donc pas l'être du monde dans son évidence sans question qui est en soi ce qu'il y a de premier ; ce qui est premier en soi est au contraire la subjectivité et ce en tant qu'elle pré-donne naïvement l'être du monde, puisqu'elle le rationalise ou […] l'objective ».

[651] *Ibid*., p. 10 : « Dans la détresse de notre vie, cette science n'a rien à nous dire ».

plus rigoureuse qui soit de ce qui se donne à vivre dans nos expériences les plus courantes »[652] explique le philosophe Julien Farges. En l'occurrence, Husserl cherche à dégager en les décrivant les différentes structures fondamentales de la conscience considérant par-là que la conscience n'est pas une accumulation de différentes facultés telles que celles de rêver, de percevoir, d'imaginer, etc. Pour Husserl, il y a différentes structures de la conscience correspondant par exemple au fait pour la conscience d'être dans un état d'émotion, de peur, d'amour, de crainte, de défiance, d'illusion, etc. L'exigence descriptive de Husserl consiste à atteindre l'*essence* même de tel ou tel de ces phénomènes en s'appuyant pour cela sur la méthode de la *réduction* phénoménologique.

En tant que *méthode* consistant à accéder aux phénomènes, la phénoménologie peut être entendue comme une description méthodique visant à mettre en évidence les structures fondamentales de l'expérience, c'est-à-dire les modalités selon lesquelles la conscience, en fonction de ses différents états, se rapporte aux choses. Pour Husserl accéder aux phénomènes signifie en effet accéder aux choses elles-mêmes. A cet égard, la formule « le retour aux choses mêmes »[653] est reconnue comme la maxime phénoménologique, ce d'autant que d'après Husserl il s'agirait de son seul but. Par « choses », Husserl n'entend pas ce qui est objectivable tout autour de nous et en nous, soit de façon empirique dans le cadre de notre expérience courante, soit par le biais de l'expérimentation scientifique. « Revenir aux choses mêmes, c'est revenir […] aux différentes formes de notre expérience dans laquelle se joue, se constitue, se construit notre rapport aux choses, notre rapport au monde »[654] explique Julien Farges. Il ne s'agit donc pas des choses au sens d'objets caractérisés par leur matérialité objectivable ainsi que par leur extériorité et qu'il faudrait donc atteindre. En parlant de « rapport », Husserl instaure d'emblée une liaison expérientielle entre les choses, le monde et notre conscience. Les phénomènes dont Husserl vise la description renvoient aux *expériences*, qu'il nomme aussi *vécus*,[655] grâce auxquels nous sommes en relation avec les choses mêmes. En ce sens, et conformément à la définition évoquée plus haut, il n'y a de fait pas de distinction entre les phénomènes et les « choses mêmes », mais bien leur indifférenciation. Il s'agit, non pas de considérer le monde comme existant[656] ainsi que je développerai par la suite, mais de saisir le monde, et la totalité de ses objets, comme phénomène en tant qu'il s'agit de faire l'expérience

---

[652] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « Le phénomène Husserl », premier épisode intitulé *Retour au monde*], France culture, 9 mars 2020. En ligne : Retour au monde : épisode 1/3 du podcast Le phénomène Husserl | France Culture, consulté le 08 octobre 2025.

[653] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit*.

[654] *Ibid.*

[655] *Ibid.* : « Husserl appelle les *vécus*, c'est-à-dire toutes mes expériences, toutes les formes fondamentales d'expérience dans lesquelles se noue mon rapport à ce que j'appelle les choses, les autres, le monde, les théories, les objets, les nombres, les œuvres d'art, tout ce que nous appelons du terme générique *choses*, nous entrons en rapport, elles prennent leur consistance propre pour nous dans une expérience que nous avons avec elle, dans le rapport d'expérience que nous avons avec elle ».

[656] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 43 : « En philosophes qui méditent de façon radicale, nous ne possédons à présent ni une science valable ni un monde existant. Au lieu d'exister simplement […] ce monde n'est pour nous qu'un simple phénomène élevant une prétention d'existence (*Seinsanspruch*). Ceci concerne aussi l'existence de tous les autres "moi", dans la mesure où ils font partie du monde environnant. […] l'ensemble du monde concret qui m'environne n'est plus pour moi, désormais, un monde existant, mais seulement "phénomène d'existence (*seinsphänomen*)" ».

(actuelle ou potentielle) d'un rapport à ce monde et à ses objets. Autrement dit, « Il s'agit de dépasser une attitude objectivante à l'égard du monde, celle qui est notamment à l'œuvre dans les sciences, pour prendre en compte et intégrer dans la recherche philosophique ce que Husserl nomme le *vécu*, qui n'est pas réductible à la recherche scientifique, afin de saisir le monde comme *phénomène* »[657]. « Le monde, dans l'attitude phénoménologique, n'est pas une existence, mais un simple phénomène »[658] résume Husserl. C'est précisément l'objectif de la phénoménologie que de décrire l'ensemble des phénomènes en tant qu'ils sont des vécus dans l'épaisseur desquels se dévoilent les choses mêmes, à savoir les objets du monde, le monde lui-même. C'est aussi grâce à de tels vécus que nous sommes en relation avec le monde et l'ensemble des objets qui le constituent, autrui compris.

Si le « retour aux choses mêmes » consiste pour Husserl à retourner et s'intéresser au vécu, c'est-à-dire l'expérience par laquelle advient notre rapport au monde et aux choses, celui-ci précise aussi la dynamique qui lui est inhérente. « Toute conscience est conscience de quelque chose »[659] est une autre formule majeure de la phénoménologie qui permet de signifier le vécu de ce rapport aux choses que Husserl définit comme l'*intentionnalité* de la conscience[660]. Autrement dit, pour Husserl, nos vécus sont intentionnels, ils visent l'objet dans le rapport qui s'instaure avec lui[661] et cette intentionnalité est performative au sens où elle concrétise ce qui lie authentiquement la conscience aux objets qu'elle vise, les phénomènes aux choses mêmes[662]. Par cette formule, Husserl définit la conscience intentionnelle au prisme de son rapport dynamique au monde et à tous les objets qui le constituent. Si avoir conscience, c'est avoir conscience de quelque chose, cela signifie s'orienter vers et entrer en rapport avec les objets, m'y rapporter, viser ces objets selon différents modes selon qu'il s'agit d'un état de conscience propre à la peur, au désir, à la colère, à la joie, etc.[663]. L'opération à même de mettre en évidence la structure intentionnelle de la conscience a été identifié par Husserl comme la *réduction* phénoménologique.

---

[657] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « Le phénomène Husserl », deuxième épisode intitulé *A la recherche du monde commun*], France culture, 10 mars 2020. En ligne : À la recherche du monde commun : épisode 2/3 du podcast Le phénomène Husserl | France Culture, consulté le 08 octobre 2025.

[658] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 64.

[659] *Ibid.*, p. 64 : « Ainsi, tout état de conscience en général est, en lui-même, conscience *de* quelque chose, quoi qu'il en soit de l'existence réelle de cet objet et quelque abstention que je fasse, dans l'attitude transcendantale qui est mienne, de la position de cette existence ».

[660] *Ibid.*, p. 65 : « Le mot *intentionnalité* ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'a la conscience d'être conscience de quelque chose, de porter, en sa qualité de *cogito*, son *cogitatum* en elle-même ».

[661] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit.* : « Nos vécus sont intentionnels c'est-à-dire qu'ils portent en eux un rapport à l'objet et c'est précisément parce que nos vécus sont intentionnels, parce que notre conscience est, de part en part, rapport à un objet ».

[662] *Ibid.* : « Cette propriété pour nos vécus de se rapporter à des objets, d'être rapport à l'objet, la propriété de la conscience d'être conscience de, a pour conséquence […] de dissoudre littéralement la question traditionnelle de l'accès à des objets. Il n'y a pas moi d'un côté, ma conscience, et de l'autre des objets qui seraient là [mais dont il s'agirait de se demander comment] y accéder ».

[663] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 65 : « tout état de conscience "vise" quelque chose, […] il porte en lui-même, en tant que "visé" (en tant qu'objet d'une intention) son *cogitatum* respectif ».

5.2 – L'*épochè* de Husserl ou le dépassement du doute cartésien

L'apport de Descartes à la philosophie est universellement reconnu, y compris par Husserl lui-même qui ne fait pas mystère de sa dette à son égard. Descartes fut ainsi considéré comme le philosophe ayant poussé le plus loin l'exigence de la connaissance en usant, pour ce faire, de cet instrument qu'est le doute méthodique hyperbolique. Selon Husserl Descartes fut ainsi au plus près de pouvoir « mener enfin la philosophie à ses fondements derniers »[664]. Pourtant, en dépit de la rigueur et de l'application systématique de sa méthode, Husserl tranche sur son incomplétude, considérant que Descartes n'est pas parvenu à ses fins, à savoir un doute vraiment radical, ainsi que l'explique Löwit :

> […] parce qu'il n'a pas réussi à appliquer intégralement le principe de l'épochè et à suspendre réellement la croyance à l'égard de tout ce qu'il ne concevait pas clairement et distinctement pour mener effectivement à la « terre promise » de la philosophie, la démarche cartésienne doit être « radicalisée »[665].

Dans ce propos, il ne s'agit aucunement de remettre en cause le bien-fondé de la démarche cartésienne mais de souligner l'intérêt d'en renforcer l'application (« doit être « radicalisée »). Pour Husserl, le doute cartésien n'a pas atteint à son ultime point de radicalité, non pas du fait d'une défectuosité fonctionnelle mais parce qu'il n'a pas été suffisamment appliqué (« il n'a pas réussi à appliquer intégralement le principe de l'épochè »). Descartes n'a donc pas atteint les « fondements derniers » de la philosophie, ce but ultime appréhendé telle une « terre promise ». Quand bien même il a été jusqu'à mettre en doute l'existence du monde, sa propre existence et même ultimement celle d'un Dieu bienveillant, Husserl affirme que le doute cartésien a été incomplètement déployé ou du moins prématurément résolu. Alors même qu'il escomptait que son doute soit radical, la découverte de cette vérité première qu'est le sujet pensant (l'*ego cogito*), grâce à laquelle Descartes affirme « *je suis*, *j'existe* », n'a en fait pas elle-même été critiquée ainsi que Husserl le rapporte dans sa deuxième leçon de son ouvrage traduit par Löwit *L'idée de la phénoménologie* :

> Rappelons-nous la démarche cartésienne du doute. En considérant les multiples possibilités d'erreur et d'illusion il se peut que je tombe dans un tel désespoir sceptique que je finisse par dire rien ne m'est certain, tout m'est douteux. Mais aussitôt il est évident que tout ne peut pas m'être douteux car pendant que je juge ainsi, tout m'est douteux, cela même est indubitable que je juge ainsi. Il serait donc absurde de vouloir maintenir un doute universel. Et dans chaque cas d'un doute déterminé il est indubitablement certain que je doute de telle façon déterminée. Et il en est de même à propos de toute cogitation. De quelque façon que je perçoive, me représente, juge, raisonne, quoi qu'il puisse en être de la certitude ou de l'incertitude de ces actes, de l'existence ou de la non-existence de leur objet, il est absolument clair et certain, en portant le regard sur l'acte de percevoir, que je perçois ceci ou cela, en portant le regard sur le jugement

[664] Löwit Alexandre. *L'« épochè » de Husserl et le doute de Descartes*. Revue de métaphysique et de morale, 1957;(4):399-415.
[665] *Ibid.*

> que je juge ceci ou cela, etc. Descartes a eu recours à cette considération en vue d'autres buts. Nous pouvons cependant en la modifiant convenablement nous en servir[666].

Reconnaissant leur pertinence, Husserl reprend exactement les fondements de la démarche cartésienne du doute. Adhérant à l'impératif de se prémunir de toute source « d'erreur et d'illusion », il convient qu'en conséquence il soit inévitable de devoir tout considérer comme douteux (« que je finisse par dire rien ne m'est certain »). Dans le même temps, Husserl fait remarquer que Descartes oublie de mettre en doute le sujet lui-même en train de penser et appréhendé comme une évidence (« cela même est indubitable que je juge ainsi »). Le doute cartésien ne saurait donc être considéré comme radical (« tout ne peut pas m'être douteux ») puisque l'*ego cogito*, présenté comme « indubitable » n'est pas lui-même questionné (« pendant que je juge ainsi, tout m'est douteux, cela même est indubitable que je juge ainsi »). Il devient alors impossible d'affirmer « tout m'est douteux » puisque cela est immédiatement contredit par l'affirmation présentée comme une évidence spontanée et indiscutable du sujet pensant émettant des doutes à l'égard de tout sauf à l'égard de lui-même doutant (« dans chaque cas d'un doute déterminé il est indubitablement certain que je doute »). Le cogito n'est effectivement jamais questionné (« de même à propos de toute cogitation », « De quelque façon que je perçoive, me représente, juge, raisonne »). Alors même que le monde est mis en doute dans son existence même, que donc les objets du doute (jusqu'au corps du sujet pensant) puissent être inexistants, illusoires ou erronés (« quoi qu'il puisse en être […] de l'existence ou de la non-existence de leur objet »), le sujet doutant n'est quant à lui jamais interrogé dans son aptitude à cogiter, en quoi consiste notamment le fait de percevoir, juger ou raisonner (« quoi qu'il puisse en être de la certitude ou de l'incertitude de ces actes ») et dans la réalité même de sa cogitation (« il est absolument clair et certain, […] en portant le regard sur le jugement que je juge ceci ou cela »). Si le fait est donc clair pour Husserl que Descartes a échoué dans son ambition de douter radicalement (« il serait donc absurde de vouloir maintenir un doute universel »), il ne compte pas pour autant l'abandonner ou le récuser. Au contraire, en pointant ses faiblesses et ce qui lui manque, il compte non seulement contribuer à l'édifice cartésien en y remédiant (« la modifiant convenablement »), mais également se l'approprier et s'en outiller pour son propre usage (« nous en servir »). Dans le premier mouvement de cette réforme husserlienne du doute cartésien, il s'agit de le soumettre à une plus grande radicalité et d'œuvrer ainsi à neutraliser le risque du solipsisme ainsi qu'il l'annonce, dès les premières pages de ses *Méditations cartésiennes*, dans le propos suivant :

> En fait de réalité absolue et indubitable, le sujet méditant ne retient que lui-même en tant qu'*ego* pur de ses *cogitationes*, comme existant indubitablement et ne pouvant être supprimé même si ce monde n'existait pas. Dès lors le moi ainsi réduit réalisera un mode de philosopher solipsiste[667].

Par sa résolution dans l'évidence spontanée et incritiquable (« réalité absolue et indubitable ») de l'*ego cogito*, le doute cartésien conduit en effet à l'écueil du solipsisme (« un mode de

---

[666] Husserl Edmund, Löwit Alexandre (Trad.) *L'idée de la phénoménologie. Cinq leçons*. Paris: Presses Universitaires de France; 1997 [1907], deuxième leçon.
[667] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 20.

philosopher solipsiste »). L'*ego* (« le sujet méditant ») se trouve enfermé en lui-même comme s'il était non seulement la seule réalité objective dont on puisse être assuré et à laquelle se référer[668], mais surtout aussi seul à même de pouvoir la juger comme telle (« le sujet méditant ne retient que lui-même en tant qu'*ego* pur de ses *cogitationes* »). La négation de toute réalité externe au « je » (« même si ce monde n'existait pas ») telle que l'induit, dans sa radicalité, le doute cartésien, rend d'autant plus manifeste cet écueil de l'idéal d'un *ego* isolé d'absoluement tout. Beaucoup de philosophes après Descartes ont aussi repéré cet écueil. En restant enfermé en lui-même, c'est comme s'il ne pouvait y avoir aucune réalité extérieure au « je ». Pour Husserl en particulier, le problème est qu'en pensant le « je » uniquement pour lui-même, Descartes néglige le « je » dans sa relation aux choses, sa relation au monde et à l'ensemble des objets qui le constituent. Il lui importe de concevoir la conscience non pas close sur elle-même et coupée du monde mais justement en lien avec le monde. Or, c'est précisément cette affirmation non questionnée de Descartes qui sera décisive pour Husserl puisqu'il en fera un élément fondateur de sa philosophie. C'est, en effet, de ce point aveugle, de cette certitude non soumise au doute qu'Husserl va partir[669], avant de reprendre point par point la démarche cartésienne pour progressivement s'en distinguer ainsi qu'en témoignent ses *Méditations cartésiennes*. Tout en s'appuyant sur le chemin déjà accompli par Descartes, Husserl procède ainsi à une radicalisation du doute cartésien, au sens où plus rien ne puisse y échapper, y compris le sujet pensant. Mais en passant du doute cartésien à l'*épochè* phénoménologique, sa réforme et les modifications qu'il opère s'avèrent en fait bien plus profondes. S'ils continuent certes de partager des éléments communs, beaucoup de choses les distinguent radicalement ainsi que le développe Alexandre Löwit dans un article dédié à tout ce qui sous-tend leurs divergences[670].

S'agissant de ce qui peut être considéré comme socle commun, d'une part Husserl use de ce qu'il qualifie non plus de doute mais d'*épochè* d'une façon méthodique, tout comme Descartes usait méthodiquement de son doute, c'est-à-dire dans la maitrise du *modus operandi*. D'autre part, l'*épochè* ou réduction phénoménologique ainsi que va l'appeler Husserl se veut être une mise entre parenthèses de l'existence du monde, donc de toutes choses, ce qui n'est pas sans faire écho avec l'ambition cartésienne de soumettre toutes choses, toutes opinions, toutes croyances, tous jugements à l'épreuve du doute[671]. Enfin, ni Descartes ni Husserl ne sont sceptiques. Il ne s'agit pas pour eux de douter pour douter. Au contraire, l'un et l'autre cherchent, grâce à l'usage maitrisé du doute, à résoudre ce qu'ils considèrent comme une énigme. Contrairement aux sceptiques pour lesquels elle demeure par principe inatteignable, ils visent donc bien, l'un et l'autre, la vérité.

---

[668] *Ibid.* : « Il se mettra en quête de voies d'un caractère apodictique par lesquels il pourra retrouver, dans son intériorité pure, une extériorité objective. On sait comment Descartes procède en déduisant d'abord l'existence et la véracité de Dieu, puis, grâce à elles, la nature objective, le dualisme des substances finies, d'un mot le terrain objectif de la métaphysique et des sciences positives, ainsi que ces sciences elles-mêmes. Toutes ces inférences s'accomplissent comme de juste en suivant les principes immanents à l'*ego*, qui lui sont "innés" ».

[669] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.

[670] Löwit Alexandre. *Op. cit*.

[671] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 46 : « cette universelle mise hors valeur, cette "inhibition", cette "mise hors jeu" de toutes les attitudes que nous pouvons prendre vis-à-vis du monde objectif – et d'abord des attitudes concernant : existence, apparence, existence possible, hypothétique, probable et autres, – […] cette "mise entre parenthèses" du monde objectif ».

S'agissant des divergences, elles sont selon Löwit de trois ordres, à savoir que contrairement au doute cartésien pour Husserl l'*épochè* est un acte de neutralisation et non pas de négation, elle est permanente et non pas temporaire, enfin elle est universelle jusqu'à même inclure le sujet pensant. Je propose d'aborder chacune de ces divergences, en commençant par celle listée en dernier par Löwit, à savoir le fait que Husserl s'attaque au solipsisme, c'est-à-dire au risque de l'enfermement de soi auquel conduit la démarche cartésienne. Alors que Descartes n'interroge pas le « *je suis* » de l'affirmation « *je pense, je suis* », constituant ainsi le *cogito* comme une évidence indubitable, un point fixe inattaquable, Husserl va quant à lui justement mettre entre parenthèse le « *je suis* ». En l'occurrence, l'*épochè* suspensive concerne plus précisément ce qu'il qualifie de sujet psychologique, c'est-à-dire un sujet intramondain, captivé par le monde au sens où il s'en trouve captif et ne parvient plus ni à y être attentif, ni à le regarder pour lui-même. De cette captivité résulte, selon Husserl, que nous considérons le monde comme existant, c'est-à-dire comme allant de soi tel un *il y a* évident du monde alors même que derrière cette certitude il importerait pourtant de reconduire notre regard et notre attention quant à la richesse et la complexité des expériences qui lui sont reliées. Y parvenir implique de suspendre le monde dans sa totalité, donc aussi ce *cogito* psychologique qui en fait partie. Ainsi que l'explique le philosophe Philippe Cabestan, « Pour Husserl, Descartes en est resté à un *cogito* psychologique. Il n'a pas accompli ce geste qui consiste à suspendre l'existence même mondaine de la conscience afin de dégager la conscience transcendantale »[672]. L'*épochè* husserlienne, dans sa radicalité, est ce qui permet de la mettre en évidence ainsi que ce qui la caractérise, à savoir sa structure intentionnelle[673]. Cette conscience transcendantale, contrairement à l'*ego* cartésien, n'est pas enfermée en elle-même, mais fondamentalement ouverte sur le monde et même le contenant[674]. Dans ses *Méditations cartésiennes*, Husserl précise que « l'ἐποχή est la méthode universelle et radicale par laquelle je me saisis comme moi pur, avec la vie de conscience pure qui m'est propre, vie dans et par laquelle le monde objectif tout entier existe pour moi, tel justement qu'il existe pour moi »[675]. L'*épochè* de Husserl, en distinguant la subjectivité transcendantale (« vie de conscience pure qui m'est propre »), positionne le sujet dans son rapport au monde (« dans et par laquelle le monde objectif tout entier existe pour moi »), tout à l'opposé d'un état clos sur lui-même. L'*épochè* de Husserl conduit à l'ouverture de la conscience au monde et non pas son enfermement et sa déconnexion du monde. Cela conduit naturellement à évoquer ces autres points de divergence entre Descartes et Husserl. Il s'agit d'une part de la question de la temporalité. Pour Descartes, le doute est

---

[672] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit.* :« Il y a bien l'idée chez Husserl qu'il faut être plus radical que Descartes. Il ne faut pas s'en tenir à un simple cogito qui serait comme un élément du monde, mais il faut mettre entre parenthèses (biffer comme dit Ricœur) le monde dans sa totalité, y compris l'homme en tant que sujet mondain, c'est-à-dire en tant que sujet qui fait partie du monde, afin de dégager la subjectivité transcendantale avec sa structure intentionnelle ».

[673] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 46 : « ce qui par là devient mien, à moi sujet méditant, c'est ma vie pure avec l'ensemble de ses états vécus purs et de ses objets intentionnels (*reine Gemeintheiten*), c'est-à-dire l'universalité des "phénomènes" ».

[674] *Ibid.*, p. 170 : « la *totalité* du "monde" que nous avons précédemment "réduit" en éliminant de son sens des éléments de ce qui m'était étranger, appartient à cette sphère et fait donc partie du contenu concret (positivement défini) de l'*ego*, en qualité de *ce qui lui appartient* ».

[675] *Ibid*., p. 46.

appréhendé sous l'angle de sa fonction instrumentale. Le doute cartésien est un outil qui a vocation à être mobilisé de façon provisoire puisqu'il a pour objectif d'aboutir à sa résolution à travers l'aboutissement d'une vérité indubitable qu'est l'*ego cogito*. Il n'est donc aucunement question pour Descartes de rester dans le doute en permanence. Pour Husserl, parce qu'il s'agit d'une « une attitude fondamentale d'existence »[676], l'*épochè* phénoménologique ne saurait être provisoire. L'état de suspension en la croyance du monde, et donc d'ouverture au monde, doit être maintenu. Il s'agit d'autre part des conséquences différenciées de l'état de suspension du monde. Au prisme de la négation qu'induit son doute, Descartes se détourne du monde. Husserl, tout au contraire, réoriente et tend son esprit vers le monde pour pouvoir échapper à l'évidence (non discutable) de son existence et ainsi le réinterroger.

5.3 – La conscience intentionnelle comme état d'attention au monde

A la différence de Descartes qui est dans un geste de négation et donc de coupure vis-à-vis du monde, Husserl est tout au contraire dans un geste de recréation du lien[677]. Par son effet de suspension, la mise à distance que suscite l'*épochè* phénoménologique ne serait donc pas une fermeture ni un rejet mais une position qui fait lien. Tel est le propos de Löwit lorsqu'il écrit que « l'épochè husserlienne, par opposition à l'épochè cartésienne, ne comporte aucun élément de négation »[678]. Il va même jusqu'à considérer avec force conviction que l'*épochè* husserlienne ne devrait pas être considérée comme du doute ainsi qu'en témoigne cet autre propos :

> […] l'épochè husserlienne n'est d'aucune façon un doute, exagéré ou non. Suspendre la position du monde, s'abstenir de croire à son existence, ne signifie pas, chez Husserl, cesser d'y croire pour en douter, la nier, ou rester dans l'indécision, mais se retirer pour ainsi dire de cette croyance, ne plus y « participer ». Le monde continue, dans l'épochè, à se présenter comme auparavant, c'est-à-dire comme ayant une existence certaine ; mais le moi s'abstient de prendre toute position quelle qu'elle soit à son égard : il se « désintéresse » radicalement de son être[679].

En dépit de l'intrication étroite, et ce depuis les sceptiques antiques, entre doute et *épochè*, Löwit suggère qu'ils seraient, chez Husserl, décorrélés. Il en est à ce point convaincu qu'il va jusqu'à affirmer que « l'épochè husserlienne n'est d'aucune façon un doute »[680]. En fait, Löwit explicite l'*épochè* husserlienne en la distinguant tout à la fois du doute, de la négation et de l'indécision (« en douter, la nier, ou rester dans l'indécision »). Toutes ces configurations sont en réalité autant de *positions* à l'égard de l'existence du monde alors qu'avec l'*épochè* de Husserl, ce n'est justement pas l'existence du monde qui est en jeu (« Le monde continue, dans l'épochè, à se présenter comme auparavant »)[681]. La suspension à l'égard du monde est d'un

---

[676] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.
[677] *Ibid.*
[678] Löwit Alexandre. *Op. cit*.
[679] *Ibid.*
[680] *Ibid.*
[681] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit*. : « Descartes doute de l'existence du monde, mais Husserl fait remarquer que douter c'est encore un acte positionnel (donc ce n'est pas douter mais affirmer). Douter c'est encore poser comme douteux, autrement dit douter de l'existence du monde c'est affirmer que le monde *est* douteux. C'est donc encore une thèse sur l'être du monde. Or, Husserl ne veut plus rien affirmer pas même que le monde est douteux ».

autre ordre et vise à ce que la conscience se dégage de cette question de l'existence (« le moi […] se "désintéresse" radicalement de son être ») et puisse ainsi appréhender son rapport au monde. De fait, Husserl définit l'*épochè* de la façon suivante : « Je ne nie donc pas ce monde comme si j'étais sophiste, je ne mets pas son existence en doute comme si j'étais sceptique mais j'opère l'*épochè* phénoménologique qui m'interdit absolument tout jugement sur l'existence spatio-temporelle »[682]. Il s'agit donc bien de suspendre toute adhésion quant à cet *il y a* (ou pas) du monde, un état de suspension qui n'a rien à avoir avec l'art de la rhétorique des sophistes pouvant conduire à nier le monde ou avec la position sceptique de suspension de tout assentiment à l'existence du monde par défaut irrémédiable d'accès à quelque vérité que ce soit. En se détournant résolument de la question de « l'existence » du monde, l'*épochè* phénoménologique, parce qu'elle est un état de suspension à même de dépasser l'attitude existentielle spontanée qui est le plus couramment la nôtre à l'égard du monde, permet non pas de poser l'être du monde (puisque nul ne doute de son existence[683] jusqu'à même ne plus y faire attention) mais d'éveiller l'attention, de réorienter le regard vers le monde et de s'interroger sur celui-ci et notre rapport d'expérience à celui-ci. « En suspendant ma position ontologique, l'être devient phénomène d'être et en quelque sorte je peux maintenant interroger les structures d'expériences auxquelles correspondent ce que j'appelle pour un objet être, exister »[684] analyse le philosophe Julien Farges. Husserl n'est pas dans une « position ontologique » mais phénoménologique (« phénomène d'être »), c'est-à-dire que ce n'est pas la question de l'existence du monde qui lui importe (« il se désintéresse radicalement de son être ») mais comment nous nous y rapportons (« interroger les structures d'expériences »), en quoi consistent nos expériences de notre rapport au monde (« exister »). L'*épochè* de Husserl, cette suspension est en fait un état d'interrogation permanente tournée vers le monde[685] consistant à ne jamais se laisser « gagner par l'évidence du cela va de soi ou des choses acquises »[686]. Pour Natalie Depraz, le propos de Husserl doit s'entendre dans les termes suivants : « incessamment j'interroge, je réinterroge, […] j'ai toujours l'esprit tendu vers ce qui m'entoure et vers la nécessité de toujours remettre en question »[687]. Aux antipodes du doute comme négation ou comme suspension d'attention, l'*épochè* de Husserl conduit à y être particulièrement attentif, curieux, voire soucieux, à le faire exister sans le juger mais en le (re)questionnant.

Si pour qualifier cette *épochè*, Husserl parle plus globalement de *réduction* phénoménologique (laquelle inclut l'*épochè* qui en est le premier temps, celui de suspendre l'adhésion naturelle et spontanée en l'existence du monde), le terme ne doit pas être entendu comme une amputation mais dans le sens d'une reconduction. Le philosophe Julien Farges explique que « La réduction est cette méthode qui reconduit le regard devant ce dont nous faisons effectivement

---

[682] Husserl Edmund, Lavigne Jean-François (Trad.). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pure*. Paris : Gallimard, 2018 [1913].
[683] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 40 : « L'existence du monde va de soi, elle est tellement naturelle que nul ne songera à l'énoncer explicitement dans une proposition ».
[684] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *A la recherche du monde commun*]. *Op. cit*.
[685] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 53 : « l'ἐποχή phénoménologique […] inhibe la valeur existentielle du monde objectif et par là l'exclut totalement du champ de nos jugements ».
[686] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.
[687] *Ibid.*

l'expérience, c'est-à-dire non pas cet objet *étant* dont nous sommes convaincus qu'il existe face à nous mais les vécus à travers lesquels quelque chose comme cet objet devient pour nous consistant »[688]. Il s'agit d'entrer dans la matière (« consistant ») du *comment* de l'expérience, dans l'épaisseur de cette expérience du monde ce qui implique de cesser de le considérer comme existant (soit s'abstenir de toute position ontologique) sans plus même le voir ni s'y intéresser[689]. En œuvrant ainsi à une reconduction du regard vers le phénomène (« ce dont nous faisons effectivement l'expérience »), l'*épochè* de Husserl invite à le réinterroger. Elle est donc une méthode volontairement investie qui permet de questionner l'expérience du monde pour tenter d'en rendre compte en s'en dégageant, en s'abstenant de toute croyance à son égard, en se libérant de sa captivité. Le geste de suspension, de mise entre parenthèse de l'existence du monde « ne nous placent pas devant un pur néant »[690] mais permet, au contraire, de tendre le regard sans se positionner[691], de prévenir tout acte de fermeture que susciterait une position de jugement, de se prémunir de toute position d'évidence, donc de rester en état réflexif, interrogatif[692]. Husserl emploie le terme de « neutralisation » pour qualifier cette *épochè* signifiant par-là qu'il ne s'agit pas de nier le monde mais de neutraliser, et donc suspendre, mettre distance, toute thèse à son sujet. La neutralisation conduit à ne rien affirmer sur le monde. L'objectif de Husserl étant le retour aux choses mêmes, ce geste de neutralisation permet de se tourner vers le monde, délesté de tout engagement en faveur de quelque position que ce soit. D'autre part, cette neutralisation est aussi ce qui permet à Husserl de dévoiler la conscience transcendantale. Par l'*épochè*, Husserl libère la conscience transcendantale du monde en mettant ce dernier à distance sans pour autant le nier (ainsi que l'a fait Descartes avec le *cogito*). Ce faisant, s'il fait émerger la subjectivité transcendantale par contraste d'avec le monde, il ne l'en détache pas pour autant. Cette conscience n'est pas excluante du monde mais se situe dans le monde, elle est elle-même « être du monde »[693], « non pas comme de simples "choses" de la nature, bien qu'ils le soient d'une certaine façon "aussi" »[694]. Elle ne saurait donc être la seule réalité à laquelle se référer à l'instar de ce à quoi a pu conduire le solipsisme cartésien. Elle est reliée au monde et à tout ce qui le constitue, c'est-à-dire à l'ensemble de ses objets ainsi qu'à la diversité de tous les « autres ego »[695] qui le peuplent, attestant que pour Husserl l'*ego* n'est pas replié sur lui-même mais tourné vers et en lien avec le monde.

L'*épochè* husserlienne ne conduit pas à un éloignement, encore moins une coupure du monde mais à un lien d'un autre ordre que celui qui est à l'œuvre dans l'attitude naturelle (attitude par

---

[688] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *A la recherche du monde commun*]. *Op. cit*.
[689] *Ibid*. : « Qu'est-ce que la *réduction phénoménologique* ? […]. Ce n'est pas exactement la même chose que le doute cartésien, cela consiste à neutraliser la position d'existence, la position d'être que j'attribue à ce dont je suis en train de faire l'expérience, à neutraliser cette thèse, cet engagement ontologique qui statue sur l'être de ce dont je fais l'expérience afin de me donner les moyens de décrire ce dont je fais l'expérience sans le poids de cet engagement ontologique ».
[690] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 46.
[691] *Ibid*., p. 45 : « je n'effectue plus l'acte de croyance existentielle de l'expérience naturelle […] de même de toutes les autres intentions (*Meinungen*) qui appartiennent à mon courant de vie […] je ne "prends pas position" (*Stellungnahme*) […] je m'en abstiens ».
[692] *Ibid*., p. 44 : « Je puis à tout moment, dans la réflexion, diriger un regard de mon attention sur cette vie spontanée ».
[693] *Ibid*., p. 163.
[694] *Ibid*., p. 150.
[695] *Ibid.*, p. 149.

laquelle les objets sont posés comme étant donnés et à laquelle, selon Husserl, s'est restreint Descartes). Par contraste avec cette dernière, l'attitude d'*épochè* transcendantale conduit à un changement du mode de présence au monde dans le sens d'un lien au monde qui s'avère beaucoup plus profond. Dans l'attitude transcendantale, notre façon d'être relié au monde se trouve approfondie au prisme d'un gain d'attention, de conscience, de lucidité. Le fait d'être plus conscient du monde visé par mon attention, d'être pleinement absorbé par celui-ci, d'approfondir l'état d'interrogation sur qui est vécu. Ce changement du mode de relation au monde va donc pleinement dans le sens d'un approfondissement de l'attention qui lui est portée, d'une conscience amplifiée de ce qui s'y joue et s'y vit ainsi que d'une investigation aiguisée des phénomènes qui le constituent. Autant d'actes de la conscience auxquels conduit l'*épochè* husserlienne, et plus globalement la réduction phénoménologique, qui sont révélateurs de cette structure fondamentale de la conscience qu'est la conscience intentionnelle. Cette structure première de la conscience qu'est l'*intentionnalité*, laquelle implique que toute conscience est conscience de quelque chose, concrétise cette activité de la conscience comme relation d'attention approfondie à l'égard du monde. La conscience intentionnelle, en ce qu'elle vise toujours un objet du monde (dont les « autres ego » font aussi partie), n'est jamais repliée sur elle-même mais toujours en relation avec le monde qu'elle vise et interroge. Les différentes modalités de cette relation constituent autant d'actes diversifiés de cette conscience intentionnelle qu'il s'agisse de percevoir, imaginer, décrire. C'est pourquoi elle est aussi donatrice de sens puisque c'est elle qui donne réalité aux objets (ceux-ci n'étant pas posés comme existant mais visés) qu'elle perçoit, questionne, décrit.

5.4 – La réduction phénoménologique comme condition de l'intersubjectivité

Husserl s'est activement soucié de dépasser le doute cartésien et de résoudre le problème de son aboutissement, certes majeur, dans l'*ego cogito* mais pris dans le piège de l'enfermement sur soi. Il y est parvenu en appliquant, de façon encore plus radicale que Descartes, l'*épochè* au sujet lui-même. C'est ainsi que la réduction phénoménologique appliquée jusqu'à même l'*ego cogito* a permis le dévoilement du sujet transcendantal et sa caractéristique fondamentale qu'est l'intentionnalité de la conscience. Pourtant, la résolution du solipsisme cartésien ne résout pas toutes les questions ni tous les risques et Husserl s'inquiète de tomber lui-même dans l'écueil d'un solipsisme transcendantal[696]. Certes il définit l'*ego* transcendantal comme « être du monde »[697], pleinement relié au monde mais il s'agit aussi de répondre à la question d'autrui qu'Husserl pose très clairement : « Mais qu'en est-il alors d'autres *ego* ? »[698]. Par ailleurs, en donnant, au prisme de la réduction phénoménologique, réalité et sens au monde qu'elle vise par son attention aiguisée et ne cesse donc d'interroger, la conscience transcendantale soulève non

[696] *Ibid.*, p. 148-149 : « Lorsque moi, le moi méditant, je me réduis par l'ἐποχή phénoménologique à mon *ego* transcendantal absolu, ne suis-je pas devenu par là même *solus ipse* et ne le resté-je pas tant que, sous l'indice "phénoménologie", j'effectue une explicitation de moi-même ? Une phénoménologie qui prétendrait résoudre des problèmes touchant l'être objectif et se donnerait pour une philosophie, ne serait-elle pas à stigmatiser comme solipsisme transcendantal ? ».

[697] *Ibid.*, p. 163 : « tandis que moi – cet *ego* – j'ai constitué et je continue à constituer ce monde existant pour moi en qualité de phénomène (corrélatif), j'ai effectué, au moyen de synthèses constitutives correspondantes, *une aperception de moi-même* (en tant que "moi" au sens habituel d'une personnalité humaine plongée dans l'ensemble du monde constitué) *qui me transforme en un être du "monde"* ».

[698] *Ibid.*, p. 149 : « Ils ne sont pourtant pas de simples représentations et des objets représentés en moi, des unités synthétiques d'un processus de vérification se déroulant "en moi", mais justement des "autres" ».

seulement la question d'autrui mais aussi celle de l'intersubjectivité. En dépit de critiques adressées à Husserl, en particulier le fait que « la réduction de l'expérience à la conscience pure pouvait apparaître comme une limitation du monde commun au monde particulier de l'égo »[699], l'*épochè* husserlienne ne pourrait-elle au contraire constituer une condition de possibilité de l'intersubjectivité ?[700]

Si l'intentionnalité telle qu'elle caractérise la conscience transcendantale signifie que « toute conscience est conscience de quelque chose » qu'elle vise et partant considère, interroge et auquel elle donne sens, l'on est porté à supposer qu'elle puisse aussi être conscience d'autrui. Ce n'est pourtant pas sans soulever maintes questions dont les modalités de perception des « autres *ego* » comme du rapport à autrui. Dans ses *Méditations cartésiennes*, Husserl propose d'expliciter cette rencontre d'autrui. « Il nous faut bien nous rendre compte du sens de l'intentionnalité explicite et implicite, où, sur le fond de notre moi transcendantal, s'affirme et se manifeste l'*alter ego* »[701], écrit-il. Husserl semble ici suggérer que la rencontre d'autrui serait d'autant plus évidente qu'il s'impose (« s'affirme et se manifeste ») « sur le fond de notre moi transcendantal ». Ne serait-ce donc que parce que « la présence d'autrui en moi »[702] se présente comme inévitable, l'*ego* transcendantal ne peut être considéré comme replié sur lui-même mais doit nécessairement être appréhendé dans son rapport à autrui. Autrement dit, quand bien même elle serait « dépouillée de tout ce qui se réfère aux autres, soit directement, soit indirectement (langage, cultures, objets techniques, etc.) »[703] et même « de tout objectivation scientifique »[704], l'expérience propre de l'ego transcendantal, aussi identifiée comme « nature primordiale », ne saurait être totalement dénuée de la présence d'autrui. Ainsi que l'analyse le philosophe Bruce Bégout : « l'altérité est en quelque sorte irréductible ou plutôt, elle appartient par essence elle aussi à la sphère du propre »[705] soulignant combien l'*ego* est indissociable de l'*alter ego*, dans sa ressemblance comme sa dissemblance[706]. Bégout poursuit ainsi : « En moi, se constituent des autres que moi, et il se pourrait que la première transcendance qu'entraine à sa suite l'intentionnalité soit celle d'autrui »[707], un propos qui fait écho aux *Méditations cartésiennes*. Lorsque Husserl précise que « l'« autre », tel qu'il est dans mon expérience, […] n'est pour moi qu'un « thème directeur transcendantal » »[708] il signifie combien il importe, et de fait cela s'impose, de lui appliquer la réduction phénoménologique donc de le viser via la conscience transcendantale, c'est-à-dire cette conscience particulièrement attentive et à même d'en interroger le sens[709]. Sous sa formulation interrogative, la phrase « comment, sinon en les

[699] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 29.
[700] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 61 : « La réduction au moi transcendantal n'a peut-être que l'apparence d'un solipsisme ; le développement systématique et conséquent de l'analyse égologique nous conduira peut-être, bien au contraire, à une phénoménologie de l'intersubjectivité transcendantale ».
[701] *Ibid.*, p. 149-150.
[702] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 31.
[703] *Ibid.*, p. 30.
[704] *Ibid.*, p. 31.
[705] *Ibid.*
[706] *Ibid.*, p. 32 : « Ni présentation, ni représentation, l'apprésentation signifie cette reconnaissance sensible et immédiate de ce qui est à la fois même et différent de moi ».
[707] *Ibid.*, p. 31.
[708] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 150.
[709] *Ibid.*, p. 149-150 : « Il nous faut voir comment, dans quelles intentionnalités, dans quelles synthèses, dans quelles "motivations", le sens de l'*alter ego* se forme en moi et, sous les diverses catégories (*Titel*) d'une expérience

interrogeant, puis-je aboutir à une explication complète du sens de l'être d'autrui ? » n'est rien moins qu'une affirmation invitant à l'usage systématique de l'*épochè* et plus globalement la réduction phénoménologique à l'égard d'autrui[710]. L'intentionnalité de la conscience transcendantale viserait ainsi prioritairement autrui (« la première transcendance »). A tout le moins, conduirait-elle à la reconnaissance d'autrui comme sujet transcendantal. Pourtant sur ce point mais aussi pour tenter d'éclairer au mieux la question de l'intersubjectivité, Bégout souligne l'importance de « repartir de la question de la perception d'autrui »[711] ainsi que le permet cet écrit de Husserl :

> Par exemple, je perçois les autres – et je les perçois comme existants réellement – dans des séries d'expériences à la fois variables et concordantes ; et, d'une part, je les perçois comme des objets du monde. Non pas comme des simples "choses" de la nature, bien qu'ils le soient d'une certaine façon "aussi". Les "autres" se donnent également dans l'expérience comme régissant psychiquement les corps physiologiques qui leur appartiennent. Liés ainsi aux corps de façon singulière, "objets psycho-physiques", ils sont "dans" le monde. Par ailleurs, je les perçois en même temps comme sujets pour ce monde : sujets qui perçoivent le monde, – ce même monde que je perçois – et qui ont par là l'expérience de moi, comme moi j'ai l'expérience du monde et en lui des "autres"[712].

Autrui n'est certes pas un objet intentionnel parmi d'autres bien qu'il soit aussi visé par l'intentionnalité de la conscience[713] ainsi que peut l'être tout objet (« je perçois les autres […] dans des séries d'expériences »). Si les « autres » ne sont donc pas « de simples "choses" de la nature, bien qu'ils le soient d'une certaine façon "aussi" », c'est parce qu'ils doivent être entendus comme « objets psycho-physiques ». Que la perception d'autrui passe aussi par un processus de reconnaissance par une conscience d'une autre conscience implique qu'elle ne puisse pas se fonder sur les seules données corporelles. Un sujet ne saurait ni se réduire à des déterminations purement physiques ni être reconnu par son seul prisme corporel. En visant les autres, l'intentionnalité de la conscience interroge l'expérience par laquelle ces autres se donnent « régissant psychiquement les corps physiologiques qui leur appartiennent ». Il ne s'agit donc pas d'une expérience liant une conscience (un *ego* transcendantal) à un objet strictement matériel perçu physiquement mais d'une expérience liant indissolublement une conscience à une autre conscience au point que faire l'expérience de ce rapport à l'autre soit

---

concordante d'autrui, s'affirme et se justifie comme "existant" et même, à sa manière, comme m'étant présent "lui-même". Ces expériences et leurs effets sont précisément des faits transcendantaux de ma sphère phénoménologique : comment, sinon en les interrogeant, puis-je aboutir à une explication complète du sens de l'être d'autrui ? ».

[710] *Ibid.*, p. 236 : « Le premier étage, au-dessus de notre esthétique transcendantale, doit être occupé par la théorie de l'expérience de "l'autre" (c'est ce qu'on appelle : "*Einfühlung*") ; p. 239 : « par et dans mon expérience propre, je ne m'appréhende pas seulement moi-même, mais, grâce à une forme spéciale de l'expérience, j'appréhende aussi autrui ».

[711] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 30.

[712] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 150-151.

[713] *Ibid.*, p. 151-152 : « Il faut, en tout cas, maintenir comme vérité absolue ceci : tout sens que peut avoir pour moi la "quiddité" et le "fait de l'existence réelle" d'un être, n'est et ne peut être tel que dans et par ma vie intentionnelle. […] Il faut commencer par dégager de manière systématique les structures intentionnelles – explicites et implicites, – dans lesquels l'existence des autres "se constitue" pour moi et s'explicite dans son contenu justifié, c'est à dire dans le contenu qui "remplit" ses intentions ».

une condition de sa propre conscience intentionnelle[714], et donc réciproquement. Quand bien même chaque conscience puisse être incarnée, voir le soit nécessairement puisque « la conscience est au monde par son corps »[715], de même l'on n'a « accès perceptivement qu'à des données corporelles »[716], cette reconnaissance intersubjective ne peut s'y restreindre. Que ce rapport perceptif entre deux subjectivités ne soit possible que parce qu'elles sont aussi dotées de corps physiques et liées l'une à l'autre dans un rapport sensible au cœur du monde (« ils sont "dans" le monde ») et de ses objets ne justifie pas la réification de la conscience transcendantale (contrairement à la conscience psychologique qui quant à elle peut être posée comme objet). Même s'il s'agit donc aussi de relations inter-corporelles et même si c'est dans la vie sensible que la reconnaissance d'une subjectivité par une autre au prisme de la réduction phénoménologique advient, celle-ci implique de reconnaître autrui lui aussi comme une conscience transcendantale, et donc de reconnaître les autres comme des « sujets qui perçoivent le monde […] comme moi j'ai l'expérience du monde et en lui des "autres" ». Je ne peux appliquer l'*épochè* transcendantale à autrui et ainsi le percevoir, le reconnaître au cœur du monde que parce que je le reconnais comme conscience transcendantale, c'est-à-dire comme appliquant lui-même l'*épochè* à mon égard (« qui ont par là l'expérience de moi ») comme à l'égard du monde (« sujets qui perçoivent le monde, – ce même monde que je perçois »). A l'aune de cette intersubjectivité transcendantale, c'est une communauté fondée sur le principe de réciprocité de l'un pour l'autre à l'infini qui se fait jour et qui « place mon être et celui de tous les autres sur le même plan »[717].

L'intersubjectivité transcendantale, que Bégout résume dans une formule comme la « présence en moi des autres » et qu'il qualifie aussi de « présence intentionnelle interne »[718] conduit à considérer notre rapport au monde comme toujours intersubjectif. Autrement dit, la réalité objective du monde ne peut pas émaner de la seule expérience d'une conscience transcendantale isolée de tous les autres. Contrairement à Descartes qui, par l'effet de l'application systématique de son doute radical, en vient à exclure l'existence même d'autrui, ne voyant au mieux les autres

---

[714] *Ibid.*, p. 174 : « Il s'agit d'*interroger cette expérience elle-même* et d'élucider, par l'analyse de l'intentionnalité, la manière dont elle "confère le sens", la manière dont elle peut apparaître comme expérience et se justifier *comme évidence d'un être réel et ayant une essence propre, susceptible d'explicitation, comme évidence d'un être qui n'est pas mon être propre* et n'en est pas une partie intégrante, bien qu'il ne puisse acquérir de sens ni de justification qu'à partir de mon être à moi » ; p. 196 : « L'organisme étranger, en tant qu'apparaissant dans ma sphère primordiale, est tout d'abord un corps à l'intérieur de ma Nature […] ; et, par conséquent, en qualité d'élément déterminant de mon être propre, il est inséparable de moi-même » ; p. 210 : « les hommes ne peuvent être appréhendés que comme trouvant (en réalité ou en puissance) d'autres hommes autour d'eux ».

[715] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*. L'extrait d'une archive ORTF de 1957 d'une interview de Paul Ricœur : « La conscience est au monde par son corps, par toutes ses fibres perceptives, affectives, actives. Bref ce paradoxe qu'il n'y a de monde que pour une conscience mais que pourtant je suis au monde ».

[716] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 30.

[717] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 210 : « de même que son organisme corporel se trouve dans mon champ de perception, de même le mien se trouve dans son champ à lui et, généralement, il m'appréhende tout aussi immédiatement comme "autre" pour lui que moi je l'appréhende comme "autre" pour moi ».

[718] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 31 : « Cette présence en moi des autres renvoie à ce que Husserl nomme l'intersubjectivité transcendantale, à savoir au fait *a priori* que chaque ego contient en lui-même, avant toute expérience effective de tel ou tel homme, cette référence aux autres. Le processus d'intropathie consiste donc dans une sorte de confirmation externe de cette présence intentionnelle interne en une présence perceptive réelle ».

qu'au prisme d'accessoires inanimés (tels des chapeaux et des manteaux semblant portés par des automates[719]), Husserl soutient non seulement l'évidence de la présence des autres mais surtout aussi de leurs interrelations. Il apparaît que pour Husserl, la relation intersubjective est à ce point fondamentale qu'elle conditionne la possibilité même de notre propre rapport au monde. Le monde ne peut être appréhendé en solitaire mais doit être attesté par autrui[720]. Si se rapporter au monde ne peut donc se faire sans les autres c'est bien qu'il s'avère *in fine* toujours socialement appréhendé. Husserl semble ainsi poser l'intersubjectivité, ce qui nous lie et nous fait interagir les uns avec les autres, comme condition et comme déterminant de notre relation au monde jusqu'à même avancer une thèse innovante à savoir que « c'est l'intersubjectivité qui fonde l'objectivité »[721]. Au fondement de la perception du monde réel et de toute connaissance, Husserl ne positionne plus, comme Descartes, l'*ego cogito* mais l'intersubjectivité. Si pour Husserl, « l'intersubjectivité devient la structure de mon être au monde »[722], toute crise qui affecterait l'intersubjectivité pourrait dès lors non seulement perturber notre rapport au monde mais surtout être source de dissension entre les diverses consciences.

6 – Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine

Par-delà sa dimension intellectuelle jusqu'ici développée, le doute peut aussi être philosophiquement appréhendé comme une *épreuve de vie*. Dès lors à même de refléter l'expérience vécue par les individus, en l'occurrence les patients dans le contexte sanitaire de maladies éventuelles et de soins, il n'a plus rien de commun avec cet exercice de pensée méthodique ou poussé à l'extrême du fait de sa systématisation et/ou de son caractère insoluble. Il s'avère ainsi antipodes du doute scientifique bernardien ou du doute philosophique cartésien, l'un et l'autre pouvant sembler déconnectés de ces réalités critiques impliquant des décisions et interventions concrètes et parfois immédiates. A cet égard, l'approche pragmatiste du doute, notamment le positionnement de Peirce, est particulièrement éclairante. Analysant le doute tel un moment intermédiaire éventuellement délicat, voire de crise, entrecoupant des états de croyance, de stabilité et d'habitudes dans la vie des individus, le doute s'invite alors effectivement telle une épreuve à traverser. En éclairant son ancrage dans le concret de l'existence et des évènements qui l'affectent (tel le bouleversement induit par l'émergence de la maladie) l'approche pragmatiste du doute permet de prendre conscience et d'appréhender

---

[719] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit.* : p. 18-26 (Méditation seconde), ici p. 25 : « et cependant que vois-je de cette fenêtre, sinon des chapeaux et des manteaux, qui pourroient couvrir des spectres ou des hommes feints qui ne se remueroient que par ressorts ? mais je juge que ce sont de vrais hommes ; et ainsi je comprends par la seule puissance de juger qui réside en mon esprit ce que je croyois voir de mes yeux ».

[720] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit*.

[721] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 175 : « Par conséquent *l'autre*, *premier en soi* (le premier "non-moi"), *c'est l'autre moi*. Et cela rend possible la constitution *d'un domaine nouveau et infini de "l'étranger à moi", d'une nature objective* et d'un *monde objectif* en général, auquel appartiennent et les autres et moi-même » ; « L'intersubjectivité transcendantale possède, grâce à cette mise en commun, une *sphère intersubjective* d'appartenance où elle constitue d'une manière intersubjective le monde objectif ».

[722] Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique : *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*]. *Op. cit.* : « Husserl va même parler d'une réduction intersubjective ».

l'ampleur du décalage (source de dissensions[723]) entre patients et soignants quant à leurs expériences respectives du doute. Ce décalage dans l'appréhension du doute, pourrait non pas se résoudre mais trouver une passerelle la rendant intelligible au prisme d'une approche du doute qui pourrait être commune grâce au principe de fixation de la croyance porté par Peirce[724], selon une déclinaison en quatre méthodes distinctes. En ne réduisant ainsi pas le terme de croyance aux questions de religion, de superstition ou d'opinion, mais en l'appréhendant simplement en tant que voie de résolution du doute, Peirce considère l'oscillation permanente entre doute et croyance comme universellement applicable. Elle est notamment aussi applicable aux données scientifiques relevant alors de la *méthode scientifique de fixation de la croyance*[725]. Cette approche a l'avantage de reconnaitre la coexistence de plusieurs types de croyance chez une même personne, y compris réputée savante. L'adhésion aux principes et résultats de la science n'est dans les faits pas incompatible avec la foi au sens religieux tout comme avec l'adhésion à d'autres types de croyance relevant alors soit de purs raisonnements, soit de choix personnels, soit de contraintes imposées par un collectif. En ce sens, il n'y a pas des personnes qui seraient seules au contact et détentrices de la vérité (les savants scientifiques) par rapport à d'autres qui ne le seraient pas (les usagers profanes) mais un ensemble de croyances possibles et présentes chez tout un chacun (quel que soit son statut, savant ou pas), dont certaines relèvent de l'adhésion aux faits prouvés scientifiquement tandis que d'autres relèvent d'une adhésion par plaisir, satisfaction intellectuelle ou autorité. L'épreuve critique du doute en tant que déstabilisation de l'existence ne serait pas non plus propre à certains individus tandis que d'autres en seraient prémunis. A l'aune de la multiplicité infinie des occurrences de doute, les croyances visant à s'y substituer ne sont en outre pas figées mais toujours susceptibles d'évoluer. Le doute apparait dès lors tel un moment intermédiaire entre des états de croyance, c'est-à-dire entre des états d'équilibre, de stabilité, d'habitudes. Arnaud Tripet positionne, quant à lui, cet état intermédiaire « entre le moment de l'étonnement et celui où la pensée se met réellement en action »[726], une sorte d'entre-deux fait de stupeur et d'inassouvissement[727], préalable au jugement et à l'action, si tant est que le doute puisse être engagé dans une voie de résolution.

6.1 – Propos introductif

Le pragmatiste est un courant philosophique né aux Etats-Unis à la fin du 19e siècle sous l'impulsion de figures majeures que sont Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), John Dewey (1859-1952) sur lesquels je m'appuierai dans ce travail. Il s'agit du pragmatisme dit classique et je n'aborderai pas le néo-pragmatisme contemporain marqué par des philosophes comme Hilary Putnam ou Richard Rorty. A l'origine du pragmatisme, il y a le

[723] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patients et soignants.*
[724] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.
[725] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. La revue philosophique de la France et de l'étranger, 1878, année 3, Tome VI, p. 553-569.
[726] Tripet Arnaud. *Op. cit*., p. 13.
[727] *Ibid.* : « Ce n'est plus l'éblouissement de l'étonnement, mais ce n'est pas encore l'avènement du jugement. L'inassouvissement actif du doute se fait jour dans ce passage de la conscience, avant que celle-ci ait su distinguer ce qu'il convient de faire, de définir ce qui *est* dans ce qui s'offre encore sans clarté ou avec trop de clarté ».

« club de métaphysique » de Cambridge, Massachusetts, créé en 1872 qui est un cercle de discussion philosophique réunissant des savants issus de diverses disciplines (philosophie, notamment des sciences, justice, théologie, mathématiques, littérature). Peirce et James en font partie. Contrairement à son intitulé ironiquement choisi, ce cercle rejette la métaphysique traditionnelle, c'est-à-dire cette façon de vouloir accéder à la connaissance des choses en visant leur essence. L'article de Peirce « Comment rendre nos idées claires »[728] de 1878 (et où le terme pragmatisme n'est pas encore prononcé) éclaire cette volonté qui est la leur d'identifier une *méthode* à même d'élucider la signification des concepts. Cette idée de méthode, James l'assume pleinement en comparant le pragmatisme à ce qu'il qualifie de corridor de l'hôtel-philosophie, chaque philosophie, avec sa doctrine propre, devant emprunter le corridor comme voie d'accès ou de sortie[729]. C'est en 1898, lors d'une conférence intitulée « Conceptions philosophiques et résultats pratiques », prononcée devant l'union philosophique de l'université de Chicago, que James expose ce qu'il qualifie de « practicalisme » ou « principe de Peirce » à savoir une méthode de clarification de nos idées en considérant leurs conséquences pratiques en termes de conduite de vie. Autrement dit, en plus du rejet critique des abstractions, cette philosophie s'appuie sur l'expérience pratique ainsi que la dimension concrète des choses et des interactions avec l'environnement en tant que modalité de connaissance. Michel Meyer rappelle que James concluait ses leçons dans les termes suivants : « Toute l'originalité du pragmatisme, en fin de compte, tient à sa façon toute concrète de voir les choses. C'est par le concret qu'il commence ; c'est au concret qu'il revient, c'est par le concret qu'il finit »[730]. Une telle posture implique de refuser les certitudes métaphysiques, l'idée même de vérité indubitable, et donc de s'émanciper du principe de connaissance comme pure production de l'esprit. Tout à l'inverse, il s'agit, pour la philosophie, de reconnaître la valeur réflexive et cognitive de l'action, des résultats pratiques et de l'expérience alors qu'ils étaient jusque-là dévalorisés au motif d'imprécision, de biais ainsi que de leur caractère singulier et contingent[731]. En fait, ainsi que Peirce « s'en est expliqué […] la méthode pour laquelle il forgea ce mot [le mot pragmatisme] est étroitement liée à un expérimentalisme issu des laboratoires scientifiques »[732] sur lequel elle prend justement modèle[733]. Cela fait du pragmatisme un courant animé par des ambitions positives au point que d'aucuns ont été tentés de le qualifier de philosophie scientifique. Cette inspiration scientifique amène naturellement à considérer cette philosophie au prisme de la science biomédicale et réciproquement. On peut ainsi

---

[728] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. La revue philosophique de la France et de l'étranger, 1878, année 4, Tome VII, p. 39-57.

[729] James William, Madelrieux Stéphane (présentation), Ferron Nathalie (Trad.). *Le pragmatisme*. Paris: Flammarion; 2010 [1907], p. 18

[730] Meyer Michel (dir.). *La philosophie anglo-saxonne*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994, p. 118.

[731] Pol-Droit Roger, *Echapper à la certitude à propos de « La Quête de la certitude » de John Dewey,* Le Monde [chronique], publié le 24 novembre 2014. En ligne : Echapper à la certitude, consulté le 8 mars 2026.

[732] Meyer Michel. *Op. Cit.*, p. 390.

[733] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*. : « "*Lege, lege, lege, labora, ora, et relege*". La méthode Lavoisier ne fut pas de lire, ni de rêver que quelque opération chimique longue et compliquée aurait un certain effet ; de l'exécuter avec une patience désespérante ; puis, après un insuccès inévitable, de rêver qu'avec quelque modification on obtiendrait un autre résultat ; puis de publier le dernier rêve comme réalité. Sa méthode était de transporter son esprit dans son laboratoire et de faire de ses alambics et de ses cornues des instruments de travail intellectuel. Il faisait concevoir d'une façon nouvelle le raisonnement comme une opération qui devait se faire les yeux ouverts, en maniant des objets réels au lieu de mots et de chimères ».

inversement s'interroger sur l'apport éventuel du pragmatisme à la médecine occidentale contemporaine.

Malgré son aspect polymorphe, le pragmatisme ne manque pas d'unité ainsi que le précise le philosophe Mathias Girel : « le pragmatisme [est] à la fois un courant qui s'interroge sur l'enquête scientifique (ce que c'est que de faire de la science), sur les produits de l'esprit, sur les croyances (est-ce qu'elles ont un lien avec notre pratique ou pas) et sur les significations (est-ce qu'on peut les éclairer en référence à la pratique »[734]. Poser ainsi les grands axes de cette philosophie permet de mettre en lumière leurs intérêts respectifs pour le présent travail de recherche sur le doute dans la relation de soin, ne serait-ce que parce que l'épreuve du doute est inhérente à chacune de ces questions (enquête, croyance, signification). Tout d'abord, nous verrons que le principe de l'enquête tel que John Dewey la théorise s'avère particulièrement pertinent s'agissant de l'éthos biomédical en situation de doute, que ce soit au prisme autant de la dimension expérimentale pure qu'endosse la figure du médecin chercheur scientifique (« faire de la science ») que de la dimension soignante que le médecin clinicien au lit du malade, et plus généralement tout soignant directement au contact des patients, illustre. Mais nous verrons que ce principe d'enquête s'avère tout aussi applicable à la condition de patient face au doute et il importera de voir en quoi cette démarche pourrait possiblement constituer un pont relationnel entre patient et soignant. L'approche peircienne de la croyance (et nous verrons ses différentes méthodes de fixation) en tant que modalité de résolution du doute auquel elle est indissociable, apportera un éclairage sur l'épreuve du doute autant des patients que des soignants à l'aune de l'omniprésence de l'incertitude et conséquemment du doute en médecine, dans la diversité de ses déclinaisons et de ses enjeux très concrets puisque relatifs à la santé, aux maladies, à la mort. Enfin, la question du lien organique entre la signification de termes abstraits et leurs effets pratiques, laquelle est au fondement même du pragmatisme[735], ainsi que celle de l'impact des incidences pratiques sur nos raisonnements[736], seront tout aussi essentielles à mobiliser dans ce travail. Contrairement à ce que suggère son nom, bien plus

---

[734] Girel Mathias (invité), Chevalier Jean-Marie (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « La philosophie pragmatiste, une aventure américaine », premier épisode intitulé *Aux origines du courant pragmatiste : Peirce, James*], France culture, 30 septembre 2024. En ligne : Aux origines du courant pragmatiste : Peirce, James : épisode 1/3 du podcast La philosophie pragmatiste, une aventure américaine | France Culture, consulté le 06 septembre 2025.

[735] Meyer Michel. *Op. Cit.*, p. 390-391. Le pragmatisme de Peirce, considéré comme son fondateur, est à comprendre au prisme de sa définition de la *conception* suivante traduite par Meyer Michel (dir.) : « Dans le but de formuler […] ce qu'il approuvait de la sorte, il conçut la théorie selon laquelle une *conception*, c'est-à-dire la portée rationnelle d'un mot ou d'une expression, réside uniquement dans les effets concevables qu'elle est susceptible d'avoir sur la conduite de la vie. Si bien que, dans la mesure où il n'est manifestement rien qui, pouvant avoir un effet direct sur la conduite, pourrait ne pas résulter de l'expérience, on trouvera dans la possibilité de définir avec exactitude l'intégralité du phénomène expérimental concevable, susceptible d'être impliqué par l'affirmation ou la négation d'un concept, une définition complète de ce concept, sans qu'*il n'y ait absolument rien de plus en lui* ». In Peirce Charles Sanders, "What pragmatism is". *The Monist*, 1905, vol. 15, p. 161-181: "Endeavoring, as a man of that type naturally would, to formulate what he so approved, he framed the theory that a *conception*, that is, the rational purport of a word or other expression, lies exclusively in its conceivable bearing upon the conduct of life; so that, since obviously nothing that might not result from experiment can have any direct bearing upon conduct, if one can define accurately all the conceivable experimental phenomena which the affirmation or denial of a concept could imply, one will have therein a complete definition of the concept, and *there is absolutely nothing more in it*".

[736] Girel Mathias. *Le pragmatisme au défi des études sur l'ignorance*. Communication & langages 2022;n°214(4):33-51.

qu'une philosophie de l'action, le pragmatisme est aussi une théorie de la connaissance et plus encore une théorie de la vérité[737]. Or, connaissance et vérité constituent des sujets pour le moins sensibles dans le contexte médical tant ils peuvent affecter le lien de confiance au cœur de la relation de soin tout comme à l'interface entre société et système de santé. En appréhendant la connaissance comme une activité de recherche toujours à l'œuvre et la vérité non pas comme une assertion indiscutable, mais comme un *processus* toujours révisable (conformément au faillibilisme peircien) parce que soumis à l'épreuve des faits et de l'expérience pratique, il est tenant de voir dans la position pragmatiste une opportunité de nuancer le rapport à la vérité médicale à l'œuvre dans notre société et pourquoi pas une voix d'apaisement des tensions sur ce sujet. On peut ainsi se demander si, bien qu'inédite au contexte biomédical, l'attitude pragmatiste ne pourrait pas y trouver sa place en tant que force de dialogue co-réflexif au prisme de l'accueil et du partage d'expérience autant que d'enquête que celles-ci émanent des soignants mais aussi des patients.

La question du doute est centrale chez les pragmatistes, ne serait-ce que parce qu'ils s'inspirent, chacun à leur façon, de la démarche scientifique, à savoir la méthode expérimentale qui a pour fondement l'usage méthodique du doute scientifique[738]. C'est ainsi que Peirce préconise comme voie privilégiée de résolution du doute ce qu'il qualifie de méthode scientifique de fixation de la croyance fondée sur le principe d'objectivité, tandis que pour John Dewey, « la méthode scientifique est […] une technique visant à faire un usage fécond du doute en le convertissant en un ensemble d'opérations constitutives de l'enquête proprement dite »[739]. Si à cet égard aussi, la philosophie pragmatiste s'est avérée incontournable pour ce travail, le champ d'exploration est plus large que la seule comparaison entre l'investigation expérimentale menée par les scientifiques et la façon de mener une enquête pragmatiste. La position pragmatiste à l'égard du doute ouvre un champ qui la distingue radicalement de la position sceptique comme de la position cartésienne. S'il n'ignore pas les incertitudes, l'instabilité des connaissances, la vanité de l'idée de vérité, le pragmatiste soutient (contrairement au sceptique) l'objectif de surmonter le doute. En établissant de nouvelles croyances (tout à l'inverse de l'*épochè* sceptique), certes toujours faillibles, la position pragmatiste affirme le pouvoir d'agir malgré tout, au gré des règles de conduite que ces croyances lui permettent d'élaborer, et de réviser le cas échéant en cas de nouvelle confrontation au doute. Par ailleurs, si l'approche Peircienne de l'épreuve du doute n'apporte certes pas de grand développement intellectuel comme s'y est adonné Descartes, mais de façon purement intellectuelle, distanciée, désincarnée, elle a le grand

[737] Le pragmatisme comme « théorie de la vérité » émane à son origine des différentes analyses et publications centrées sur les rapports entre pensée et réalité, qui sont d'abord à l'initiative de Ferdinand Canning Scott Schiller dans son essai *Axiom as postulates* (Schiller Ferdinand Canning Scott, "Axiom as postulates" in Schiller Ferdinand Canning Scott. *Personal Idealism*. *Philosophical Essays by Eight Members of the University of Oxford*. London: H. Sturt, 1902) puis de John Dewey dans ses chapitres au titre général *Thought and its Subject-Matter* (Dewey John, "Thought and its Subject-Matter" in Dewey John (dir.). *Studies in Logical Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1903) avant que de constituer un sujet central pour William James.

[738] Bernard Claude, Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 88 : « Le grand principe expérimental est donc le doute, le doute philosophique qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative, et d'où dérivent les qualités les plus précieuses pour un investigateur en physiologie et en médecine ».

[739] Dewey John, Savidan Patrick (Trad.). *La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Paris: Gallimard; 2014 [1929], p. 244.

mérite de reconnaître le caractère critique et douloureux de la confrontation au doute. En ne le réduisant pas seulement à un cheminement intellectuel, elle éclaire et donne voix au vécu des patients dont il apparait qu'il peut assez souvent échapper au discernement des soignants. Cette non-reconnaissance et incompréhension sont pourtant susceptibles d'alimenter le malaise qui affecte, dans notre époque contemporaine, la relation de soin. Sous cet angle pragmatiste du doute comme crise existentielle, celui-ci peut certes sembler réduit à sa dimension la plus prosaïque, mais cela en révèle aussi tous les dangers. A ce sujet, l'inquiétude de John Dewey quant au comportement des hommes exposés au doute est grande ainsi que l'illustre ce propos :

> L'homme naturel n'aime pas l'inconfort qui accompagne l'expérience du doute et se tient prêt à saisir tout ce qui lui permettra d'y mettre fin. On entend se défaire de l'incertitude par tous les moyens, loyaux ou non. Une longue exposition au danger nourrit un amour tout-puissant de la sûreté. Cet amour de la sûreté, qui prend la forme d'un désir de ne pas être dérangé ni perturbé, conduit au dogmatisme, à l'intériorisation de croyances par respect de l'autorité, à l'intolérance et au fanatisme, d'un côté, et à une dépendance et à une paresse déresponsabilisantes, de l'autre[740].

Tout comme Peirce, Dewey souligne combien l'épreuve concrète du doute peut être désagréable (« inconfort », « dérangé », « perturbé »), voire être particulièrement compliquée à vivre jusqu'à même l'identifier à une mise en « danger ». Selon lui, face au doute la réaction habituelle et spontanée (« L'homme naturel ») consiste soit à s'illusionner (« prêt à saisir tout ce qui lui permettra d'y mettre fin »), autrement dit à fuir à n'importe quel prix (« par tous les moyens, loyaux ou non »), soit à faire l'autruche (« désir de ne pas être dérangé »), soit encore à se soumettre à une autorité à même d'y mettre fin (« intériorisation de croyances par respect de l'autorité »). Le besoin irrépressible de protection, sur lequel Dewey insiste en usant de l'effet de répétition du mot « sûreté » (« amour tout-puissant de la sûreté », « Cet amour de la sûreté ») est mû par de vifs sentiments (« amour tout-puissant », « désir ») dont on comprend qu'ils puissent échapper au moindre raisonnement et conduire aux attitudes les moins courageuses voire les plus répréhensibles en matière de gestion du doute et de la peur qu'elle suscite (« dogmatisme », « intolérance », « fanatisme », « à une dépendance et à une paresse déresponsabilisantes »). Bref, « la quête de certitude », pour paraphraser le titre de son ouvrage, est telle qu'elle conduit naturellement à une intolérance fondamentale au doute. A cet « homme naturel », paresseux et fuyant face au doute, Dewey oppose « l'esprit discipliné »[741] consistant, tout à l'opposé, en une attitude de courage et d'engagement. Il ne s'agit pas simplement d'y voir clair en faisant un constat empirique, mais sans suite, d'une situation de doute et donc de le subir sans chercher à lui trouver de solution. Il s'agit de s'engager dans un processus d'enquête visant à le résoudre de façon honnête, rigoureuse et disciplinée, en s'appuyant sur et en reconnaissant la force de l'expérience et des faits concrets (*a fortiori* s'ils bénéficient en plus d'une démonstration scientifique à même de les valider au titre de preuves), aussi désagréables et indésirables que puissent en être les résultats. On peut ainsi se demander si l'attitude pragmatiste ne pourrait pas avantageusement constituer un contrepied au scepticisme médical comme au complotisme en matière sanitaire.

---

[740] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 244.
[741] *Ibid.*, p. 239 -270, ici p. 244.

Quand bien même il s'est effectivement confronté à ces questions humaines fondamentales que traite la philosophie (entre autres donc la connaissance, la vérité, la réalité, mais aussi la religion, la justice ou encore le langage) ainsi que soucié, pour mieux les combattre, de ces dualismes entre corps et esprit, pensée et action, nature et culture, le pragmatisme n'a pour autant pas cessé de rester positionné à l'échelle de la vie ordinaire. Parce qu'il est profondément animé par une volonté de recherche, de compréhension, de savoir au contact même et à partir de l'expérience humaine ordinaire et des faits concrets de l'existence, le pragmatisme tente d'offrir des éléments de réflexion et de réponse aux problèmes humains tels qu'ils se présentent dans la vie commune des hommes. C'est pourquoi cette approche philosophique parait particulièrement appropriée pour aborder la relation de soin, et notamment pour entendre la voix, honorer et donner sens à l'expérience ordinaire des patients, c'est-à-dire pas seulement celle qui est désormais reconnue en tant que savoir expérientiel grâce à un statut bien défini et même officiellement validé de patient-pair ou de patient-expert. Le pragmatisme peut donc être considéré comme un instrument à même d'appréhender l'expérience des patients, de penser à partir de cette expérience, c'est-à-dire d'en faire un fondement réflexif et cognitif. Mais cette approche permet aussi d'éclairer et de valoriser autrement l'expérience des soignants, c'est-à-dire au prisme d'un vécu propre, non réductible à la qualité de leur expertise biomédicale et de leur savoir-faire soignant. Il s'agit de s'intéresser aussi à ces réalités soignantes diverses, contradictoires, éprouvantes, à tout ce dont les comptes-rendus médicaux et articles scientifiques ne rendent précisément pas compte. En l'occurrence, j'apporte à ce travail l'expérience qui est la mienne de près de vingt années de pratique soignante en tant que clinicienne hospitalière. Pour avoir donc été longtemps immergée dans cette réalité de terrain et avoir perçu l'importance des effets de cette expérience sur mes questionnements, mes réflexions, mes recherches mais aussi, et j'ose l'avouer, sur mon corps et sur mon âme, la philosophie pragmatiste a d'emblée constitué une opportunité de l'exploiter. Sur la base du postulat des nombreuses dissensions, sources d'incompréhension et de conflictualité, affectant la relation entre patient et soignant, nous verrons que la philosophie pragmatiste permet d'apporter un tout autre éclairage sur l'épreuve du doute des patients comme des soignants. S'il est tentant d'en espérer, si ce n'est un apaisement de cette relation du moins peut-être un peu plus de tolérance et d'indulgence réciproques, le pragmatisme peut déjà déstabiliser certains préjugés tel l'image du soignant pétri de certitudes et arguant la science comme critère de validité. Tout comme la science elle-même fait l'objet de croyances, nous verrons que, par-delà l'usage méthodique et désincarné du doute scientifique tel un automatisme ancré dans leur façon de raisonner, les bio-soignants ainsi que les médecins chercheurs scientifiques fonctionnent eux-aussi sur la base de l'alternance d'états de doute et de croyance.

L'approche pragmatisme invite enfin à réinterroger ce fossé entre d'un côté la recherche scientifique, de l'autre le lit des malades, et donc leurs besoins concrets et parfois immédiats, opportunément qualifié de *death valley*[742]. Mathias Girel questionne les raisons de ces querelles autour de notions pour lesquelles on dispose pourtant d'une définition générale et donc en apparence commune. Il interroge notamment le fait de s'appuyer sur des registres pratiques très

[742] Butler Decan. *Translational research. Crossing the valley of death*. Nature 2008;453(7197):840-2.

différents[743]. Il se pourrait que pour une notion aussi générale qu'œuvrer au bénéfice de la santé, ce fossé tragique qu'est la *Death valley* où chercheurs scientifiques, médecins cliniciens et bien sûr patients (pour ne citer que ces acteurs principaux) se trouvent déconnectés les uns des autres, constitue un exemple de telles querelles que l'on pourrait résumer en termes de discordances en matière de registres pratiques. C'est ainsi qu'isolés et naïfs de l'expérience de la maladie et des traitements, des chercheurs très compétents peuvent appliquer la science sans qu'ils puissent tenir compte des effets pratiques concrets à l'échelle du patient. En prônant « l'esprit » scientifique, Claude Bernard tend lui-même à oublier et donc négliger l'importance de rester toujours ancré à l'expérience des cliniciens comme des patients, quand bien même une telle expérience peut effectivement s'avérer instable, inconstante, aléatoire, singulière. La médecin Michèle Levy-Soussan rappelle à cet égard l'importance du juste soin qui dépend de chaque situation particulière plutôt que l'application d'une règle générale, ce qui implique de s'engager auprès des malades en acceptant d'être déstabilisé et donc « pouvoir accueillir la personne, entendre ce qu'elle […] dit de sa souffrance, et voir comment nous pouvons l'aider »[744]. Ce fossé peut aussi être illustré par cet écart qui existe parfois entre une abondance d'analyses biomédicales peu ou pas toujours utiles pour soigner concrètement une personne alors même que sa propre expérience de la situation s'avère bien plus éclairante mais n'est pas prise en compte. A l'inverse, il arrive qu'en pratique clinique, une investigation scientifique ne soit pas poussée jusqu'à son terme, qu'il persiste donc de l'inconnu et de l'incertain, si une règle d'action efficiente a pu être identifiée. L'approche pragmatiste en contexte médical pourrait dès lors peut-être contribuer à revaloriser l'expérience empirique si souvent critiquée voire bannie dans le discours biomédical contemporain au profit de la seule preuve expérimentale[745], ce d'autant plus que la clinique s'amenuise de plus en plus au profit d'une pratique fondée sur la biotechnologie médicale[746]. Pourtant Claude Bernard lui-même n'avait pas manqué de reconnaître la préexistence de l'empirisme médical à l'expérimentation scientifique, d'autant plus qu'elle lui servait de guide[747]. Sur le modèle de l'empirisme radical conçu par James[748] invitant à considérer l'expérience pure, libérée de toute pensée préexistante, il s'agirait de pouvoir concevoir les expériences comme d'authentiques processus d'expérimentation. Il ne s'agirait pas seulement, ainsi qu'y invite John Dewey, de proposer des théories empiriquement informées mais aussi qu'au gré de la pratique clinique courante au chevet des patients les

---

[743] Girel Mathias. *Le pragmatisme au défi des études sur l'ignorance*. Communication & langages 2022;n°214(4):33-51.

[744] Comte-Sponville André, Lévy-Soussan Michèle, *Un Etat démocratique doit nous donner les moyens de développer les soins palliatifs et de pratiquer l'aide active à mourir*, Le Monde [Débats], publié le 10 mars 2023. En ligne : André Comte-Sponville et Michèle Lévy-Soussan : « Un Etat démocratique doit nous donner les moyens de développer les soins palliatifs et de pratiquer l'aide active à mourir », consulté le 07 septembre 2025.

[745] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*, et plus particulièrement au sous-chapitre intitulé *Comment Tursz affronte le doute et s'engage à la résoudre*.

[746] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.

[747] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 358 : « avant d'expérimenter en vertu d'une théorie scientifique, il faut avoir expérimenté empiriquement ou *pour voir*. Or, l'empirisme, sous ce rapport, n'est pas autre chose que le premier degré de la méthode expérimentale ».

[748] James William, Garreta Guillaume (Trad.), Girel Mathias (Trad.). *Essais d'empirisme radical*. Marseille: Agone; 2005 [1912].

théories scientifiques puissent être plus aisément (c'est-à-dire sans forcément susciter de conflictualité) empiriquement questionnées, si ce n'est révisées.

6.2 – Le doute comme situation concrète de crise humaine

Le doute, dans la tradition pragmatiste américaine, en l'occurrence pour Charles Sanders Peirce, est une *expérience* qui s'impose à la personne et provoque un état de rupture qui s'apparente à une crise. Un tel doute ne résulte donc pas d'une élaboration volontaire de l'esprit. Il ne s'agit pas d'une opération intellectuelle visant à contester une donnée quant à sa véracité en la mettant en question selon une argumentation précise, ajustée et sollicitant à cet effet les atouts de l'érudition, de la logique et de la rhétorique. Il s'agit bien au contraire d'une rupture soudaine, insoupçonnée, déstabilisante, et d'abord privée d'élaboration réflexive, telle une effraction dans le cours de l'existence. Cet état de stupeur, brusquement subi, n'a rien à voir avec l'exercice volontaire et structuré de remise en cause préparée et instruite de telle ou telle donnée. Pour Peirce, « Le doute est un état de malaise et de mécontentement »[749] mais aussi une « irritation »[750] aux antipodes de la démarche cartésienne de doute volontaire, intellectuel et systématisé ainsi qu'il l'énonce dans ce propos :

> Quelques philosophes ont imaginé que, pour entamer une recherche, il suffisait de formuler une question ou de la coucher par écrit. Le seul fait de donner à une proposition la forme interrogative n'excite pas l'esprit à la lutte pour la croyance, il doit y avoir doute réel et vivant sans quoi la discussion est oiseuse[751].

Peirce, qui cible ici Descartes sans le nommer (« Quelques philosophes »), semble avancer que le fait de s'interroger sans raison concrète (avoir « imaginé », « formuler une question », « donner à une proposition la forme interrogative ») n'est peut-être tout simplement pas du doute. Le doute résulte, selon Peirce, de faits matériellement palpables, ayant une imprégnation vitale. Il doit être vécu comme une épreuve expérientielle, proprement existentielle et non pas purement intellectuelle, sans quoi il ne s'agit pas de « doute réel et vivant ». Pour Peirce, l'interrogation seule ne fait donc pas le doute parce que ni elle ne fragilise une croyance – entendu par-là que seul un réel vécu de doute le pourrait –, ni elle n'incite à « la lutte pour la croyance ». Une recherche purement intellectuelle, qui ne serait pas d'abord déclenchée par une question née de faits concrets et de la vie réellement vécue, ne relève pas de cet ébranlement de l'équilibre de vie et des croyances caractéristique de la définition pragmatiste du doute. Une telle recherche, à l'instar de celle que propose méthodiquement Descartes, n'est pas une conséquence du doute au sens peircien mais relève d'un autre ordre. Qu'il s'agisse de méthode de recherche ou simplement de méthode de pensée, ce à quoi s'adonne Descartes ne relève pas du doute dans la mesure où cet exercice volontaire de l'esprit se trouve déconnecté des nécessités humaines. De façon provocatrice peut-être, Peirce en arrive à dire que Descartes n'est tout simplement pas dans le doute puisqu'il n'en fait pas l'expérience. Selon lui, Descartes ne

[749] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[750] *Ibid.* : « L'irritation produite par le doute nous pousse à faire des efforts pour atteindre l'état de croyance. Je nommerai cette série d'efforts *recherche*, tout en reconnaissant que parfois ce nom n'est pas absolument convenable pour ce qu'il veut désigner ».
[751] *Ibid.*

vit pas le doute, il pense. Pour Peirce, le doute n'est définitivement pas une modalité de pensée mais bien une expérience. Et la recherche (en quoi consiste le processus d'enquête) provoquée par ce doute peircien « réel et vivant » doit émaner autant qu'aboutir à faits consécutifs d'expérience[752] et non pas résulter d'idées pures, antérieures et déconnectées du réel. Ainsi, si le doute est un moteur de *recherche* c'est bien parce qu'il relève d'une nécessité humaine et vise la résolution d'une situation de crise.

La philosophe Marylin Maeso, lors d'une conférence intitulée *Douter de tout*, met bien en lumière tout ce qui distingue la pratique méthodique cartésienne du doute de l'expérience vécue du doute au sens pragmatiste comme épreuve subie, parfois brutalement et douloureusement :

> Pierce […] a reproché à Descartes le fait d'avoir présenté le doute de façon totalement désincarnée alors que pour Pierce il n'y a rien de plus viscérale que l'expérience du doute. Pour Pierce, douter c'est toujours avoir une raison de douter. On se retrouve le doute au ventre, ce n'est pas une démarche intellectuelle que l'on mène d'un point A à un point B avec une totale maitrise. C'est un accident de la vie, un accident de la pensée qui fait que l'on avait des certitudes et d'un coup elles s'effondrent malgré nous et non pas grâce à un travail sceptique volontaire[753].

Entre Descartes et Peirce, l'opposition semble en tous points totale, qu'il s'agisse des déterminants, de la nature, de la temporalité autant que des conséquences et des enjeux du doute. Pour Peirce, le doute est une épreuve qui affecte la personne dans tout son être, tel un état de choc qui ébranle jusque dans le corps (« doute au ventre », « rien de plus viscérale »), alors que pour Descartes ce n'est qu'un exercice de la pensée (« totalement désincarnée »), une sorte d'ascèse purement intellectuelle (« travail sceptique volontaire ») sans correspondance avec un évènement vécu imposant nécessairement de s'interroger et de se mobiliser pour y remédier. Pour Peirce, le doute n'est absolument pas recherché. Il s'impose sans préavis et donc importune voire agresse la personne qui le subit, usant pour illustrer le dommage qu'il peut susciter de la métaphore du traumatisme (« accident ») et de la déflagration (« effondrement ») en appuyant le trait par une effet de répétition (« accident de la vie », « accident de la pensée »). Tout à l'inverse, le doute cartésien est anticipé et surtout toujours maitrisé (« d'un point A à un point B avec une totale maitrise ») ne générant donc pas d'inconvénient ni de désagrément pour la personne qui peut choisir de s'en délester. Enfin, alors que pour Peirce le doute relève d'une épreuve de la vie qui légitime pleinement le vécu de rupture et de crise (« raison de douter »), le doute cartésien, parce qu'il n'est qu'intellectuel, peut sembler superflu en regard des épreuves et nécessités de l'existence ordinaire. De fait, le doute au sens peircien s'accompagne de conséquences sensibles et immédiates dans la vie de la personne concernée (« On se retrouve le doute au ventre »). Celle-ci se trouve confrontée, sans anticipation et sans recul possible, à une rupture d'équilibre (« on avait des certitudes et d'un coup elles s'effondrent »), à une mise en difficulté (aux antipodes de la « totale maitrise » du doute cartésien) dans le présent le plus concret de l'existence. Le doute pour Peirce se situe dans l'instantanéité d'une rupture rompant

[752] Zask Joëlle. *Introduction à John Dewey*. Paris: La Découverte; 2015, p. 55-56 : « La nature "conséquentielle" du connu est l'une des marques de fabrique du pragmatisme. […] le pragmatisme n'insiste pas sur les phénomènes antérieurs, mais sur les conséquences, c'est-à-dire sur les phénomènes consécutifs à un processus d'investigation ».
[753] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit*.

le cours de ce qui se trouvait jusqu'à son occurrence en état de stabilité et de continuité. On comprend qu'avant que la personne ne parvienne à se mobiliser (intellectuellement autant que physiquement) pour surmonter cet état de doute, elle puisse éprouver de la stupeur, de la sidération, de la confusion, de l'anxiété, de la colère voire de la peur. Quelles que soient la nature et l'intensité de ces états ou leur durée, la pensée se voit d'abord débordée, parfois paralysée, sous l'effet de la rupture d'équilibre, de cet état d'instabilité inopinée et de ses conséquences pénibles. À son origine le doute peircien est bien un accident, un choc, une chute, une crise qui affecte le corps autant que l'esprit surpris autant qu'impréparé et dont la personne doit sortir et se remettre ainsi qu'il le précise dans ce propos :

> Le doute est un état de malaise et de mécontentement dont on s'efforce de sortir pour atteindre l'état de croyance. Celui-ci est un état de calme et de satisfaction qu'on ne veut pas abandonner ni changer pour adopter une autre croyance[754].

Se prémunir ou sortir du doute, c'est donc pour Peirce préserver (« état […] qu'on ne veut pas abandonner ni changer ») ou retrouver un état de croyance, seul à même de procurer apaisement, stabilité et confort (« état de calme et de satisfaction »). Peirce oppose donc, tel un binôme indissociable, le doute à la croyance. S'excluant l'un l'autre, le doute vient rompre l'état de croyance lequel doit résoudre le doute quitte à se renouveler. La rupture d'équilibre associée au doute est ainsi rupture de l'état de croyance qu'il faut restaurer. Afin de sortir de l'état de fragilité et d'incertitude induit par le doute ainsi que des perturbations consécutives sur le cours de la vie et de la pensée (« accident de la vie », « accident de la pensée »), la personne ne peut rester dans l'inconfort (« état de malaise et de mécontentement ») et l'attente indécise. Bien au contraire, « L'irritation produite par le doute nous pousse à faire des efforts pour atteindre l'état de croyance. Je nommerai cette série d'efforts *recherche* »[755], écrit-il. Il ne s'agit rien moins que de restaurer la continuité rompue en définissant un nouvel équilibre qui passe par l'appropriation d'une nouvelle croyance[756] (« adopter une autre croyance ») à même de mettre fin au doute. Je déclinerai plus loin les différentes méthodes de fixation de la croyance.

Avançant que le doute doit donc toujours être traité, tel un obstacle à dépasser, on note la tonalité combattive du vocabulaire employé par Peirce. Les vocables de *lutte* (« la lutte pour la croyance ») et de *destruction* témoignent pour le moins de l'importance de l'épreuve, du tourment, mais aussi de la menace, provoqués par le doute et dont il faut à la fois se défaire et se défendre. C'est bien ce qu'il suggère lorsqu'il écrit que « La lutte commence avec le doute et finit avec lui »[757] ou encore que « Le doute […] nous excite à agir jusqu'à ce qu'il ait été détruit »[758]. Par ces propos, il signifie que le doute n'est jamais un état confortable, encore moins paisible (« la lutte »), qu'il impose toujours de (ré)*agir* (« excite à agir ») pour s'en libérer, c'est-à-dire précisément de le vaincre (« jusqu'à ce qu'il ait été détruit »). Une telle déclinaison pragmatiste du doute, c'est-à-dire à travers ses effets concrets, en tant que situation

---

[754] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[755] *Ibid.*
[756] Selon Peirce, quatre méthodes distinctes permettent de fixer une croyance. J'explicite ces différentes méthodes (de ténacité, d'autorité, *a priori*, scientifique) dans les pages à venir.
[757] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[758] *Ibid.*

de *crise* qu'il importe de résoudre afin de restaurer un état de stabilité et de repos grâce à l'élaboration d'une nouvelle croyance (donc de nouveaux repères) s'y substituant s'avère particulièrement appropriée pour éclairer la réalité vécue par les patients. J'en déclinerai plusieurs exemples dans les chapitres consacrés à l'exploration du doute du côté des patients[759]. Quant au contraste avec le doute méthodique cartésien, il permet d'éclairer ce fossé qui peut exister entre le vécu de doute des patients et la pratique tout aussi méthodique et intellectualisée du doute scientifique préconisé par Claude Bernard, pratique pouvant être perçue comme déconnectée des maux concrets et immédiats de la personne malade puisqu'essentiellement orientée vers la recherche et la production de connaissances scientifiques. Un tel fossé contribue à leur incompréhension et leur éloignement réciproques, fragilisant d'autant la relation de soins. D'un côté, instruits et soutenus dans leur pratique professionnelle par la rationalité et la méthode scientifiques, les médecins affirment, à bon droit, ne pas cesser de douter. De l'autre, malgré l'absence d'étude systématique sur le sujet, les patients sont nombreux à estimer tout au contraire que les médecins ne doutent pas et, s'armant de leurs données scientifiques brandies comme des vérités, imposent leurs décisions[760]. Stigmate selon certains d'un « épuisement démocratique »[761], ce fossé est d'autant plus marqué lorsque la modalité relationnelle est de type paternaliste. Il n'est ainsi pas rare qu'ils s'estiment non écoutés et non reconnus dans leurs doutes, non compris dans leur vécu de crise, de rupture de leurs repères et habitudes, de même que la réalité de leurs épreuves et leur expérience leur semblent ne pas être suffisamment prises en compte. Ce contraste entre d'un côté la mécanique intellectuelle d'un doute méthodique rationnel et surplombant du bio-soignant, de l'autre l'épreuve de bouleversement de la vie d'un patient fait certes écho à ce qui distingue Descartes et Peirce mais ne saurait constituer une règle absolue. Les professionnels de santé aussi sont confrontés à des états de crise (dans leur vie personnelle autant que professionnelle) à même d'ébranler leurs croyances. Inversement certains patients sont dotés d'un rationalisme fort et exigeant susceptible de les éprouver en cas de congruence imparfaite avec les faits et l'expérience.

6.3 – L'approche pragmatiste du doute, une critique du rationalisme pur au profit de la vie humaine concrète

Le dualisme cartésien du corps et de l'esprit s'invite au cœur de cette opposition entre Descartes et Peirce et éclaire la critique sous-jacente d'un esprit souverain, étranger aux contingences de la vie humaine et dédouané de sa matérialité autant que de ses nécessités. Comme déjà précisé, pour Peirce, « le doute n'est pas une modalité de la pensée mais d'abord et fondamentalement une expérience, une expérience particulièrement douloureuse, existentielle »[762] souligne la

[759] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des patients*.
[760] Je partage ici mon expérience personnelle et professionnelle ainsi que les résultats d'un micro-trottoir effectué à l'initiation de mes recherches sur le sujet. Le modèle paternaliste de la relation de soin favorise une telle configuration puisqu'alors le patient a peu ou pas droit à l'écoute et la parole et le médecin ne prend pas forcément la peine d'expliquer ce qu'il estime la plus juste décision concernant ce patient.
[761] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p. 184 : « Certains propos que tiennent des malades, leurs proches et autres citoyens non malades s'inscrivent dans cet épuisement démocratique quand ils décrivent les soignants comme incarnant une réelle menace pour leur liberté et pour leur intégrité physique et morale. Ils n'écouteraient pas les malades. Ils seraient à la recherche de la performance […]. Certains soignants ne sont pas plus tendres avec les malades et leurs proches, les décrivant comme des "tyrans" ou de "simples consommateurs de soins […] ».
[762] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit*.

philosophe Marylin Maeso. Le doute cartésien en tant que pensée désincarnée est ainsi mis en opposition avec le doute peircien entendu comme vécu expérientiel ancré dans la réalité concrète de l'existence et de ses affres (« une expérience particulièrement douloureuse, existentielle »). La pensée antécédente, surplombante et vide de corporéité s'en trouve, par contraste, vide de vie humaine puisqu'elle n'en émane pas ni ne parvient à y accéder et la soutenir. L'invocation par Descartes d'un « mauvais génie »[763] alimente cette interprétation d'une activité intellectuelle – que cette figure est amenée à représenter – déconnectée de ce qui est concrètement et réellement vécu par les humains, ainsi que de leurs besoins les plus matériels et les plus ordinaires. Un malin génie n'étant de fait ni humain, ni n'ayant de vie terrestre, une telle pensée reste si ce n'est inaccessible, du moins peu appropriable au commun des mortels. L'élaboration réflexive cartésienne et son aboutissement s'en trouvent à certains égards déshumanisés. A tout le moins, la question de ce qu'il en est d'une appropriation performative peut être posée. On peine à voir l'utilité du *cogito* face à l'ébranlement plus ou moins massif de son existence et de ses repères (face à un deuil, l'annonce d'une maladie ou de sa récidive, une rupture affective, une perte d'emploi, la souffrance d'un proche). En quoi servirait-il, de près ou de loin, à l'apaisement et la résolution d'une telle crise et aux enjeux pratiques, y compris simplement en termes de repères et d'habitudes de vie, qu'elle suscite ? Est-ce à dire que, privé de l'éclairage sensible et immédiatement concret des réalités humaines vécues (dans leur matérialité prosaïque, leur désordre, leur agitation incessante, leur imprévisibilité, leur extrême diversité), la pensée désincarnée, parce que privée de son substrat empirique, serait inévitablement condamnée à l'abstraction et la futilité en regard des nécessités humaines. Au prisme de la *res cogitans*[764], Peirce ne semble entrevoir qu'un « je » abstrait, sans chair, sans sueurs, ni battements du cœur et dont le message serait inaudible par l'absence même de voix singulière. Un « je » universel parce qu'englobant et généralisant mais froid et impalpable, sans vie et sans affects. Un « je » impersonnel, anonyme et éthéré qu'en conséquence on ne peut ni reconnaitre en toute conscience ni s'approprier véritablement comme contribution utile à son existence. La démarche méthodique et rationnelle du doute cartésien serait-elle à, cet égard, condamnée à rester hors sol, sans possibilité de traduction et d'impact concrets et pratiques dans la vie des hommes (pour leur équilibre autant que leur bonheur), *a fortiori* d'utilité[765].

Entre abstraction, irrésolution et futilité et la critique peircienne est mordante à l'égard de ce type de doute volontairement provoqué, instruit et entretenu autant par les penseurs sceptiques que déployé hyperboliquement sous l'impulsion de la rationalité cartésienne. Si Peirce suspecte Descartes de ne pas faire réellement l'épreuve du doute, il lui reproche aussi d'alimenter activement et inlassablement le doute plutôt que de chercher à le résoudre. Pour Peirce, le doute déclenche une activité de *recherche* visant à détruire le doute. Ce n'est donc que parce qu'il y a doute que la pensée s'active à chercher les modalités de sa résolution en l'avènement d'une nouvelle croyance. Est-ce à dire que l'enjeu de la résolution du doute selon Peirce relèverait

[763] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 18-26 (Méditation seconde), ici p. 21 : « Mais moi, qui suis-je, maintenant que je suppose qu'il y a quelqu'un [un certain génie] qui est extrêmement puissant, et, si j'ose le dire, malicieux et rusé, qui emploie toutes ses forces et toute son industrie à me tromper ? ».
[764] *Ibid*., p. 27-42 (Méditation troisième), ici p. 27.
[765] L'incompréhension qu'a pu susciter le concept d'utilité sera développée plus loin.

moins du sens profond d'un tel état que de sa résolution pratique et de l'adhésion à une nouvelle croyance ? Dire que « Le doute cessant, l'activité intellectuelle au sujet de la question examinée prend fin. Si elle continuait, elle serait sans but »[766] semble en attester. Il n'hésite d'ailleurs pas à caractériser d'« oiseuse » l'entreprise ou la poursuite d'une *recherche* qui ne serait pas sous-tendue par un doute réel[767]. Mais alors, la question se pose de savoir si l'irrésolution du doute résulte de l'absence de « doute réel et vivant » ou bien de l'absence d'objet de doute comme ce pourrait être le cas des « gens qui aiment à discuter un point dont tout le monde est convaincu »[768], voire de ces deux hypothèses. Suivant Peirce, puisqu'il n'y a pas de doute il n'y a pas de production de croyance. Suivant le fil de l'opposition des deux philosophes en proposant une paraphrase inversée à partir du titre du texte majeur de Peirce, *Comment se fixe la croyance*[769], il n'y a donc pour Descartes pas de fixation possible de croyance. D'une part, et selon Peirce, Descartes n'expérimentant en réalité pas le doute ne peut tendre à une croyance, d'autre part, au regard de la radicalité de son doute, Descartes lui-même exprime cette impossibilité de croyance dès sa première méditation :

> […] je suis contraint d'avouer, que, de toutes les opinions que j'avais autrefois reçues en ma créance pour véritables, il n'y en a pas une de laquelle je ne puisse maintenant douter, non par aucune inconsidération ou légèreté, mais pour des raisons très fortes, et mûrement considérées : de sorte qu'il est nécessaire que j'arrête et suspende désormais mon jugement sur ces pensées, et que je ne leur donne pas plus de créance, que je ferais à des choses qui me paraîtraient évidemment fausses[770].

Descartes explicite d'emblée sa démarche de systématisation (« toutes les opinions que j'avais autrefois », « il n'y en a pas une ») et radicalisation du doute (« plus aucune créance », « pas plus de créance, que je ferais à des choses […] fausses »). Pourtant, si ces lignes tendent à illustrer l'irrésolution du doute cartésien en cohérence avec la radicalité de sa méthode autant que de ses objectifs, son aboutissement ultime dans le « *cogito* » peut paraître inattendu. Il semble qu'il se soit pris à son propre piège – un piège bien différent de celui du solipsisme – à savoir le piège de l'autocontradiction puisque le « *cogito* », en tant qu'évidence absolue et indubitable du « je », se voit en définitive inaccessible au doute. Ce paradoxe sceptique, consistant à parvenir à une certitude en prônant un doute radical devant couvrir toute chose et tendant à l'infini, ouvre à la question suivante. La certitude de l'*être* existant ne serait-elle, dès lors, pas plutôt dans le « je » *doutant* que le « je » *pensant* ? D'ailleurs, si tant est qu'il faille parler de résolution, ou du moins d'aboutissement, du doute cartésien dans le « *cogito* », l'interrogation philosophique sur le sujet tel que Descartes l'a ouverte n'a pas pour autant été clôturée. D'autres philosophes après lui, particulièrement le phénoménologue Edmund Husserl, ont pris sa suite, ne serait-ce que pour dépasser l'écueil du solipsisme. Ainsi que déjà développé, Husserl notamment est allé bien au-delà, le doute cartésien se muant en doute husserlien ou *épochè phénoménologique* et la dimension de la conscience venant à s'élargir, non plus

[766] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[767] *Ibid.*
[768] *Ibid.*
[769] *Ibid.*
[770] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 11-22 (Deuxième partie), ici p. 12.

seulement en tant que *conscience existante* (« je suis, j'existe » selon la formule cartésienne des *Méditations*) mais en tant que *conscience intentionnelle*.

Si une étape cruciale de la philosophie a certes pu être franchie grâce au « *cogito* », la question de son impact pratique à l'échelle de la vie humaine, concrète et quotidienne, se pose au point même d'en paraitre futile. Ce n'est certes pas nier les bénéfices de l'appropriation du *cogito* d'un point de vue psychologique et éducatif comme valorisation de l'aptitude à la conscience de soi, autant que de l'exercice de la pensée. Mais, par contraste avec l'approche peircienne ancrée au cœur de la vie des hommes à travers la prise en compte de leurs expériences (comme cible d'écoute et de réflexion autant que d'élaboration, d'action et d'accompagnement), la démarche cartésienne tend à pêcher par son abstraction. Elle relève d'une exigence intellectuelle de connaissance pure et non pas tant de la reconnaissance et de la résolution de problèmes humains concrets. L'opposition entre Descartes et Peirce éclaire ainsi plus largement ce qui distingue le courant philosophique américain du pragmatisme de la philosophie classique (tout particulièrement la métaphysique, l'ontologie, le rationalisme). Le plaidoyer de Peirce consistant, non pas à douter pour douter, en usant des théories de la rationalité en vue d'aboutir *peut-être* à de la connaissance, mais à douter en ré*action* à de l'expérience réellement vécue afin de répondre à des besoins humains fait largement écho aux convictions de John Dewey, autre philosophe majeur du pragmatisme américain. En témoigne l'une de ses plus célèbres citations :

> La philosophie doit cesser d'être un instrument de philosophes pour résoudre des problèmes de philosophes […] elle doit devenir une méthode suggérée par les philosophes pour résoudre les problèmes des hommes[771].

Dewey se démarque lui aussi d'une réflexion qui ne se serait fondée que sur la rationalité, parce que d'une part elle serait sans connexion avec des données expérientielles concrètes à son origine comme dans son déploiement, d'autre part elle résulterait en des propositions philosophiques abstraites, éloignées voire indifférentes aux aléas de la vie humaine. « La philosophie doit cesser d'être une activité intellectuelle pour s'occuper de problèmes humains »[772] ne cesse-t-il de rappeler cherchant ainsi activement à ouvrir l'horizon de la philosophie de sorte qu'elle puisse contribuer réellement (« méthode suggéré par les philosophes ») à la vie ordinaire des personnes (« résoudre les problèmes des hommes »). Le philosophe Arto Charpentier analyse la démarche de John Dewey précisément en ce sens, à savoir que « Pour lui, la tâche de la philosophie n'est pas de nous donner accès à des arrière-mondes […] mais de fournir à des êtres humains, à des collectifs humains historiquement situés des outils d'élucidation utiles à leurs situations »[773]. Charpentier souligne cette ferme volonté

[771] Charpentier Arto (orateur). *Autour de la pensée de John Dewey – La nature et les conduites humaines.* Séminaire « Compréhension contemporaine du sujet » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 26 novembre 2020. En ligne : Autour de la pensée de John Dewey, la nature et les conduites humaines - Chaire de Philosophie à l'Hôpital (chaire-philo.fr), consulté le 23 août 2025. Ce propos rapporté par Charpentier daterait de 1917.
[772] *Ibid.*
[773] *Ibid.*

deweyienne d'inscription démocratique (« des collectifs humains ») et contemporaine (« historiquement situés »), au plus près des réalités vécues par les personnes (« leurs situations » par opposition aux « arrière-mondes » purement intellectuels) afin de les aider en éclairant de façon concrète, utile et pertinente leurs expériences quotidiennes grâce à la philosophie (« outils d'élucidation utiles à leurs situations »). Au-delà de son ambition altruiste et performative, la reconnaissance de « l'expérience ordinaire, quotidienne, quelques activités que ce soient, comme point de départ mais aussi d'aboutissement »[774] constitue déjà en soi un bouleversement fondamental pour la philosophie. Le propos de Cometti condense au mieux ce projet lorsqu'il écrit que « Le pragmatisme plaide pour une philosophie débarrassée de sa majuscule […] une philosophie qui renoncerait ou aurait renoncé à son piédestal, pour se montrer plus attentive aux conditions et aux potentialités d'une émancipation de la pensée et de l'expérience commune »[775].

6.4 – Le lien indissociable entre doute et croyance

Conformément à l'approche pragmatiste du doute, en l'occurrence je m'appuierai plus spécifiquement tout au long de ce travail sur les travaux de Peirce et de Dewey, l'objectif de la résolution du doute est de restaurer un état d'équilibre fait de repères stables auxquels se référer. Cela passe par le rétablissement ou l'élaboration d'une croyance renouvelée par rapport à celle que le doute avait rompue. Cette approche du doute au prisme de la paire indissociable doute – croyance, par ailleurs autant défendue par Freud qui utilise de son côté la formulation « croire (douter) »[776], implique de clarifier ce que Peirce entend par-là et notamment le périmètre de la croyance :

> Les mots doute et croyance, comme on les emploie d'ordinaire, sont usités quand il est question de religion ou d'autres matières importantes. Je les emploie ici pour désigner la position de toute question grande ou petite et sa solution[777].

Cette clarification sémantique est majeure. Elle ouvre largement le sens du mot croyance puisqu'elle ne le restreint donc pas aux seuls avis, opinions, convictions (par exemple religieuses ou politiques) lesquels peuvent être irrationnels (comme les superstitions), dépourvus de réflexion ou d'examen approfondi[778], *a fortiori* de preuves, quand bien même la croyance porte toujours sur quelque chose qui est estimé comme étant le vrai[779]. En l'occurrence, il s'agit là de la catégorie « question […] petite ». Au contraire, cette définition ouvre aussi la croyance comme « adhésion de l'esprit »[780] à des questions aussi sérieuses que les données scientifiques (s'agissant alors de la catégorie « question grande »), c'est-à-dire ce qui se situe au plus près de la vérité, point sur lequel je vais revenir. Autrement dit Peirce élargit

---

[774] *Ibid.*
[775] Cometti Jean-Pierre. *Qu'est-ce que le pragmatisme?* Paris: Gallimard; 2010, p. 249.
[776] Mérot Patrick. *La croyance et le doute de Sigmund Freud à Charles Sanders Peirce*. Paris: Ithaque; 2023, p. 107.
[777] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.*
[778] Site consulté en ligne le 23 août 2025 : CROYANCE : Définition de CROYANCE.
[779] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Ce qu'on peut tout au plus soutenir, c'est que nous cherchons une croyance *que nous pensons vraie*. Mais nous pensons que chacune de nos croyances est vraie, et le dire est réellement une pure tautologie ».
[780] Site consulté en ligne le 23 août 2025 : CROYANCE : Définition de CROYANCE.

l'application des états de doute (« question ») et de croyance (« solution ») à toute situation (« toute question grande ou petite et sa solution »), bien au-delà des seules questions relatives aux religions, aux Dieux qui les habitent et à l'adhésion plus ou moins forte qui peut leur être accordée. Croyance et doute constituent ainsi des modes d'être pour tout un chacun, y compris dans son quotidien le plus élémentaire, l'individu oscillant de la croyance au doute, et vice versa, comme les garanties de toujours tendre vers un état de stabilité propre au plein potentiel de l'agir, en œuvrant à résoudre les troubles qui affectent régulièrement l'existence, quitte à actualiser certains de ses repères. Afin d'illustrer l'implication omniprésente de l'état de croyance et de doute dans la direction de toutes nos actions, Peirce utilise l'exemple d'un choix (cause éventuelle de doute préalable à la décision) dont l'enjeu est modeste et surtout sans gravité pour la vie d'un homme. Ce choix porte sur l'utilisation d'une monnaie soit de métal précieux (en argent) soit d'un alliage de peu de valeur (billon) afin de payer son dû lorsqu'on dispose dans sa bourse de la somme équivalente dans l'un et l'autre type de monnaie. Le seul fait de la différence de qualité lorsqu'il s'agit de choisir de payer « en argent ou en billon » suscite-t-il ou pas un doute, et partant l'irritation qu'il sous-tend (selon l'intitulé classique de Peirce d'« irritation du doute »[781]), s'interroge-t-il. Tout en reconnaissant le caractère excessif de ce vocabulaire, Peirce répond par la positive :

> […] à considérer scrupuleusement les faits, il faut admettre que si l'on éprouve la moindre hésitation à payer en argent ou en billon, ce qui aura lieu infailliblement à moins qu'on agisse en pareil cas par suite d'une habitude contractée d'avance, il faut, dis-je, admettre que si le mot irritation dépasse la mesure, on est néanmoins excité à la minime activité intellectuelle, qui peut être nécessaire pour décider l'acte en question[782].

L'omniprésence, dans le moindre acte de la vie quotidienne, du doute autant que de la croyance – vers laquelle la résolution du doute doit constamment tendre – est effectivement ici affirmée (« excité à la minime activité intellectuelle […] pour décider l'acte en question »). Elle est, de fait, généralisée et peut s'appliquer à toute circonstance dès lors que s'exprime « la moindre hésitation », y compris des circonstances d'importance toute relative qui, précisément, ne mettent pas en jeu la santé, l'intégrité, la vie d'une personne. Tout en reconnaissant que l'usage de ces mots (doute, croyance, irritation) autant que des concepts qu'ils sous-tendent, puisse parfois être considéré comme démesuré[783], il persiste dans cette analyse que toute action est portée par une croyance puisque précisément « la croyance [est] une règle d'action »[784]. Et à défaut de disposer de croyance préalable (« habitude contractée d'avance ») correspondant à une situation donnée qui serait antérieurement connue et disposerait en conséquence d'une telle *règle de conduite* – en quoi consiste soit la situation de choix entre deux ou plusieurs options d'*agir* possibles soit la situation de confrontation à l'inconnu impliquant la création *de novo* de croyance – le doute intervient en lieu et place de la croyance. Il n'y a donc pas, pour Peirce, de situations qui justifieraient plus et d'autres moins, voire pas, l'application du principe

[781] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.*
[782] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit.*
[783] *Ibid.* : « Appeler une telle alternative [celle de payer en argent ou en billon] doute, et la décision croyance, c'est à coup sûr employer des mots hors de proportion avec les choses ; et parler d'un tel doute comme produisant une irritation qu'il faille faire cesser, c'est suggérer l'idée d'une sensibilité impressionnable presque jusqu'à la folie ».
[784] *Ibid.*

d'indissociabilité du doute et de la croyance. Il en est ainsi des situations de soins, aussi anodines soient-elles en apparence, comme de toute autre situation de la vie humaine, qui toujours conduisent à agir en fonction de croyances ou à défaut à en élaborer de nouvelles au gré du travail du doute qui excite la pensée. Et nous verrons que le principe de croyance s'applique aussi à la science.

6.5 – Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce

Médecins et scientifiques, autant que tout autre humain, usent de leurs croyances pour définir leurs actions, y compris celles qui conditionnent leurs pratiques professionnelles. Pour qualifier ce à quoi conduit une croyance, Peirce parle de « règle de conduite » comme de « règle d'action »[785], ou bien encore et « pour parler plus brièvement, d'une habitude ». Son propos est à cet égard très clair : « Le sentiment de croyance est une indication plus ou moins sûre, qui s'est enracinée en nous, une habitude d'esprit qui déterminera nos actions »[786]. Et dans le même ordre d'idée : « La marque essentielle de la croyance est l'établissement d'une habitude, et les différentes espèces de croyance se distinguent par les divers modes d'action qu'elles produisent »[787]. Autrement dit, la croyance conditionne autant l'action (« règle d'action ») que son type en fonction de la méthode qui la sous-tend (« les divers modes d'action qu'elles produisent »). La croyance est à la fois possibilité et moteur d'action (qui inclut la pensée), laquelle dépendra du type de croyance dont elle émane. Dans son opposition constitutive d'avec le doute (n'empêchant pourtant pas une dynamique de continuité et d'indissociabilité entre l'une et l'autre), doute conçu comme interruption de la croyance et partant *irritation* de l'esprit, Peirce range résolument l'action, sa potentialité autant que sa dimension effective et sa typologie, du côté de la croyance. Usant de l'exemple de guerriers « courant à la mort au moindre commandement » parce que convaincus que « l'obéissance à leur chef leur assurerait l'éternelle félicité », il illustre la puissance performative de la croyance qui insuffle et propulse la mise en action tandis que le doute est tout à l'inverse envisagé comme un frein pour l'action. « Nos croyances guident nos désirs et règlent nos actes »[788] écrit-il ? on ne peut plus affirmatif.

La typologie de la croyance selon Peirce est fonction de ce qu'il qualifie de méthode de fixation de la croyance dont il distingue quatre types (de ténacité, d'autorité, *a priori*, scientifique) et qu'il explicite dans un texte qui y est spécifiquement consacré, intitulé *Comment se fixe la croyance*[789]. Cette typologie permet de clarifier différents types de conduite d'action mais surtout d'appréhender ce que Peirce entend par résolution du doute. C'est ainsi qu'il écrit :

> Pour mettre fin à nos doutes, il faut donc trouver une méthode grâce à laquelle nos croyances ne soient produites par rien d'humain, mais par quelque chose d'extérieur à nous et d'immuable, quelque chose sur quoi notre pensée n'ait point d'effet[790].

---

[785] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit*.
[786] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[787] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit*.
[788] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[789] *Ibid.*
[790] *Ibid.*

Cet extrait, que j'expliciterai tout au long de mon développement comparatif des différentes méthodes, correspond très précisément à la définition de la *méthode scientifique de fixation de la croyance*. Et il importe tout d'abord d'entendre dans cette phrase, sous l'intitulé « pour mettre fin à nos doutes », les doutes entretenus ou provoqués à l'aune des résultats aussi fragiles que suspects que procurent les trois autres méthodes de fixation de la croyance quant à l'accès à la réalité, et partant à ce que Peirce qualifie de vérité. Ce dernier estime en effet que pour chacune de ce ces trois autres méthodes distinctes de la *méthode scientifique de fixation de la croyance*, il y a de sérieux motifs de continuer de douter et il les explicite.

D'une part, la *méthode de ténacité* consiste simplement à croire « tout ce qu'il nous plaira d'imaginer […] en s'exerçant à écarter avec haine et dédain tout ce qui pourrait la troubler [la croyance] »[791]. Avec cette méthode, il n'y a donc ni faits ni raison, seul compte sa « fantaisie propre »[792] et l'obstination avec laquelle la personne persiste dans sa croyance en dépit de son absurdité, voire de sa folie, et en se fermant à toute influence, ainsi que l'illustre cette citation : « Cela peut, il est vrai, produire de pernicieux effets, comme si par exemple on persistait à croire avec quelques fous que le feu ne vous brûlera pas »[793]. A ce titre, Peirce use de la métaphore de l'autruche (telle que dénier la réalité des dommages que le feu peut provoquer) pour qualifier la singulière résistance avec laquelle une personne s'exerce à maintenir ce type de croyance[794]. Mais une telle croyance (« croire […] que le feu ne vous brûlera pas ») est « incapable de survivre à long terme »[795]. Dans une interprétation non dénuée de philanthropie, Peirce avance qu'il y a d'autant plus lieu de douter de telles croyances que les individus eux-mêmes, inscrits dans une collectivité sociale, découvrent les croyances, si ce n'est opposées du moins divergentes, de leurs congénères ce qui les amène ainsi à douter de leur propre croyance. Peirce suggère ainsi, toujours dans un élan de confiance en la nature de l'homme, que « dans un instant de bon sens, il lui viendra à l'esprit que les opinions d'autrui sont aussi valables que les siennes ; et cela ébranlera sa confiance en ce qu'il croît »[796]. Autrement dit, le simple constat de la diversité des croyances est propre à fragiliser et remettre en cause ce type de croyance[797].

D'autre part, relevant de ce que Peirce qualifie d'« instinct de société »[798], la *méthode d'autorité* impose arbitrairement aux autres (c'est-à-dire à l'ensemble ou un ensemble d'individus constitutifs d'une société, comme fondus en elle et anonymisés) une croyance en effaçant toute possibilité d'individualité et donc de diversité, *a fortiori* de discussion et de critique quant à son contenu puisqu'elle se réduit à ce que l'état pense. Là encore, bien que sous l'emprise de cette autorité, il parvient à la conscience et à l'entendement de quelques personnes l'état d'« esclavage intellectuel »[799] et le climat de terreur répressive qui s'y trouvent très souvent associés et auxquels elles sont dès lors soumises. Ainsi Peirce décrit ces êtres prisonniers d'un

[791] *Ibid.*
[792] *Ibid.*
[793] *Ibid.*
[794] *Ibid.*
[795] Tiercelin Claudine. *C.S. Peirce et le pragmatisme*. Paris: Presses universitaires de France; 1993, p. 90.
[796] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[797] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 90.
[798] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[799] *Ibid.*

système autoritaire et pourtant clairvoyants : « Leur bonne foi ne peut échapper à cette réflexion qu'il n'y a pas de raison pour estimer leur manière de voir à plus haut prix que celle d'autres nations et d'autres siècles ; et ceci fait naitre des doutes dans leur esprit »[800]. Bien que redoutablement efficace, cette croyance ne résiste pas non plus à la diversité des opinions, aussi étouffées soient-elles par le système autoritaire qui les opprime[801]. Car aucune frontière ne saurait être suffisamment étanche pour maintenir dans l'ignorance des croyances issues d'autres communautés (« d'autres nations et d'autres siècles »).

Enfin, Peirce décrit la *méthode a priori*, qu'il compare au « domaine de l'art » mais surtout à celui de « la philosophie métaphysique ». Selon Peirce les croyances élaborées selon cette méthode ne s'embarrassent pas des faits dont elles font tout simplement l'économie (et sur ce point la *méthode a priori* s'avère comparable à la *méthode de ténacité*). Si les croyances établies sur la base de cette méthode *a priori* ne tiennent compte ni de l'expérience ni de ses résultats, elles reposent par contre sur la raison (contrairement à la *méthode de ténacité*) et sont portées pour la satisfaction intellectuelle qu'elles procurent ainsi que Peirce l'illustre dans son propos : « [Les] systèmes de cet ordre ne se sont pas d'ordinaire appuyés sur des faits observés … On les a adoptés surtout parce que les propositions fondamentales en paraissaient *agréables à la raison* »[802]. De nouveau, comme le souligne Peirce, un certain nombre de personnes conviendront que la seule inclinaison à croire ce que l'on a envie de croire, aussi réfléchie et rationnelle soit une croyance élaborée selon la *méthode a priori*, ne suffit pas à en garantir la justesse et encore moins la véracité. Non seulement les faits de l'expérience tendent, si ce n'est à contredire de telles croyances, du moins à les nuancer, mais cette méthode pèche aussi par son rapport à la *réalité*. Aussi outillée par l'intelligence de la raison soit la *méthode a priori*, elle reste en deçà de la *méthode scientifique* s'agissant de la question de la réalité et partant de la vérité. Là s'expliquerait aussi, si ce n'est la versatilité, du moins la diversité et l'évolutivité des théories qui ont pu être soutenues par les métaphysiciens quand, tout contraire, la *méthode scientifique* s'avère, selon Peirce, « être telle que chaque homme arrive à la même conclusion finale »[803] et donc la même croyance. C'est ainsi que Peirce avance, non sans quelque ironie : « Elle [la méthode *a priori*] fait de l'investigation quelque chose de semblable au goût développé : mais malheureusement le goût est toujours plus ou moins une affaire de mode ; c'est pourquoi les métaphysiciens n'ont jamais pu arriver à un accord solide »[804]. En n'obéissant qu'à une mode intellectuelle, une telle croyance ne peut que s'exposer elle aussi au doute[805].

C'est donc autour de la question de la réalité, et de ce que *réalité* signifie précisément selon Peirce, que se situe la distinction radicale entre méthodes *a priori* et *scientifique*. S'adossant fermement sur « son postulatum fondamental » à savoir qu'« il existe des réalités dont les

---

[800] *Ibid.*
[801] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 90 : « aucune institution n'a le pouvoir de légiférer en matière d'opinion publique sur toutes les opinions sans exception ».
[802] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Cette expression est fort juste, elle désigne non pas les théories qui s'accordent avec l'expérience, mais celles que de nous-mêmes nous inclinons à croire ».
[803] *Ibid.*
[804] *Ibid.*
[805] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 90.

caractères sont absolument indépendants des idées que nous pouvons en avoir »[806], il dévoile, réitère et renforce sa critique des méthodes qui en font fi pour définir leurs croyances. Non que les métaphysiciens soient indifférents aux *réalités*, à l'instar de ce qui se passe en situation de croyance élaborée selon la méthode *de ténacité* ou *d'autorité* pour lesquelles ce sont « fantaisies »[807], fictions, folies, et autant de représentations situées en dehors de la réalité qui font foi. Pour autant et très concrètement, la *méthode a priori* est déconnectée des *faits* (entendus comme faits réels) et partant de la réalité, les croyances ne s'élaborant qu'à partir d'idées (autant d'idées que d'aucun pourrait se faire à partir de telle ou telle réalité sans s'y adosser concrètement) avec l'outillage de la seule pensée réflexive et rationalisante. Tout à l'inverse des croyances fixées selon la *méthode scientifique* puisqu'elles dépendent de « quelque chose sur quoi notre pensée n'[a] point d'effet », qui n'a « rien d'humain ». Peirce concède pourtant aux métaphysiciens une certaine réussite mais il ne l'impute pas à une prise en compte effective et congruente avec les faits de la réalité ainsi qu'il le précise, non sans une ironie certaine, dans ce propos :

> Il est en effet vrai que les métaphysiciens atteignent à la fin des idées justes. […] on peut en être certain, tout ce que l'investigation scientifique aura mis hors de doute sera gratifié par les métaphysiciens d'une démonstration *a priori*[808].

S'ils arrivent bien, *in fine*, à être en accord avec la *réalité* (« des idées justes »), ce n'est manifestement, selon Peirce, que par l'effet du temps (parfois peut-être aussi l'effet possible du hasard) qu'ils sont conduits progressivement (« atteignent à la fin ») aux mêmes croyances que celles qui sont en conformité avec les données de la *réalité*, c'est-à-dire des croyances qui auraient été fixées selon la *méthode scientifique*. C'est qu'ils se sont tout simplement appropriés les résultats du travail de la *méthode scientifique* de fixation de la croyance, en usant, en somme *a posteriori* (et non plus *a priori*), de données obtenues au gré de l'aboutissement des recherches selon cette méthode et considérées comme acquises pour la postérité. Il en résulte qu'il est naturellement aussi possible, et justifié, de douter des croyances élaborées par l'usage de la *méthode a priori*. Outre l'indifférence à l'expérience des faits dans le processus d'élaboration des croyances, Peirce a souligné leur caractère instable et non universel (la conclusion de l'élaboration d'une croyance pouvant naturellement varier d'un homme à un autre). Tout comme avec les méthodes *de ténacité* et *d'autorité*, Peirce avance donc qu'avec la *méthode a priori* aussi « la croyance ne sera jamais fixée » comme l'illustrent ces propos :

> […] dès qu'elles verront que l'une de leurs croyances est déterminée par quelque circonstance en dehors de la réalité, admettront à l'instant même et non pas seulement des lèvres que cette croyance est douteuse, mais en douteront réellement, de sorte qu'elle cessera d'être une croyance[809].

---

[806] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[807] *Ibid.*
[808] *Ibid.*
[809] *Ibid.*

Pour Peirce, il n'y aurait donc que la *méthode scientifique* qui soit apte à fixer la croyance, à la rendre stable, par contraste avec les autres méthodes (y compris donc la méthode *a priori*), lesquelles produisent des croyances instables et demeurant douteuses (« cette croyance est douteuse ») au point même de « cesser d'être une croyance ». Peirce appuie d'ailleurs son propos par l'usage de l'adverbe « réellement » (« douteront réellement »). La *méthode scientifique* de fixation de la croyance est donc bien, selon ses propres mots, « la seule qui fasse reconnaître quelque différence entre une bonne et une fausse voie »[810] quant à la conformité à la réalité. « Seule la méthode scientifique peut fixer la croyance, toutes les autres étant "spécieuses" »[811] écrit à ce propos la philosophe Claudine Tiercelin. Peirce les réfute en effet l'une après l'autre, « successivement, sur la base de leur impuissance à rejeter le doute et à établir la croyance »[812]. Soumises au doute, elles sont ainsi condamnées à l'instabilité, pour les différentes raisons déjà explicitées : les croyances relèvent de « fantaisies » individuelles pour la *méthode de ténacité* et collectives (« populaires ») pour la *méthode d'autorité*, l'une et l'autre ne se souciant ni des faits ni de la raison ; quant à la *méthode a priori* elle ne se soucie que de produire des conclusions agréables en s'appuyant sur le seul fruit de la pensée. Ce qui conduit Tiercelin à la conclusion suivante : « Quels que soient pourtant les "avantages" respectifs de ces méthodes, chacune d'elles s'autodétruit, car ce ne sont pas des croyances qu'elles produisent, mais d'autres états mentaux »[813]. Tout à l'inverse de ce qu'en retient le sens commun, une croyance stable n'émane pas de ces « états mentaux » que sont le plaisir ou la soumission intellectuelles. Ce n'est donc ni facile, ni confortable puisque « croire n'est pas un acte qu'on décide ou auquel on peut se tenir, au mépris de l'expérience, du moins sans y être contraint, ou si l'on est "sain d'esprit" »[814]. Tandis que la croyance fixée selon la méthode scientifique peircienne s'éprouve au prisme de « l'expérience » qui la détermine (« pas un acte qu'on décide »), la croyance d'autorité (« y être contraint ») semble, par contraste, facile et reposante puisqu'elle consiste simplement à s'effacer derrière une autorité anonyme et qui déresponsabilise. Sans compter qu'en toute logique pragmatiste, la croyance (tout comme le doute) n'est pas simplement une sorte d'expérience intellectuelle satisfaisante et sans conséquences pratiques (à l'instar du doute intellectuel cartésien), à laquelle il serait donc facile de s'adonner et de se défaire. Ce n'est, bien au contraire, pas simplement s'interroger sans que cela ait de conséquences dans la vie. La croyance a des effets concrets, tangibles, pour nos actions[815]. Tiercelin souligne à la fois les difficultés et les enjeux pratiques, celui notamment de conduire à et s'engager dans l'*enquête* pragmatiste :

> […] la poursuite de la connaissance n'est pas une entreprise de tout repos, précisément parce que nous avons affaire à des *croyances* et à des *doutes*. Or les croyances ne sont pas de simples états mentaux internes sur lesquels nous avons un total contrôle : elles ressemblent plus à des dispositions à l'action. Ce pourquoi il est si difficile de croire « à volonté », comme de douter

[810] *Ibid.*
[811] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 90.
[812] *Ibid*.
[813] *Ibid*., p. 91.
[814] *Ibid*.
[815] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit*.: « Considérer quels sont les effets pratiques que nous pensons pouvoir être produits par l'objet de notre conception. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet ».

> « à volonté ». Nous ne pensons jamais à partir d'un point de vue « de nulle part », en apesanteur. N'en déplaise à Descartes, douter n'est pas aussi facile que mentir, et il nous faut souvent faire face à un choc avec la réalité extérieure pour avoir le courage de nous mettre à *enquêter*[816].

La philosophe rappelle ici combien doute et croyance – dont l'objectif est « la poursuite de la connaissance » – ne sont pas de purs états intellectuels (« pas de simples états mentaux internes ») malléables et maitrisables (« total contrôle », « à volonté »). Ils relèvent bien au contraire d'une épreuve d'instabilité à surmonter (« pas une entreprise de tout repos ») provoquée par un évènement inattendu et de rupture (« choc avec la réalité extérieure ») imposant d'agir dans l'immédiat et de façon très concrète (« dispositions à l'action »). Cet effet de devoir y être contraint renvoie bien à ce principe essentiel du doute peircien comme étant « réel et vivant ». Ce pourquoi, on retrouve toujours aussi ce même reproche à l'encontre de Descartes d'une déconnexion par rapport aux épreuves parfois tragiques et aux nécessités humaines ordinaires, matérielles mais existentielles voire vitales de l'existence terrestre (« en apesanteur »). Parce qu'aussi cette épreuve du doute, et de l'impératif de nouvelles croyances à élaborer afin de le résoudre, est toujours ancrée à un terrain, une histoire, un contexte, des besoins (« jamais à partir d'un point de vue "de nulle part" »). Cet effort relève donc d'un engagement qui implique du « courage » pour l'affronter réellement quand le mirage de la certitude paraît si attrayant et faussement rassurant[817]. Cet engagement passe par ce que John Dewey qualifie d'*enquête* pragmatiste.

6.6 – Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey

Le principe d'*enquête* s'inscrit dans de la logique expérimentale de la connaissance caractéristique du courant de la philosophie pragmatiste américaine[818]. L'ambition de John Dewey est de « faire passer la notion expérimentale de la vérité qui règne dans les sciences, d'un point de vue technique, dans les pratiques morales et politiques, d'un point de vue humain »[819]. Comprendre Dewey passe par la « théorie de l'évolution » de Darwin qui a eu une grande influence sur toute sa réflexion [820]. Le fait qu'un processus continu d'interactions entre l'environnement (le milieu) et l'organisme soit à l'origine d'échanges, d'ajustements et de transformations réciproques a bouleversé son approche de la connaissance. Avec la théorie de Darwin, il comprend que les idées ne peuvent pas refléter les objets, la connaissance ne saurait résulter de leur correspondance. Ce rejet d'une conception de la connaissance (et notoirement de la philosophie qui prétend la produire) comme « miroir de la nature »[821] est commun aux

---

[816] Tiercelin Claudine. *La post-vérité ou le dégoût du vrai*. Paris: Intervalles; 2023, p. 69-70.
[817] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 244.
[818] Zask Joëlle, *Op. cit.*, p. 41.
[819] Dewey John, "The problem of truth" in Dewey John. *The middle works - 1899-1924*. Carbondale: Southern Illinois university press, 1911, Vol 6, p. 31. Je renvoie aussi à : Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 113.
[820] Dewey John. *The Influence of Darwin on philosophy and other essays in contemporary thought*. New York: H. Holt; 1910, p. 3 : « En portant la main sur l'arche sacrée de la permanence absolue, en considérant les formes qui avaient été regardées comme des types de fixité et de perfection comme des formes qui naissent et qui meurent, l'*Origine des espèces* a introduit une façon de penser qui était finalement obligée de transformer la logique de la connaissance, et de là les conceptions morales, politiques et religieuses ». Je renvoie aussi à : Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 113.
[821] Rorty Richard, Tinland Olivier (avant-propos), Marchaisse Thierry (Trad.). *La philosophie et le miroir de la nature*. Paris: Seuil; 2017 [1979], p. 22 : « Ce sont des images et non pas des contenus de pensée, des métaphores et non pas des assertions qui déterminent la plupart de nos convictions philosophiques. L'image qui hante la

philosophes pragmatistes. Ainsi que l'analyse la philosophe Joëlle Zask, spécialiste de l'œuvre de John Dewey, « L'objet connu résulte, non de la mise en adéquation entre une idée et une chose, mais du processus d'investigation même qui le crée »[822]. Autrement dit la connaissance (« L'objet connu ») n'est pas figée (« mise en adéquation ») mais relève d'une construction incessante, d'une expérience entendue en tant que processus d'expérimentation continuée (« investigation ») et œuvrant à la produire (« qui le crée »). Une telle conception dynamique et expérientielle de la connaissance, par opposition à une représentation fixe des choses et calquée aux idées, est la conséquence du caractère fondamentalement instable de l'environnement, de l'organisme et de leurs interactions ainsi que l'explicite John Dewey :

> Nous avons vu que les situations sont précaires et périlleuses parce que la persistance de la vie dépend de l'influence que des actes présents ont sur des actes futurs. La continuité d'un processus vital est seulement assurée par l'effectuation d'actes qui rendent l'environnement propice à des actes organiques ultérieurs[823].

La vie est perpétuellement en danger (« les situations sont précaires et périlleuses »), ou du moins toujours à risque de déséquilibre, de fragilisation (« seulement assurée »), de discontinuité (« continuité d'un processus vital »). Face à l'environnement, il faut agir de sorte à pouvoir le contrôler, le neutraliser (« effectuation d'actes qui rendent l'environnement propice »). Agir de la sorte passe par l'effort de *connaissance* au sens d'une « pensée qui s'élabore au contact d'un plan d'action pour rétablir la continuité d'existence et d'expérience »[824], afin de préserver ainsi l'individu qui en est le siège. Tel est précisément l'objet de l'enquête – au cœur de laquelle il importe de souligner d'emblée que pensée et action sont indissociables (« pensée qui s'élabore au contact d'un plan d'action ») –, ainsi que le précise Dewey : « L'enquête est une phase de la fonction *générique* qui institue une nouvelle relation entre l'organisme et les conditions de la vie »[825]. En cas de situation problématique, c'est-à-dire lorsque « les habitudes qui prévalent à l'ordinaire cessent d'opérer efficacement et qu'un antagonisme s'insinue entre l'individu et son environnement » [826], l'enquête est donc primordiale et salvatrice. En phase avec la théorie de Darwin d'une adaptation mutuelle (« nouvelle relation »), l'activité d'enquête est d'emblée présentée comme centrale (« fonction *générique* »), autant dire vitale puisqu'en dépend la « continuité d'un processus vital ».

John Dewey théorise le principe d'*enquête* dans l'un de ses ouvrages majeurs, *Logique. La théorie de l'enquête* :

---

philosophie traditionnelle est celle qui assimile l'esprit à un grand miroir […] qu'il serait possible d'étudier à l'aide de méthodes pures, non empiriques. Sans cette notion d'esprit-miroir, la connaissance n'aurait pas été identifiée à la représentation adéquate.

[822] Zask Joëlle. *Op. cit.*, p. 55-56.

[823] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 250.

[824] Zask Joëlle. *Op. cit.*, p. 54.

[825] Deledalle Gérard. *L'Idée d'expérience dans la philosophie de John Dewey*. Paris: Presses Universitaires de France; 1967, p. 138. Deledalle cite Dewey.

[826] Zask Joëlle. *Op. cit.*, p. 57.

> L'enquête est la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié[827].

Il est notable qu'une telle définition insiste d'emblée sur les conséquences pratiques de l'enquête (« transformation », « elle convertit ») au sens où elle modifie très concrètement le cours d'une situation. C'est d'ailleurs pour John Dewey une condition *sine qua none*, à savoir que « Son seul "présupposé", c'est que quelque chose est fait […] et que ce faire a des conséquences »[828]. Ce conséquentialisme est caractéristique de la philosophie pragmatiste[829]. Il renvoie aussi au fait que la connaissance est indissociable de ses conséquences pratiques jusqu'à considérer l'action comme le but même de la pensée[830]. Mais cette définition éclaire aussi sur l'orientation et la nature même des conséquences attendues de l'enquête à savoir apporter (préserver ou restaurer) stabilité et clarté (« situation qui est si déterminée »), unité (« en un tout unifié »), continuité (« la continuité d'un processus vital ») à une situation qui n'en bénéficiait pas ou plus (« situation indéterminée »). Il s'agit de sortir d'un état de trouble (« situation indéterminée ») au profit d'une « situation qualitativement unifiée »[831]. C'est dire si le lien entre l'enquête et le doute semble relever de l'évidence. C'est d'ailleurs ce que John Dewey invite à admettre lorsqu'il écrit que « l'enquête est en relation avec le doute »[832] et que si « l'enquête commence dans le doute, elle s'achève par l'institution de conditions qui suppriment le besoin du doute »[833]. Doute et enquête sont donc intrinsèquement liés, le doute suscitant l'enquête et celle-ci visant à le gérer, à savoir en prendre acte, en investiguer les motifs et les enjeux, le résoudre (« conditions qui suppriment le besoin du doute ») en s'inspirant, à cet effet, de la méthode expérimentale.

John Dewey est en phase avec la définition pragmatiste du doute comme expérience pénible – aux antipodes d'un exercice purement intellectuel – lorsqu'il rappelle que « Le doute est un état d'inquiétude » en ajoutant dans la foulée que « c'est une tension qui trouve expression et débouché dans les processus de l'enquête »[834]. Pour Dewey, le doute ne saurait donc trouver

---

827 Dewey John, Deledalle Gérard (Trad. et présentation). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris: Presses universitaires de France; 1967 [1938], p. 169.
828 Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 245.
829 Ainsi que l'analyse Zask, l'expérience au sens de la philosophie pragmatiste se définit au prisme de ses conséquences : Zask Joëlle. *Op. cit.*, p. 51 : « l'expérience est comprise comme une *expérimentation* au cours de laquelle l'individu déploie une énergie spécifique qui provoque des conséquences concrètes » ; p. 55 : « Que l'expérience consiste en l'appréciation esthétique, en la réalisation d'un objet technique, ou en l'investigation scientifique, elle a toujours affaire aux résultats des activités qu'elle a amenées à produire. Le sens des conceptions dépend de leurs conséquences pratiques : l'objet *connu* est celui qui résulte de ces activités. Il correspond à l'ensemble des conséquences de nos idées et croyances, qui sont des "plans d'action" ».
830 *Ibid.*, p. 56. En précisant que « la signification d'une conception réside dans ses applications possibles » Zask s'appuie directement sur l'analyse peircienne et notamment le propos suivant : « Considérer quels sont les effets pratiques que nous pensons pouvoir être produits par l'objet de notre conception. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet » in *La logique de la science. Comment rendre nos idées claires*, Tome VII, 1879.
831 *Ibid.*
832 Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 63. La phrase exacte est « on admettra, je suppose, que l'enquête est en relation avec le doute ».
833 *Ibid.*
834 *Ibid.*

d'issue autrement que dans l'enquête. Ainsi que déjà précisé, la paresse, le besoin de sécurité, l'intolérance à l'incertitude peuvent pousser certains vers des *états mentaux* qui réconfortent et déresponsabilisent[835] plutôt que d'affronter le dérangement provoqué par le doute, à l'instar de ces états décrits par Peirce de croyance par ténacité ou d'autorité. Avec l'enquête pragmatiste, au contraire, plutôt que d'opter pour la fuite, l'illusion ou le fantasme sécuritaire, les problèmes suscités par le doute sont pris à bras le corps, à savoir que « Ce qui est questionnable prend la forme d'un questionnement actif, d'une recherche. Le désir de l'émotion propre à la certitude cède la place à la quête des objets qui rendront stable et clair ce qui est obscur et instable »[836]. Il faut certes (comme déjà évoqué) y être contraint[837] mais aussi en accepter l'effort (« questionnement actif », « quête ») et les modalités (« une recherche »), avec ses enjeux comme ses difficultés, tout à l'inverse de l'immédiate et facile « émotion propre à la certitude ». Pour Dewey, seule une telle recherche – laquelle relève donc d'un véritable engagement et implique naturellement un certain courage tant les fausses solutions de facilité sont séduisantes – est à même de résoudre concrètement (« rendront stable et clair ») le trouble (« ce qui est obscur et instable ») provoqué par le doute. C'est ce qu'il avance dans son ouvrage *La quête de certitude* en des termes on ne peut plus simples et clairs, à savoir que « l'enquête est un ensemble d'opérations par lesquelles on se débarrasse des situations problématiques ou on leur apporte des solutions »[838]. Si l'enquête est donc essentielle à la « continuité d'un processus vital », c'est parce qu'elle est thérapeutique (« des solutions ») ainsi que l'explicite Joëlle Zask dans son *Introduction à John Dewey* :

> [L]'enquête, comme toute expérience en général, consiste à transformer une situation d'abord insoluble ou problématique en une situation dont les éléments sont mis en relation les uns avec les autres de telle manière qu'il est possible d'en extrapoler des corrélations stabilisées de changements prévisibles[839].

Ce propos met en exergue la nature transformatrice (« consiste à transformer une situation »), la puissance de résolution, à nul autre pareille, de l'enquête (« une situation d'abord insoluble »). C'est peu dire que Dewey en considère les vertus tant l'enquête apparaît comme incontournable dès qu'émerge le moindre problème. Ce propos tend aussi à en éclairer le procédé curatif à savoir une réorganisation relationnelle (« les éléments sont mis en relation les uns avec les autres ») à même d'assurer un retour non seulement à des interactions stabilisées mais également à une certaine maitrise (« corrélations stabilisées de changements prévisibles »), c'est-à-dire à même de se prémunir un tant soit peu de l'aléa comme des périls. Zask complète d'ailleurs logiquement son propos en précisant qu'ainsi « l'individu tente de réorganiser sa conduite afin d'assurer à la fois la reprise de ses activités et la possibilité de ses activités futures »[840]. D'une situation de trouble, parfois si critique qu'il peut en paraître d'abord « insoluble », l'enquête transforme et réoriente une trajectoire de sorte à l'éclairer, la

[835] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 244.
[836] *Ibid.*
[837] Tiercelin Claudine. *La post-vérité*. *Op. cit*., p. 69-70 : « il nous faut souvent faire face à un choc avec la réalité extérieure pour avoir le courage de nous mettre à *enquêter* ».
[838] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 245.
[839] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 55.
[840] *Ibid.*, p. 57.

stabiliser[841], la sécuriser, la réouvrir sur l'avenir (« ses activités futures ») en tant que devenir possible.

L'*enquête* est à la fois une modalité de résolution de l'état de doute et une voie d'accès à la connaissance ce qui permet d'en éclairer plus globalement l'inspiration expérimentale, tout en suggérant combien doute et connaissance sont indissociables. Le fait que John Dewey opère une distinction entre ce qu'il qualifie d'« enquête de sens commun »[842] – à laquelle il peut être tentant de rapprocher la condition du patient dont l'existence est régulièrement troublée au gré des contingences médicales – et d'« enquête scientifique » questionne. Si la première « vise à résoudre des problèmes d'utilité et de jouissance », la seconde à *connaître*[843], on comprend bien qu'une telle distinction puisse être poreuse. S'agissant en l'occurrence de la situation d'un patient, la résolution de l'ébranlement provoqué par un évènement de santé ne saurait relever que du « bon sens pratique », c'est-à-dire de l'habileté et de la facilité combinées dans la façon de régler les « affaires ordinaires de la vie ». Sans être complètement étranger à la vie ordinaire, l'évènement médical constitue une contrainte somme toute plus complexe à résoudre. Cette distinction a donc plusieurs mérites. Elle montre combien l'activité d'enquête provoquée par le doute est omniprésente dans la vie quotidienne de tout un chacun[844], c'est-à-dire « dans la conduite de la vie et l'organisation du comportement quotidien ». Elle montre aussi qu'en plus d'être mobilisée par les scientifiques pour leurs investigations expérimentales, l'enquête, dans sa déclinaison dite scientifique, est aussi au cœur de la démarche visant à produire la *connaissance* indispensable à la préservation de la vie humaine puisqu'en dépend « la continuité d'existence et d'expérience »[845] face aux périls auxquels elle est régulièrement exposée. La définition suivante que propose John Dewey du mot *connaissance* vient en attester :

> Tout ce que l'on peut dénommer "connaissance" ou "objet connu" désigne une question à laquelle une réponse a été apportée, une difficulté surmontée, la dissipation d'une confusion, une incohérence muée en cohérence, une perplexité maitrisée[846].

Si John Dewey reconnaît certes l'ambiguïté du mot « connaissance », comme d'ailleurs celui de croyance[847], et leur préfèrerait celui d'*assertabilité garantie*, ils n'en demeurent pas moins,

---

[841] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 246 : « La théorie en question […] pose qu'en vertu de quelques opérations des conclusions se font jour qui rendent clairs et stables des objets qui ont été incertains et confus ».
[842] Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 122. « Ce sont celles qui se présentent continuellement dans la conduite de la vie et l'organisation du comportement quotidien. Ce sont celles qui se présentent constamment dans le développement des jeunes quand ils apprennent à se frayer un chemin dans les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils vivent ; elles se présentent et se représentent dans l'activité vitale de tous les adultes : fermier, artisan, spécialiste, légiste ou administrateur ; citoyen, mari, femme, père ou mère. Il est nécessaire à première vue de les distinguer des enquêtes qui sont typiquement scientifiques ou qui visent à obtenir des faits, des "lois" et des théories confirmées ».
[843] *Ibid.*, p. 645.
[844] Voutch. *Le doute est partout*. Paris: Le Cherche Midi; 2007.
[845] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 54.
[846] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 243.
[847] Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 63 : « L'enquête s'achève quand elle parvient à quelque chose d'assuré. Cet état d'assurance est la caractéristique essentielle de la croyance authentique. Le mot de "croyance" convient donc bien à la fin de l'enquête ».

l'un et l'autre, convenir « pour désigner l'objectif et le terme de l'enquête »[848] à savoir la résolution d'un questionnement (« une réponse a été apportée »), d'une situation problématique (« dissipation d'une confusion, une incohérence »), d'un état de doute (« perplexité maitrisée »), en somme qu'une solution efficiente a été trouvée. Que dans son déploiement et ses différentes phases, elle s'inspire de la méthode expérimentale est une caractéristique fondamentale de l'enquête pragmatiste puisque cela la distingue clairement des « théories traditionnelles de l'esprit et des organes de la connaissance » [en ce sens que ces théories] retranchent ceux-ci de la continuité du monde naturel »[849]. Or, insiste John Dewey, « [l]'organisme fait partie du monde naturel ; les relations qu'il entretient avec celui-ci sont d'authentiques phénomènes cumulatifs »[850]. Pour Dewey, l'expérience humaine et le « monde naturel » ne sont pas antithétiques, un positionnement qui le caractérise et va à l'encontre de tous les dualismes (dont la disjonction du corps et de l'esprit, comme de la nature et de la culture). En considérant l'humain comme un être vivant au sein de la nature dont il est partie intégrante (« fait partie du monde naturel »), Dewey signifie que l'expérience n'est pas isolable de l'environnement dans lequel elle survient. L'activité d'enquête, et la connaissance ou croyance à laquelle celle-ci lui permet d'aboutir, constitue dès lors une voie privilégiée d'adaptation régulière à l'environnement (qu'il soit écologique, biologique, social, affectif, etc.) avec lequel il est aux prises (« relations qu'il entretient avec celui-ci »).

L'enquête pragmatiste a donc bien une dimension performative en ce qu'elle contribue concrètement à l'amélioration et la préservation de la vie des êtres humains dans la diversité des problématiques qu'ils rencontrent. Conformément au déroulé classique de la procédure expérimentale, il s'agit d'abord de s'assurer qu'une situation est effectivement incertaine ou problématique et justifie l'enquête. Celle-ci permet alors d'une part de « clarifier la situation dérangée et confuse et de définir le problème qui se pose »[851], d'autre part de formuler des hypothèses visant à l'« élaboration de méthodes et moyens permettant de le traiter » [852] en quoi consiste un « plan d'action » à même de modifier avantageusement la situation problématique. Arrive le moment où, les résultats de l'enquête étant considérés comme cohérents avec les hypothèses formulées pour la résolution du problème, il importe de les soumettre à une vérification laquelle suppose « de soumettre les propositions à la contrainte de la réalité »[853]. C'est pourquoi, « l'aboutissement de l'enquête est un état de choses objectif et assuré ; si assuré que l'on est prêt à agir, en pensée et en acte, en s'appuyant sur lui »[854]. Autrement dit, la résolution à laquelle mène l'enquête (« l'aboutissement ») se concrétise (« état de choses objectif ») dans la possibilité de l'action (« l'on est prêt à agir »), dont la pensée fait aussi partie. A cet égard, l'enquête pragmatiste peut être particulièrement utile et salvatrice dans la réalité

[848] *Ibid.*, p. 64.
[849] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 246. John Dewey ajoute que ces « théories traditionnelles de l'esprit et des organes de la connaissance […] font littéralement quelque chose de surnaturel ou d'extranaturel » ce qui conduit inévitablement à poser la question de « la façon dont les structures corporelles s'impliquent dans l'observation et la pensée ».
[850] *Ibid.*, p. 250. John Dewey ajoute que « La raison que nous pensions avoir d'opposer l'expérience humaine à la réalité de la nature disparaît ».
[851] Zask Joëlle. *Op. Cit.*, p. 57.
[852] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 240.
[853] Zask Joëlle. *Op. Cit.*, p. 48.
[854] Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 64.

concrète de la vie humaine, à l'instar des effets bénéfiques concrets qu'elle procure dans la gestion de l'état de doute ainsi que le précise Joëlle Zask :

> Le succès de l'enquête est un succès existentiel comme Peirce l'affirme au sujet du doute : la satisfaction ou même l'apaisement qu'elle apporte tient au fait que la situation problématique est réellement clarifiée, « unifiée », et que la continuité des expériences empêchées par le doute – qui est irritant et incapacitant – est réellement rétablie[855].

Joëlle Zask rappelle ici à quel point le doute, en plus d'être source de trouble (« irritant »), de rupture (« continuité […] réellement rétablie ») peut être inhibant et paralyser la pensée et l'action (« expériences empêchées », « incapacitant »). Grâce à l'enquête pragmatiste, la résolution du doute n'aboutit pas à des données seulement intellectuelles et qui ne relèveraient que de l'abstraction mais a des conséquences pour l'existence même (« succès existentiel »). Zask insiste sur ce point en usant de la répétition de l'adverbe « réellement », à savoir le caractère objectif et objectivable des effets favorables de l'enquête en tant que modalité effective de résolution du malaise parfois jusqu'à la crise et au blocage provoqué par le doute. Elle rappelle enfin qu'il ne s'agit pas seulement de changer favorablement le cours de choses, mais également de prendre « le futur en considération », soulignant à cet égard combien la philosophie pragmatiste est effectivement soucieuse de la « valeur des conséquences »[856] dont elle est le moteur.

6.7 – Autour du concept de vérité

Le concept de *vérité* est souvent mobilisé en médecine, au moins de façon implicite, et peut affecter la relation de soin. Au lieu de rassurer, la référence à l'idée de vérité médicale au prisme de l'argument de validité scientifique des résultats de la recherche biomédicale, peut s'avérer source de doute et de défiance de la part des patients, *a fortiori* lorsque l'expérience singulière vient à les contredire. Dans la mesure où la philosophie pragmatiste s'inspire à son origine de la méthode expérimentale qui est au fondement de la recherche biomédicale, il importe de questionner non seulement l'influence de cette référence sur le concept de vérité du point de vue des pragmatistes, mais aussi réciproquement l'impact éventuel de ce courant philosophique sur la question de la vérité en médecine. Il est certes bien trop ambitieux de poser une telle question et impossible d'y répondre exhaustivement dans ce travail, d'autant qu'à ce sujet les philosophes pragmatistes ont pu notoirement diverger. Ainsi Richard Rorty, qualifié de vériphobe, estimait même possible de « se passer » d'une telle conception[857] au profit du seul principe de vérification[858]. Ainsi que le rappelle Joëlle Zask : « A la conception de la vérité comme correspondance se substitue la démonstration que l'objet connu est relatif aux activités d'un sujet et que la notion de vérité […] est une propriété de nos seuls énoncés »[859]. Quelles que soient les différences de positionnement, l'approche pragmatiste semble au moins s'accorder sur le rejet d'une conception « représentationaliste » de l'objet par l'idée (« la vérité

[855] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 58.
[856] *Ibid*., p. 56.
[857] Engel Pascal, Rorty Richard. *A quoi bon la vérité ?* Paris: Grasset; 2005.
[858] Rorty Richard, *La philosophie et le miroir de la nature*. *Op. cit.*
[859] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 48.

comme correspondance ») au profit du processus expérientiel et de ses conséquences pratiques comme étant seuls à même de l'investiguer et d'en produire l'énonciation (« relatif aux activités d'un sujet »). Dans une telle perspective, la vérité ne saurait être donnée de façon transcendante mais prend la forme d'une expérience humaine (« activités d'un sujet ») dont l'observation des conséquences pratiques qu'elle produit permet la validation de son énonciation (« propriété de nos seuls énoncés »). Afin de rendre ce rappel plus explicite et d'en apprécier l'applicabilité éventuelle au contexte médical, je propose de m'appuyer sur deux des auteurs majeurs ayant contribué à la naissance du pragmatisme américain, à savoir Peirce et William James. Puisqu'il s'agit d'apprécier ce qui, de la question de la vérité au sens pragmatiste, contribuerait à en éclairer les enjeux au cœur de la relation de soin, cette question sera ici appréhendée selon un périmètre restreint, notamment en évitant expressément ce qui a été source d'une « controverse philosophique internationale » à savoir les « formules de James, selon lesquelles la vérité est ce qui réussit, ce qui paie, ce qui est payant, ce qui a du succès »[860], autrement dit une acception purement utilitaire. Il s'agira ici de l'appréhender, d'une part au prisme de la science expérimentale comme source d'inspiration et de modèle pour l'enquête pragmatiste et son objet qu'est la réalité, d'autre part comme *processus* continu de clarification et de vérification trouvant son origine et sa validation dans l'expérience continuée des êtres humains en interaction avec l'environnement ainsi que dans la potentialité des conséquences pratiques et des actions qui en découlent.

6.7.1 – Accéder à la vérité au prisme du réel que vise à éclairer la méthode expérimentale

Pour Peirce, l'objet de la science est la *connaissance* du vrai. La science constitue la voie d'accès privilégiée et de la plus rigoureuse des façons à la *vérité*, c'est-à-dire à ce qui s'accorde au mieux et au plus près du réel. Le pragmatisme peircien ayant aussi pour ambition d'accéder à la réalité[861], il s'inspire de la méthode expérimentale qui est au fondement de la production des connaissances scientifiques. Claude Bernard l'explicite en ces termes : « Il n'y a de réel que les manifestations des phénomènes et les conditions de ces manifestations qu'il s'agit de déterminer. […] En un mot, la critique expérimentale met tout en doute, excepté le principe du déterminisme scientifique et rationnel dans les faits »[862]. Cela conduit Louise L. Lambrichs, au terme d'une analyse de la biographie et de l'œuvre de Claude Bernard, à la conclusion que « L'objet de la méthode expérimentale est donc le réel »[863]. Pour Peirce, comme pour Claude Bernard, la confrontation aux *faits* (« les manifestations des phénomènes ») garantit l'accès au réel. Grâce à la procédure expérimentale, les faits dévoilent leur déterminisme (« les conditions

[860] Le concept d'*utilité* a cristallisé bien des incompréhensions et des reproches adressés aux pragmatistes. La formule « est vrai ce qui réussit » ("it works", "workability") censée éclairer la conception pragmatiste de la vérité selon James est notamment devenue célèbre, parce que l'on y a vu la maxime de l'homme d'affaires américain et une philosophie du capitalisme sauvage. James William. *Le pragmatisme. Op. cit*., p. 12. Lapoujade David. *William James. Empirisme et pragmatisme*. Paris: Empêcheurs de penser en rond; 2007.

[861] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 107 : Cette ambition de la réalité passe pour Peirce par l'usage de la seule méthode à même d'imposer une croyance stable, à savoir la méthode scientifique de fixation de la croyance, ce que Tiercelin résume en ces termes : « la supériorité de la méthode scientifique provient de ce qu'elle repose sur l'hypothèse de la réalité ». Tiercelin ajoute que pour Peirce les doutes qui sous-tendent l'enquête sont des doutes authentiques et non pas ce qu'il qualifié de doutes de pacotille ou de papier.

[862] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 300.

[863] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*. Paris: Fayard-Pluriel; 2013, p. 297.

de ces manifestations »), c'est-à-dire leurs relations causales qualifiées par Claude Bernard de « rapport absolu et nécessaire des choses »[864]. Ce sont donc bien, *in fine*, toujours les *faits* qui comptent, et non pas les idées *a priori* que l'on s'en fait, ainsi qu'il le rappelle dans ce propos :

> [La méthode expérimentale] s'appuie successivement sur les trois branches de ce trépied immuable : le *sentiment*, la *raison* et l'*expérience*. Dans la recherche de la vérité, au moyen de cette méthode, le sentiment a toujours l'initiative, il engendre l'idée *a priori* ou l'intuition ; la raison ou le raisonnement développe ensuite l'idée et déduit ses conséquences logiques. Mais si le sentiment doit être éclairé par les lumières de la raison, la raison à son tour doit être guidée par l'expérience[865].

Cette définition que propose Claude Bernard est essentielle en ce qu'elle confirme tout d'abord, en des termes on ne peut plus clairs, l'ambition du scientifique qui est effectivement « la recherche de la vérité ». Mais elle révèle aussi, sans aucunement la minimiser, toute la part de subjectivité et d'inexplicable (« *le sentiment* », « l'intuition ») inhérente au déploiement de la méthode scientifique et surtout son caractère premier (« le sentiment a toujours l'initiative », « idée *a priori* »). Il avait d'ailleurs inscrit sur le fronton de son laboratoire : « sans méconnaître l'importance ni la nécessité des instruments et des expériences, c'est l'idée et l'esprit libre qui décideront »[866]. La rationalité scientifique n'intervient qu'ensuite (« le raisonnement développe ensuite l'idée ») et ce n'est qu'ultimement, mais de façon déterminante et par contraste d'autant plus essentielle, qu'au prisme de « l'expérience » la confrontation aux faits intervient. Jugement ultime et décisif, car si les faits ne corroborent ni « le raisonnement » ni « l'intuition », l'expérimentation non seulement sera déclarée futile mais conduira également au rejet de « l'idée » ainsi infirmée. Une « idée *a priori* » que les faits ne viendraient pas confirmer ne saurait représenter le réel, ce qui conduit si ce n'est à la rejeter du moins à la réviser. Cette rigueur scientifique, qui passe par le contrôle expérimental à l'aune des faits, Louise L. Lambrichs la décrit dans son ouvrage *La vérité médicale* :

> Si l'imagination joue un rôle dans l'invention scientifique, un rôle que l'on est, scientifiquement, bien incapable d'expliquer, tout le travail rationnel va consister à en canaliser les produits, en les confrontant au réel. Ainsi s'élaborent les théories scientifiques, constructions rationnelles édifiées à partir des produits d'une imagination alimentée par l'observation, et consolidées par une confrontation rigoureuse et incessante avec l'objet auquel elles s'appliquent[867].

---

[864] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[865] *Ibid*., p.74. Claude Bernard reprend ce propos en p. 96 : « La méthode expérimentale, méthode du libre penseur, ne cherche que la vérité scientifique. Le *sentiment*, d'où tout émane, doit conserver sa spontanéité entière et toute sa liberté pour la manifestation des idées expérimentales ; la *raison* doit, elle aussi, conserver la liberté de douter, et pour cela elle impose de soumettre toujours l'idée au contrôle de l'expérience. De même que dans les autres actes humains, le sentiment détermine à agir en manifestant l'idée qui donne le motif de l'action, de même dans la méthode expérimentale, c'est le sentiment qui a l'initiative par l'idée. C'est le sentiment seul qui dirige l'esprit et qui constitue le *primum movens* de la science. Le génie se traduit par un sentiment délicat qui pressent d'une manière juste les lois des phénomènes de la nature ; mais, ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que la justesse du sentiment et la fécondité de l'idée ne peuvent être établies que par l'expérience ».
[866] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 9.
[867] Lambrichs Louise L. *Op. cit.*, p. 290.

Lambrichs se situe au plus près du cheminement expérimental bernardien. Elle souligne que l'imagination (ce que Bernard qualifiait de « *sentiment* » et d'« intuition ») relève certes de la perception (« alimentée par l'observation ») mais qu'elle demeure objectivement inexplicable (« scientifiquement, bien incapable d'expliquer ») et surtout qu'il faut en « canaliser les produits ». Or, par-delà la rationalité qui contribue déjà grandement à gérer cette imagination (« canaliser ») en la structurant (« constructions rationnelles »), seule la confrontation « au réel », c'est-à-dire à l'épreuve des *faits*, est ultimement gardienne de la *vérité* et sa voie d'accès. Que cette confrontation aux faits se doive d'être « rigoureuse et incessante » montre à quel point elle est fondamentale et combien la *vérité* en médecine, comme d'ailleurs du point de vue des philosophes pragmatistes tels que Peirce au travers du concept de faillibilisme[868], ne saurait jamais être considérée comme entièrement et définitivement acquise. Vérité n'est donc pas certitude et s'avère toujours révisable au gré du renouvellement de l'*enquête* scientifique autant que pragmatiste via des contre-épreuves et expériences falsifiantes visant à éprouver inlassablement sa validité.

Par ailleurs, et cela fera l'objet d'un développement supplémentaire à suivre, il est notable qu'un tel cheminement expérimental, préludant donc à « l'invention scientifique », puisse être apprécié à l'aune des différentes modalités de fixation de la croyance telles qu'appréhendées par Peirce. Ce que Bernard qualifie de « sentiment » et que Lambrichs traduit par « imagination » pourrait ainsi être identifié comme croyance par ténacité. Quant au raisonnement scientifique, tant qu'il n'est pas mis à l'épreuve des faits, il correspond à une croyance *a priori*, restant donc instable et sujette au doute. Seule la mise à l'épreuve des faits au prisme de l'expérience assure une indépendance à l'égard de ce que quiconque pourrait en penser. Elle permet alors de fixer de façon stable une croyance conformément à la méthode scientifique peircienne de fixation de la croyance ce qui entre en cohérence avec l'ambition d'objectivité de l'approche expérimentale telle que rappelée dans le propos suivant :

> Les expériences, elles, doivent répondre aux critères d'objectivité de la méthode expérimentale, c'est-à-dire qu'elles doivent permettre de définir très exactement, et indépendamment de quelque sujet que ce soit, les conditions d'obtention de tel résultat[869].

Le fait d'annuler, au moins à un moment donné mais déterminant du processus expérimental, toute subjectivité (« indépendamment de quelque sujet que ce soit ») réunit bien Bernard et Peirce comme étant le moyen le plus sûr d'accéder à leur objectif commun qu'est *la réalité*. Y parvenir passe par l'indépendance à l'égard des idées que quiconque puisse se faire, à l'égard donc de la pensée même, ce que la confrontation aux résultats de l'expérience menée dans le respect des « critères d'objectivité de la méthode expérimentale » permet. Aux antipodes du principe de vérité subjective propre à chacun, le contrôle, le recontrôle par les faits est ainsi un mot d'ordre absolu avec lequel John Dewey se trouve en phase lorsqu'il écrit que : « L'avantage fondamental qu'il y a à axer notre description sur des organes et des processus du connaître sur le modèle de ce qui se produit dans l'enquête expérimentale, c'est que rien n'y est ajouté hormis

[868] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 58 : « afin de vérifier la validité d'une hypothèse, l'expérimentateur doit procéder par contre-épreuve, introduisant dans l'expérience des variables falsifiantes. Là réside l'apport du "faillibilisme" ».
[869] Lambrichs Louise L. *Op. cit.*, p. 318.

ce qui est objectif, susceptible d'être examiné et dont on peut rendre compte »[870]. Dewey prône donc lui aussi, dans le déploiement de l'enquête, l'effacement de la subjectivité (« rien […] hormis ce qui est objectif ») et l'objectivité des résultats dans le sens où il faut pouvoir concrètement et sous réserve de vérification (« susceptible d'être examiné ») en « rendre compte ». Cet attachement à la rigueur des lois scientifiques est tel qu'il a pu conduire à la comparaison de cette période de l'histoire de la philosophie pragmatiste américaine portée par Charles Sanders Peirce, John Dewey, William James au positivisme logique[871].

6.7.2 – La vérité, un processus évolutif de vérification et un guide pour la conduite

Dans son ouvrage majeur *Le pragmatisme. Un nouveau nom pour d'anciennes manières de penser*, sont regroupées les leçons que William James a prononcées en 1906 au Lowell Institute de Boston et en 1907 à Columbia. Sa sixième leçon, intitulée « Conception pragmatiste de la vérité »[872] témoigne de son intérêt tout particulier pour cette question. Pour en comprendre la genèse, il importe de revenir à ses influences, notamment peirciennes, que le propos suivant du philosophe Stéphane Madelrieux préfaçant la traduction française de l'ouvrage, invite d'emblée à considérer :

> Pour savoir si ces affirmations sont vraies ou fausses, la méthode exige qu'on sache d'abord quel sens elles ont, si bien que même si une théorie de la vérité est nécessairement requise pour compléter la théorie de la signification, le premier sens du pragmatisme est et doit rester celui de la méthode de clarification[873].

Appréhender la vérité d'une proposition (« si ces affirmations sont vraies ou fausses »), implique d'abord de se poser la question de sa signification (« qu'on sache d'abord quel sens elles ont »). Il en résulte qu'avant de considérer une « théorie de la vérité », il faut revenir à « la théorie de la signification » et donc à « la méthode de clarification », c'est-à-dire à l'origine même du pragmatisme et ainsi à l'article intitulé « Comment rendre nos idées claires »[874] que Peirce publie en 1878. En effet, pour celui-ci, la signification procède de la clarification en quoi consiste précisément le pragmatisme, à savoir que « c'est simplement une méthode pour établir les significations des termes difficiles et des concepts abstraits »[875]. Et cette méthode s'exprime par la règle unique suivante qualifiée de formule et même de maxime pragmatiste : « Considérer quels sont les effets pratiques que nous pensons pouvoir être produits par l'objet de notre conception. La conception de tous ces effets est la conception complète de l'objet »[876].

---

[870] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 245.
[871] Rorty Richard, Poulain Jacques (Trad.), Cowan Claudine (Trad.). *L'espoir au lieu du savoir. Introduction au pragmatisme*. Paris: Albin Michel; 1995, p. 31-32. James William. *Le pragmatisme. Op. cit*., p.7.
[872] James William. *Le pragmatisme. Op. cit*., p. 223-253.
[873] *Ibid.*, p. 21.
[874] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit*.
[875] Peirce Charles Sanders, Tiercelin Claudine (dir. & Trad.), Tibaud Pierre (dir. & Trad.), Cometti Jean-Pierre (Trad.). *Œuvres philosophiques II. Pragmatisme et sciences normatives*. Paris: Cerf; 2003, p. 69.
[876] Peirce Charles Sanders, Tiercelin Claudine (dir. & Trad.), Tibaud Pierre (dir. & Trad.). *Œuvres philosophiques I. Pragmatisme et pragmaticisme.* Paris: Cerf; 2002, p. 248. Une autre traduction considérée comme beaucoup plus exacte bien que plus lourde, est proposée pour souligner l'importance pour Peirce de l'idée de *conception* et de *concevoir* : « Considérer les effets, pouvant être conçus comme ayant des incidences (*bearings*) pratiques, que nous concevons qu'a l'objet de notre conception. Alors, notre conception de ces effets constitue la totalité de notre conception de l'objet ». La version originale de cette définition apparait dans : Baldwin James Mark. *Dictionary*

Conformément à cette maxime, le sens d'un objet, le fait de pouvoir le concevoir (« la conception complète de l'objet ») survient des conséquences pratiques dont il est l'origine. Rendre clairs, donc concevables, l'ensemble de ses « effets pratiques » permet de donner sens à l'objet dont il est question. Donner une signification c'est en clarifier les effets pratiques, c'est-à-dire leurs *fruits* conformément à l'image choisie par Peirce[877]. « Aucune idée n'est claire en elle-même et par elle-même, mais elle devient claire si on la développe dans l'idée de ses effets pratiques »[878] analyse Stéphane Madelrieux.

Dans l'élaboration de sa théorie de la vérité, en plus de l'influence peircienne via la méthode de clarification de la signification, James sera aussi influencé par Dewey et son rejet d'une correspondance statique entre pensée et réalité[879].

> Telle est la thèse que je dois défendre. La vérité d'une idée n'est pas une propriété stable qui lui soit inhérente. La vérité *vient* à l'idée. Celle-ci *devient* vraie, les évènements *la rendent* vraie. Sa vérité est en fait un évènement, un processus : le processus qui consiste à se vérifier elle-même, qui consiste en une véri-*fication*. Sa validité est ce processus de vali-*dation*[880].

Pour James, la vérité n'est pas donnée et notamment elle n'est pas donnée à une idée (« pas une propriété stable qui lui soit inhérente »). Aux antipodes de la vision des rationalistes[881], pour James la vérité doit *se faire*. Elle est nécessairement en construction et en devenir (« Celle-ci *devient* vraie »). Ce n'est pas l'idée qui est la vérité, la vérité devient, elle vient et même survient à une idée au gré de l'expérience (« les évènements *la rendent* vraie »). Puisque ce n'est pas une donnée ultime et immuable mais qu'elle relève des évènements tout en faisant elle-même évènement (« Sa vérité est en fait un évènement »), la vérité relève fondamentalement d'un « processus ». Elle se fait, elle est se faisant vérité. Rendue vraie par les évènements (« les évènements *la rendent* vraie »), elle est « véri-*fication* ». Inscrite dans la continuité de l'expérience « *la rend[a]nt* vraie », elle y survient au prisme de sa validation. La vérité advient en se vérifiant (« consiste en une véri-*fication* »). Elle est le processus même par lequel elle se vérifie (« se vérifier elle-même ») rejoignant en cela le fondement expérimental de l'enquête, sa finalité étant de fait « véri-*fication* » autant que « vali-*dation* » du réel (« Sa

---

of philosophy and psychology. New York and London: Macmillan; 1902: "Consider what effects, that might conceivably have practical bearings, we conceive the object of our conception to have. Then, our conception of these effects, is the whole of our conception of the object".

[877] Peirce Charles Sanders, Tiercelin Claudine (dir. & Trad.), Tibaud Pierre (dir. & Trad.), Cometti Jean-Pierre (Trad.). *Œuvres philosophiques II. Pragmatisme et sciences normatives. Op. cit*., p. 69-70 : « Tous les pragmatistes seront aussi d'accord pour dire que leur méthode pour établir les significations des termes et des concepts n'est rien d'autre que cette méthode expérimentale par laquelle toutes les sciences couronnées de succès (au nombre desquelles personne de sensé n'inclurait la métaphysique) ont atteint les degrés de certitude qui leur sont respectivement propres aujourd'hui ; cette méthode expérimentale n'était rien d'autre qu'une application particulière d'une règle logique plus ancienne, "c'est à leurs fruits que tu les connaîtras" ».

[878] James William. *Le pragmatisme. Op. cit*., p. 22.

[879] *Ibid*., p. 16.

[880] *Ibid*., p. 226.

[881] *Ibid*., p. 239-40 : James rappelle cette vision rationaliste pour montrer à quel point elle s'oppose à sa propre théorie pragmatiste de la vérité : « La vérité ne se fait pas, elle règne sans partage et absolument, car elle est une relation unique qui ne dépend d'aucun processus, mais jaillit par-dessus l'expérience et atteint la réalité correspondante à tout coup. […] Le seule fait qu'une pensée se trouve dans cette relation transcendante garantit sa vérité, qu'il y ait ou non vérification ».

validité est ce processus de vali-*dation* »). Si James en arrive donc à conclure que « les vérités sont essentiellement des processus de vérification »[882], il déplore le défaut d'engagement à cet effet. Constatant que « nous sommes tellement sûrs que la vérification est possible que nous nous en passons », allant jusqu'à conclure que « la vérité vit ainsi la plupart du temps à crédit »[883]. Pourtant, ainsi que le précise Stéphane Madelrieux, « ce n'est pas parce qu'une idée est vraie de manière intrinsèque qu'elle peut se vérifier, mais c'est parce qu'elle est vérifiable qu'elle est vraie »[884]. Cette étape de « véri-*fication* », en suite de la clari-*fication*, est donc incontournable car ce n'est que parce qu'elle est vérifiée qu'une idée peut être considérée comme vraie.

Le processus en quoi consiste la vérité selon James, c'est-à-dire le processus de vérification, rappelle celui de la clarification des idées selon Peirce. Conformément à la maxime pragmatiste, à savoir qu'une idée n'a de sens qu'à l'aune des conséquences pratiques qu'on peut en tracer, la vérité « n'est pas une propriété interne des idées » mais elle « dépend de certaines opérations aboutissant à certains résultats pratiques (la vérification) »[885] analyse Madelrieux. Ce n'est donc pas une idée évanescente qui viendrait se plaquer à la réalité en la définissant comme telle. Même si, par facilité, soumission, fascination, « on n'a plus aucune retenue, et l'on adopte l'explication rationaliste comme allant de soi. […] La vérité n'existe *ante rem* ni plus ni moins que les autres choses »[886] rappelle William James. La vérité est bien au contraire étroitement liée aux objets auxquels elle se rapporte, elle est donc consécutive de l'expérience concrète à laquelle ils invitent, tout à l'inverse de ce qu'en pensent les rationalistes que James n'hésite pas à railler.

> Le pragmatiste s'attache aux faits, à la réalité concrète, observe la vérité à l'œuvre sur des cas particuliers, pour généraliser ensuite. Pour lui, la vérité devient un nom générique désignant la valeur de toute une série de choses qui fonctionnent au sein de l'expérience. Pour le rationaliste, la vérité demeure une pure abstraction dont le seul nom doit nous inspirer le respect[887].

James ironise sur les rationalistes, en soulignant combien leurs idées sont déconnectées de la réalité et ne sauraient suffire à lui donner la moindre consistance (« pure abstraction ») et justesse, comme s'il s'agissait de copies parfaites, ainsi qu'en blâmant leur vanité (« dont le seul nom doit nous inspirer le respect »). Par contraste, les pragmatistes n'ont pas cette prétention de désigner avec des idées la réalité *ante rem*. Avant d'envisager que la vérité puisse même être nommée (« la vérité devient un nom générique »), ils s'en tiennent strictement à ce qu'elle offre de plus concret (« faits », « série de choses », « expérience ») au prisme de l'expérience qui peut en être faite (« choses qui fonctionnent au sein de l'expérience »). Ce n'est qu'à partir de cette « réalité concrète » et pouvant donc être *expériencée*, que la vérité peut tendre à se construire (« la vérité à l'œuvre ») renvoyant en cela à la dimension de processus,

[882] *Ibid*., p. 231.
[883] *Ibid*.
[884] *Ibid*., p. 23.
[885] *Ibid*., p. 21.
[886] *Ibid*., p. 242.
[887] *Ibid*., p. 130.

en l'occurrence de clarification puis de vérification[888]. L'accent est donc mis sur l'expérience en tant qu'elle est une interaction continuée avec notre environnement et qu'elle permet de dévoiler les conséquences pratiques de l'objet de notre attention. S'il s'agit certes toujours d'un objet singulier (« cas particuliers »), il n'en contribue pas moins à alimenter ce bain d'expérience à même d'alimenter ce constant processus d'enquête pragmatiste inspirée de la méthode expérimentale à l'égard des différents objets de nos interactions. Cela contribue ainsi ultimement autant à la véri-*fication* que la vali-*dation* du réel (« pour généraliser ensuite ») jusqu'à pouvoir le nommer vérité.

La vérité dépend non seulement de l'expérience mais elle est un processus évolutif. « Si la réalité désigne la réalité dont on peut faire l'expérience, elle est, tout comme les vérités acquises par les hommes à son propos, en perpétuelle mutation »[889] écrit William James. Non seulement la vérité n'est pas une donnée transcendante et immuable puisqu'elle relève de ce processus humainement déterminé de clarification puis vérification et donc de validation au prisme des faits de l'expérience (« vérités acquises par les hommes »), mais l'aboutissement de ce processus ne saurait être considéré comme définitif dans la mesure où la réalité elle-même est évolutive (« en perpétuelle mutation »). « "L'absolument" vrai, au sens où aucune expérience ultérieure ne pourra jamais le modifier, est ce point de fuite idéal vers lequel nous croyons que toutes nos vérités provisoires convergeront un jour »[890]. Dans ce propos, James souligne la vanité (« point de fuite idéal ») consistant à considérer la vérité comme pouvant être complète et définitive (« "L'absolument" vrai ») mais également en tant que but ultime et atteignable (« idéal vers lequel nous croyons », « convergeront un jour »). La vérité selon James n'est pas cet idéal de « "L'absolument" vrai » puisqu'elle ne saurait jamais être que provisoire, soumise à transformations au gré justement de l'avènement inévitable de nouvelles expériences (« expérience ultérieure ») impliquant de la réviser. Il n'est certes pas nécessaire de remonter jusqu'à l'Antiquité pour comprendre cet ancrage temporel de l'expérience humaine, combien il influence notre accès à la réalité et l'énonciation de la vérité qui s'en extraie. « En attendant, il faut vivre aujourd'hui avec ce qu'on peut acquérir de vérité aujourd'hui, tout en se tenant prêt à la déclarer fausse le lendemain »[891] conclut ainsi James. Etant donnés, d'une part les limites inhérentes à toute expérience humaine[892] (ne serait-ce que parce qu'elle n'est jamais d'emblée entière), d'autre part l'évolution de nos connaissances objectives et des outils favorisant l'exploration de la réalité, enfin surtout du fait de l'évolutivité de la réalité elle-même, la vérité proposée un jour (« ce qu'on peut acquérir de vérité aujourd'hui ») s'avère fatalement falsifiable (« fausse le lendemain »). Or, c'est la définition même de la scientificité selon Karl Popper à savoir que toute théorie scientifique (et ce qui est donc donné pour vrai selon cette règle) peut être réfutée au gré d'observations ou d'expérimentations[893]. C'est dire si la vérité au

[888] *Ibid*., p. 239 : « Pour nous, la vérité n'est qu'un nom collectif qui désigne divers processus de vérification, tout comme la santé, la richesse, la force, etc., ne sont que des noms qui recouvrent d'autres processus liés à la vie, […]. La vérité se *fait,* tout comme la santé, la richesse et la force se font au fil de l'expérience ».
[889] *Ibid*., p. 244.
[890] *Ibid*., p. 243.
[891] *Ibid.*
[892] *Ibid.*
[893] Popper Karl. *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifiqu*e. Paris : Payot, 1985, p. 64-65 : « Si ce sont des confirmations que l'on recherche, il n'est pas difficile de trouver, pour la grande majorité des théories,

sens pragmatiste – Peirce et Dewey étant eux-aussi de fervents défenseurs du faillibilisme – est donc bien en phase avec la doctrine du vrai dans son acceptation scientifique. Emergence, évolutivité, transformation, adaptation caractérisent le processus de vérité, l'expérience des faits en constituant le censeur et œuvrant ainsi à sa révision toujours possible.

> Dans le domaine des processus de vérité, les faits se présentent de manière indépendante et déterminent nos croyances provisoirement. Or ces croyances nous poussent à agir, et aussitôt font apparaitre ou naitre à mesure, des faits nouveaux qui modifient en retour ces croyances. De sorte que la pelote de la vérité qui s'enroule est le produit d'une double influence : les vérités émergent des faits, mais elles replongent au sein des faits et s'ajoutent à eux, lesquels à leur tour créent ou révèlent (peu importe le terme) une vérité nouvelle, et ainsi de suite. Cependant, les « faits » eux-mêmes ne sont pas *vrais*, ils *sont* tout simplement. La vérité est la fonction des croyances qui trouvent leurs termes initial et final au sein des faits[894].

Dans ce passage, c'est en rappelant à quel point l'épreuve de révision à l'aune des faits est omniprésente au processus de vérité que James justifie la labilité de nos croyances entendues comme l'attachement dans sa conduite et ses actions (« ces croyances nous poussent à agir ») à ce que l'on considère comme vrai (« La vérité est la fonction des croyances »). Nos croyances sont nécessairement provisoires puisqu'elles dépendent des faits (« trouvent leurs termes initial et final au sein des faits ») à partir desquels les vérités s'élaborent et se modifient (« des faits nouveaux qui modifient en retour ces croyances »). Parce que la vérité vient des faits mais y est sans cesse exposée (« les vérités émergent des faits, mais elles replongent au sein des faits »), elle ne saurait jamais être définitive (« à leur tour créent ou révèlent […] une vérité nouvelle »). La vérité est bien ce processus continu et pour ainsi dire interminable (« et ainsi de suite ») d'adaptation, d'ajustement, de transformation au point que James use pour en illustrer la dynamique de l'image de la « pelote ». Le processus de vérité est immergé dans un flux continu et diversifié d'expériences impossibles à démêler et dont on ne sait pas toujours par quel bout l'attraper tant les expériences sont multiples, parfois complexes, s'entrecroisent, s'interpénètrent. Il n'en demeure pas moins que ce processus constitue un tout (« la pelote de la vérité ») à même de soutenir les croyances et d'élaborer les actions. C'est d'ailleurs peut-être cette dimension pratique – et donc conséquentielle plus qu'utilitaire – propre aux pragmatistes qui leur permet de s'accorder au mieux sur ce qu'ils entendent par vérité ainsi que le suggère Tiercelin : « La vérité pragmatique réelle est la vérité telle qu'elle peut et doit être utilisée comme guide pour la conduite »[895]. En somme, la vérité est ce qui permet d'agir et de guider les applications pratiques relativement à une conception donnée (« guide pour la conduite »). Tiercelin ajoute qu'une telle conception « fixe ainsi le cadre rationnel dans lequel doit se poursuivre l'enquête et donne un sens pratique de la recherche comme quête d'une vérité non

---

des confirmations ou des vérifications » et donc « une théorie qui n'est réfutable par aucun événement qui se puisse concevoir est dépourvue de caractère scientifique ». Mettre à l'épreuve une théorie est « une tentative pour en démontrer la fausseté (*to falsify*) ou pour la réfuter ». On doit constater que « certaines théories se prêtent plus aux tests, s'exposent davantage à la réfutation que les autres, elles prennent, en quelque sorte, de plus grands risques ». Au total, le critère de la scientificité d'une théorie « réside dans la possibilité de l'invalider, de la réfuter ou encore de la tester ».

[894] James William. *Le pragmatisme. Op. cit*., p. 245.

[895] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 111.

transcendante, mais accessible »[896]. La vérité est fondamentalement appréhendée dans sa dimension pratique et non pas honorifique[897] (« non transcendante »), autant donc dire prosaïque (« accessible ») et toujours expérimentale (« cadre rationnel dans lequel doit se poursuivre l'enquête »), à savoir donc comme produit de l'expérience continuée d'interaction avec l'environnement[898].

L'approche pragmatiste du concept de vérité est particulièrement intéressante à l'échelle médicale et y trouve des applications. Si, témoins de lentes évolutions autant que d'évènements brutaux et tragiques, les médecins sont bien au fait de la réalité évolutive de leurs patients, la révision de ce qu'ils estiment être le vrai peut être compliquée et susciter des résistances. Aussi grand et suspect que paraisse l'incohérence d'un évènement avec la règle attendue, une expérience singulière ne suffit pas toujours à mobiliser leur esprit critique quant à cette règle générale et donnée pour vraie. Que la vérité puisse être un processus en constante transformation vient percuter cette intuition erronée de la connaissance médicale comme processus purement et linéairement cumulatif à l'image du halo de lumière s'étendant de plus en plus largement sur l'obscurité de l'ignorance. Pourtant ce qui fait déjà l'objet de connaissances peut être très différemment éclairé et bouleverser un paradigme physiopathologique. Y parvenir implique d'être disposé et d'accepter de le questionner y compris au prisme de situations singulières. Ainsi, c'est d'abord l'observation de cas particuliers qui a pu conduire à envisager d'éclairer la physiopathologie du cancer non plus sous l'angle exclusif de la malignité d'un processus tumoral mais aussi sous celui d'une insuffisance des systèmes de défense immunitaire et/ou de réparation moléculaire[899]. Cet éclairage nouveau, de l'ordre précisément de la clarification et de la vérification, est essentiel puisqu'il conditionne effectivement des règles de conduite différentes par rapport à celles sous-tendues par le seul paradigme de la malignité, à l'instar du renforcement immunitaire ou du traitement d'une infection virale chronique prioritairement ou en alternative à un traitement anti-cancéreux classique.

7 – Les enjeux de la biomédecine contemporaine occidentale auxquels ces philosophies du doute permettent de réfléchir

Avant d'entrer dans l'analyse du doute à l'échelle singulière du patient, du soignant et de la relation de soin, ce chapitre vise à souligner l'intérêt de tenter d'éclairer la situation de la

[896] *Ibid*.
[897] *Ibid.*, p. 112 : Tiercelin précise que cela « justifie une méthodologie » attestant du fait que « la vérité n'est pas un simple terme "honorifique" ».
[898] Zask Joëlle. *Op. cit*., p. 48. Zask en propose l'analyse suivante : « L'interaction entre le sujet et l'objet prend la forme d'une *expérience* et débouche sur une conception *expérimentale* de la connaissance : connaître est une activité dont la vérification dépend de l'observation des conséquences réelles qu'elle produit et dont l'effectuation dépend des changements qu'elle parvient à introduire dans les situations qui constituent son objet ».
[899] Farolfi Alberto, Gurioli Giorgia, Fugazzola Paola, Burgio Salvatore L., Casanova Claudia, Ravaglia Giorgia*, et al. Immune System and DNA Repair Defects in Ovarian Cancer: Implications for Locoregional Approaches*. Int J Mol Sci 2019;20(10). Auguste Aurélie, Leary Alexandra. *Abnormalities of DNA repair and gynecological cancers*. Bull Cancer 2017;104(11):971-80. Jin Fengyi, Vajdic Claire M., Poynten I. Mary, McGee-Avila Jennifer K., Castle Philip E., Grulich Andrew E. *Cancer risk in people living with HIV and solid organ transplant recipients. A systematic review and meta-analysis*. Lancet Oncol 2024;25(7):933-44.

biomédecine occidentale contemporaine au prisme d'une lecture philosophique du doute. Loin d'être anachroniques, les questions qu'une telle lecture permet de soulever trouvent à s'appliquer aux enjeux à la fois immédiats et très concrets du contexte médical contemporain français. Gardant ainsi à l'esprit les effets systémiques des représentations et des organisations à l'œuvre au niveau collectif, ces quatre grands courants philosophiques permettront ensuite de réfléchir à l'échelle singulière ; ils seront aussi largement mobilisés lors de l'analyse de trois relations singulières de soin[900].

7.1 – Le scepticisme médical contemporain et ses enjeux sanitaires

Au gré des évènements auxquels les patients, et plus généralement les citoyens, sont confrontés dans leur parcours sanitaire, certaines circonstances suscitent parfois de véritables crises sceptiques, que ce soit à l'échelle individuelle ou collective. Certains jugements ou préconisations émanant du système de santé ou de certains de ses acteurs peuvent être vécus comme dogmatiques (par exemple, un traitement ou une mesure sanitaire présentée comme non négociable, sans alternative ni aménagement possibles[901]). Si l'état sceptique qui peut en résulter de façon ponctuelle et circonstancielle est à différencier de l'usage volontaire et systématique d'arguments sceptiques orientés contre le système de santé occidental, tel qu'observé dans des discours complotistes, les frontières peuvent paraître poreuses. D'autant qu'à partir d'une origine bien circonscrite, le discours sceptique peut aussi s'étendre et se généraliser, à l'instar de la réforme protestante qui a été le déclencheur d'une vague sceptique d'abord cantonnée à la question religieuse avant d'affecter ensuite à tous les secteurs de la rationalité. En réagissant d'abord à une position d'autorité de la biomédecine occidentale (qu'elle fonde sur sa scientificité) au prisme d'une préconisation qui en aurait témoigné, le doute et le discours sceptiques risquent ensuite de contaminer bien d'autres aspects : la maladie au point d'en douter aussi voire de la nier ; les traitements auxquels la personne serait alors tentée de renoncer ; la médecine en son ensemble et plus largement encore tout le système de santé au point d'y renoncer volontairement. L'argumentation sceptique en matière médicale, *a fortiori* si elle prend une tournure envahissante, n'est donc pas sans risque sanitaire pour les patients et de fracture de la relation de soin.

Il est certes légitime, en tant que patient, de pouvoir interroger et donc mettre en doute les préconisations de la médecine occidentale de sorte à mieux les éclairer. Cependant, la suspension du jugement (*épochè*), l'état d'aphasie et d'indifférence auxquels peuvent mener une position (ou réaction) sceptique à l'égard d'un projet de soin ne sont pas sans risques[902]. En plus de menacer directement la santé de la personne par retard et/ou défaut de soins, l'absence de décision, de consentement et donc d'engagement d'un patient dans les soins qui lui seraient

---

[900] Je renvoie aux trois chapitres de la présente thèse analysant chacun une relation singulière de soin : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus, Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet, Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz.

[901] L'obligation d'un pass sanitaire attestant de la vaccination anti-covid a pu être vécue par certains comme une dérive autoritaire. Je renvoie sur le sujet à : Baranger Denis, Beaud Olivier, Guérin-Bargues Cécile. *Les démocraties face au Covid. L'état de la Constitution, 2020-2022. Les billets du blog Just politicum*. Paris: Panthéon-Assas; 2023.

[902] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le moment sceptique de Marinella Banfi face à la médecine occidentale*.

nécessaires peut aussi alimenter l'inertie clinique des soignants[903]. En plus d'être peu tolérants à une lecture critique de la biomédecine (une telle intolérance étant d'ailleurs propre à entretenir cette réaction sceptique qui les affecte directement en tant que, justement, représentants de cette biomédecine), les bio-soignants appréhendent généralement une telle attitude comme incompréhensible (à l'aune de la rationalité biomédicale qui est la leur) et irresponsable (allant jusqu'à invoquer une possible altération du discernement). Le patient sceptique irrite, rebute et peut susciter un désinvestissement voire le désistement pur et simple des soignants craignant de déployer de vains efforts ou que leur responsabilité ne soit engagée. Car en plus de conflictualiser et donc de fragiliser la relation de soin, cette situation met aussi en tension les principes fondamentaux de la bioéthique que sont, d'un côté la bienfaisance soignante, de l'autre le respect de l'autonomie décisionnelle. En privant les soignants d'être bienfaisants conformément à leur mission, le scepticisme des patients – s'il conduit au refus de soin ou du moins à des soins significativement dégradés – crée un conflit déontologique, creusant plus encore le fossé qui les sépare.

L'état d'indifférence (*adiaphoria*) du patient sceptique est à cet égard particulièrement dérangeant pour les soignants, tout comme le silence (*aphasie*) qui peut l'accompagner et permet quant à lui l'économie de tout justification cohérente. Si la posture sceptique peut certes avoir des effets vertueux par la capacité de distanciation et l'aptitude à être peu ou pas affecté – conformément au principe de tranquillité de l'âme (*ataraxia*) – par les accidents et maux (maladie, handicap) de l'existence[904], elle peut aussi être interprétée par les soignants comme un facteur difficilement surmontable de perte de chance et de non-assistance[905]. La dangerosité d'une telle attitude n'était apparemment pas méconnue de Pyrrhon lui-même mais il n'en a pas tant subi les conséquences puisqu' « il était protégé par ces gens qui l'accompagnaient »[906]. Il est tentant de voir dans « ces gens » le rôle même des soignants dont Pyrrhon n'aurait donc rejeté ni la présence ni les interventions protectrices, une position qui suggère que le fossé entre des soignants et un patient sceptique ne serait donc pas irréductible.

Les institutions sanitaires et les professionnels de santé ont une grande part de responsabilité dans l'émergence d'élans de scepticisme à l'encontre de la biomédecine. Ils ont en conséquence un rôle à jouer dans sa prévention et sa résolution. La posture parfois scientiste, parfois dogmatique, dont peut se draper la biomédecine y contribue. En rejetant par principe tous les soins qui ne bénéficient pas d'une validation scientifique estampillée *EBM*, au mépris de l'expérience subjective favorable qu'en font bien des patients et de l'adhésion de bien des

---

[903] Reach Gérard. *L'inertie clinique. Une critique de la raison médicale*. Paris: Springer; 2012.
[904] Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Op. cit.*, p. 61-68. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45-48. Pyrrhon qui s'est appliqué cette règle à lui-même prenait de grands risques puisque : « Il n'évitait rien, ne se gardait de rien, supportait tout, au besoin d'être heurté par un char, de tomber dans un trou, d'être mordu par des chiens, d'une façon générale ne se fiant en rien à ses sens ».
[905] Sur le sujet je renvoie à l'intérêt des consultations d'éthique clinique et à l'article illustratif suivant : Claquin Aziliz, Doan Thi (dessin), *Je me méfie de la dame qui refuse qu'on l'examine*. La Croix [Reportage – Série de 6 articles – Article 6/6], publié le 25 mai 2023. En ligne : Médecine et éthique : « Je me méfie », la dame qui refuse qu'on l'examine, consulté le 30 mai 2023.
[906] Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Op. cit.*, p. 61-68. In Bénatouïl Thomas. *Op. cit*., p. 45-48. Je renvoie aussi à : Bénatouïl Thomas (invité), Lévy Carlos (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique - *Pyrrhon d'Élis*]. *Op. cit.*

citoyens[907], la biomédecine fragilise le rapport de confiance avec les usagers du système de santé. Elle se prive notamment d'une espace de dialogue autour du vécu de la maladie et de toutes ces façons grâce auxquelles des patients tentent au quotidien de faire face quand les soins biomédicaux ont quant à eux atteint leurs limites. La priorisation du corps objectif et par contraste la négation de ses représentations subjectives pourtant omniprésentes dans la vie des patients, alimentent les dissensions et tendent à faire le lit du scepticisme médical. Quant au clivage autour des soins complémentaires, il parait d'autant plus étonnant qu'au motif de bénéfices supposés ou réels pour leurs patients, les bio-soignants s'appuient eux-mêmes parfois sur des études de mauvaise qualité et non reproductibles[908], sur des données non validées scientifiquement (parfois sous l'effet d'un glissement d'indication[909]) ou sur des données non encore probantes[910], et/ou manquant de recul en termes de données de toxicité[911]. C'est dire si les soins promus dans le cadre biomédical bénéficient d'une considération différenciée par rapport à des soins non conventionnels auxquels certains patients peuvent pourtant être particulièrement attachés. Bien d'autres facteurs propres à alimenter une défiance de nature sceptique ont pu être repérés, parmi lesquels, de façon non exhaustive : la contamination de l'indépendance de la science par le politique et les idéologies ; la collusion, certes inévitable pour accéder à l'innovation, mais médiocrement régulée et décomplexée avec l'industrie pharmaceutique ; la non prise en compte de la place, de la parole et des besoins des usagers du système de santé et de leurs représentants dans les décisions de santé publique. Les évènements récents ont pu en témoigner[912]. C'est dire s'il importe de ne pas appréhender la situation sanitaire contemporaine en matière de scepticisme médical sous l'angle simpliste d'une

---

[907] Collectif de professionnels de santé, *Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives*, Le Monde [Tribune], publiée le 13 mars 2021. En ligne : « Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives », consulté le 30 mars 2021 : « Plus de 68 % des Français croient aux bienfaits des médecines complémentaires et alternatives (MCA) ».

[908] A titre d'exemple : Les effets supposés « protecteurs » de l'alcool observés uniquement en France et à l'origine du célèbre *French paradox* étaient dus à des problèmes méthodologiques des études françaises considérés, dont de nombreux biais de confusion, les plus critiques étant la définition du groupe témoin et le caractère déclaratif des consommations d'alcool. Je renvoie sur le sujet à l'avis d'experts de Santé publique France et de l'institut national du cancer : En ligne : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer, consulté le 1er mars 2021.

[909] A titre d'exemple : L'affaire du Médiator en est une illustration paradigmatique. Frachon Irène, Bona Paul, Giacometti Eric. *Mediator. Un crime chimiquement pur*. Paris: Delcourt; 2023.

[910] La question de l'usage de l'hydroxychloroquine dans la Covid-19 a conduit à la rétractation d'articles contredits par des études plus approfondies et à la consigne sanitaire de non-prescription dans cette indication. A titre d'exemple : Gautret Philippe, Lagier Jean-Christophe, Parola Philippe, Hoang Van Thuan, Meddeb Line, Mailhe Morgane*, et al. RETRACTED: Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial*. Int J Antimicrob Agents 2020;56(1):105949. Gautret Philippe, Lagier Jean-Christophe, Parola Philippe, Hoang Van Thuan, Meddeb Line, Mailhe Morgane*, et al. Retraction notice to "Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial" [International Journal of Antimicrobial Agents 56 (2020), 105949]* 2025;65:107416.

[911] Je pense à l'usage dans la sclérose en plaques de façon précoce dans leur développement de certaines immunothérapies à l'origine de leucoencéphalites multifocales progressives (LEMP) et secondairement contre-indiquées. Entre autres articles sur le sujet : Sriwastava Shitiz, Kataria Saurabh, Srivastava Samiksha, Kazemlou Shaghayegh, Gao Si, Wen Sijin*, et al. Disease-modifying therapies and progressive multifocal leukoencephalopathy in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis*. J Neuroimmunol 2021;360:577721.

[912] La gestion sanitaire de la pandémie de Covid-19 en France a permis de constater l'intrication des sphères politique et économique mais, *a contrario*, l'absence de représentation de la société civile. Cela a pu alimenter la flambée de scepticisme à l'égard des institutions sanitaires, des professionnels de santé et de leurs préconisations. Je renvoie à : Stiegler Barbara *De la démocratie en pandémie. Santé, recherche, éducation*. Paris: Gallimard; 2021

opposition frontale entre d'un côté une biomédecine qui serait par principe rationnelle, performante, bienveillante, de l'autre des attaques sceptiques irresponsables et sans fondement. La situation est bien plus complexe. La démêler, désamorcer les clivages, comprendre les critiques, restaurer du dialogue engagent largement et peut-être prioritairement le système de santé et ses acteurs. Oser questionner le regard médical et s'ouvrir à une culture du doute pourraient constituer de premiers pas en ce sens.

Peut-être faut-il considérer à part ces formes de scepticisme radical très proches du dogmatisme mais usant d'une rhétorique sceptique sciemment destructrice à l'égard du système sanitaire en mettant tout en doute indifféremment, y compris le langage considéré lui-même comme trompeur, jusqu'à simplement mettre à équivalence la science et l'opinion. Ce n'est pourtant pas sans rappeler de mêmes excès dans l'histoire du scepticisme ayant déjà donné pleine ampleur au principe d'indistinction du vrai et du faux, du bon et du mauvais, du juste et de l'erroné. Mais il ne s'agit alors pas d'une simple indistinction sceptique au sens où une chose ne serait « pas plus » ceci que cela (*mallon*). Le rejet inconditionnel des soins biomédicaux qui en résulte alors démasque une posture clairement dogmatique et contraint à l'absence de soins ou à des alternatives qui peuvent être inefficaces et dangereuses. Si dans la pratique médicale courante, les réactions sceptiques ne sont pas rares, elles sont loin d'être toujours aussi excessives et surtout s'avèrent souvent réactionnelles et dépassables. Beaucoup étant passagères et sensibles au dialogue, cela permet de soulever deux questions. D'une part, elles ne relèveraient alors peut-être pas tant d'une défiance de principe à l'égard des soins mais d'une impossibilité de juger à un moment donné, en somme un état d'*époché* qui serait alors conjoncturel et subi. D'autre part, on peut aussi se demander si de telles réactions ne seraient pas finalement assez saines. Pour tenter de répondre et surtout de désamorcer ces réactions de doute sceptique, encore faudrait-il pouvoir non pas les craindre, les mépriser et les rejeter mais bien au contraire les accueillir sans les stigmatiser. Malgré les difficultés inhérentes à leur appréhension, dont l'opacité de la rationalité sous-jacente – puisque celle-ci peut parfois sembler fort éloignée des questions de santé qui sont en cause – mais aussi le temps à y investir, l'enjeu éthique serait bien pour les soignants d'être tolérants, compréhensifs et constructifs. Si leur temps contraint est d'abord appréhendé comme un obstacle structurel à l'acceptation du doute, *a fortiori* sceptique, au sein du système de soin, il se pourrait qu'être à l'écoute des doutes de leurs patients et œuvrer à les résoudre conjointement puisse au contraire en faire gagner en contribuant au climat de confiance et plus globalement à la qualité de la relation de soin. Pourtant, cette idée d'un ancrage dans la pratique soignante d'une culture du doute comme moteur de rencontre et de dialogue par-delà les divergences demeure bien éloigné des représentations réduisant encore, dans l'esprit des soignants, le doute des patients à une menace.

7.2 – Des écueils possibles du doute cartésien dans le contexte médical contemporain

Le cartésianisme imprègne notre culture occidentale et par conséquent l'environnement sanitaire et les savoirs biomédicaux (théoriques autant que pratiques), ce d'autant qu'ils affichent avoir pour fondement la méthode scientifique. Il ne s'agit pas de nier les enseignements précieux de l'héritage cartésien, à savoir l'intérêt de soumettre à l'épreuve du

doute nos préjugés, nos sensations et même nos raisonnements. Mais son influence sur la relation de soin – entre patient et soignant mais aussi plus largement entre le système de santé et les citoyens qui en sont usagers – mérite d'être interrogée. Le questionnement que propose Pascal Engel est en phase avec le contexte actuel du système de santé et de ses interactions avec l'ensemble de la société :

> […] deux courants en apparence antagonistes coexistent dans nos sociétés contemporaines. D'un côté, jamais la méfiance n'a été aussi grande, aussi bien dans les cercles intellectuels les plus avancés que dans les médias et la société, vis-à-vis des valeurs de la rationalité, du progrès scientifique, de la vérité et de l'objectivité. D'un autre côté, jamais l'impression d'être trompé par les pouvoirs (politiques, scientifiques) supposés garantir ces mêmes valeurs, et le besoin de confiance n'ont été aussi grands. Pourquoi, si l'on ne croit plus en la vérité, a-t-on pourtant soif de vérité ?[913]

Comme pour Descartes, la question de la vérité est au cœur des préoccupations de nombre de citoyens. Suivant le philosophe du 17e siècle, on ne devrait pas craindre que le doute éloigne de la vérité puisqu'il permettrait au contraire de s'en approcher. Pour Engel, le comportement des citoyens ici évoqués à l'égard de la vérité est, si ce n'est répulsif du moins contradictoire. On peut se demander si, à rebours des interprétations le plus souvent avancées pour l'éclairer (inculture scientifique, scepticisme médical, complotisme, post-vérité), cette posture ne pourrait pas aussi être interrogée au prisme du doute cartésien dans ses modalités comme dans ses enjeux. En même temps que ces citoyens aspirent ardemment à la vérité (« soif de vérité »), tout comme Descartes en son temps, ils semblent étrangement y renoncer (« ne croit plus en la vérité »), la méfiance en constituant un symptôme, sans pouvoir préciser s'il s'agit d'une cause, d'une conséquence ou bien des deux. A cet égard, ils semblent user (soit volontairement soit en être affectés) d'un doute hyperbolique tel que le déployait Descartes. Ayant certainement constaté, au gré de leur confrontation avec le système de santé, l'inéluctabilité de l'incertitude en matière biomédicale, c'est à bon droit qu'ils peuvent éprouver des doutes, ce d'autant que la biomédecine elle-même fonde sa recherche sur l'application méthodique et réitérée du doute scientifique. Le moindre sujet de doute (et les occurrences sont effectivement fréquentes en médecine) semble ensuite progressivement conduire, comme par effet de contamination, à douter de toutes autres données biomédicales et plus généralement du système de santé en son ensemble[914]. Ils ne doutent pas seulement de ce qui est appréhendé comme une forme de domination et de répression de leurs libertés (« pouvoirs (politiques, scientifiques) »). Ils doutent aussi de tout ce qui relève de la science elle-même en dépit de ses performances (« progrès scientifique ») et alors même qu'elle est la discipline la plus à même d'appréhender objectivement le réel. Peut-être en sont-ils d'ailleurs convaincus. Car, même si plus rien n'échappe à leur doute, cela n'éteint pas pour autant leur aspiration à la vérité. A cela s'ajoute, comme l'avait aussi éprouvé Descartes, « l'impression d'être trompé », qu'une certaine forme de pouvoir (quel qu'en soit le type, mais en l'occurrence le pouvoir des médecins et des scientifiques) leur raconte des histoires, leur joue un film qui ne peut que brouiller leur

[913] Engel Pascal, Rorty Richard. *A quoi bon la vérité ?* Paris: Grasset; 2005, p. 13-14.
[914] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 14 : « le moindre sujet de douter que j'y trouverai suffira à me les faire tous rejeter ».

perception de la réalité. Cela n'est pas sans faire écho avec le malin génie et ces puissances trompeuses telles qu'elles ont préoccupé Descartes dans sa démarche de recherche de la vérité. C'est à se demander si – sous réserve qu'ils ne déploient pas en parallèle un argumentaire dogmatique tel qu'observé avec les complotistes – de tels citoyens ne seraient pas bien plus cartésiens que sceptiques dans leur façon d'appréhender la question de la vérité. Autrement dit, ils ne rejettetaient pas tant la science (en l'occurrence biomédicale) mais chercheraient plutôt à la questionner radicalement ainsi que Descartes lui-même incitait à le faire. Peut-être que profondément imprégnés de ce cartésianisme inhérent à la culture occidentale, ils sont simplement portés par l'exigence de vérité et aspirent eux aussi à la connaissance certaine. Et alors même qu'ils l'amplifient paradoxalement, ils ne veulent peut-être rien d'autre que résoudre le doute dans lequel ils seraient *in fine* bien loin de se complaire. Comme Descartes, ils ne chercheraient peut-être qu'à sortir de cette forêt si difficile à traverser, portés par un « besoin de confiance » bien plus que par la méfiance. Or, à l'image de l'épreuve traversée par Descartes, cette forêt leur impose une « trajectoire faite de tours et de détours, que suit l'esprit empêché d'aller tout droit vers des buts clairement définis au départ : une entreprise difficile, pleine de risques »[915]. De là où se trouvent ces citoyens, eu égard à tout ce qui les distingue du corps soignant, leur traversée du doute peut effectivement passer pour bien difficile à comprendre, à tolérer et donc à accompagner pour les bio-soignants.

Par-delà cette lecture alternative, et seulement hypothétique, de cette configuration interrogée par Engel, on peut aussi questionner l'impact de ces points aveugles et parfois ces écueils de la philosophie cartésienne sur le système de santé et la relation de soin. Parmi ceux-ci, la dissociation entre corps et esprit sous-tendue par le dualisme cartésien ainsi que la réduction du corps à une machinerie conduisant l'une et l'autre à négliger voire à nier l'activité pensante de l'être qu'est le patient (la *res* sans le *cogitans*) imprègnent tout un chacun. Quant à la radicalité du doute cartésien, parce qu'il peut conduire à considérer que rien ne permet de distinguer ce que nous vivons et estimons être la réalité d'un rêve ou d'une simple fiction[916], elle n'est pas non plus sans écueil potentiel. C'est ainsi que pour échapper à une réalité médicale particulièrement difficile, un patient peut mettre en doute tout ce qu'il veut. Il suffit de s'inventer une scène théâtre propre à le tromper, de se faire donc un film de cette situation et justifier ainsi un comportement inverse de ce qui lui est proposé non sans effets potentiellement délétères. Or la maladie n'est ni un rêve ni une fiction. Plus on s'enfonce dans les profondeurs métaphysiques du doute cartésien, plus il tend à devenir abstrait et moins il paraît applicable à la situation singulière, vécue et donc très concrète de l'individu tel qu'en particulier un patient malade, ne serait-ce que parce qu'il s'avère particulièrement à risque de démesure et d'égarement ainsi d'ailleurs que Descartes l'avait lui-même pressenti[917].

---

[915] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 163.
[916] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 17-18 : « rien que des illusions et rêveries dont il s'est servi pour tendre des piéges à ma crédulité ».
[917] Macherey Pierre. *Op. cit.*, p. 166 : « Par "métaphysique", il faut entendre en première ligne ce qui outrepasse l'ordre du naturel, c'est-à-dire aussi, s'agissant de l'esprit, l'ordre du sens commun. Le doute métaphysique est un doute outré, démesuré, excessif : il pousse, il bouscule l'esprit jusqu'à ses limites, au point où il est prêt à les franchir et à basculer de l'autre côté ».

7.3 – Des applications de la philosophie de Husserl aux questions que soulève la biomédecine contemporaine

Husserl apporte une réflexion fondamentale à la fois sur la science (biomédicale) et sur la relation (au monde et aux autres). En plus d'éclairer le rapport entretenu avec la science, cette réflexion aide à comprendre comment une vision donnée (qui peut être trompeuse) de la science influence la façon de douter (ou pas) à l'échelle individuelle autant que collective en plus de risquer d'induire des conséquences désastreuses. Elle permet aussi d'éclairer les conditions de reconnaissance du sujet et de possibilité de l'intersubjectivité qui sont des enjeux majeurs de la relation de soin.

7.3.1 – Husserl et la science, diagnostic de crise et position anti-scientiste

Si dès l'ouverture de ses *Méditations cartésiennes*, Husserl rejoint Descartes dans leur ambition commune d'offrir « un fondement absolu à la connaissance »[918] et d'aboutir ainsi à une authentique « science universelle »[919], raison pour laquelle lui aussi préconise de commencer « par ne pas tenir compte de nos convictions jusqu'ici admises et, en particulier, par ne pas accepter comme données les vérités de la science »[920], leurs chemins se séparent assez vite. Tout d'abord, Husserl note combien, au sujet des fondements de la science, le doute de Descartes n'a pas été assez radical. Il ne s'est ainsi pas posé cette question : « Les sciences mises à l'écart […] Ne pourra-t-on alors douter de cette idée elle-même, à savoir de l'idée d'une science à fondement absolu ? »[921]. Mais il souligne aussi combien Descartes s'était donné d'avance, avant de l'adopter ensuite sans le critiquer, un « idéal scientifique, celui de la géométrie, ou, plus exactement, de la physique mathématique »[922] dont l'influence ne sera pas sans conséquences néfastes pour les siècles à suivre[923]. Cela transparaît, d'une part dans sa façon d'appréhender le *cogito* tel un simple axiome géométrique sans voir au-delà[924], d'autre part dans le fait de considérer a priori « que la science universelle dût avoir la forme d'un système déductif, système dont tout l'édifice reposerait *ordine geometrico* sur un fondement axiomatique »[925]. Non que Husserl se positionne contre la science mais il est à la fois très au clair quant à l'ambition d'exactitude ainsi que « l'idée téléologique qui régit toute activité scientifique »[926] et conséquemment très conscient de son décalage par rapport à la vie quotidienne[927]. Ces préoccupations à l'égard de la place de la science – que partagent des

[918] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 25.
[919] *Ibid.*
[920] *Ibid.*
[921] *Ibid.*, p. 25-26. Husserl ajoute quelques pages plus loin, p. 34 : « La révolution générale que nous avons opérée a mis à l'écart toutes les sciences, et par conséquent la logique elle-même ».
[922] *Ibid.*, p. 26.
[923] *Ibid.*, p. 51 : « Nous-mêmes nous subissons encore l'influence de cet héritage ancien dont nous devons nous garder ».
[924] *Ibid.*, p. 26 : « L'axiome de la certitude absolue du moi et de ses principes axiomatiques innés joue chez Descartes, par rapport à la science universelle, un rôle analogue à celui des axiomes géométriques en géométrie ».
[925] *Ibid.*
[926] *Ibid.*, p. 31.
[927] *Ibid.*, p. 33 : « La vie quotidienne, pour ses fins variables et relatives, peut se contenter d'évidences et de vérités *relatives*. La science, elle, veut des vérités *valables une fois pour toutes et pour tous*, définitives, partant des vérifications nouvelles et ultimes ».

auteurs contemporains[928] – l'ont accompagné toute sa vie, preuve qu'il l'a toujours considérée comme essentielle au point de lier étroitement ses évolutions aux crises affectant l'histoire de la philosophie comme des sociétés humaines. Un évènement notable qui affecta la toute dernière partie de sa vie en témoigne. Dans le contexte de la montée du national-socialisme et de l'application des lois antisémites, Husserl s'est vu écarté de l'université de Fribourg. C'est dans cette sombre ambiance et à la suite du choc de cette éviction qu'il donnera en 1935 une série de conférences dont résultera l'ouvrage testamentaire *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*[929]. Telle une âpre tentative de pouvoir renouer avec le monde en dépit de l'état de folie destructrice, d'absurdité, de décomposition et de déperdition dans lequel il se trouve alors, il y opère une distinction entre le monde de la vie (*Lebenswelt*) et le monde scientifique. C'est ainsi qu'il écrit :

> La façon exclusive dont la vision globale du Monde qui est celle de l'homme moderne s'est laissée, dans la deuxième moitié du XIXe siècle déterminer et aveugler par les sciences positives et par la "prosperity" qu'on leur devait, signifiait que l'on se détournait avec indifférence des questions qui pour une humanité authentique sont les questions décisives[930].

Husserl manifeste ici son opposition à l'emprise du positivisme à l'œuvre depuis le 19e siècle. Non seulement l'influence croissante des « sciences positives » a viré à l'hégémonie (« façon exclusive ») au point qu'elles en sont arrivées à être considérées comme suffire à elles seules pour établir une « vision globale du Monde ». Husserl réprouve ainsi l'idée qu'elles aient pu prendre le pas et l'exclusivité sur toute forme de connaissance tout comme la passivité générale grâce à laquelle cela a pu se déployer (« s'est laissée […] déterminer et aveugler »). Mais il semble aussi remettre en cause la dette à laquelle le monde devrait lui être redevable. Tout en reconnaissant leur apport considérable et incontestable (« prosperity »), à l'aune de l'amélioration des techniques et de la compréhension du monde auxquelles elles ont de fait contribué, l'usage du mot prospérité en anglais, pouvant aussi renvoyer à des connotations matérialistes d'opulence et de richesse, paraît quelque peu ironique. Qu'on leur doive beaucoup ne devrait pas conduire à négliger toutes les autres questions que les sciences positives ne peuvent ni aborder ni éclairer et qu'Husserl qualifie de « décisives ». En ne voyant et en ne s'intéressant qu'à ce que les sciences positives offrent à voir et à comprendre, l'on passe à côté de ce qui est pourtant essentiel pour une « humanité authentique ». La suite de son propos se poursuit en ce sens :

> Dans la détresse de notre vie, – ce que nous entendons partout – cette science n'a rien à nous dire. Les questions qu'elle exclut par principe sont précisément les questions qui sont les plus brûlantes à notre époque malheureuse pour une humanité abandonnée aux bouleversements du destin : ce sont les questions qui portent sur le sens ou sur l'absence de sens de toute cette existence humaine[931].

---

[928] Henry Michel. *La barbarie*. Paris: Presses universitaires de France; 2014. Rey Olivier. *Itinéraire de l'égarement. Du rôle de la science dans l'absurdité contemporaine*. Paris: Seuil; 2003.
[929] Husserl Edmund. *La crise des sciences européennes. Op. cit*.
[930] *Ibid.*, p. 10.
[931] *Ibid.*

En convoquant la période tragique que l'Europe traverse (« époque malheureuse », « humanité abandonnée »), s'agissant notamment de la montée du nazisme dont il fait lui-même directement l'expérience au gré des mesures discriminatoires et des menaces qu'il subit, mais qui n'épargne personne (« ce que nous entendons partout »), Husserl souligne l'impuissance de la science. La condamnation est ferme et manifestement définitive : « Dans la détresse de notre vie […] cette science n'a rien à nous dire ». Non pas que la science abandonne l'humanité, c'est tout simplement que la science n'est d'aucun secours face à sa détresse. Il n'est manifestement pas du pouvoir de la science d'éclairer ces « questions décisives », que d'ailleurs « elle exclut par principe », de nature existentielle, entre autres celles de « la raison et la déraison de l'humanité et des formes de culture de cette humanité »[932]. Pourtant, ces questions relatives au sens de la vie (« sens de toute cette existence humaine ») et à « tout ce qui est subjectif »[933] meuvent considérablement les êtres, parfois bien plus que toute autre question.

Situés dans un chapitre opportunément intitulé « La réduction positiviste de l'idée de la science à une simple science-de-faits. La "crise" de la science en tant que perte de son importance pour la vie »[934], les propos de Husserl résonnent tels à la fois un diagnostic et une condamnation du positivisme alors à l'œuvre en matière de science. D'une part, le diagnostic de son insuffisance à pouvoir appréhender le monde autrement qu'au seul prisme de « faits »[935] (« science-de-faits ») non seulement ampute la science d'autres potentialités (« réduction positiviste ») mais conduit à un second diagnostic, celui de « "crise" de la science », autrement dit la grande difficulté autant que la menace pesant sur elle. C'est aussi, en conséquence, une façon pour Husserl de porter un jugement sévère à l'égard de la science ainsi réduite à l'objectivité des faits[936]. Car, outre qu'elle manque de pouvoir secourir les hommes face à certaines des détresses les plus terribles qu'ils aient à affronter, le secours qu'elle pourrait apporter à la vie de l'humanité lui échappe désormais en partie (« perte de son importance pour la vie »). Plus précisément, sous cette dimension de « perte », Husserl suggère l'impact délétère du cadre restrictif qu'impose le positivisme, à savoir que la science s'en trouve ainsi réduite à ne plus pouvoir répondre à certains des besoins vitaux de l'humanité. Mais par-delà le constat, que déplore Husserl, de ce réductionnisme scientiste auquel conduit le positivisme, il va aussi chercher à montrer combien ce qu'il qualifie de *monde de la vie* (*Lebenswelt*) s'avère bien plus vaste que le *monde scientifique*, ce pourquoi ce dernier ne peut effectivement pas représenter le premier dans son entièreté[937], ainsi que l'illustre ce propos :

---

[932] *Ibid.*, p. 11.
[933] *Ibid.*
[934] *Ibid.*, p. 9.
[935] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit*. : Pour Julien Farges, Husserl s'oppose à « cette thèse selon laquelle toute connaissance est connaissance ultimement de faits, de faits qui ont lieu dans le monde. Ce positivisme oublie d'explorer, d'enquêter, d'interroger ce fait premier, ce préjugé universel, cet *il y a du monde* qui précède tous les faits et qui est le support finalement de tous les faits ».
[936] Husserl Edmund. *La crise des sciences européennes. Op. cit.*, p. 11 : « La vérité scientifique, objective, est exclusivement la constatation de ce que le monde – qu'il s'agisse du monde physique ou du monde spirituel – est en fait ».
[937] Cet éclairage distinctif entre *monde de la vie* et *monde de la science* sera particulièrement intéressant et appliqué à l'analyse de *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*.

> Le monde réellement donné dans l'intuition, réellement éprouvé et éprouvable, dans lequel toute notre vie se déroule pratiquement, demeure comme le monde qu'il est, inchangé dans sa structure essentielle propre, quelque puise être notre action, méthodique ou non. Il ne se trouvera donc pas changé parce que nous aurons inventé une méthode particulière, la méthode géométrique et galiléenne qui porte le nom de physique. Dans la mathématisation géométrique et physique, nous ajoutons au monde de la vie un vêtement d'idées taillé dans l'infinité ouverte des expériences possibles et qui lui va bien. Celui des vérités qu'on appelle objectivement scientifiques. Ce vêtement d'idées comprend tout ce qui, pour les savants et les hommes cultivés se substitue au monde de la vie et le travestit[938].

Husserl cherche ici à montrer que le monde de la vie n'est pas identique au monde scientifique, ici identifiée par le biais de sa méthode à savoir « la méthode géométrique et galiléenne qui porte le nom de physique ». Et pour distinguer le monde de la vie de celui de la science, il applique la méthode phénoménologique et donc une description de l'expérience par laquelle advient notre rapport au monde au prisme de la réduction transcendantale. Pour cela il mobilise non seulement le principe de l'intentionnalité de la conscience en ce qu'elle vise les objets du monde de son attention interrogative, mais également le principe de donation, à savoir que le monde est donné à la conscience grâce à la relation sensible qui unit la conscience au monde (les objets qui le constituent comme toutes les autres consciences qui le peuplent). Le monde de la vie correspond ainsi au monde tel qu'il est reçu par la conscience transcendantale (« Le monde réellement donné ») par le biais de sa donation. Il s'agit plus globalement du monde en tant qu'il est appréhendé grâce à la réduction phénoménologique. Or, cette méthode permet de prendre en considération *toutes* les expériences de notre rapport au monde (« le monde […] dans lequel toute notre vie se déroule pratiquement ») ainsi décrites, y compris toutes les expériences que la science n'aurait ni identifiées, ni explorées, ni donc objectivées et validées au filtre de son expertise. La science rencontre de fait ses limites face à « l'infinité ouverte des expériences possibles », ne parvenant à accéder qu'à certaines d'entre elles. Bien d'autres expériences relèvent notamment de ce que Husserl qualifie d'*horizon intentionnel*, lequel entoure l'objet visé par une conscience transcendantale et « dont le propre est de renvoyer à des potentialités de la conscience »[939]. Que la science puisse elle-aussi appréhender cet objet ne lui donne pas pour autant accès à cet horizon. Il s'agit d'un halo de potentialités d'expériences en plus de celles déjà éprouvées (« le monde […] réellement éprouvé et éprouvable ») qui n'en sont pas moins visées par la conscience intentionnelle par-delà l'objet qu'elle visait principalement et dont elle fait donc simultanément l'expérience[940]. Qu'il s'agisse de cet horizon de l'objet comme de l'infinie diversité et continuelle évolutivité des expériences de la vie « impliquant de nouveaux "horizons", et ouvrant des perspectives nouvelles »[941], toutes ne seront donc pas captées et soumises à l'expérimentation scientifique, ne serait-ce que parce que la science en exclut d'elle-même beaucoup de son champ d'investigation. Que, grâce à sa méthode, en quoi consiste la « mathématisation géométrique et physique », la science puisse appliquer un « vêtement d'idées » à certaines des expériences de notre rapport au monde la vie,

[938] Husserl Edmund. *La crise des sciences européennes. Op. cit.*, p. 59.
[939] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 82.
[940] *Ibid*., p. 49 : « Ce halo, cet "horizon" est tel qu'il implique la possibilité d'être déterminé dans et par des expériences possibles ».
[941] *Ibid*., p. 84.

ne lui permet pourtant pas d'habiller exhaustivement le monde de la vie d'un tel vêtement, c'est-à-dire l'ensemble des expériences réelles ou possibles (« éprouvé et éprouvable ») qui s'y jouent. Le monde tel qu'il peut être construit au prisme de la science physico-mathématique est restreint par rapport au monde de la vie et à son « infinité ouverte des expériences possibles » puisque ce n'est que sur certaines expériences que la science peut appliquer sa méthode. Certes la science produit de la connaissance extrêmement utile sur le monde, mais elle se contente d'étudier selon ses méthodes les seuls secteurs du monde qu'elle estime susceptibles d'être accessibles à l'expertise scientifique. Husserl oppose ainsi, d'un côté le monde de la vie qui est le monde tel qu'il se donne dans l'expérience, tel que nous le vivons et l'éprouvons concrètement et que l'on peut décrire au moyen de la réduction phénoménologique, de l'autre le monde scientifique qui est un monde conceptuel, un monde tel que nous le présente la physique et qui vise l'exactitude et la prévisibilité. Ce monde construit par les sciences de la nature est un monde fondé sur des lois causales, des formules mathématiques, des données statistiques, des entités idéales, des relations prévisibles. Or, ce n'est pas de ce monde de constructions mathématico-physiques que nous faisons l'expérience. La monde de la vie, qui est « tel que nous le vivons dans l'approximation de notre usage quotidien, […] un monde grossier, empirique », va toujours bien au-delà de ce cadre conceptuel idéal parce que porté par l'ambition d'exactitude[942]. Ainsi que l'analyse le philosophe Julien Farges, « Il y a plus dans l'idée de monde que ce que la science peut nous en dire »[943]. C'est pourquoi Husserl s'oppose non seulement au positivisme scientiste au sens très large, c'est-à-dire à ce courant de pensée et l'illusion qu'il véhicule selon laquelle le discours ultime sur le monde ne pourrait être tenu que par la science. Mais à cet effet, il lui importe aussi de se libérer du voile de l'illusion que le monde scientifique applique sur le monde de l'expérience jusqu'à le masquer complètement et laisser croire qu'il s'y substitue. L'expression « vêtement d'idées » ou encore « voile d'idées » permet à Husserl de qualifier « le recouvrement que les théories scientifiques produisent vis-à-vis des évidences sensibles et préscientifiques »[944] au point que, imprégnés de l'esprit positiviste, on en arrive à croire à tort que l'on fait l'expérience de choses physiques alors même qu'il ne s'agit que de constructions mathématiques et que ce n'est justement pas ce avec quoi nous avons un rapport empirique. Husserl met ainsi pleinement en lumière ce « risque de prendre la physique pour l'étoffe effective du monde et de croire que nous faisons l'expérience d'une réalité telle que la décrit la physique »[945]. Mais si, en masquant le monde de la vie, le monde scientifique provoque une illusion que condamne Husserl, cela ne l'empêche pourtant pas de reconnaître que ce « vêtement d'idées » puisse être bien ajusté aux expériences qu'il a pu explorer (« et qui lui va bien »). Ainsi que l'analyse Bruce Bégout, les propositions scientifiques « dissimulent par des constructions théoriques ce à quoi cependant elles s'ajustent malgré elles, à savoir l'expérience multiple et prélinguistique du monde de la vie »[946].

---

[942] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *A la recherche du monde commun*]. *Op. cit*. : « il [Husserl] oppose un monde de la vie qui est un monde tel que nous le vivons dans l'approximation de notre usage quotidien (avec ce qui nous suffit pour la pratique et qui justement ne suffit pas au scientifique), avec des objets et leurs contours grossiers (nous voyons des ronds et pas des cercles, des lignes et pas des droites, des régularités et pas des enchainements causaux mathématiquement calculables) ».
[943] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit*.
[944] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 34.
[945] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *A la recherche du monde commun*]. *Op. cit*.
[946] Bégout Bruce, « Edmund Husserl » in Cabestan Philippe (dir.). *Op. cit*., p. 34.

Autrement dit, ce « vêtement d'idées » certes voile jusqu'à même cacher, mais il n'est pas fallacieux. En fait, ce qui importe à Husserl n'est pas de dénigrer la science, de suggérer que ses propositions théoriques seraient « fausses ou artificielles »[947], mais de l'inviter à revenir à l'expérience première et courante de notre rapport au monde de la vie. Puisque la science ajoute au monde de la vie un vêtement d'idées « qui lui va bien » c'est bien qu'elle part de cette expérience première-là. Il importe donc à Husserl de réorienter l'attention sur le monde de l'expérience, de le décrire, de le mettre en lumière, de faire ainsi comprendre d'où part précisément la science, à quoi elle se rapporte, à savoir ces « évidences sensibles et préscientifiques », cette « expérience multiple et prélinguistique du monde de la vie ». Et ce n'est donc pas parce que la science habillerait ce monde de l'expérience d'un « vêtement d'idées » à la fois ajusté et seyant, en quoi consisterait par exemple une modélisation mathématico-géométrique à même de l'éclairer de façon particulièrement instructive, qu'elle changerait quoi que ce soit à ce monde. D'où ce propos de Husserl que le monde de la vie « demeure comme le monde qu'il est, inchangé dans sa structure essentielle propre, quelque puise être notre action, méthodique ou non ». D'où aussi l'importance d'y revenir et de s'éclairer à sa source même, puisque par-delà toutes les constructions explicatives possibles que la physique pourrait produire, aussi justes, appropriés et utiles soient-elles, le monde de l'expérience demeure et demeurera toujours ce socle le plus solide et le plus constant, en tant qu'il est constitutif de notre rapport le plus fondamental au monde[948]. Contrairement à la science qui présuppose le monde comme donné, tel un *il y a du monde* allant de soi, mais qui donc cible et sélectionne, en son sein, les secteurs qu'elle estime devoir être explorés, Husserl revient sur cet *il y a du monde* et démonte cette évidence ainsi qu'il s'y était déjà attelé dans ses *Méditations cartésiennes*[949]. Pour lui, il importe de ne pas se laisser aveugler et déterminer par les descriptions scientifiques de la réalité. Il s'agit de s'en délester afin de retourner précisément au monde de la vie et, usant de la réduction phénoménologique, pouvoir ainsi le questionner inlassablement, le prendre pour objet d'enquête, en décrire la richesse et la complexité des vécus, l'exposer à un retour réflexif sur les expériences éprouvées.

7.3.2 – De l'intérêt des concepts de réduction phénoménologique et d'intersubjectivité transcendantale pour appréhender la relation de soin

Si la relation entre patient et soignant est certes asymétrique, instrumentale, réifiante (ce que la grande technicité de la biomédecine actuelle tend à amplifier), j'endosse l'hypothèse portée par

---

[947] *Ibid.*, p. 34.

[948] Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique : *Retour au monde*]. *Op. cit.* : « la science physique moderne de la nature prétend nous parler du monde en construisant […] ce qu'elle appelle une nature physico-mathématique et cette nature nous avons pris l'habitude de la tenir elle-même pour le monde. […] Il y a peut-être un effort philosophique à faire pour reprendre le monde sans le confondre avec cette nature tout en comprenant bien que cette nature n'est évidemment pas sans rapport avec le monde qu'elle nous masque ou auquel elle vient se superposer ».

[949] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 41 : « si nous voulons fonder les sciences de façon radicale, l'évidence que nous donne l'expérience du monde nécessite de toute façon une critique préalable de son autorité et de sa portée ; donc nous ne pouvons sans contestations la considérer comme apodictique » ; p. 42 : « L'existence du monde, fondée sur l'évidence de l'expérience naturelle, ne peut plus être pour nous un fait qui va de soi ».

d'autres[950] qu'elle ne s'y réduit pas ; à savoir, elle peut s'enrichir d'un autre type de relation qui serait quant à elle, si ce n'est symétrique du moins authentiquement intersubjective. Anticipant sur des développements ultérieurs étayés par l'analyse d'exemples concrets de relation de soin, il apparaît que la place de la reconnaissance du sujet amorcée par Descartes au prisme de l'*ego cogito*[951] a été très largement approfondie par Husserl grâce à la conscience intentionnelle et l'intersubjectivité transcendantale. Grâce à l'*épochè* transcendantale, et contrairement à Descartes qui ne reconnaissait que le sujet pensant (sa pensée étant médiée par son activité de doute), Husserl inscrit le sujet dans sa corrélation fondamentale avec le monde. Par sa structure intentionnelle, le sujet est inséparable du monde, c'est-à-dire inséparable non seulement des objets du monde mais également des autres consciences. Ce que nous montre l'*épochè* phénoménologique, c'est que l'activité de soignant ne saurait se réduire à apposer des vérités absolues sur un patient compris et appréhendé comme un pur objet extérieur et totalement distinct sous peine de réification du soignant lui-même. Cette activité consisterait au contraire à inscrire chaque patient dans une relation authentique, c'est-à-dire liant deux consciences transcendantales identiquement sujets de soin et en vue du soin. Autrement dit, dans le cadre de la relation de soin, le soignant ne peut pas lui-même advenir comme sujet transcendantale visant de son intentionnalité les objets du monde et les autres, s'il n'est pas lui-même visé par la conscience intentionnelle d'autrui, en l'occurrence celle du patient inscrit dans une relation de soin donnée. L'*épochè* phénoménologique fait advenir non seulement l'intersubjectivité transcendantale mais la réciprocité. Seule la reconnaissance d'autrui comme sujet pratiquant l'*épochè* permet d'être soi-même reconnu comme sujet. L'*épochè* de Husserl est ce qui rendrait possible la dimension véritablement intersubjective de la relation de soin au sein de laquelle le patient peut être reconnu comme sujet doutant. Une telle reconnaissance ne peut en effet advenir que dans la réciprocité à savoir le fait de reconnaitre l'interrogation de l'autre autant que la sienne propre et réciproquement. Dit autrement, je ne peux douter qu'en reconnaissant l'autre doutant et parce que lui-même ne reconnait doutant constituent le socle de la reconnaissance intersubjective.

7.4 – Des applications de la philosophie pragmatiste aux questions de doute et de croyance dans le contexte médical contemporain

Tout l'intérêt d'une approche pragmatiste du doute est de pouvoir l'appréhender comme une épreuve de vie. Ce vécu expérientiel de déstabilisation plus ou moins intense et d'oscillation permanente entre doute et croyance est universellement applicable. Il concerne autant les patients ébranlés par ce qui leur arrive que les soignants dont l'épreuve du doute ne saurait se réduire à un exercice de pensée. Le doute pragmatiste est ainsi plus à même que tout autre de refléter et d'éclairer ses manifestations concrètes en contexte sanitaire et au cœur du colloque de la relation de soin lequel n'est pas qu'un exercice rhétorique. Outre qu'il ne saurait être

[950] Je pense aux analyses de Georges Canguilhem et Gérard Reach et renvoie à cet effet aux sous-chapitres de la présente thèse intitulés *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet* et *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité.*

[951] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes. Op. cit.*, p. 21 : « Descartes inaugure un type nouveau de philosophie. Avec lui la philosophie change totalement d'allure et passe radicalement de l'objectivisme naïf au subjectivisme transcendantale ».

déconnecté des réalités vécues, ses implications pratiques sont omniprésentes et déterminantes ce qui permet d'en souligner la perspective éthique.

7.4.1 – La science (biomédicale) comme objet de croyance

Pour Peirce, la *méthode scientifique* de fixation de la croyance est la méthode la plus sûre quant à la conformité à la réalité de la croyance qu'elle permet de fixer. Comme son qualificatif l'indique, cette méthode s'inspire de la science et plus précisément de la méthode expérimentale. Si dans sa démarche et sa logique, Peirce ne masque pas son intention assumée de lier ainsi étroitement connaissance et croyance en tant qu'issue au doute, cette association paraît pourtant pour le moins délicate et troublante ce que John Dewey avait déjà relevé (à savoir l'ambiguïté du mot croyance autant que du mot connaissance[952]) et résolu en préférant l'usage de la formule « assertabilité garantie »[953]. Sans compter que l'utilisation démultipliée et indistincte de l'adjectif « scientifique » peut être source de confusion, justifiant de toujours en rappeler le périmètre, la signification et les enjeux respectifs. Ainsi, si la *méthode scientifique* de fixation de la croyance développée par Peirce tient son inspiration de la science, c'est parce qu'elle a pour objectif explicite de distinguer dans les croyances celles qui relèvent de productions humaines (qu'il s'agisse de fables, de mythes, de religions ayant un substrat fictionnel, ou encore d'idéologies certes inspirées de la réalité vécue par les hommes mais dissociées de l'expérience concrète qu'en font ces derniers) et celles qui en sont indépendantes. Le type de croyance sous-tendue par la *méthode scientifique* de fixation de la croyance vise les *réalités* indépendantes de l'idée que d'aucun puisse s'en faire ce qui permet de la qualifier d'objective et de l'assimiler à une connaissance de la réalité. A l'inverse, du fait qu'elles relèvent du fruit de l'imagination (croyance *par ténacité*), d'une idéologie imposée (croyance *d'autorité*) ou d'une représentation rationnelle du réel (croyance *a priori*), les autres croyances sont privées de cette objectivité. L'objection a été faite à Peirce qu'en tout état de cause, « les caractères du réel » ne peuvent que dépendre de « ce qu'on en pense finalement »[954]. Louise L. Lambrichs avance d'ailleurs un tel argumentaire à propos du « fait scientifique ». Quand bien même il aurait été déterminé avec la plus grande rigueur expérimentale, il provient toujours de « l'imagination » du chercheur sans laquelle il n'existerait pas[955]. Elle en vient même à conclure que « le fait scientifique et la science en général sont donc moins objectifs qu'on n'a voulu le croire : ils sont plutôt du subjectif objectivé »[956]. Autrement dit, la connaissance scientifique ne saurait être strictement objective puisqu'elle n'est jamais complètement indépendante du sujet et des idées qui sont les siennes, c'est-à-dire de son imagination, ses intuitions, ses

---

[952] Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 64 : « L'ambiguïté du mot [*croyance*] rend donc son usage à déconseiller […] Le mot *connaissance* convient également pour désigner l'objectif et le terme de l'enquête. Mais lui aussi souffre d'ambiguïté » ; p. 66.

[953] *Ibid.*, p. 63 : « Si l'enquête commence dans le doute, elle s'achève par l'institution de conditions qui suppriment le besoin du doute. On peut désigner ce dernier état de choses par les mots *croyance* et *connaissance*. Pour des raisons que j'exposerai plus tard, je préfère les mots « assertabilité garantie » ».

[954] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit*.

[955] Lambrichs Louise L. *Op. cit.*, p. 318 : « Une fois ce résultat obtenu dans des conditions parfaitement définies, on dispose d'un fait dit scientifique, mais qui n'existe comme tel que parce qu'il a d'abord été imaginé par le chercheur. L'idée que le fait obtenu l'est "indépendamment de quelque sujet que ce soit" demande donc à être amendée : en réalité, le fait scientifique est celui que n'importe quel homme peut obtenir, à partir du moment où il reproduit toutes les conditions d'obtention telles que l'expérimentation les a définies ».

[956] *Ibid*., p. 318.

raisonnements. L'accès au réel implique toujours comme vecteur l'humain. Pourtant, à ce type d'objection, Peirce parvient à répondre prestement par la négative en précisant que, d'une part « la réalité est indépendante, non pas de la pensée en général, mais seulement de ce que peut en penser un nombre limité d'hommes »[957], d'autre part même si l'homme disparaissait et qu'il n'y ait « plus d'intelligence pour [la] connaître » (et donc la croire), la réalité ne disparaitrait pas. Ce point est d'importance majeure. Tout inspirée de la science qu'elle soit, la *méthode scientifique* de fixation de la croyance de Peirce s'avère en réalité contraignante par rapport au périmètre et aux enjeux de la science. Elle impose en effet comme condition *sine qua none* un au-delà de la rationalité scientifique, puisqu'en effet une telle rationalité s'avère par essence humainement déterminée. Tiercelin le rappelle, « ce sur quoi il [Peirce] insiste le plus souvent, c'est sur l'indépendance d'une réalité extérieure par rapport aux esprits »[958] et le cite : « Le réel est non pas ce qu'il nous arrive d'en penser mais ce qui reste inaffecté par ce que nous pouvons en penser »[959]. Quoi que la théorie et la rationalité scientifiques en disent et en imposent, seuls les faits extérieurs doivent ultimement faire foi, étant toujours à même de contredire et la théorie et la rationalité scientifiques. C'est ce que bien des médecins peinent parfois à accepter, attachés qu'ils sont, en dépit de l'évidence des faits, à des théories ainsi qu'à des raisonnements historiquement[960] et culturellement[961] ancrées. Les théories scientifiques, même réfutées, résistent longtemps à leur renversement et leur remplacement résulte *in fine* plutôt d'un positionnement de la discipline au profit d'un nouveau paradigme à défendre que d'une soumission aux données de la science telles qu'elles se présentent ainsi que le montrait Thomas Kuhn[962].

Comme tout un chacun, médecins et chercheurs scientifiques mobilisent eux aussi ces différents états de croyance tels que Peirce les a définis[963]. Contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, ils sont loin de mobiliser exclusivement la méthode scientifique de fixation de la croyance, y compris au cœur même de leur pratique professionnelle. Ils s'appuient beaucoup sur des croyances *a priori*, la non-reproductibilité des résultats de recherche scientifique pouvant notamment relever de la divergence des raisonnements entre équipes et entre

---

[957] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 107. Tiercelin analyse ce propos de la façon suivante : « Il faut donc proposer une définition du concept de réalité qui ne fasse pas référence à un *Ding an sich* [une chose en soi] inaccessible, sans pour autant tomber dans un idéalisme subjectiviste, bref de donner une définition du réel indépendante des pensées de tout individu particulier, mais pas de la pensée en général (7.336). Aussi la réalité sera-t-elle indissociable de l'idée sociale de communauté, entité fonctionnant non comme un ensemble d'individus, mais comme une sorte de transcendantal réglant la recherche (5.311) ».

[958] *Ibid*., p. 108.

[959] Peirce Charles Sanders, Fisch M., Kloesel C., Moore E. C., Roberts D.D (eds). *Writings of C. S. Peirce: a chronological edition*. Blommington, Indiana: University Press, 1982 [1871], vol. 2, p. 467.

[960] A titre d'exemple, la nécessité d'opérer au plus tôt dans la vie les enfants nés avec une indifférenciation sexuelle a été très longtemps promue au prétexte d'un supposé risque cancérigène. Désormais, les personnes concernées sont opérées quand elles s'estiment prêtes à pouvoir choisir elles-mêmes ce qu'elles souhaitent.

[961] A titre d'exemple, le paradoxe français (connu à l'étranger sous l'intitulé *French paradox*) attribuant au vin un effet vasculo-protecteur continue d'être promu par bien des médecins français encourageant sa consommation quotidienne. Or, il s'agit d'un biais d'étude disparaissant avec la randomisation mendélienne. Les données épidémiologiques confirment des dommages liés à l'alcool, y compris cardio-vasculaires, dès les plus petites quantités consommées.

[962] Kuhn Thomas S., Meyer Laure (Trad.), Luminet Jean-Pierre (préface). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion; 2008 [1962].

[963] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.

disciplines. Celles-ci sont naturellement propices au déploiement de la rationalité scientifique, à la construction d'intéressantes hypothèses et de séduisantes théories. Mais, ils ne s'appliquent pas toujours à mettre de telles croyances à l'épreuve de la « confrontation rigoureuse et incessante avec l'objet auquel elles s'appliquent »[964] alors même que la vraie vie des patients n'est jamais exactement ce que la science biomédicale peut en dire ou en prévoir. Soit qu'ils ne se fient qu'à leur raisonnement médical (en puisant dans leurs connaissances acquises ou par analogie avec des expériences antérieures ayant alors acquis force de savoir), soit qu'ils ne prennent pas la peine de contrôler la cohérence de leurs justifications à l'aune des faits tels qu'ils se présentent pourtant (ainsi que cela peut s'observer en situation d'inertie clinique, à laquelle contribue l'appauvrissement général de la pratique clinique[965]), leurs croyances *a priori* ne sont pas toujours validées et donc confirmées par l'expérience. Et il arrive aussi qu'ils tardent et résistent à les modifier en conséquence, *a fortiori* si cela vient ébranler des paradigmes solidement ancrés et donc difficilement révisables. En rappelant que « Peirce considère que dans la plupart des processus d'apprentissage, on se contente de construire en partant de croyances-hypothèses précédemment entretenues, afin de les tester, de les améliorer ou de les rejeter »[966], Tiercelin souligne certes la force d'apprentissage inhérente à l'investigation expérimentale mais c'est sans compter sur les difficiles efforts et la nécessaire disponibilité aux épreuves de vérification (« les tester »), de réfutabilité et donc de changement (« de les améliorer ou de les rejeter »), qui sont loin d'être évidents tant cela vient heurter des habitudes de penser, d'agir, parfois même de raisonner. Par ailleurs, et comme déjà évoqué au prisme du pouvoir de l'imagination et de ce fameux « sentiment » bien identifié par Claude Bernard comme pouvant être à l'origine de bien des découvertes scientifiques, médecins et chercheurs mobilisent aussi des croyances par ténacité. La typologie de la croyance selon Peirce est donc éclairante et pertinente s'agissant des états de doute et de croyance des soignants et des chercheurs autant que de tout homme. Il y a en effet, si ce n'est un *continuum* du moins une complémentarité entre les différents états de croyance. Si, dans le contexte expérimentale, la frontière entre croyance par ténacité (sous-tendue par l'imagination) et croyance *a priori* (fondée sur la rationalité scientifique) parait parfois si poreuse, peut-être est-ce parce qu'elles se complètent avantageusement ainsi que ce propos de Tiercelin tend à le valider : « on doit aussi et c'est le travail de la science, remplacer partout où c'est possible, les propositions vagues par des propositions générales, moins afin de les réfuter que pour les contrôler logiquement »[967]. La rationalité scientifique apporte cette qualité de raisonnement (« contrôler logiquement ») à même de pouvoir modeler (« remplacer partout où c'est possible ») ces idées, sortes de perceptions premières portées par l'imagination (« propositions vagues »), et de leur donner une potentialité d'universalité (« propositions générales ») propre aux vérités scientifiques. A ce stade pourtant, il ne s'agit encore que d'une hypothèse, c'est-à-dire non pas une croyance stable (qui serait une connaissance) mais une *attente croyante*, devant être soumise au processus expérimental de vérification, de reproduction, mais aussi de réfutabilité et donc de révision (« de les améliorer ou de les rejeter »). Or, il arrive aussi qu'un médecin, y compris chercheur scientifique, puisse être aux prises avec une croyance par ténacité si forte, au point de constituer

[964] Lambrichs Louise L. *Op. cit.*, p. 290.
[965] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.
[966] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 86.
[967] *Ibid*., p. 89.

une sorte de conviction délirante (le délire constituant à cet égard un puissant antidote au doute). Le professionnel ne parvient alors pas à la critiquer, soit refusant de l'exposer à l'épreuve de la vérification expérimentale soit en niant l'incohérence entre sa conviction et les faits autant empiriques[968] qu'expérimentaux[969]. Les soignants ne sont enfin pas à l'abri des croyances d'autorité, adhérant aux dogmes en vigueur dans la profession tels celui de considérer l'homosexualité comme une maladie psychiatrique ou de qualifier les femmes insoumises d'hystériques et de les interner, entre autres exemples historiques et par trop caricaturaux.

Enfin et de façon notable, la science elle-même et ses données font aussi l'objet de croyances. Selon les propres mots de Peirce, « l'investigation scientifique a obtenu les plus merveilleux succès, quand il s'est agi de fixer les opinions »[970]. Ainsi que déjà explicité, cette synonymie assumée entre *croyance* et *opinion* ne doit pas choquer. En langage peircien la *croyance* n'est pas appréhendée sous le seul angle péjoratif et réducteur du jugement individuel, sans autre fondement que le fait que cela agrée ou pas à la personne, ce qui en l'occurrence correspond au cadre restreint de la croyance *de ténacité*. Peirce a élargi le champ de la croyance à tous les objets de la vie des hommes, y compris les plus estimés et les plus sérieux, c'est-à-dire ceux-là même qui ne devraient plus souffrir l'épreuve du doute, à l'instar de ce qui est reconnu comme vérité scientifique. « [I]l faut également convenir que la croyance peut également concerner l'attachement à la science et à la rationalité, qui ne se conçoit pas sans une certaine foi dans l'intelligence humaine »[971] écrit en ce sens le psychanalyste Patrick Mérot. Une fois élaborées, aussi rationnelles, solides scientifiquement et contrôlées soient-elles, les connaissances scientifiques ne sont pas données pour acquises de façon universelle, sans jugement ni choix personnels. Elles dépendent de l'adhésion qui leur est accordée au titre de croyance ce qui, conformément à l'approche peircienne, devrait idéalement passer par la *méthode scientifique* de fixation de la croyance. Autrement dit, cette adhésion à l'égard de telles ou telles données validées scientifiquement, et plus généralement à l'égard de la science, devrait être indépendante de ce que la personne en pense et ne se baser que sur le constat d'excellence de ses performances. On voit cependant d'emblée que les autres modes de croyance peuvent tout aussi bien être investis, à savoir : soit croire en la science et ses données par ténacité parce que cela fait plaisir et que cela rassure, soit croire d'autorité en la science parce que c'est le dogme et qu'il ne saurait être questionné, soit enfin y croire selon la méthode *a priori* parce que cela est satisfaisant intellectuellement. Autrement dit, la science et ses résultats, comme tout ce qui concerne la vie humaine, font ainsi tout autant l'objet de croyance ou pas, et donc possiblement de doute.

---

[968] Lors d'un staff de service, un professeur proclame l'efficacité d'une nouvelle molécule, ayant constaté dans son laboratoire un effet positif sur les taux de prolifération et de mortalité cellulaires. Les populations cellulaires analysées provenaient d'une patiente ayant reçu ce traitement de façon protocolaire. Or, la patiente était rapidement décédée de l'évolution de la maladie questionnant le bénéfice clinique réel d'un tel traitement. Les résultats expérimentaux obtenus à partir de lignées cellulaires ont pourtant fait l'objet d'une publication scientifique concluant au bénéfice de ce traitement. Je ne référence volontairement pas cet article.

[969] Le cas du Professeur Didier Raoult convaincu des bénéfices de l'hydroxychloroquine pour traiter la Covid-19 illustre ce type de conviction. Ainsi que déjà évoqué, certaines de ses publications scientifiques ont secondairement dû être rétractées. A titre d'exemple : Gautret Philippe, 2020, *Op. cit.* ; Gautret Philippe, 2025, *Op. cit.*

[970] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.*

[971] Merot Patrick. *La croyance et le doute. De Sigmund Freud à Charles Sanders Peirce*. Paris: Ithaque; 2023, p. 5.

7.4.2 – La philosophie pragmatiste offre un éclairage sur le doute des patients mais aussi des soignants

Le doute tel que défini par Peirce s'avère particulièrement approprié pour éclairer ce que peuvent vivre les patients à savoir cet état de malaise, parfois jusqu'à la crise, éventuellement récurrent, lié à l'ébranlement d'un équilibre, la perte des repères, la rupture d'habitudes. Selon la logique peircienne d'indissociabilité du doute et de la croyance, il s'agit de sortir du doute en mobilisant une nouvelle croyance à même de restaurer un état de stabilité. Cette approche du doute comme instabilité et fragilisation des repères, ainsi que l'impératif de sa résolution au prisme de l'élaboration de nouvelles croyances, semblent aussi pouvoir s'appliquer à la situation et la pratique des soignants. Dans la diversité infinie des situations singulières et évolutives de leurs patients comme des maux qui les affectent, les soignants sont incessamment confrontés au doute et à l'impératif de le résoudre pour pouvoir agir, c'est-à-dire soigner.

Que la réalité soit mouvante et que le savoir scientifique évolue sans cesse n'empêchent pas de fixer des croyances stables, le principe même de réfutabilité permettant de les réviser autant que nécessaire. Quel que soit d'ailleurs le type de croyance mobilisée (quelle que soit donc sa stabilité), le principe d'une « théorie réfutable de la réalité »[972] est ainsi toujours applicable et pertinent. Certaines entités pathologiques historiquement ancrées, comme l'hystérie de Charcot telle que mobilisée à la fin du 19e siècle, ont disparu attestant *a posteriori* du caractère instable des croyances qui la soutenaient en lien étroit avec l'état des rapports de genre de l'époque qui n'étaient pas moins marqués au sein du milieu médical que dans la société. A cet égard, l'évolution des connaissances scientifiques ne résulte pas uniquement et linéairement de l'acquisition progressive de nouveaux territoires conquis sur l'ignorance. C'est aussi que la réalité évolue, n'est jamais définitive, ainsi qu'en témoigne l'émergence de nouvelles pathologies (telles la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou la Covid-19). En modifiant le cours des maladies, les traitements (qu'ils soient médicamenteux ou autres) modifient la réalité puisqu'ils font disparaître certaines entités pathologiques tandis qu'en apparaissent d'autres, que d'aucuns peuvent qualifier d'iatrogéniques[973]. Plus simplement, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie conduit à l'émergence de nouvelles affections liées au vieillissement, dont la prévalence a été décuplée. La clinique offre enfin d'innombrables exemples de ce réel mouvant, incertain et imprévisible, puisqu'au sein d'un corps donné, la réalité d'une maladie est d'une instabilité redoutable. Un cancer au diagnostic n'a plus rien à

[972] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 88.

[973] A titre d'exemple, l'arrivée de la pénicilline a apporté l'espoir d'éradiquer le rhumatisme articulaire aigu ainsi que la cardiopathie rhumatismale et ses complications valvulaires, sous réserve d'un traitement antibiotique systématique des angines à *streptocoque*. Si ces complications peuvent encore être d'actualité dans les pays pauvres, elles ont été progressivement éradiquées de bien des régions du monde. A l'inverse de nouvelles pathologies sont apparues sous l'effet des antibiotiques dont la colite à *Clostridium difficile*, la tendinopathie aux quinolones ou la problématique plus grave et générale de résistance aux antibiotiques par sélection de germes résistants voire ultra-résistants. Dans le domaine des cancers, leur guérison de plus en plus fréquente ne s'obtient pas sans un certain coût à long terme pour la santé. Chimiothérapie et radiothérapie peuvent provoquer d'autres pathologies parmi lesquels : retard de croissance, insuffisance endocrine, ostéoporose, cardiopathie, fibrose pulmonaire, second cancer. Entre autres articles, je renvoie à : Blaauwbroek R., Groenier K. H., Kamps W. A., Meyboom-de Jong B., Postma A. *Late effects in adult survivors of childhood cancer: the need for life-long follow-up*. Ann Oncol 2007;18(11):1898-902.

voir avec ce qu'il devient dans le cours de son évolution, rendant caduques les moindres prévisions, ce qui pourtant ne rend pas moins pertinentes les connaissances scientifiques et les croyances mobilisées mais implique d'adapter à l'évolution de la situation celles qui peuvent être mobilisées ainsi qu'en conséquence les orientations soignantes. Le doute étant ainsi très régulièrement réactivé, il permet l'émergence de nouvelles croyances en conformité avec la réalité labile à laquelle confronte la pratique clinique.

Sur la base d'un fond, plus ou moins vaste, de connaissances (théoriques et pratiques) et de savoir expérientiel patiemment accumulés au gré de la diversité de situations cliniques jusque-là rencontrées, le clinicien établit un projet de soins (l'abstention surveillance en constituant une option possible) considéré comme le plus approprié. Mais, il n'est pas rare que ce qui se passe dans le cours des soins portés à une personne ne corresponde pas précisément à ce qui avait été souhaité et attendu. Si cela ne constitue pas nécessairement un évènement grave, cela justifie toujours une conduite adaptative, y compris en cas d'effet inattendu favorable, ne serait-ce que pour pérenniser voire amplifier ce bénéfice. Plus souvent, les soignants font face à des difficultés (effets indésirables et/ou bénéfice insuffisant de leurs soins). S'ils s'avèrent intègres dans leur mission et donc soucieux d'améliorer la situation de leurs patients, les soignants se voient ainsi confrontés, par la mise en échec des croyances qu'ils avaient mobilisées dans leur projet de soin, à un état de doute plus ou moins récurrent relativement à leurs décisions et leurs actions. Grâce à l'*enquête* qu'il va permettre de susciter et d'alimenter, ce doute apparait alors comme la garantie d'une adaptation rigoureuse et effective à l'évaluation actualisée des besoins de la personne soignée. Le doute permet l'émergence de nouvelles croyances en conformité avec la réalité particulièrement labile à laquelle confronte la pratique clinique.

La confrontation des soignants à des situations sujettes au doute, et la nécessité consécutive de réviser leurs croyances, est donc très fréquente voire omniprésente aux soins. D'une part, les situations cliniques auxquelles ils sont confrontés sont infinies dans leur diversité. Quel que soit leur niveau de connaissances et d'expérience, bien des situations seront inhabituelles voire inédites les confrontant dès lors à l'épreuve récurrente de l'inconnu au cœur même de leurs pratiques. D'autre part, les situations cliniques s'avèrent assez souvent peu ou pas prévisibles, ou du moins ne le sont (sauf exception) qu'incomplètement, ne serait-ce que dans leur caractéristiques fines et leur évolution. En dépit de facteurs prédictifs précis et valides, il est illusoire de penser pouvoir maitriser parfaitement tous les paramètres d'une situation donnée étant donné leur multiplicité, leur labilité, leur intrication et plus globalement la complexité inhérente à chaque configuration humainement, autant que médicalement et scientifiquement, déterminée. Enfin, la parfaite adéquation entre un diagnostic donné et les éléments de son évolution tels qu'ils sont connus et répertoriés dans les bases données est improbable. Le champ des possibles est à cet égard sans limites. Un diagnostic n'est à la fois précis et circonscrit dans son état présent et à venir qu'en apparence et de façon purement théorique. Lorsqu'un nom est donné à un état pathologique (en quoi consiste le *diagnostic* principal) c'est parce qu'il semble s'accorder au mieux à une sélection donnée de paramètres objectifs et accessibles. Les paramètres encore inaccessibles ou n'ayant pas été retenus (certains pouvant pourtant constituer d'authentiques symptômes à même de préciser le diagnostic ou d'influer sur l'évolution) restent quant à eux sans explication causale ni réponse appropriée et leur impact est imprévisible. De

fait, ainsi que le précisait Canguilhem, un diagnostic donné (comme un cancer de tel organe, y compris en en précisant l'histologie, le stade et les facteurs pronostiques) n'en relève pas moins d'une entité généralisante qui ne fait pas identité puisqu'elle s'avère inapte à refléter clairement et exhaustivement toute la singularité et l'unicité de la personne et de l'ensemble des maux auxquels *sa maladie* va la confronter[974] et que les soignants eux-aussi auront la surprise de découvrir. C'est dire s'ils se trouvent dans un état de découverte permanente et de doute réitéré par rapport aux personnes dont ils s'occupent. Combien cette instabilité récurrente, source intarissable de remise en cause de leurs *habitudes d'agir*, impose une révision tout aussi fréquente de leur jugement clinique afin d'adapter en conséquence leurs préconisations soignantes.

7.4.3 – La philosophie pragmatiste invite à une éthique clinique du doute en médecine

La clinique n'offre donc pas de repos et confronte bien au contraire les professionnels de santé à une mise à l'épreuve sans cesse réitérée de leurs connaissances, leurs compétences, leurs expériences, leurs pratiques c'est-à-dire, en langage peircien, de leurs croyances. Ces croyances (en l'occurrence professionnelles) qui, pour Peirce, sont à la source des *habitudes d'agir*[975] et qu'il désigne également comme « règles d'action » ou « règles de conduite » sont ainsi très régulièrement mises en doute au gré de la pratique clinique. De patient en patient, de chambre en chambre, de jour en jour voire d'instant en instant y compris chez un même patient, aucune situation clinique ne s'avère identique à une autre, ni même à elle-même[976], de sorte qu'elle puisse être parfaitement prévisible, autoriser le même jugement, les mêmes préconisations et les mêmes actions ainsi que susciter les mêmes attentes. Aucun organisme, aucun psychisme, aucun humain ne réagit de façon identique à un autre, ni à lui-même en fonction du temps et au gré des divers facteurs auxquels ils sont soumis, justifiant en cela d'en réinterroger chaque situation de façon renouvelée, toujours individualisée et circonstancié[977]. C'est pourquoi l'activité soignante s'invite comme une illustration très concrète et vivante de ce lien si indissociablement noué entre doute et croyance, comme aussi entre la pensée et l'action, ainsi que Peirce le rappelle dans ce propos : « Mais la croyance étant une règle d'action, dont

---

[974] Canguilhem Georges, « Les maladies » in Canguilhem Georges, Zaloszyc Armand (avant-propos). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil; 2002, p. 13-48, ici p. 35-36 : « La souffrance, la réduction de l'activité habituelle choisie ou obligée, le dépérissement organique, la déchéance mentale sont constitutifs d'un état de mal, mais ne sont pas d'eux-mêmes les attributs spécifiques de ce que le médecin d'aujourd'hui identifie comme maladie, au moment même où il s'efforce de faire cesser le mal, ou seulement de l'atténuer ».

[975] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit.*: « La marque essentielle de la croyance est l'établissement d'une habitude ».

[976] Dewey John. *La quête de certitude. Op. cit.*, p. 250 : ce constat issu de la pratique clinique courante fait écho à l'analyse de John Dewey à savoir que « Tous les objets perçus sont individualisés. Ils sont, en tant que tels, des totalités complètes en elles-mêmes. Tout ce dont on fait l'expérience est unique d'un point de vue qualitatif ; toute chose possède son axe propre autour duquel un matériau s'organise, et cet axe ne se reproduit jamais plus exactement comme tel. Bien que chaque situation de ce type s'estompe indéfiniment, ou ne soit pas nettement séparée de la prochaine, il n'en demeure pas moins que le modèle d'organisation du contenu n'est jamais exactement deux fois le même ».

[977] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 33 : « les phénomènes varient et présentent une complexité et des difficultés d'investigation qui leur sont propres » ; p. 103-104 : « l'expérimentateur se dirige d'après un principe supposé ou provisoire qu'il modifie à chaque instant, parce qu'il cherche dans une obscurité plus ou moins complète. […] dans les sciences expérimentales, notre principe doit toujours rester provisoire, parce que nous n'avons jamais la certitude qu'il ne renferme que les faits et les conditions que nous connaissons ».

l'application implique un nouveau doute et une réflexion nouvelle, en même temps qu'elle est un point de repos, elle est aussi un nouveau point de départ »[978]. En dépit de la force de l'expérience et du savoir stabilisé (« règle d'action », « point de repos »), soigner invite sans cesse à douter (« nouveau doute », « réflexion nouvelle »), reconduisant l'enquête (« nouveau point de départ ») et l'actualisation de ses règles d'action. Et chaque nouvelle croyance ainsi révisée et établie reste susceptible d'être de nouveau mise en doute (« la croyance […] implique un nouveau doute »), afin de pouvoir agir (« une règle d'action »), et ainsi de suite. De tels constats font écho aux propos de Canguilhem lorsqu'il écrit que « Soigner, c'est faire une expérience »[979] et l'on oserait même ajouter, en le paraphrasant, soigner, c'est faire une foule d'expériences. Pour chaque patient, pour chaque situation donnée, il s'agit toujours pour le soignant d'une *nouvelle expérience* laquelle ne saurait faire l'objet d'une croyance préétablie parfaitement en adéquation, puisque précisément « la croyance [est] une règle d'action, dont l'application implique un nouveau doute ». En conséquence de quoi, et en toute logique peircienne, chaque expérience étant nouvelle, elle suscite le doute, donc l'activité de pensée et d'enquête visant à définir la meilleure règle d'action possible en la renouvelant. A cet égard, Canguilhem ne manque pas de souligner le poids et la difficulté (du fait de sa réitération incessante mais aussi de ses enjeux) de l'épreuve du doute, et de cette alternance ininterrompue entre doute et croyance en tant que règle d'action, dans la pratique médicale :

> Mais comme Claude Bernard, ni d'ailleurs qui que ce soit d'autre, ne peut dire à l'avance où passe la limite entre le nocif, l'innocent et le bienfaisant, comme cette limite peut varier d'un malade à l'autre, que tout médecin se dise et fasse savoir qu'en médecine on n'expérimente, c'est-à-dire on ne soigne, qu'en tremblant[980].

Pour pouvoir œuvrer effectivement à sa mission d'amélioration et de préservation de la santé (« on ne soigne ») à l'aune de la diversité infinie des situations auxquelles il peut être confronté (« d'un malade à l'autre »), le soignant se voit soumis à l'exigence d'un doute sans cesse renouvelé (« ne peut dire à l'avance », « cette limite peut varier ») et de révision réitérée de son raisonnement comme de sa pratique (« on n'expérimente »). De là, s'éclairent la dimension fondamentalement éthique de cette épreuve du doute et donc l'importance pour le soignant de constamment y (re)soumettre son action soignante afin de toujours pouvoir réviser sa règle de conduite (ou croyance). Car, ainsi que le précise Canguilhem, « on ne soigne, qu'en tremblant » c'est-à-dire qu'en doutant. C'est dire combien l'activité clinique mériterait peut-être d'être qualifiée de clinique du doute, voire d'éthique clinique du doute. Il faut en effet du courage pour être soignant tant c'est un engagement et une pratique autant qu'un art de l'intranquillité.

---

[978] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit.*: « C'est pourquoi j'ai cru pouvoir appeler l'état de croyance la pensée au repos, bien que la pensée soit essentiellement une action. Le résultat final de la pensée est l'exercice de la volonté, fait auquel n'appartient plus la pensée. La croyance n'est qu'un moment d'arrêt dans notre activité intellectuelle, un effet produit sur notre être par la pensée et qui influe sur la pensée future ».

[979] Canguilhem Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris: Vrin; 2015 [1968], p 389.

[980] *Ibid*., p 389. Georges Canguilhem renvoie au propos suivant de Claude Bernard qu'il approuve : « Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades et tous les jours le chirurgien pratique des vivisections sur ses opérés. On peut donc expérimenter sur l'homme mais dans quelles limites ? ». In Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 186.

Il s'agit de « s'embarrasser du patient et non pas s'en débarrasser »[981] précisait un médecin clinicien considérant la clinique comme un travail d'acceptation de l'inconfort provoqué par l'altérité et propice au dévoilement, à la découverte, à l'émergence d'un certain savoir sur l'autre. Un tel témoignage contraste avec la tendance croissance des professionnels de santé à se délester de cette clinique et à viser des diagnostics clé en main. Ce courage, en plus de l'appétence pour ce métier, l'écoute et la créativité, est nécessaire pour aller à la rencontre des patients, ces altérités non réductibles à leur maladie, ces étrangers apportant leur singularité, leur subjectivité, leurs difficultés, leurs questionnements débordants. Il faut aussi du courage pour accompagner chacune et chacun sur des chemins à coconstruire, jamais connus à l'avance, malgré une destination toujours espérée, et particulièrement instables au point de justifier d'innombrables adaptations stratégiques. A cet égard, l'image du capitaine de navire et sa responsabilité à l'égard de la traversée et des passagers qu'il a à son bord sera développée ultérieurement à travers l'expérience du médecin John Sassall[982].

[981] Je cite le propos d'un médecin généraliste et addictologue, Docteur Jacques Afchain que je remercie pour les riches échanges portés par une longue expérience de la pratique clinique au contact des patients.
[982] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.

APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA RELATION DE SOIN A L'AUNE DE LA BIOMEDECINE CONTEMPORAINE

La médecine est loin de ne consister qu'en la seule application de connaissances biomédicales et de gestes de soins plus ou moins techniques. Elle est aussi réputée être fondamentalement un exercice de relation entre patient et soignant[983]. Mais la définition précise de cette relation n'est pas évidente, ne serait-ce que parce qu'elle se voit dotée de caractéristiques variables, entre autres selon le type et le degré d'engagement de ses acteurs, les enjeux qui les mobilisent, mais aussi selon le contexte et les circonstances. Une définition et partant une condition *a minima* de la relation de soin pourrait se résumer en une interaction entre deux ou plusieurs personnes, dont le patient, dans le respect du secret de ce qui est échangé. En pratique, la réalité de cette relation est de fait bien plus complexe mais aussi plus riche.

Canguilhem complexifie d'emblée cette approche définitionnelle, en soulignant à la fois la difficulté de l'appréhender et en quoi elle n'est pas une relation simple. « On peut se demander si la relation de médecin à malade a jamais encore réussi à être une relation simple d'ordre instrumental, capable d'être décrite de telle façon que la cause et l'effet, le geste thérapeutique et son résultat, soient liés directement l'un à l'autre, sur un même plan et au même niveau, sans intermédiaire étranger à cet espace d'intelligibilité »[984] écrit-il. Tout dans ce propos suggère la complexité à l'œuvre au sein de cette relation au point de la rendre indescriptible, ou du moins hors des logiques de linéarité simple, tel qu'un rapport direct de cause à effet (« le geste thérapeutique et son résultat »). En convoquant la notion d'« espace d'intelligibilité », Canguilhem invite à penser bien plus qu'une simple relation ordinaire (« instrumentale ») mais tout au contraire une épaisseur relationnelle propice à la rencontre et aux discussions qui peuvent s'y élaborer. Il tendrait ainsi à conférer de la densité à cette interface entre patient et soignant, aux antipodes de la superficialité de certains échanges purement utilitaires et dépourvus d'engagement relationnel. Car l'intelligibilité implique un processus réflexif de clarification, des questionnements et l'élaboration de réponses entre deux acteurs fondamentalement dissemblables et donc potentiellement en désaccord. Ainsi que l'analyse l'anthropologue Sylvie Fainzang, « en tant que relation sociale, la relation thérapeutique contient inévitablement de la collaboration et de la complicité, mais aussi du conflit, de la crainte ou de la compétition »[985]. Que cet espace de la relation soit un lieu de collaboration autant que d'expression des tensions et des enjeux de pouvoir entre patients et soignants ne garantit pas pour autant son ouverture au débat contradictoire. Une question est donc posée : la façon dont le doute y est mobilisé et participe ou pas de cet espace d'intelligibilité.

Ainsi que le souligne Canguilhem, « le couple médecin-malade n'a été que rarement un couple harmonieux, dont chacun des partenaires puisse se dire pleinement satisfait du comportement de l'autre »[986]. La simple observation de cette relation à l'œuvre en témoigne, y compris aux yeux de spectateurs non spécialisés. Le climat de soupçon – qui n'est pas synonyme de défiance

[983] Delion Pierre, Coupechoux Patrick. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris: Albin Michel; 2016.
[984] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine.* Paris : Seuil, 2002, p. 15-31, ici p. 15.
[985] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades, information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006, p. 147-148.
[986] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 15.

et peut au contraire contribuer à construire un rapport de confiance – est prégnant[987]. Avec une certaine réciprocité, bien que porté par des enjeux bien différents, chacun surveille, épie, scrute, analyse, questionne les réactions et les paroles de l'autre. De fait, l'échange de paroles est primordial dans ce fonctionnement relationnel, puisque « chacun cherche à acquérir un pouvoir à travers l'usage qu'il en fera »[988]. Cela pourrait expliquer cette utilisation si fréquente du mensonge constatée autant chez le soignant que le patient[989]. Si cela passe beaucoup par le verbal (la façon d'aborder les sujets, d'y réfléchir, de prendre des décisions, de conclure un échange, de prévoir la suite), cela implique aussi le non verbal (les gestes du corps portés par le regard autant que le toucher, la retenue, les silences, le rythme et le temps consacrés à une rencontre, la façon d'écouter comme d'examiner) : tout ce que Jean-Christophe Weber semble englober sous le terme de « microréactivité clinique »[990]. Une telle observation invite à considérer diverses explications possibles, souvent associées. Plusieurs facteurs contribuent à cette dysharmonie, aux difficultés de communication, aux tensions et aux dysfonctionnements (dont l'inertie clinique et l'inobservance thérapeutique[991]) qui la caractérisent. Parce qu'ils n'ont pas le même vécu, qu'ils ne parlent pas le même langage, que leurs enjeux et leurs perspectives diffèrent[992], des dissensions opposent naturellement, et donc assez constamment patients et soignants[993]. Du fait de son inévitable asymétrie, cette relation instaure aussi un rapport de pouvoir aux dépends du patient. Il est en situation de vulnérabilité du fait de sa santé tandis que le soignant dispose du pouvoir de le soigner et n'est pas lui-même dans une telle vulnérabilité. Parfois vécu comme une situation de contrainte, le rapport de force qui peut alors s'instaurer témoigne d'une volonté du patient de contrer le paternalisme soignant toujours à l'œuvre, de défendre son libre-arbitre et d'être investi d'un pouvoir décisionnel. En outre, dans le système de santé occidental, la pratique biomédicale (très largement prédominante en matière de soins) prend pour fondement la rationalité scientifique – laquelle se doit d'être objective, impersonnelle, neutre – et vise la production et l'application de connaissances universelles fondées sur des preuves scientifiquement déterminées. Or, la « médecine par les preuves sort le couple soigné-soignant de son rapport personnel au profit des grandes séries statistiques et protocoles divers »[994]. La relation de soin est donc très affectée puisque cette pratique objectiviste de la médecine tend à chosifier les individus, en les réduisant à une diversité d'objets d'étude et d'intervention (le corps, ses constituants, la maladie et ses divers enjeux). A cet égard, le morcellement de la médecine en une multitude de spécialités parcellise d'autant plus le corps en parties distinctes et réduites à leur seule matérialité. Sans compter que, par sa

[987] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.
[988] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 148.
[989] *Ibid.*, p. 148.
[990] Weber Jean-Christophe. *Op. cit*., p. 13 : « le lieu de la microréactivité clinique, intervention *extemporanée* d'un geste, d'une parole, d'un comportement mais aussi parfois […] abstention ou abstinence, pas de côté, esquives ».
[991] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Etude philosophique d'une rencontre*. Paris: Hermann; 2022, p. 321-322 : « la non-observance des patients et l'inertie clinique des médecins […] représentent des obstacles majeurs à l'efficacité des soins ». Je renvoie aussi à : Reach Gérard. *L'inertie clinique. Une critique de la raison médicale*. Paris: Springer; 2012.
[992] Marie-Olivia Chandesris, Louis Mühlethaler. *Op. cit*.
[993] Charon Rita, Fourreau Anne (Trad.). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris: Sipayat; 2015, p. 48-79. Charon consacre un chapitre à cette question des dissensions.
[994] Vallancien Guy, « La média-médecine » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris : Presses universitaires de France ; 2009, p. 63-81, ici p. 66.

présence écrasante, la technique est aussi devenue omniprésente à la pratique médicale au point de menacer de disparition l'examen clinique et le dialogue direct avec les malades[995]. Auparavant qualifié de colloque singulier, on n'en entend plus guère parler. Enfin, les contraintes règlementaires, administratives et financières, les conditions matérielles (dont le manque de certains moyens et de personnel soignant), la rationalité instrumentale à l'œuvre dans les établissements de santé, la pénurie de temps, etc., constituent autant de facteurs de dégradation de cette relation, en la réduisant parfois à sa seule fonction instrumentale. Ce faisant la pratique biomédicale tend à nier la dimension subjective et donc la singularité de chaque patient. Or, ainsi que le souligne Canguilhem, c'est précisément cette *expérience subjective* unique du patient[996] – au motif de laquelle chaque état pathologique est une situation singulière échappant à l'objectivité[997] – qui confère à la relation de soin la potentialité de « se décentrer de l'objet maladie pour se centrer sur le malade en tant que personne »[998]. Partant, elle offrirait aussi au soignant l'opportunité d'être lui-même reconnu comme un sujet et non pas seulement comme un technicien et fournisseur de prescriptions. Ce n'est qu'en tant que sujet soi-même que la reconnaissance de l'autre comme sujet est rendue possible, ouvrant à la perspective bubérienne d'une relation, non pas chosifiante, mais de type *Je-Tu*[999].

Les difficultés inhérentes à cette relation peuvent grandement favoriser l'émergence de doutes, au sens de suspicion et même de défiance l'un envers l'autre. On peut dès lors se demander s'ils trouvent à s'exprimer et se résoudre au sein de cet espace d'échange – toujours potentiellement conflictuel – ou bien si, au contraire, de tels doutes contribuent aux dysfonctionnements de la relation de soin, telle une boucle d'amplification vicieuse. Que les rapports de force qui s'y jouent entre patients et soignants puissent contribuer à ce que leurs doutes respectifs nourrissent leur conflictualité, rendrait ainsi la relation de soin peu propice à leur mise en partage et leur résolution. Tout à l'inverse, on peut aussi bien questionner en quoi l'expression et le partage des doutes respectifs du patient autant que du soignant pourraient œuvrer à la qualité de leur relation, en améliorer la fluidité et la fonctionnalité. Cette hypothèse selon laquelle le doute mis en partage puisse faire lien, en favorisant la rencontre, la reconnaissance mutuelle et le climat de confiance, en dépit des dissensions et de l'asymétrie relationnelle, sera particulièrement développée à partir de l'analyse de trois cas de relation de soin[1000]. Plus encore, si la relation de soin vise réellement à se constituer en cet espace d'intelligibilité pensé par Canguilhem, il se

---

[995] *Ibid*., p. 73 : « L'expérience médicale, l'empathie, la prise en charge, au sens trivial du terme, où le médecin porte le malade sur ses épaules le temps de la guérison ou de l'accompagnement vers la mort, ces qualités intrinsèques de médecin se sont effondrées sous le poids des technologies ».

[996] Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024, p. 114-115. « La primauté de l'expérience subjective de la maladie sur la connaissance objective de la vie ».

[997] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris : Presses universitaires de France ; 2009, p. 29-46, ici p. 40 : « Force est, à l'heure actuelle, de reconnaître qu'il n'y a pas de définition objective de la maladie, même dans les pathologies les plus objectivables en apparence comme la traumatologie ».

[998] *Ibid*.

[999] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation soin centrée sur la réciprocité*.

[1000] Je renvoie aux trois chapitres de la présente thèse analysant chacun une relation singulière de soin : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus, Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet, Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz.

pourrait que le doute en soit un ingrédient indispensable. Ce ne serait que grâce au doute que patients et soignants pourraient réellement s'interroger sur leurs différends, débattre de leurs désaccords et tenter de résoudre (même partiellement) les problèmes que peut soulever toute situation médicale. Parce que partager leurs doutes, au cœur de la relation de soin, leur permettrait de faire des tensions qui les opposent une opportunité de dialogue plutôt que de rupture, patients et soignants pourraient dès lors continuer de cheminer ensemble dans un projet de soins partagé, aussi complexe et difficile soit-il parfois.

1 – Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patients et soignants

Le concept de dissension entre patient et soignant, particulièrement étayé grâce à l'analyse qu'en propose Rita Charon dans son ouvrage princeps sur le médecine narrative[1001], est important pour comprendre ce qui se joue dans la relation de soin, sa fragilité, ses tensions et ses nombreux écueils. Ce pourquoi la relation de soin n'existe pas comme d'évidence au motif qu'il y a un patient et un soignant, mais relève d'un véritable effort de co-construction, peut être éclairé par les dissensions qui les opposent. Il peut s'agir du fait de percevoir et de comprendre les situations différemment ou d'avoir éventuellement des besoins, des priorités, des objectifs distincts. Charon va même jusqu'à avancer qu'« [à] moins qu'ils ne trouvent les moyens de comprendre leur point de vue respectif, ils sont condamnés »[1002]. Sous-entendu, les dissensions peuvent même mettre en péril la relation parce qu'elles sont sources d'incompréhension de part et d'autre, de désaccord, d'antipathie voire de rejet[1003], et partant de puissantes tensions interpersonnelles[1004]. La question du doute des patients, du doute des soignants et la façon dont il peut, ou pas, être appréhendé au cœur de leur relation est étroitement liée à celle des dissensions. Non seulement les dissensions alimentent les doutes des uns et des autres mais les doutes eux-mêmes sont de puissantes sources de dissensions. On peut pourtant se demander si le doute ne pourrait pas justement aider à questionner, comprendre et ainsi « dépasser les dissensions soignants-soignés »[1005], ainsi qu'y invite Charon.

1.1 – Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin

Le décalage peut être immense entre, d'un côté celui qui est malade et en nécessité de soins (dont la vie même est parfois en jeu) mais généralement dans l'ignorance des causes de son état

[1001] La version originale est la suivante : Charon Rita. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006. Sauf pour vérifier le sens original du propos de Charon au regard de la traduction, nous mobilisons dans cette thèse la version de l'ouvrage traduit en français.
[1002] *Ibid.*, p. 53.
[1003] Ogien Ruwen. *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris: Librairie générale française; 2018, p. 44-45 : « Si l'une des conditions nécessaires pour ressentir de l'empathie envers une personne est le sentiment d'appartenir au *même monde* qu'elle, on ne voit pas comment le médecin qui se trouve, par définition, dans une position de pouvoir complètement différente de celle du malade dans la relation de soin […] pourrait satisfaire cette condition ».
[1004] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p. 124 : « L'expérience de la relation à l'autre est donc aussi celle de mondes différents, de conceptions différentes de la vie morale. Or cette confrontation à la différence expose au risque des tensions et des conflits ».
[1005] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.,* p. 48.

et des moyens d'y remédier, de l'autre celui qui est le plus souvent bien-portant, détenteur des connaissances et des outils de la biomédecine ainsi que du pouvoir de traiter les maladies. Comme le précise Charon, « des quasi-étrangers se rencontrent – l'un préparé à déployer ses connaissances cliniques et l'autre se préparant au pire »[1006]. Même si la maladie les réunit, non seulement ils ne vivent pas la même chosent, mais surtout ils n'en éprouvent pas les effets de la même manière.

> Les professionnels de santé ne comprennent pas ce que leurs malades endurent sauf s'ils sont malades eux-mêmes et donc les malades ressentent le gouffre infranchissable qu'il y a entre eux et ceux qui sont censés les soigner[1007].

L'incompréhension fondamentale (« gouffre infranchissable ») qui existe entre patient et soignant résulte de ce que le savoir expérientiel d'un patient, notamment la peur qu'il éprouve[1008], sont inaccessibles au soignant (« ne comprennent pas ce que leurs malades endurent »), à moins de disposer lui-même d'un tel savoir pour traverser ou avoir traversé une épreuve similaire (« malades eux-mêmes »). Ce propos d'une patiente, Clémentine Vergnaud[1009], au sujet de l'un de ses cancérologues, en témoigne : « Il a, en fait, lui-même été à cette place. Il a eu un cancer et il sait ce que le patient attend »[1010]. Sous-entendu, l'ignorance est le lot de ceux qui ne partagent pas ce vécu[1011]. Ainsi que l'illustre le vocabulaire utilisé autour du concept de dissension : division, fracture, fossé, « frontières dangereuses »[1012], « gouffre infranchissable »[1013], la divergence propre à l'état de dissension est si profonde qu'il semblerait même qu'elle soit, par nature, insoluble. Un patient ne peut pas être ce soignant qui tente de lui porter assistance, réciproquement le soignant ne peut pas être ce patient qu'il a en face de lui. Les dissensions attestent donc de toutes ces différences fondamentales qui les opposent concernant leur statut, leur vécu, leurs idées, leurs croyances, leurs opinions, leurs savoirs, leurs aspirations, leur état d'esprit, leurs émotions, ainsi que toute autre dimension sur laquelle ils pourraient ne pas être en phase[1014]. Liste non exhaustive donc, à laquelle Charon ajoute d'ailleurs qu'ils « parlent des langages différents, ont des croyances différentes à propos du monde matériel, agissent suivant des codes de conduite non exprimés différents »[1015]. Au passage Charon souligne que les dissensions sont plus profondes avec les médecins qu'avec tout autre soignant. Une autre patiente, Claire Marin, fait pleinement écho à cette analyse. « Nous sommes comme deux étrangers s'efforçant de communiquer dans une langue qu'ils

---

[1006] *Ibid.,* p. 48.
[1007] *Ibid.,* p. 52.
[1008] *Ibid.,* p. 74 : « ne sera pas dans sa pratique habituelle, en harmonie avec la peur de son patient ».
[1009] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Clémentine Vergnaud ou le vécu de perte d'identité*.
[1010] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 41.
[1011] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.,* p. 52 : « Bien que les professionnels de santé connaissent parfaitement la maladie, ils ignorent souvent l'abîme dans lequel leurs patients se trouvent. La plupart du temps, ils n'ont aucune idée de la profondeur de l'emprise de la peur et de la colère que la maladie engendre ».
[1012] *Ibid.*
[1013] *Ibid.*
[1014] Site du CNRTL consulté en ligne le 10 janvier 2026 : DISSENSION : Définition de DISSENSION : « Opposition d'idée, de sentiments, d'intérêts, entre deux ou plusieurs personnes, qui s'accompagne le plus souvent de manifestations d'hostilité ».
[1015] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires., Op. cit.* p. 54.

balbutient à peine »[1016] écrit-elle avec un ton de désespoir autant que de colère. Marin témoigne d'un vécu de gouffre la séparant des médecins, jusqu'à le qualifier d'absurde tant l'incommunicabilité et l'incompréhension ont pu lui sembler définir la rencontre médicale[1017].

Mais, les dissensions ne renvoient pas seulement au phénomène de divergence qui a pour fondement une origine commune et donc émane d'un dénominateur commun (en l'occurrence un état de maladie) à propos duquel il peut y avoir des opinions qui se différencient voire s'opposent. Les dissensions émanent aussi du fait que les partenaires de la relation de soin peuvent avoir une perception très différente de la situation. Le désaccord peut donc être de nature perceptive avant d'être une opposition d'appréciation de la situation. Un synonyme de dissension est d'ailleurs « dissentiment »[1018], à savoir que le fait de dissentir c'est sentir de façon très différente. Or si la dissension met l'accent sur une divergence de représentation, le dissentiment va plus loin encore en ce qu'il exprime une divergence de ressenti, c'est-à-dire d'expérience subjective Or, que la différence de perception puisse être au cœur des dissensions entre patient et soignant est un élément essentiel à prendre en considération. Cela révèle à quel point il peut être difficile, voire impossible, de les accorder. Cela aide aussi à comprendre la logique et la force des croyances des patients lorsqu'elles vont à l'encontre de la rationalité médicale et scientifique, à savoir que ces croyances ne sont pas des lubies mais réellement sous-tendues par des perceptions[1019]. Ainsi que le précise le psychanalyste Patrick Mérot, « Ce qui vaut pour la réalité extérieure vaut *a fortiori* pour la réalité psychique »[1020], propos qu'il soutient et déplie en s'appuyant sur le travail de Daniel Wildöcher à savoir que « La réalité psychique […] s'impose comme une croyance parce qu'historiquement, l'évènement qui lui a donné naissance s'est imposé comme vérité, même si elle a été une perception erronée de la réalité »[1021]. Que les soignants puissent accueillir cette réalité psychique du patient, et parviennent donc à ne pas se contenter de l'analyse scientifique comme seul support de compréhension et seul critère de décision, pourrait permettre de jeter un pont plutôt que de condamner cette dissension à l'irréductibilité. Cette compréhension est d'autant plus légitime que ce phénomène de « perception déformante », le fait qu'un patient appréhende les évènements relatifs à sa maladie au prisme de sa vision subjective de la réalité, n'est pas spécifique à l'individu malade. Tout individu, y compris soignant, a un rapport à la réalité qui lui est propre[1022].

[1016] Marin Claire. *Hors de moi*. Paris: Allia; 2018, p. 37.
[1017] *Ibid*., p. 37 : « C'est un interrogatoire absurde où personne ne comprend le sens des réponses. Ni celui qui questionne, ni celui qui répond. […] Je répète les phrases des médecins. Mais elles semblent se vider de leur signification au fur et à mesure que je les prononce ».
[1018] Site du CNRTL consulté en ligne le 10 janvier 2026 : DISSENSION : Définition de DISSENSION.
[1019] Mérot Patrick. *La croyance et le doute de Sigmund Freud à Charles Sanders Peirce*. Paris: Ithaque; 2023, p. 87 : « La croyance organise le rapport du sujet au monde, et cela dès le premier instant. La première croyance qui apparait est celle liée à la perception ».
[1020] *Ibid*., p. 89.
[1021] Widlöcher Daniel. *Réalité psychique et vérité historique : modèle explicatif ou descriptif ?* Topique 2006;95(2).
[1022] Mérot Patrick. *Op. cit*., p. 89 : « Une telle expérience embrasse des pans entiers de la vie de tout un chacun, l'enfance étant un temps privilégié pendant lequel se met en place cette singulière réalité – mais bien évidemment pas seulement l'enfance : tout au long de la vie, le rapport à la réalité passe par cette perception déformante ».

Il n'empêche que l'épreuve de la maladie affecte particulièrement ce rapport à la réalité, jusqu'à même le bouleverser, ainsi qu'en témoigne l'écrivain, et ancien médecin, Patrick Autréaux. « Avoir été gravement malade avait modifié la nature de l'attraction qu'exerçait sur moi le réel, peut-être la nature du réel même »[1023], a-t-il ainsi écrit. Ce bouleversement explique peut-être la difficulté d'être soignant, après avoir été soi-même malade, une situation qui permet d'apporter un autre éclairage à cet inévitable fossé qui oppose patient et soignant. Après une hémopathie maligne, Patrick Autréaux s'est ainsi demandé : « peut-être j'étais incapable d'exercer de nouveau »[1024]. Comme si le fait d'avoir été de l'autre côté, d'avoir vécu ce que vivent les patients, d'être soi-même patient, l'empêchait désormais d'être soignant. Au gré des réflexions accompagnant sa reprise d'activité, il a ainsi pu se dire : « si la souffrance des autres m'atteignait plus qu'avant, ce n'est pas seulement de la souffrance que j'avais douloureusement conscience, mais de l'entropie elle-même »[1025]. Aux prises avec l'impact de cette épreuve existentielle sur le sens et la valeur de son métier de soignant, se sentant d'autant plus impuissant[1026], Autréaux en paraît débordé[1027]. Renonçant finalement au métier de soignant au profit de l'écriture, il conclut : « l'expérience de cette connaissance secrète, connaissance sans savoir, que m'avait donnée la maladie m'avait lancé dans un corps à corps intérieur avec ce que, faute de mots, je nommerai poésie pure »[1028].

1.2 – Les principales sources de dissensions et leurs effets délétères pour la relation de soin

Les dissensions entre patients et soignants sont innombrables et inévitables. Beaucoup surgissent au gré des configurations relationnelles singulières mais nombreuses sont aussi celles qui peuvent affecter toute relation de soin. A ce sujet, Charon précise que les « dissensions entre médecin et patient [sont] créées par les différences de conception de la mortalité, de la causalité, du contexte, et par un vécu émotionnel différent »[1029].

Charon mobilise l'ouvrage de Léon Tolstoï, *La mort d'Ivan Ilitch*[1030], pour montrer combien patient et soignant ont une conscience très différente de la mort et de l'angoisse que les manifestations de son approche peuvent susciter. « L'insupportable pour Ivan, c'est le contraste entre son corps effroyablement dévasté et celui du médecin cordial, dodu et joyeux »[1031], analyse-t-elle. La description par Tolstoï du ressenti d'Ivan Ilitch à propos de son médecin est effectivement empreinte d'ironie tragique : « c'est le docteur, frais, gros, plein d'énergie, jovial, et qui semble dire : vous vous inquiétez à tort »[1032]. Par comparaison avec les bien-portants, non seulement le patient s'effraie de sa propre situation. Mais il en arrive aussi à trouver

---

[1023] Autréaux Patrick. *Soigner*. Paris: Gallimard; 2010, p. 34.
[1024] *Ibid.,* p. 22.
[1025] *Ibid.,* p. 35.
[1026] *Ibid.,* 22 : « Oui, je comprenais ce garçon, bien plus qu'il ne se l'imaginait. Même si je n'avais pu l'aider vraiment ».
[1027] *Ibid.,* 34-35 : « J'avais épuisé ou excédé ma vocation, quelque chose la débordait : les élans thaumaturgiques et les désirs d'embrasement sacrés qui me saisissaient certains soirs aux urgences en étaient des symptômes ».
[1028] *Ibid.,* p. 34.
[1029] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.,* p. 78.
[1030] Tolstoï Léon, Schloezer Boris de (Trad.). *La Mort d'Ivan Ilitch*. Paris: Stock; 2004 [1886], p. 98-103.
[1031] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.,* p. 58.
[1032] Tolstoï Léon. *Op. cit*., p. 98.

insupportables ceux qui ne souffrent pas comme lui[1033] et qui, de surcroît, s'avèrent incapables d'apprécier correctement cette souffrance[1034]. Le fossé est ainsi plus grand encore devant ce qu'Illitch analyse comme une forme de minimisation (« vous vous êtes fait peur ? »), si ce n'est d'indifférence (« Voyons qu'arrive-t-il [?] »), quand il ne s'agit parfois que d'inconscience des soignants quant à la gravité de son état et la terreur qu'elle peut provoquer. La dissension est ici incommensurable[1035]. Charon qualifie de « réalisme sur la mort »[1036] cette conscience aiguë qu'ont les patients de leur fin de vie et qui peut échapper aux soignants, même s'ils disposent de toutes les données objectives en ce sens.

Le contexte et les causes des maladies font aussi fréquemment l'objet de profondes dissensions. Charon mobilise les travaux du sociolinguiste Elliot Mishler qui établit une distinction entre « Monde de la Médecine » et « Monde de la Vie »[1037]. Lorsqu'un médecin établit un arbre généalogique pour une suspicion de maladie génétique héréditaire, demander à une femme si ses enfants ont tous le même père est une question indispensable. Elle relève du « Monde de la Médecine ». Le fait que cette dame se sente déconsidérée par une telle interrogation relève du « Monde de la Vie ». Cet exemple montre à quel point, une même parole, ou une même question, peut être appréhendée sous un angle contextuel très différent selon que l'on est patient ou soignant et ainsi être source de dissension. « Dans cet affrontement des contextes, la pulsion du médecin est de réduire, celle du patient de multiplier »[1038], ajoute Charon. Le bio-soignant tend à éliminer tout « ce qui prolifère autour des phénomènes biologiques de la maladie dans une vie de patient toujours bouillonnante et productive »[1039]. De cet appauvrissement, le patient se sent naturellement perdant, estimant sa singularité bafouée. S'agissant des dissensions relatives aux causes des maladies, « les idées sur les causes et les traitements des maladies, sont si profondément ancrées dans les cultures, les religions et les familles »[1040] que les différences d'appréciation entre patients et soignants (ceux-ci fondant leur jugement sur les sciences biomédicales) en paraissent parfois non conciliables[1041]. Or, ces autres causes auxquelles s'attachent les patients ne manquent pas « d'exercer leurs pouvoirs sur les comportements, les attentes et les sensations »[1042], expliquant notamment certaines conduites d'inobservances.

S'agissant du vécu émotionnel, si les différences sont effectivement le plus souvent flagrantes entre patients et soignants, il apparaît que les soignants « souffrent eux aussi indéniablement à travers la maladie de leurs patients »[1043], notamment sous l'effet de la honte, la culpabilité et la

---

[1033] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.,* p. 57 : « Ivan trouve choquante la bonne santé du médecin » ; p. 58 : « La présence de la santé dans ce bureau peut être odieuse et humiliante ».
[1034] *Ibid.,* p. 74 : « Quelqu'un qui jouit d'une bonne santé a du mal à évaluer la profondeur de l'angoisse ».
[1035] *Ibid.,* p. 58 : « Ivan est mourant, le docteur ne l'est pas : distinction fondamentale ».
[1036] *Ibid.,* p. 61.
[1037] Mishler Elliot G. *The discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood New Jersey: Ablex Press; 1984.
[1038] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 64.
[1039] *Ibid.*
[1040] *Ibid.,* p. 66.
[1041] *Ibid.,* p. 67 : « Les médecins ne peuvent être convaincus de l'étiologie des maladies que par des preuves scientifiques reproductibles, alors que les malades peuvent être influencés dans leurs croyances sur l'étiologie par leur foi, leur culture, leurs traditions familiales et des conceptions magiques/mythiques de biologie humaine ».
[1042] *Ibid.,* p. 66.
[1043] *Ibid.,* p. 74.

colère que le sentiment d'impuissance peut susciter[1044]. Cependant, leurs souffrances respectives demeurent habituellement incommunicables[1045]. En qualifiant ce fossé émotionnel de « souffrance parallèle »[1046], Charon montre les impacts délétères d'une telle dissension. Tout le monde souffre et au lieu de se partager, cette souffrance ne fait que s'aggraver et séparer plus encore les acteurs de la relation[1047]. C'est alors la quintessence de l'isolement[1048].

1.3 – Doute et dissensions entre patients et soignants sont étroitement liés

Au cœur des facteurs de dissension, le doute apparaît comme une cause potentielle négligée, ou du moins tue. Cette cause s'impose et s'avère fréquente et importante tant les objets, modalités et enjeux du doute diffèrent entre patient et soignant. Cependant le lien entre doute et dissensions au cœur de la relation de soin n'est pas à sens unique. Les dissensions elles-mêmes, quels que soient leurs objets, dans la mesure où elles favorisent le désaccord et les tensions relationnelles, constituent un humus particulièrement favorable au doute critique de l'un à l'égard de l'autre et réciproquement. Il n'en demeure pas moins que dissensions et doutes semblent d'autant plus à risque d'être attisés que la relation est défaillante (par trop réifiante et instrumentale, peu investie humainement, fondée sur le paternalisme). Au cœur de ces intrications délétères et se potentialisant les unes les autres, il se pourrait cependant que le doute constitue une voie salvatrice.

Tout d'abord le doute est une cause évidente de dissension. De même que patients et soignants ne sont par définition pas à la même place, qu'ils ne vivent pas la même chose, que leurs besoins et priorités ne sont pas toujours superposables, leurs questionnements et leurs doutes peuvent aussi être très différents, contradictoires et susciter de la discorde. De son côté, le patient peut ainsi être amené à douter des intentions et des préconisations d'un soignant. Me veut-il du bien ? Est-il soucieux de ma souffrance ? se demande-t-il. Inversement le soignant peut quant à lui douter de la compréhension du patient[1049], mais aussi de son adhésion à ses préconisations[1050]. Un autre exemple notable de dissension centré sur le doute relève des reproches qu'ils peuvent s'adresser l'un l'autre sans qu'ils se recoupent, ce qui les empêche d'autant plus de se comprendre. Les reproches que les patients adressent à leurs médecins ne relèvent pas forcément de questions de compétence ou de rigueur, ni même de performances technico-scientifiques[1051]. Ils se situent bien plutôt à l'endroit de leurs qualités humaines, d'attention,

---

[1044] *Ibid.,* p. 75.
[1045] *Ibid.* : « malheureusement ces deux souffrances ne se rejoignent pas ».
[1046] *Ibid.*
[1047] *Ibid.,* p. 77.
[1048] *Ibid.,* p. 52 : « L'isolement de chacun les arrête – les malade est isolé par sa peur de la maladie et le professionnel par sa connaissance de la maladie ».
[1049] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op.cit.*, p. 19-27, ici p. 19 : « La parole du malade a souvent été jugée peu fiable par la médecine […]. Elle est d'emblée discréditée par son incapacité à établir une chaine rationnelle de causalité ».
[1050] Reach Gérard *Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie*. Paris: Les Belles lettres; 2010, p. 321.
[1051] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.

d'écoute[1052], de disponibilité[1053], de compréhension[1054], qu'ils estiment insuffisantes. De leur côté, les médecins « reprochent aux malades d'être responsables de leurs maladies »[1055], formulant ainsi un jugement moral à leur encontre et tendant ainsi à se dédouaner de la responsabilité d'un échec éventuel de leur prise en charge. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre des sentences telles que : « peu contributif », « non scrupuleux ou non compliant »[1056]. Dans un même ordre d'idées, la dimension de dépendance, qui facilite un vécu de défiance, fait aussi partie des principaux facteurs de dissension, ce d'autant que cette situation n'est pas figée. L'ignorance et la crédulité du patient, et leur corolaire qu'est son état de soumission, évoluent. S'il a pu d'abord être protégé par son ignorance, il ne l'est progressivement plus. Son niveau d'expertise croit, ce qui lui permet même d'identifier les erreurs et les négligences éventuelles des soignants[1057], majorant d'autant la suspicion réciproque.

Les dissensions elles-mêmes sont une puissante source de doute. Ainsi que le suggère Charon, « Ce qui manque, c'est la capacité professionnelle de comprendre la souffrance du patient »[1058]. Si Charon suggère que de l'incompréhension à la dissension il n'y a qu'un pas, il s'avère aussi qu'elle attise le doute ; un épisode critique dans la relation de soin entre Philippe Lançon et sa chirurgienne permettra de l'éclairer[1059]. Pour Charon, ne pas parvenir à se mettre dans la peau du patient, à comprendre ce qui importe réellement pour lui, ne relèverait pas tant d'un manque d'empathie que d'un défaut d'imagination[1060]. Si elle tend certes à être prohibée par la biomédecine fondée sur les preuves objectives, cette qualité d'imagination permettrait pourtant de se projeter en l'autre, en mettant en doute sa propre posture, et ainsi de le comprendre peut-être un peu mieux[1061]. A l'inverse, l'incompréhension du « point de vue de l'autre » – qui est le cœur même du phénomène de dissension entre patient et soignant – et la tentation consécutive de le rejeter, attisent la suspicion et risquent même d'aboutir à une véritable crise de défiance.

Si la qualité de la relation de soin est importante pour prévenir l'embrasement du doute suspicieux à l'égard de l'un ou l'autre de ses acteurs, aucune relation n'est à l'abri d'épreuves.

[1052] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 73 : « Les patients poursuivent surtout leur médecin quand ils ont le sentiment de ne pas être entendus ».
[1053] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*. p. 41-42 : « pour un médecin, je suis très probablement une emmerdeuse qui pose beaucoup trop de questions ».
[1054] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 48 : « les personnes gravement malades ont besoin que ceux qui les soignent reconnaissent que quelque chose de précieux les a abandonnés et qu'un sentiment profond et indéfinissable de tristesse les habite ».
[1055] *Ibid.,* p. 73.
[1056] *Ibid.*
[1057] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit*., p. 436 : « J'étais devenu ce que Pascal aurait appelé un demi-habile : assez informé pour être un patient impatient et méfiant, pas assez informé pour percevoir la nature des obstacles et la lenteur des résolutions ».
[1058] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 53.
[1059] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus*, et plus particulièrement le sous-chapitre *La flambée des dissensions attise le doute suspicieux à l'égard des soignants*.
[1060] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 53 : « Ce médecin n'est pas doué d'imagination. Il ne sait pas voir les choses avec le point de vue de l'autre, […] il ne sait écouter ni le langage ni le silence ».
[1061] Je renvoie tout particulièrement au chapitre de la présente thèse, intitulé *Oser douter des limites de la médecine et mobiliser l'imagination*.

Aussi consolidée soit-elle, à l'instar de celle liant Philippe Lançon et sa chirurgienne, toute crise peut réveiller en les attisant leurs dissensions naturelles et provoquer une crise de doute propre à mettre en péril la relation (ainsi qu'en témoigne Philippe Lançon dans *Le Lambeau*). Les sensibilités des uns et des autres sont si exacerbées et les intrications entre doute, dissension, relation, si étroites, qu'il suffit de peu parfois pour activer une boucle d'amplification vicieuse. L'hyperacuité est certes prévalente du côté du patient ; au regard des menaces qui pèsent sur son existence, il est naturellement à fleur de peau comme s'il ne parvenait plus à prendre le moindre recul. De la radicalisation des dissensions, de la flambée du doute jusqu'à la défiance comme des épreuves que peuvent traverser toute relation de soin, on ne sait plus toujours d'où émerge une crise. Mais ce qui semble certain est la potentialisation de tous ces facteurs et l'importance d'en dénouer les ressorts pour éviter la rupture. Or, imaginer l'autre – son vécu autant que ce qui conditionne son point de vue et ses croyances – implique de pouvoir douter de soi et de sa propre position ; il se pourrait alors que le doute constitue une issue possible, ou du moins aide à jeter de ponts sur les dissensions.

1.4 – Jeter des ponts sur les dissensions passerait par le doute

Pour Charon, les dissensions qui opposent patients et soignants constituent un sérieux problème, mais elles ne sont pas irréductibles. Elles peuvent non pas forcément se résoudre mais être surmontées à condition de trouver « les moyens de comprendre leur point de vue respectif »[1062]. En creux effleure l'idée que, plutôt que d'éloigner et séparer, les dissensions pourraient constituer si ce n'est un mode de rencontre, du moins une possibilité de rapprochement[1063]. Plus encore, un tel rapprochement ne serait rendu possible que grâce au doute.

Dans le sens de Charon, en dépit des dissensions qui les opposent et les divisent, patients et soignants n'en ont pas moins un fond commun qui ne peut les désunir. Traiter la maladie n'est pas le moindre des objectifs qu'ils ont en commun. Leur commune condition humaine, la mort les réunit bien plus qu'elle ne les sépare[1064]. Le soignant ne peut pas être totalement insensible à ce qui l'affectera aussi, lui-même ou ses proches. « [Leur] façon de donner sens au monde diverge alors que tous réfléchissent à l'avenir »[1065] ajoute Charon. Des ponts sont donc possibles et en réalité inévitables, à condition de s'y atteler. L'idée sous-jacente est alors que les dissensions pourraient tout autant constituer des motifs de discorde et donc d'hostilité que de partage, à rebours de l'appréhension la plus courante de ce phénomène.

Atteindre cette position et pouvoir ainsi jeter des ponts sur les dissensions ne se fait pas sans efforts. Au regard de sa situation de bien-portant, de son statut professionnel et du pouvoir qui est le sien, la responsabilité du soignant, et plus généralement de la communauté des soignants,

---

[1062] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 53.
[1063] Flaubert Gustave. *Correspondance.* Paris : Gallimard [La Pléiade], 1991, Vol III, Lettre de novembre 1859 à Amélie Bosquet, p. 61 : « Il me semble que notre petite *dissension* nous a faits encore meilleurs amis qu'auparavant. Est-ce une illusion ? non ! ».
[1064] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 62 : « si la mort semble souvent diviser, elle unit aussi comme un élément universel de la vie ».
[1065] *Ibid.,* p. 67.

est grande. Lorsque Charon avance que « le soin centré sur le patient, c'est la santé sans les dissensions »[1066], elle sous-entend un changement de paradigme soignant. Elle engage ainsi les acteurs de santé à cesser d'imposer l'exclusivité et le réductionnisme du modèle biomédical au prétexte de sa scientificité. « Centrer de plus en plus les soins sur le patient est une réponse à l'étroitesse de la contextualisation médicale »[1067]. Un modèle de soin centré sur la personne constituerait donc un moyen de surmonter les dissensions à l'œuvre au sujet du contexte de la maladie mais aussi de bien d'autres motifs de dissensions. Tenir compte des préférences des patients, leur compréhension du monde, leurs besoins émotionnels, leur entourage, leurs difficultés de vie, etc., n'est aucunement un renoncement aux bienfaits de la biomédecine mais une attention à l'autre, à ses besoins et au sens qu'il donne à sa situation singulière. Ne se sentant plus ni méprisée ni négligée, la personne en éprouvera d'autant moins de défiance et sera plus à même d'adhérer aux préconisations qui lui sont faites.

Sans pour autant l'identifier et le développer explicitement, Charon suggère que la mobilisation du doute pourrait contribuer à cet effet salvateur sur les dissensions. Par un retour sur les premiers temps de sa pratique médicale, elle ose (s')avouer qu'une « réflexion critique sur [ses] propres actions professionnelles »[1068] lui eut été utile. Elle témoigne ainsi de l'importance d'une aptitude au doute critique quant à sa propre posture soignante. En lui permettant de se questionner et d'identifier en quoi son positionnement alimente les dissensions, cette modalité de doute du soignant dit axiologique[1069] l'aiderait, si ce n'est à les résoudre, du moins à les apaiser voire à en faire des opportunités d'échange et de rapprochement plutôt qu'un fossé infranchissable. Certains médecins, conscients de ne pouvoir ni accéder à l'expérience du patient ni la maitriser[1070], sont certes soucieux de ce fossé et de ses dangers pour la relation de soin. Essentielle, cette conscience ne suffit pourtant pas toujours pour créer ces ponts. Bien que la reconnaissance (même partielle) de l'expérience du patient demeure essentielle[1071], les dissensions ne se réduisent pas au seul vécu différencié de l'état pathologique en cause. Bien d'autres dimensions échappent au soignant qui lui imposent une remise en cause et un positionnement tout autre à l'égard du patient, notamment d'accepter de le considérer comme un partenaire à part entière de la relation[1072]. Ce ne serait qu'à partir de là qu'un débat réellement constructif, fondé sur le contradictoire et le dubitatif, serait possible. Et puisque pour débattre il faut de la dissonance, les dissensions constitueraient alors une opportunité, autant pour le soignant que pour le patient, d'une rencontre de l'altérité. Encore faut-il qu'ils puissent l'un et

[1066] *Ibid.,* p. 65.
[1067] *Ibid*.
[1068] *Ibid.,* p. 77.
[1069] Je renvoie tout particulièrement au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.
[1070] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. En ligne : Interview Chloé Bertolus – Janv 2020, consulté le 20 mai 2023 : « c'est très difficile d'expliquer à un patient ce que l'on va faire, très difficile et probablement incommunicable de lui expliquer par quelle expérience il va passer ».
[1071] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 48 : « les personnes gravement malades ont besoin que ceux qui les soignent reconnaissent que quelque chose de précieux les a abandonnés et qu'un sentiment profond et indéfinissable de tristesse les habite ».
[1072] Reach Gérard, Jaury Philippe, *Le patient partenaire est une évolution sociétale majeure*, Le quotidien du médecin, publié le 10 juillet 2024. En ligne : Prs Gérard Reach et Philippe Jaury : « Le patient partenaire est une évolution sociétale majeure » | Le Quotidien du Médecin | Jeunes médecins | Formation initiale, consulté le 10 juillet 2024.

l'autre mettre en doute leurs postures et points de vue respectifs. Cela ne signifie pas forcément les abandonner mais se rendre disponible à l'autre et mieux encore s'ouvrir à une rencontre véritablement intersubjective.

2 – L'information au cœur de la relation de soin, un jeu de dupes ?

L'échange d'informations entre patient et soignant est essentiel. Même non verbal et très limité, cet échange fait partie de ces *minimum* requis pour rendre la relation de soin opérante. L'anthropologue Sylvie Fainzang s'est intéressée à la manière dont s'effectue la communication d'informations (via l'échange verbal) entre médecin et malade, ses caractéristiques et les difficultés qu'ils rencontrent. Elle a pu constater que « le mensonge est une pratique omniprésente dans la relation médecin / malade »[1073]. Il concernerait autant les patients que les soignants, suggérant que, bien que différemment, l'un et l'autre seraient constamment dupés par l'autre. Conséquence de ce qui semble être un jeu de dupes, le doute, la suspicion, mais aussi la défiance, sont très présents ; ils alimentent les tensions à l'œuvre au cœur de cette relation et menacent la confiance pourtant prônée comme indispensable à la qualité et la sécurité des soins. D'un autre côté, les intentions sous-jacentes au mensonge peuvent être bienveillantes (comme « la volonté de ne pas faire exister le mal »[1074]) et, tout comme dire la vérité peut être délétère[1075], les effets du mensonge ne sont pas toujours néfastes[1076]. Par ailleurs, si le mensonge est « une norme dans la pratique médicale »[1077], c'est bien qu'il est utile et permet notamment « de faire jouer les mécanismes du pouvoir (et de la résistance au pouvoir) sans lui donner une forme ouverte, revendiquée »[1078]. Ces modes d'information n'en sont pas moins de la communication qui permet à chacun de défendre son rôle vis-à-vis de l'autre. Si, dans une telle configuration, ils se trouvent inévitablement amenés à douter suspicieusement, ils n'en sont pas moins ainsi attentifs et soucieux l'un envers l'autre.

2.1 – Dans l'information entre patient et soignant, il y aurait le mensonge

L'échange d'information est au cœur de la relation. Cette information peut concerner tous les aspects de l'état de santé comme des prises en charge médicale (diagnostic, pronostic, traitements, effets, risques, etc.). Qu'elle émane du patient (symptômes, contexte de vie, observance des traitements, etc.) ou du soignant (explications sur la maladie et ses traitements, consignes thérapeutiques, etc.), l'information est essentielle pour comprendre l'autre, faire ce que chacun a à faire (en tant que soignant diagnostiquer et élaborer un projet de soin, en tant que patient suivre une procédure thérapeutique) et fonctionner ensemble. C'est pourquoi la rétention ou la manipulation de l'information est réputée être toujours à risque de dégrader la qualité des soins.

[1073] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 148.
[1074] *Ibid.,* p. 150.
[1075] Fainzang Sylvie. *Dire la vérité au patient*. Auxerre: Sciences Humaines; 2017.
[1076] *Ibid.,* p. 148 : « dont les effets peuvent être salutaires ou iatrogènes ».
[1077] *Ibid.,* p. 149.
[1078] *Ibid.,* p. 150.

Par-delà les « erreurs d'interprétation que chacun peut faire du discours de l'autre et les malentendus qui en résultent »[1079], il apparaît que le partage exhaustif d'information n'est pas si simple, ne serait-ce que parce qu'il s'inscrit dans une dynamique relationnelle qui est un rapport de pouvoir. « Dans le corps médical comme parmi les malades, on assiste davantage à des professions de foi sur la nécessité de l'information qu'à des comportements effectifs, attestant la volonté de la donner ou de la réclamer »[1080]. Malgré les textes de loi relatifs au devoir d'informer le malade et les déclarations d'ordre éthique (« respect de son autonomie et de sa dignité ») et politique (« bon fonctionnement démocratique »), en plus de leur impact favorable sur la qualité des soins, bien des acteurs soignants y demeurent réticents. Le patient n'est pas moins avare d'informations le concernant, s'agissant notamment de ce qu'il estime être son intimité (tels que son usage de substances psychoactives ou ses pratiques sexuelles), de sa façon de gérer sa maladie ou de symptômes risquant de le dévaloriser ou le stigmatiser (tels des troubles de l'humeur ou de la mémoire). Selon Fainzang, « La recherche d'information est plus que jamais un enjeu fondamental de la relation médecin / malade qui mobilise diverses techniques pour l'obtenir de l'autre – ou pour la soustraire de l'autre »[1081]. Parmi ces techniques, le mensonge serait à la fois très pratiqué et partagé entre médecins et patients, ce qui permet de le placer sur un « même plan anthropologique, c'est-à-dire en tant que phénomène social »[1082]. Qu'il s'agisse de fausses informations ou d'omissions (le fait de ne pas dire), le mensonge se situe ici toujours « par rapport à ce que le sujet tient pour vrai »[1083]. En somme, pour mentir il faut se baser sur ce que l'on croit être vrai. Parfois, le mensonge ne se distingue de la non-information qu'en termes de degré, sinon il est de même nature. Enfin, cette conscience que ce que l'on dit est faux ou qu'on omet de révéler certains éléments que l'on estime être vrais, laisse déjà entrevoir la dimension de stratégie sous-jacente qui sera abordée plus loin. *In fine*, aussi dérangeant et irrévérencieux que cela puisse paraître[1084], la pratique du mensonge est donc un « ingrédient » habituel de la relation de soin[1085]. D'aucuns rechignent à qualifier leur pratique du mensonge comme telle « en raison de la justification, voire de la légitimation qui l'accompagnent »[1086]. Parce que « deux parties contraires, mentir et dire la vérité, sont justifiées par les auteurs au nom des mêmes principes : celui de l'éthique et celui de l'utilité »[1087], le mensonge ne devrait ainsi pas être qualifié comme tel. Or, ce serait nier son importance dans la

[1079] *Ibid.,* p. 148.
[1080] *Ibid.,* p. 147.
[1081] *Ibid.,* p. 148.
[1082] *Ibid.,* p. 7.
[1083] *Ibid.,* p. 8 : Cela inclut donc ce que l'on pourrait qualifier de vérités subjectives (que Fainzang qualifie de « vérité morale » à savoir « la correspondance entre l'expression donnée à notre pensée avec la pensée elle-même ») par rapport à des vérités de fait (qu'elle qualifie de « vérité logique » à savoir « la correspondance entre l'expression verbale et le phénomène auquel se réfère cette expression »).
[1084] *Ibid.,* p. 7 et 9. Fainzang assume et justifie « le caractère volontiers iconoclaste du terme "mensonge" appliqué au corps médical ».
[1085] *Ibid.,* p. 148-149 : Fainzaing mobilise la métaphore « des *indications* du mensonge (les justifications qui en sont données : humanité, utilité, facilité, faiblesse, etc.), de sa *posologie* (les modalités de son accomplissement, son dosage, sa doctrine…) et de ses *effets secondaires* (la méfiance […], l'inconscience de la gravité de son état, le nomadisme médical, etc.) ».
[1086] *Ibid.,* p. 10.
[1087] *Ibid.,* p. 148.

relation de soin, à la fois en termes de fréquence et d'impact, puisqu'il contribue à « son bon déroulement, du moins du point de vue de celui qui l'accomplit »[1088].

La réalité du mensonge au cœur de la relation patient-soignant est bien plus complexe que le constat de « la disparité, voire la contradiction, entre les discours des malades qui se plaignent de ne pas être informés sur leur état et le discours des médecins qui affirment que les patients ne veulent pas savoir ce qu'ils ont »[1089]. Du sentiment éprouvé par le patient qu'on ne lui dit pas tout, qu'on lui ment, et qu'en conséquence il serait négligé, émerge l'idée que le médecin serait à la fois détenteur de vérités le concernant et l'en priverait. « [Quand] bien même les membres des professions médicales sont intimement convaincus que, désormais, on dit tout au patient »[1090], des réalités sont effectivement dissimulées aux patients. Il est banal que le soignant taise ou module certaines données médicales. Pourtant les profils et les situations sont beaucoup plus diversifiés. Comme le précise Fainzang, on « ne saurait considérer que les médecins et les patients sont nécessairement antagonistes » sur le sujet de l'information, à savoir le fait de la transmettre, l'acquérir, la transformer ou la garder pour soi. Ils s'en emparent aussi diversement au gré des circonstances et de leurs besoins. Le mensonge entre patient et soignant est ainsi un processus diversifié, évolutif, non linéaire qui relève, autant pour l'un que pour l'autre, d'une « dynamique complexe qui prend en compte les effets qu'il produit sur celui auquel il s'adresse »[1091] en plus des effets attendus pour celui qui l'émet. A cet égard, le mensonge est performatif dans la mesure où il contribue au fonctionnement de la relation de soin. C'est pourquoi à l'aune de ces évolutions centrées sur l'autonomie du malade, il apparaît qu'autant pour les patients que pour les soignants, « le mensonge résulte d'une alchimie entre leur adhésion au modèle du médecin comme autorité (professionnelle *et* sociale) » et leur ajustement aux valeurs dictées par la démocratie sanitaire. Au cœur de cette alchimie où tout ce qui est dit n'est donc potentiellement qu'une construction, ils sont constamment portés à douter l'un et l'autre pour mieux éclairer les rôles respectifs qu'ils endossent.

2.2 – L'incomplétude de l'information donne matière au doute, de part et d'autre

En dépit de l'affirmation par la loi du droit des malades à l'information[1092], il semblerait que « l'information du malade reste très parcellaire, voire lacunaire »[1093]. Qu'il ne soit pas dupe de cette situation, attise naturellement son attention et sa méfiance. De son côté, en plus d'être conscient et soucieux de la labilité des informations disponibles, le soignant ne dispose pas toujours de toutes les précisions attendues par le malade. La rétention d'informations qu'il peut être amené à opérer ne lui est, en outre, pas interdite pas la loi. Quant aux patients, eux-mêmes ne disent pas tout, même lorsque cela leur est explicitement demandé. La complétude de l'information médicale est donc, à plus d'un titre, un sujet de tension et un motif de doute au cœur de la relation de soin.

[1088] *Ibid.*
[1089] *Ibid.,* p. 7.
[1090] *Ibid.,* p. 149.
[1091] *Ibid.*
[1092] Je renvoie à la loi du 4 mars 2002. En ligne : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr).
[1093] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 147.

Le médecin sait bien peu de choses par rapport à tout ce que le patient espère. Vais-je souffrir ? Comment surmonter cette épreuve ? Quand viendra mon heure ? A ces questions plus existentielles que médicales, le soignant ne peut pas répondre. Il sait tout au plus ce qu'il en est du diagnostic, des meilleurs traitements possibles dans cette situation, du pronostic *a priori*, toujours sur la base de probabilités. Il n'en est pas moins dépositaire d'une masse considérable d'informations. Que, conformément à la loi, elles soient désormais dues au patient, n'a pas résolu toutes les questions relatives à l'information des malades quant à « leur état de santé, et sur les risques et avantages que comportent les actes médicaux envisagés »[1094]. Entre, d'un côté le paternalisme d'Hippocrate préconisant de se prémunir d'informer le malade de la gravité de sa situation comme de son pronostic[1095], de l'autre « l'information à tout crin et sans précaution chère aux Américains du Nord »[1096], une palette de situations intermédiaires illustre la diversité des circonstances et modalités de cette information. Nombre de facteurs peuvent ainsi freiner cette communication et, à tout le moins s'opposer à son exhaustivité et à sa bonne appropriation. Par exemple, bien qu'autorisé par la loi, l'accès direct à son dossier médical est loin d'être facile. Que cela doive se faire par l'intermédiaire du médecin traitant n'est pas la moindre de ces difficultés. A l'inverse, pour des motifs de protection juridique des professionnels de santé vis-à-vis d'éventuelles poursuites judiciaires[1097], les patients se voient désormais accablés par une pléthore de documents d'informations à signer. Or, sans explication, ils ne comprennent pas toujours le contenu et ils ne peuvent donc pas se les approprier efficacement. Ce constat conduit Fainzang à la conclusion que « la nature de l'information perçue mais surtout de l'information comprise invite à parler, plutôt que de consentement éclairé, de consentement résigné »[1098]. Une telle configuration semble aux antipodes d'une véritable information, laquelle devrait tenir compte du facteur de littératie en santé mais aussi de ces situations qui, en vie réelle, peuvent affaiblir l'attention voire altérer le jugement. Soucieux du caractère inopérant des nouvelles modalités d'information des malades[1099], qu'il met d'ailleurs aussi en lien avec la perte progressive de l'échange langagier concomitante de l'appauvrissement de la clinique, Didier Sicard invite paradoxalement à informer avant tout en écoutant les patients[1100].

Outre ces considérations de mise en œuvre, il apparaît que nombre de soignants demeurent réticents au principe « de faire accéder les malades à l'information concernant leur mal et leur

---

[1094] *Ibid.,* p. 14.
[1095] Littré Émile (Trad. et Ed.). *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : J.-B. Baillière, 1839–1861, Tome IX, p. 258-260 : : « On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses […] ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera, ni de ce qui le menace : car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait ».
[1096] Lagrée Jacqueline. *Le médecin, le malade et le philosophe*. Paris: Bayard; 2002, p. 80.
[1097] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 14 : « l'information aux malades que pratiquent les professionnels et que préconisent les textes ne répond pas tant à un souci éthique ou thérapeutique qu'à un souci juridique ».
[1098] *Ibid.,* p. 148.
[1099] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 26 : « l'appropriation de la parole par la médecine […] succombe au concept d'*information*, cet ersatz de parole ».
[1100] *Ibid.* Je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des soignants* et plus particulièrement le sous-chapitre *L'extinction de la parole prive du langage du doute*.

corps, même si certains d'entre eux conviennent de ce qu'elle est préférable pour des raisons thérapeutiques »[1101]. Restant imprégnés de paternalisme médical, ils auraient toujours en arrière-pensée que « le malade est incapable de comprendre le moindre mot d'un compte-rendu de sortie »[1102]. C'est pourquoi, « l'information continue souvent à être confisquée au malade »[1103], en particulier en médecine hospitalière[1104]. En cela, les médecins sont d'ailleurs soutenus par le code de déontologie médicale, garantissant certes l'information mais stipulant aussi : « Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination »[1105]. Une telle proposition tend à perpétuer la tradition paternaliste. Elle sous-entend que le soignant est plus à même de juger de « l'intérêt du malade » que ce dernier et qu'il peut donc décider à sa place ce que le patient peut ou pas entendre (« peut être tenu dans l'ignorance »). Mais, ainsi que le relève Fainzang, la question qui se pose alors est celle de savoir « comment le médecin juge de l'intérêt du malade et sur quelle base il détermine ce qu'il peut dire ou non, et à qui »[1106]. On peut dès lors questionner l'impact réel de cette revendication du droit à l'information, ardemment portée par les associations, sur le rapport de pouvoir à l'œuvre dans la relation de soin. Outre les avantages thérapeutiques et éthiques que l'on peut lui prêter, ou du moins lui espérer, il n'est pas certain que le pouvoir du malade et sa confiance envers les soignants en soient renforcés.

2.3 – L'information médicale, un puissant facteur d'inégalité et de méfiance réciproque

En plus d'être incomplète, Fainzang rapporte que l'information médicale est un puissant facteur d'inégalité entre patients et soignants, mais aussi au sein même de la population des patients.

Les soignants sont moins méjugés que les patients pour leurs mensonges, autant « par la société [que] par les protagonistes eux-mêmes »[1107]. « Le mensonge du médecin entre dans le cadre du mensonge admis ; celui du patient, non ». Plus encore, il est « généralement considéré comme positif lorsqu'il est accompli par le médecin et comme négatif lorsqu'il est accompli par le patient »[1108]. Or l'idée que « le mensonge du médecin se donne pour accompli au bénéfice de l'autre, tandis que celui du malade est réalisé pour son propre bénéfice »[1109] est un pur préjugé. Rien, pas même le serment d'Hippocrate ou les principes éthiques qui obligent les soignants, n'autorise à valider cette assertion. L'inverse de chacune de ces propositions s'avère possible. Par le mensonge, le médecin peut vouloir masquer une erreur médicale ou la banaliser, il peut

---

[1101] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 14.
[1102] Ponchon François. *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*. Paris: Berger-Levrault; 1998, p. 24.
[1103] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 15.
[1104] *Ibid.,* p. 13.
[1105] Je renvoie au code de déontologie médicale. En ligne : Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance, consulté le 15 janvier 2026.
[1106] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 17.
[1107] *Ibid.,* p. 11 : « A l'intérieur de la relation médicale, le mensonge n'est donc pas perçu suivant les mêmes ressorts selon son auteur et selon la position qu'il occupe ».
[1108] *Ibid.,* p. 11.
[1109] *Ibid.,* p. 148.

vouloir faire croire en ses qualités malgré ses insuffisances, il peut chercher à obtenir ce qu'il souhaite du patient malgré ses réticences (par exemple, une inclusion dans un essai thérapeutique). Quant au patient, il peut mentir (par exemple, en minimisant ses symptômes, voir en en taisant certains) pour nourrir un sentiment de satisfaction chez le soignant et ne pas alourdir la charge de travail soignant, sans en attendre forcément, en contrepartie, un surcroît d'attention.

Par ailleurs, le fait pour le médecin de transmettre ou pas de l'information aux patients et la nature de cette information (supposée vraie ou bien mensongère) varient selon différents facteurs. L'un des déterminants majeurs du mensonge repose sur le type et la gravité d'une situation médicale[1110]. Le cancer en est un exemple emblématique bien que le tabou à l'œuvre autour de ce vaste ensemble d'affections au pronostic très variable évolue dans sa déclinaison[1111]. C'est ainsi qu'en oncologie comme dans d'autres disciplines médicales, « un glissement s'est opéré : du refus d'annoncer une maladie au refus d'annoncer son aggravation »[1112]. S'il est donc désormais plus facile de parler d'un diagnostic, *a fortiori* s'il s'est banalisé dans le grand public, le pronostic demeure globalement motif de grande retenue, ce d'autant plus que les avancées médicales en perturbent la lisibilité. Mais ce facteur de gravité n'est pas exclusif. Si des facteurs psychologiques interviennent, tout comme le jugement paternaliste d'aptitude ou pas à entendre certaines informations, le « statut socioculturel réel ou supposé »[1113] du patient s'avère le facteur le plus déterminant. C'est ainsi que « le mensonge des médecins s'adresse préférentiellement aux malades des milieux populaires »[1114]. Les inégalités sociales de santé en matière d'information médicale ne relèvent donc pas seulement de moindres moyens mis à la disposition des populations précaires, d'une moindre accessibilité au système de santé, d'une moindre littératie en santé, mais aussi du comportement des soignants eux-mêmes. Un tel constat, en lien avec ce que Miranda Fricker qualifie d'« injustice épistémique »[1115], n'est pas sans questionner le comportement soignant et la méfiance qu'il peut dès lors légitimement susciter. Réciproquement, il apparaît que « les mensonges des malades [sont] davantage pratiqués parmi les personnes issues de ces milieux [populaires] »[1116]. Ainsi que l'analyse Fainzaing, « [de] même qu'il existe une inégalité sociale d'accès à l'information, de même il existe une certaine sélection sociale des destinataires du mensonge ». Par cette déclinaison différentielle de l'information (s'agissant de vérité supposée ou de mensonge) sur la base de la « valence sociale » de ses émetteurs / récepteurs[1117], soignants autant que patients participent d'un mécanisme de reproduction sociale. En somme, elle témoigne d'une « adhésion à la place qui leur est dévolue dans la relation médecin/malade, reconnaissant et reconduisant

[1110] *Ibid.,* p. 18.
[1111] *Ibid.,* p. 149 : « le silence autrefois fait sur l'existence d'un cancer s'est aujourd'hui déplacé et […] s'effectue à présent sur l'existence de métastases, en raison de la relative banalisation du premier et de la connotation de gravité des secondes ».
[1112] *Ibid.,* p. 149.
[1113] *Ibid.,* p. 150.
[1114] *Ibid*.
[1115] Fricker Miranda. *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford university press; 2007.
[1116] *Ibid.*
[1117] *Ibid.,* p. 147 : « La difficulté tient également en partie à la valence sociale des rôles que chacun, dans la relation médecin/malade, s'attribue et attribue à l'autre ».

chacun dans son statut, professionnel et social »[1118]. En ce sens, elle participe des tensions à l'œuvre dans la relation et de la méfiance réciproque qu'elles suscitent.

2.4 – L'information comme stratégie nourrit la suspicion

Ce qui se joue avec le mensonge, et plus généralement avec toute information échangée dans le cadre de la relation de soin, relève d'enjeux stratégiques. Il s'agit en effet d'obtenir quelque chose de l'autre acteur de la relation de soin (un signe, une information, un geste, etc.) de sorte à ce que cela soit susceptible d'influer sur les enjeux de la relation. De ce point de vue, toute communication se prête au doute, au soupçon, et ce réciproquement puisqu'aucun acteur de cette relation n'en serait dupe.

En soulignant combien le mensonge est toujours adressé à quelqu'un[1119], Fainzang insiste sur sa dimension fondamentalement relationnelle. Le mensonge n'est jamais proféré dans le vide, il relève d'une intention dont les effets sont attendus au cœur de la relation de soin. En ce sens aussi, « l'information et le mensonge prennent valeur de stratégie pour les acteurs »[1120] de cette relation. Cette dimension stratégique illustre non seulement la dimension conflictuelle des rapports entre patients et soignants, mais elle met aussi en lumière leurs intentions, à savoir obtenir du terrain sur l'autre ou du moins quelque chose de l'autre. C'est ainsi que le soignant peut chercher à obtenir l'adhésion du patient, l'acceptation d'une situation, l'observance d'un traitement, un comportement adéquat. Quant au patient il peut chercher à retarder un diagnostic, à obtenir un répit thérapeutique ou au contraire un surcroit de traitement (antalgique, anxiolytique, hypnotique, anti-inflammatoire, etc.)[1121], mais aussi de l'attention, de l'affection, un surplus d'informations. La stratégie est utilitaire. Le patient et le soignant sont chacun à leur manière des stratèges. Leur stratégie repose sur le type d'information, ou de mensonge, mais aussi sur la manière de les transmettre, celle-ci pouvant en influencer la réception. Lorsqu'ils ne sont pas divergents, le principe des seconds avis en est une illustration. A même information sur le fond, la perception et la réaction sont différentes, au point d'impacter décision et choix thérapeutique (par exemple, passer d'un refus de soins à une adhésion). Rejoignant la métaphore de la comédie mobilisée par Ogien, la relation de soin se présente dès lors comme un théâtre de la tromperie et de la manipulation, une forme magistrale, mais totalement tabou, de duperie réciproque qui ne peut que (ré)actualiser les motifs de doute de l'un et de l'autre. Dans ce jeu d'influences dont aucun n'est dupe, les gains attendus permettent de résister au pouvoir médical ou, au contraire, de le maintenir, tout en tenant compte de l'évolution des rôles sociaux que la société reconnaît, en particulier au patient en tant qu'acteur doté de droits[1122] et

[1118] *Ibid.,* p. 150.
[1119] Koyré Alexandre. *Réflexions sur le mensonge*. Paris: Allia; 1996, p. 18 : « On ne ment pas "en l'air". On ment – comme on dit, ou ne dit pas, la vérité – à quelqu'un ».
[1120] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 148.
[1121] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 154 : « On apprend vite, en tant que patient, à donner un chiffre qui correspond à la dose d'antidouleurs qu'on a envie de recevoir ».
[1122] Gillot Dominique, « Sur la démocratie sanitaire » in Gillot Dominique, Brocas Anne-Marie, Le Coz Gildas (dir). *La démocratie sanitaire*. Revue française des affaires sociales, 2000, n°2, p. 5-7 : « être malade, ce n'est plus abandonner ses droits et ses prérogatives dans l'urgence et la résignation, c'est au contraire affirmer sa qualité d'usager du système de santé et faire valoir les droits qui lui sont afférents ».

expert d'une expérience impartageable de la maladie. Informer et mentir ne relèveraient donc rien moins que des rapports de force à l'œuvre dans la relation de soin[1123].

3 – L'asymétrie de la relation de soin, entre rapport de pouvoir, défiance et co-construction

L'asymétrie de la relation de soin est une donnée structurelle incontournable. Le fait même d'être malade, ou d'avoir simplement le statut de patient, déterminent une position particulière de demande ou d'attente d'une assistance que seul le soignant a le *pouvoir* de lui fournir[1124]. Un tel pouvoir – celui de prévenir les maladies, les soigner voire les guérir – a tout lieu de rassurer. Il est de fait préférable que le soignant soit savant plutôt qu'ignorant. Pour autant, il n'est pas immunisant vis-à-vis du doute, autant pour le patient que pour lui-même. Peut-être d'ailleurs qu'il n'y gagnerait pas. Mais cette configuration de dépendance à l'égard du milieu soignant peut aussi être vécue comme une forme de soumission, susciter de la défiance[1125] et alimenter le souhait de s'en libérer, ou du moins de faire évoluer les rapports de pouvoir à l'œuvre au cœur de la relation. Or, si la domination du médecin semble acquise du fait de sa bonne santé, de son savoir, de son accès aux outils diagnostiques et thérapeutiques, Fourneret souligne « en réalité, la dépendance de ce dernier de la "narration du malade". Sa capacité d'aide en dépend »[1126]. Par ailleurs, il existe aussi un contre-pouvoir du patient grâce aux associations, aux patients-experts mais aussi aux droits des malades, si tant est qu'ils les fassent valoir. Cela implique de leur part de l'engagement, du courage et une certaine posture, celle d'assumer un rôle différent de celui d'un patient passif, vulnérable et soumis.

3.1 – Un rapport d'infériorisation du patient

Tout d'abord, fait peu connu ou du moins peu abordé dans le cadre des maladies somatiques, l'asymétrie dans la relation, au sens où la personne malade se trouve infériorisée par rapport aux autres, quels qu'ils soient, n'est pas spécifique à celle entretenue avec les soignants. Clémentine Vergnaud, qui souffre d'un cancer, en témoigne lorsqu'elle écrit : « La relation à l'autre est profondément chamboulée par la maladie grave. Cela me donne souvent, en tant que malade, une forte impression d'asymétrie »[1127]. Aussi bienveillants soient-ils, les avis, conseils

---

[1123] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 150 : « une pratique du mensonge qui permet de faire jouer les mécanismes du pouvoir (et de la résistance au pouvoir) sans lui donner une forme ouverte, revendiquée, en raison de la difficulté pour les sujets de contourner les valeurs sur lesquelles ils reposent : en l'occurrence, l'autorité du médecin et la nouvelle figure du malade ».

[1124] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 78 : « En dépit de la confiance instaurée, le rapport entre le malade et le soignant reste en soi inégal, déséquilibré, en ce que le malade reste dépendant à l'égard de son soignant, jusqu'à, dans le meilleur des cas, la guérison ».

[1125] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 182-183 : « 17 février 2016 […] Ce qui m'est le plus pénible, j'ai l'impression, c'est de me dire que ma vie dépend largement des décisions des médecins de prolonger le traitement ou pas selon des critères que je ne connais pas, mais qui pourraient un jour devenir purement financiers ».

[1126] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 74 et p. 43 : « La vulnérabilité est centrale dans la relation de soins. Elle ne désigne pas seulement le souffrant sous la figure du malade. Elle désigne toutes ces personnes dont la vie ne peut continuer qu'avec l'attention que leur portent d'autres personnes et dont les actions contribuent à favoriser leur bien-être et à travers eux, le maintien du monde. Dans la relation de soins, le soignant et l'aidant naturel sont donc aussi des vulnérables ».

[1127] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*. p. 97.

et même encouragements peuvent prendre l'allure de sermons laissant à la personne le sentiment d'être déconsidérée et infantilisée. Plus encore ils pourraient relever d'un mouvement de stigmatisation sociale des personnes malades conduisant « à les traiter [non seulement] comme des idiots incapables de se protéger, [mais aussi comme] des fainéants, des simulateurs, des fraudeurs, des parias »[1128]. En somme, « le malade est d'abord celui qui fait défection »[1129]. Ainsi que l'analyse le philosophe Ruwen Ogien, en s'appuyant sur les travaux du sociologue de la médecine Talcott Parsons, plutôt qu'une « victime passive qui appelle la compassion », une tout autre façon de l'appréhender est dès lors de le considérer comme un « déviant social »[1130]. Insensiblement, cela conduit à penser la maladie comme un délit et à faire naître une « une sorte de *présomption de culpabilité* à l'égard du malade »[1131].

Un tel vécu d'infériorisation est applicable à la relation de soin, ainsi que le suggère Didier Sicard dans ce propos :

> La parole du malade a souvent été jugée peu fiable par la médecine […]. Elle est d'emblée discréditée par son incapacité à établir « une chaine relationnelle de causalité » ; le tenterait-elle que celle-ci apparait comme artificielle ou dénuée de sens[1132].

Bien que relevant d'un *a priori* paternaliste, le jugement d'incompétence (« incapacité », « dénué de sens ») du patient est constamment présent à l'esprit des soignants. Outre son manque de rigueur supposé (« peu fiable »), le patient est soupçonné – par principe – d'être incapable de toute rationalité propre à établir des liens de « causalité » entre ce qu'il éprouve et d'éventuels diagnostics médicaux objectifs. Sa parole est jugée superficielle, inutile et encombrante. En conséquence le soignant est tenté de la restreindre et de la négliger[1133]. Mais ce dénigrement ne se limite pas à la question des compétences du patient. En plus du « sentiment d'être un déchet social »[1134], il est aussi soumis au phénomène d'infantilisation inhérent au paternalisme médical toujours à l'œuvre. Or cette attitude pourrait aussi émaner de la pratique même du *care* – trouvant son origine dans le maternage du nourrisson[1135] – en plus de résulter des conditions de la médecine clinique qui implique d'accéder à l'intimité du corps des

---

[1128] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 118.
[1129] *Ibid.,* p. 121 : « Dans nos sociétés supposées avancées, développées, où chacun est censé agir en fonction d'attentes normatives, de droits et de devoirs liés à des rôles sociaux spécialisés (enseignant, policier, médecin, pasteur, juge, avocat, etc.), où l'idéologie productiviste conduit à condamner les "tire-au-flanc" et les "paresseux", le malade est d'abord celui qui fait défection ».
[1130] *Ibid.,* p. 116. Dans son analyse, Ogien s'appuie sur le texte suivant : Parsons Talcott. *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris: Pon; 1955, p. 193-255.
[1131] *Ibid.,* p. 120.
[1132] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 19.
[1133] *Ibid*. : « Ce n'est pas au malade de trouver cette chaîne, c'est au médecin de trouver le fil directeur. […] cette parole doit être d'emblée canalisée, encadrée, par ce qu'il est coutume d'appeler l'"interrogatoire" ».
[1134] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 149.
[1135] Gilligan Carol. *Une si grande différence*. Paris: Flammarion; 1986. Gilligan Carol, Kwiatek Annick (Trad.), Nurock Vanessa (trad.), Laugier Sandra (préface), Paperman Patricia (préface). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; 2008 [1982].

malades[1136]. Ogien qui a vécu ce type d'expérience relationnelle dans le cours de la prise en charge de son cancer parle d'attitude « cruellement infantilisante »[1137]. Infériorisation, dénigrement et stigmatisation sont, selon lui, pleinement à l'œuvre dans la relation liant patient et soignant, ainsi qu'en témoigne ce propos :

> J'avais vraiment l'impression que, si je ne voulais pas être perçu comme un « déchet » ne méritant pas qu'on fasse des efforts thérapeutiques en sa faveur ou qu'on dépense de l'argent public à son bénéfice, je devais présenter une certaine image de moi[1138].

L'essai d'Ogien, *Mes mille et une nuits*, est un travail très documenté sur la base d'études, d'articles et d'ouvrages spécialisés sur le système de santé et le parcours des malades en son sein. Mais c'est aussi le récit de son vécu personnel (« J'avais vraiment l'impression que »). Il fait ainsi concorder l'expérience subjective de son propre parcours de soin avec une documentation riche et pertinente, dont des analyses émanant de la littérature propre à la sociologie médicale. De sa relation aux soignants, il garde un vécu de dévalorisation et de stigmatisation (« perçu comme un « déchet » ») mais aussi de culpabilité (« qu'on dépense de l'argent public »). C'est aussi une conscience permanente du risque d'être discriminé du fait même d'être malade (« ne méritant pas », « en sa faveur », « à son bénéfice »). L'expérience d'être gravement malade a d'abord été pour Ogien celle de devoir faire constamment preuve de sa valeur (« je devais présenter une certaine image de moi ») pour ne pas être rejeté, témoignant des ressources qu'un patient est aussi capable de mobiliser dans une telle situation d'infériorisation. Il développe ainsi l'idée que la relation de soin relèverait d'une mise en scène où chacun, patient autant que soignant, devrait tenir son rôle. S'agissant du patient qu'il a été, il explique s'être employé à toujours se montrer sous son meilleur jour possible pour ne pas risquer d'alimenter cette idée d'être un déchet qui coûterait inutilement (en engagement, en temps, en argent) à la société[1139]. Le constat sous-jacent que le médecin a effectivement aussi pour mission d'apprécier la « capacité de remplir ses devoirs économiques et sociaux »[1140] alimente la peur des patients et éclaire mieux encore leur vécu d'exclusion. En décrivant la relation de soin comme une sorte de mise en scène tragi-comique, Ogien met pleinement en lumière ce rapport de soumission auquel le patient se prête du fait de sa crainte d'être négligé, mal traité, rejeté. Conscient que sa vie dépend du soignant, il contribue lui-même à cette soumission. Ogien mobilise pour ce faire la métaphore des *Mille et Une Nuits*[1141] comparant le statut de patient à la situation de Shéhérazade devant séduire tous les soirs le sultan, en attisant son désir de connaitre la suite de l'histoire, pour qu'il ne la tue pas. Comme Shéhérazade, le patient craint que sa vie ne dépende entièrement des décisions qui sont prises chaque jour par les soignants. De fait, dans une situation comme la sienne, chaque journée est un sursis. Il

---

[1136] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 66 : « que signifie une telle intimité ? Elle s'apparente sans l'ombre d'un doute aux expériences de l'enfance. Nous nous soumettons au docteur en nous remémorant une étape de notre enfance tout en étendant notre sens de la famille afin d'inclure le médecin ».
[1137] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 40.
[1138] *Ibid.,* p. 35.
[1139] *Ibid.* : « une personne résistant vaillamment à la dégradation physique, sincèrement désireuse de suivre les recommandations des médecins, toujours fiable intellectuellement et encore capable d'être "utile" à la société ».
[1140] *Ibid.,* p. 123 : « Vu ainsi, le médecin joue le rôle d'un *agent de contrôle social* ».
[1141] Khawam René R. (édition établie par). *Les mille et une nuits. Dames insignes et serviteurs galants*. Paris: Libretto; 2022.

s'éprouve ainsi comme un patient qui ne cesse d'essayer de séduire et de faire plaisir aux soignants par crainte d'être abandonné et pour justifier leur droit de continuer de vivre [1142].

3.2 – Un rapport d'autorité du soignant

Ce qui caractérise la relation de soin serait donc avant tout un rapport de pouvoir, bien plus qu'un mouvement d'empathie. Parce qu'il dispose du *pouvoir de* diagnostiquer et de traiter des maladies, et d'en guérir certaines, le soignant bénéficie d'une *autorité sur* le patient que d'aucuns qualifient de naturelle et légitime. Cette autorité résulte du fait que cette relation confronte deux êtres fondamentalement dissemblables dans leur situation : le patient subit les conséquences de la maladie et des traitements tandis que le soignant est habituellement bien portant ; dans leurs savoirs : la science médicale puissante et à portée universelle pour l'un, un savoir expérientiel empirique et restreint à sa seule situation singulière pour l'autre[1143] ; dans leur langage : celui du médecin se veut le plus souvent savant et abscons alors que celui du patient est ordinaire et mâtiné d'émotions et affects ; dans leurs postures : s'il n'est pas paternaliste, l'acteur de santé opte au moins pour une posture de *sachant* tandis que le soigné est dans un besoin d'aide ; dans leurs enjeux : le soignant vise la performance de ses actes comme validation de son autorité « professionnelle » tandis que le soigné demande l'impossible, à savoir guérir et se libérer de sa dépendance à son égard. Pour les raisons décrites plus haut, et parce que cela semble aussi s'inscrire dans un ordre habituel des choses, le patient s'y soumet :

> En fait, en jouant le rôle du « bon patient », il ne fait rien d'autre qu'exprimer sa compréhension plus ou moins intuitive de l'existence d'une relation de pouvoir asymétrique entre lui et le personnel soignant[1144].

Au cœur de cette comédie des rôles sociaux qu'est la relation de soin décrite par Ogien, les rôles sont clairs mais implicites pour le patient (« compréhension […] intuitive ») alors qu'elle est beaucoup plus explicite pour le soignant, *a fortiori* s'il est un médecin[1145]. Chacun, particulièrement le patient, s'y prête (« en jouant le rôle ») suivant une chorégraphie qu'il importe de respecter : la soumission du patient (« rôle du « bon patient » »), le pouvoir des soignants[1146]. C'est « comme si, ensemble, ils allaient exécuter une sorte de performance théâtrale dont les formes et le contenu sont connus d'avance »[1147] explique Ogien. Dans ce théâtre de cette asymétrie relationnelle, les spectateurs sont tantôt les soignants tantôt les

---

[1142] Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle - *La Grande Librairie*]. *Op. cit.* Ogien précise douter que les médecins soient conscients de ce que font les patients pour les faire rire, pour les amuser, pour leur raconter des histoires, pour qu'ils aient envie de les aimer.

[1143] Borkman Thomasina. *Experiential knowledge. A new concept for the analysis of self-help groups*. Soc Serv Rev 1976;3(50):445-56. Borkman Thomasina. *Self-help groups at the turning point: emerging egalitarian alliances with the formal health care system?* Am J Community Psychol 1990;18(2):321-32.

[1144] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 42-43.

[1145] *Ibid.,* p. 45 : « Le médecin est censé garder ses distances à l'égard des patients et des soignants subalternes. Il doit montrer que, par ses compétences et ses pouvoirs, il n'appartient pas au même monde qu'eux ».

[1146] *Ibid.,* p. 150 : « tous les efforts de mise en scène que nous faisons en tant que patients pour gagner les bonnes grâces des médecins qui, de leur côté, doivent mettre en scène leur compétence et leur souci de notre bien, qu'ils soient réels ou pas ».

[1147] Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle - *La Grande Librairie*]. *Op. cit.*

patients qui, depuis leurs rôles bien distincts, cherchent à comprendre ce qui se joue chez l'autre, décortiquent le sens de chaque parole, épient les expressions sur les visages. Ils s'appuient d'ailleurs pour cela sur des accessoires (blouse blanche) et des didascalies. Du côté des indications scéniques destinées aux soignants, le dispositif d'annonce du cancer en est un exemple frappant[1148]. Le patient doit, quant à lui, montrer qu'il reconnait la compétence du médecin, sa supériorité scientifique, et il se doit d'affirmer son devoir à l'égard du médecin, celui d'être un « bon patient ». Mais surtout, la parole du médecin, comme ses postures et ses moindres réactions sont, si ce n'est valorisées, du moins surinvesties[1149], ne laissant qu'une frontière très tenue entre interprétation et surinterprétation[1150]. Sous tendu par un état de suspicion acutisée, tout dans le jeu du médecin est reçu avec beaucoup de gravité.

3.3 – Où situer le doute dans ce jeu de l'asymétrie de pouvoir ?

L'asymétrie fondamentale de la relation de soin, aux dépends du patient, fait l'objet de nombreuses critiques. Parmi les plus fréquentes, l'abus de pouvoir[1151], et ses dangers, est une puissante source de défiance à l'égard des professionnels de santé. Mais il n'en est pas le seul motif. La privation implicite de pouvoir questionner la mission du soignant, dans ses modalités comme son contenu, et donc de la soumettre à l'épreuve du doute en est un autre. De plus, la façon dont cette asymétrie relationnelle est à l'œuvre (mise en scène) peut dégrader la qualité de la rencontre et partant des soins, le patient pouvant se sentir dépersonnalisé. Le rapport de pouvoir qui existe entre patient et soignant est donc un puissant et légitime facteur de doute l'un envers l'autre. Pourtant, plutôt qu'aggraver les tensions, cette épreuve du soupçon pourrait aussi bien conduire à un accord de confiance grâce son effet d'enquête et de dévoilement[1152].

3.3.1 – Le pouvoir du soignant comme tentative d'extinction du doute des patients

L'une des principales difficultés d'un rapport de pouvoir tel qu'il est à l'œuvre dans la relation de soin est qu'il est toujours à risque d'interdire, plus ou moins explicitement, toute possibilité de doute. En imposant diverses croyances d'autorité[1153], le dominant (en l'occurrence, la catégorie soignante), qui dispose du pouvoir de savoir et de faire, cherche aussi à prévenir toute forme de désobéissance et de dissidence du patient. Pour cela, il peut notamment s'adosser sur l'argument de la puissance scientifique. Mais un tel interdit ne fait parfois qu'attiser d'autant plus le doute. A l'échelle de la relation entre le système de santé et ses usagers, divers évènements sanitaires ont pu en témoigner. Une façon de contourner cette difficulté est d'obtenir l'adhésion sans résistance du patient en profitant de son « attente croyante ». Ce concept, formalisé par Sigmund Freud, fait écho à l'analyse peircienne du doute et de la croyance comme se situant dans un rapport d'exclusion[1154]. La croyance est un état de repos de

[1148] Je renvoie au référentiel concerné de l'institut national du cancer. En ligne : Le dispositif d'annonce - Institut national du cancer, consulté le 14 janvier 2026.
[1149] Cet exemple de réaction d'un patient aux propos d'un médecin en témoigne : « C'est le docteur qui l'a dit ; Il avait d'abord dit qu'il me reverrait dans 6 mois et finalement il a changé d'avis et s'est repris en disant non, dans 3 mois : c'est donc qu'il est inquiet ».
[1150] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.
[1151] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 346.
[1152] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.
[1153] Je renvoie à la méthode de fixation de la croyance dite d'autorité telle que décrite dans le chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.
[1154] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le lien indissociable entre doute et croyance*.

la pensée qu'il importe constamment de rétablir. Elle se substitue à l'état instable et inconfortable du doute, grâce à sa résolution sous l'effet du travail de la pensée[1155]. Il en est de même de l'analyse de Freud lorsqu'il écrit : « Quand, après la fin de l'acte cogitatif, l'indice de réalité vient à atteindre la perception, alors une *appréciation de la réalité*, la *croyance*, ont pu se réaliser et le but de toute cette activité est atteint »[1156]. La croyance advient lorsque la réalité s'offre à la perception (« *appréciation de la réalité* ») sous l'effet de l'activité de la pensée (« l'acte cogitatif ») qui dès lors atteint son achèvement. De façon intermédiaire, l'attente croyante correspond à « une attente préalable à sa rencontre avec ses objets de croyance »[1157], c'est « la croyance à l'état d'ébauche, la croyance en creux, la croyance à l'état de question qui se tourne vers le monde »[1158]. Lorsque le soignant profite de l'attente croyante du patient, il fait coïncider « un investissement de souhait et un investissement perceptif qui lui ressemble »[1159]. Répondant ainsi à la demande de croyance préalablement investie par le patient, il produit une économie de doute. Freud lui-même reconnait dans l'hypnose un tel usage de l'attente croyante du patient au bénéfice de l'hypnotiseur, puisque c'est précisément à lui, appréhendé comme « thérapeute ou au thaumaturge »[1160], que cette attente s'adresse. Mérot voit là « une sorte de despotisme éclairé : l'exploitation de l'hétéronomie radicale dans laquelle le patient se trouve (sa dépendance au médecin) »[1161]. Il n'y a pas de raison que cet usage de l'attente croyante ne soit applicable qu'aux situations de souffrance psychique.

3.3.2 – L'importance du doute comme vigie face à l'abus de pouvoir toujours possible

L'abus de pouvoir dans le cadre de la relation de soin peut trouver d'innombrables déclinaisons. Ogien partage ainsi son « sentiment de subir une sorte de harcèlement médical »[1162]. Il témoigne aussi de ce qu'il qualifie d'« effacement des barrières protectrices de l'intimité, suspension de l'autonomie, et plus concrètement exposition permanente à l'intervention médicale sous des formes variées mais toujours un peu brutales »[1163]. Dans ce propos, on perçoit toute la brutalité de certaines interventions soignantes et combien le patient peut devenir l'*objet* de soignants insoucieux de son confort comme de ses choix (« suspension de l'autonomie »). La question de

---

[1155] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. La revue philosophique de la France et de l'étranger 1879;année 4(Tome VII):39-57 : « produire la croyance est donc la seule fonction de la pensée ».

[1156] Freud Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique [1895] » in Freud Sigmund. *La Naissance de la psychanalyse*, Paris : Presses Universitaires de France, 1973, p. 309-396.

[1157] Mérot Patrick. *Op. cit*., p. 90. Mérot s'appuie sur la définition freudienne de l'attente croyante qui apparait dans : Freud Sigmund, « Traitement psychique (traitement d'âme) [1890] » in Freud Sigmund. *Œuvres complètes. Psychanalyse, Volume I, 1886-1893.* Paris : Presses Universitaires de France, 2015, p. 153-175 : « Si nous avons ici quelque raison de stigmatiser l'attente croyante des malades […] le même pouvoir soutient sans cesse aussi nos propres efforts médicaux. L'action exercée vraisemblablement par tout remède que le médecin prescrit, de toute intervention qu'il entreprend, se compose de deux parties. La première […] est fournie par le comportement animique du malade. L'attente croyante, avec laquelle il vient au devant de l'influence immédiate des mesures médicales, dépend d'une part de l'ampleur de sa propre aspiration à guérir, et d'autre part de la confiance qu'il a d'avoir fait les pas qu'il fallait pour cela, donc de la considération qu'il a pour l'art médical en général, en outre du pouvoir qu'il accorde à la personne de son médecin et même de l'inclination purement humaine que le médecin a éveillée en lui ».

[1158] *Ibid.,* p. 91.

[1159] *Ibid.,* p. 87.

[1160] *Ibid.,* p. 14.

[1161] *Ibid.,* p. 90.

[1162] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 104.

[1163] *Ibid.,* p. 103.

l'intimité est à cet égard cruciale tant elle concrétise une frontière qui parait infime, et qui est sans doute poreuse, entre respect et violation[1164]. Si la pratique médicale impose de donner accès à son corps, elle est toujours à risque, si ce n'est d'abuser de ce consentement, du moins de surpasser ce degré d'intimité déjà très grand. Dans la majorité des cas, il ne s'agit certes pas d'agressions sexuelles. Selon Berger (ici porte-parole du docteur John Sassall), outre l'interdit déontologique les « conditions dans lesquelles le médecin examine ses patients découragent toujours l'idée de sexe »[1165]. Il n'est pourtant pas assuré qu'il en soit toujours ainsi. Berger s'avance peut-être avec un peu trop d'assurance. Les blessures intimes induites par les actes médicaux, y compris via de simples paroles, sont beaucoup trop courantes[1166]. Elles expliquent sans doute la réticence croissante vis-à-vis de certains actes physiques, notamment gynécologiques et obstétricaux[1167], et illustrent peut-être la fin d'une ère de la soumission totale offrant aux médecins un accès sans limite au corps de leurs malades[1168].

3.3.3 – Et si le théâtre de la relation de soin privait ses « acteurs » de rencontre et de doute

S'il n'exclut certes pas que les médecins puissent être « profondément sérieux dans leur souci d'autrui »[1169], ce principe de mise en scène de la relation, dont Ogien n'est pas le seul à avoir repéré les rouages et la dimension systémique[1170], n'est pas sans écueil pour la qualité même de cette relation. Celui qu'*in fine* la relation de soin ne serait que du théâtre n'est pas le moindre de ces écueils. Dans ce jeu d'acteurs et de rôles parfaitement prédéfinis, la comédie peut ainsi se radicaliser et priver (plus ou moins) d'accéder à la réalité des êtres derrière le masque de leur personnage. Ogien en décline une variation extrême en citant Paul Gadenne au sujet de l'attitude des médecins au moment de l'annonce de sa maladie (une tuberculose). « Ces deux hommes se tenaient devant lui comme des juges fiers de leur savoir, qui ne veulent pas sortir de l'objet du délit et à qui ne pèse nullement l'ignorance où ils sont de l'homme qu'ils vont frapper »[1171], écrit-il. La situation est tragique. Alors que tout semble accuser le patient (« l'objet du délit »), elle accable bien plus les médecins vaniteux (« fiers de leur savoir ») et stupides (« à qui ne pèse nullement l'ignorance »). Incapables de sortir d'un rôle (« juges ») dont ils ne perçoivent même pas l'effet délétère (« frapper »), ils en deviennent mauvais, toxiques, profondément dépourvus d'humanité. Par-delà la dimension éthique, que résume au

---

[1164] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 62 : « En dehors du médecin, nous n'accordons volontairement cet accès qu'à des amants – et nombreux sont ceux qui craignent même de le faire. Pourtant, le docteur est un relatif étranger ».
[1165] *Ibid*., p. 62.
[1166] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25 : « Il y avait de la violence dans cet affrontement du corps dévoilé à la vue de tous, de cette intimité sans cesse violée au nom de l'exigence médicale ».
[1167] Malinconi Nicole, Klinkenberg Jean-Marie (Postface). *Hôpital silence. L'attente*. Bruxelles: Espace Nord; 2017.
[1168] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25.
[1169] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 150.
[1170] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 26 : « Quand la fille alluma soudain, le médecin et le vieil homme clignèrent des yeux éblouis. L'un et l'autre eurent le sentiment de se retrouver sur une scène. Les meubles familiers étaient un décor où tous deux devaient interpréter un rôle totalement étranger à ce qu'ils estimaient être leur vraie nature. Ils auraient saisi la moindre occasion de revenir à la réalité quotidienne ».
[1171] Gadenne Paul. *Siloé*. Paris: Seuil; 1974 [1941], p. 79-80.

mieux la maxime rabelaisienne « Science sans conscience, n'est que ruine de l'âme »[1172], un autre constat est l'ignorance les uns vis-à-vis des autres à laquelle peut conduire ce jeu de rôle à l'œuvre dans la relation de soin. Sans conscience du mal réel qu'ils peuvent lui faire, ces « acteurs » de théâtre médecins sont incapables de comprendre la profondeur du drame existentiel qui se joue derrière le masque de leur patient, en plus d'être dans l'ignorance de cet « homme [malade] qu'ils vont frapper ». Qui il est et ce qu'il éprouve leur échappe, en plus du fait que le patient tend, de lui-même, à masquer sa souffrance (ce qu'Ogien a bien décrit à son propos[1173]). Ces acteurs se trouvent certes tous sur une même scène, dans une même unité de lieu et de temps, jouant la même pièce, mais aucun ne se dévoile vraiment. Ils demeurent fondamentalement étrangers (effet caractéristique, déjà décrit, de leurs dissensions) et absents les uns aux autres. Tout le monde semble s'ignorer, accaparés qu'ils sont, peut-être accablés, par leurs rôles respectifs. Leurs masques et leurs costumes les condamnent à l'insincérité et, finalement, à une forme d'indifférence sur le fond. Ce seul reflet de la réalité leur reste opaque et risque bien de les priver d'une rencontre véritable.

3.3.4 – Soupçonner pour mieux comprendre l'autre et le rencontrer

Le fait d'être un soignant, doté de connaissances et d'un savoir-faire, ne rend pas pour autant irréprochable. Un soignant n'est pas, par nature, bon, respectueux, tolérant, rigoureux, intègre. Le pouvoir de soigner ne devrait pas immuniser contre une légitime exposition critique, ce d'autant plus que l'on ne peut que rarement choisir les soignants auxquels on a à faire et que l'on ne sait parfois rien d'eux, autant en termes de compétences que de qualités humaines. La confiance à l'égard d'un soignant n'est donc pas donnée *a priori* mais se construit. Par ailleurs, elle ne dissipe pas toutes les tensions à l'œuvre au cœur de la relation de soin. Le soupçon constitue à cet égard une modalité d'attention à l'autre et de questionnements qui s'avère fréquemment mobilisée par chacun des acteurs de la relation de soin. Légitime, il n'est pas antagoniste de la confiance mais participe à sa construction. Cet espace d'intelligibilité possible donne accès à une meilleure compréhension des déterminants de cette asymétrie et des caractéristiques de chacun, dans le rôle qui est le sien[1174]. En somme, parce qu'il permet de réinterroger le récit de l'autre, le doute permettrait, si ce n'est de sortir, du moins d'être moins dupe de cette fiction théâtrale dans laquelle patient et soignant sont impliqués. Pour certains patients, portés par un puissant besoin de (re)subjectivation et de relations vraies, sortir de cette théâtralisation est indispensable[1175].

3.4 – Des rapports de pouvoir entre patient et soignant qui ne cessent d'évoluer

Si, comme le propose le philosophe Frédéric Worms, l'*autorité* se définit comme « le pouvoir qu'un être humain tient sur un autre *du simple point de vue* de leur relation dans un ordre donné »[1176], il apparaît qu'elle n'est ni inébranlable ni hermétique à l'épreuve du doute. Le

---

[1172] Rabelais François. *Les cinq livres.* Paris: Librairie générale française; 1994 [16e siècle], Pantagruel, Chap VIII, p. 349.

[1173] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 35 : « je *devais* présenter une certaine image de moi : celle d'une personne résistant vaillamment à la dégradation physique ».

[1174] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.

[1175] Je renvoie au chapitre de la présente thèse consacré à la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz.

[1176] Worms Frédéric [chronique radiophonique], émission *Le pourquoi du comment* [Cycle « L'autorité en question », premier épisode intitulé *Comment reconnaît-on l'autorité dans les relations humaines ?*], France culture, 18

concept foucaldien de *biopouvoir* éclairant les ressorts structurels d'une domination biomédicale fondée sur le contrôle des corps et l'effacement du sujet n'a certes pas perdu de son actualité. Mais la démocratie sanitaire fait aussi du chemin. Les rapports de pouvoir au cœur de la relation de soin entre patient et soignant ne cessent de se (re)définir, notamment du fait de « la révolution que connaît aujourd'hui le statut du malade dans notre système de santé et dans les relations médecins/malades »[1177]. La réalité est donc plus complexe que la caricature d'une domination unilatérale par le corps médical ; en conséquence, les modèles de la relation de soins ne cessent de rencontrer leurs limites et de se redéfinir. Ces évolutions rendent d'autant plus mouvants les doutes à l'encontre de l'autre de la relation.

3.4.1 – Différents modèles de relation de soin à l'épreuve de leurs limites et de leurs évolutions

Deux grands modèles de la relation de soin s'opposent, l'un continental (le modèle paternaliste), l'autre anglosaxon (le modèle autonomique), notamment sur la question centrale de l'autonomie et donc l'aptitude du patient à pouvoir décider, ou pas, pour lui-même[1178]. Cela module considérablement la recevabilité des doutes du patient.

Dans le modèle paternaliste (caractérisant le système de santé analysé dans cette thèse), le médecin dispose d'une délégation du pouvoir de l'état qui l'oblige en ce sens que la fragilité constitue un appel absolu à sa responsabilité en substitution de l'état. S'appuyant sur la faiblesse et l'ignorance supposées du patient, le médecin a ainsi le droit et le devoir de décider et d'intervenir pour son bien conformément au principe moral (en réalité profondément dissymétrique) de bienfaisance[1179]. Le modèle paternaliste incite donc « les différents acteurs à attendre des médecins qu'ils jouent un rôle dominant dans la prise de décision »[1180] au motif qu'ils sont les plus à même d'agir « au mieux des intérêts des patients ». Parce que la conception continentale de l'autonomie implique que tout un chacun se soumette à une raison législatrice universalisante, à l'extrême, elle rendrait même caduque la question du consentement individuel. Si la nécessité thérapeutique (évaluée par le médecin) ne prime certes plus sur le consentement (le respect du refus de soins étant désormais inscrit dans la loi[1181]), il n'empêche que pour qu'une demande d'intervention soit considérée comme légitime elle doit entrer dans le cadre d'une nécessité thérapeutique que seuls les soignants demeurent à même de juger. Le modèle paternaliste applique donc un doute radical sur l'aptitude du patient (de fait comparé à un enfant naturellement dépendant) à pouvoir comprendre et penser sa situation, à pouvoir décider et agir dans son intérêt. Dans la déclinaison radicale du paternalisme médical, aucune confiance ne lui est accordée. Il n'est donc utile ni de l'informer ni de lui demander son avis. Par ailleurs, dans un tel modèle, le soignant ne doit pas montrer ses propres doutes (quant à sa pratique ou ses décisions), ni à ses patients, ni à leurs proches, ni encore à ses collègues, sous

novembre 2024. En ligne : Comment reconnaît-on l'autorité dans les relations humaines ? : épisode 1/4 du podcast L'autorité en question | Radio France | France Culture, consulté le 15 janvier 2026.

[1177] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 13.

[1178] Rameix Suzanne. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris: Ellipses; 1996, p. 91-99.

[1179] *Ibid.*, p. 91.

[1180] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 13.

[1181] Je renvoie au code de santé publique. En ligne : Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance, consulté le 15 janvier 2023.

peine de perdre en notoriété et en pouvoir. Le patient n'a, quant à lui, pas à douter de la parole médicale puisqu'elle est considérée comme la seule valable.
Tout à l'opposé, dans la déclinaison anglo-saxonne du modèle autonomique, considéré comme libéral, individualiste, pluraliste, la relation médicale est une prestation de service contractuelle[1182]. L'individu n'est pas soumis à une autorité souveraine ni à une vision unique du bien commun. Il détermine par lui-même ce qui est bien pour lui, quoi qu'en pense le médecin. Le consentement individuel étant une condition *sine qua none* de ce contrat, le patient doit être pleinement informé pour pouvoir décider. Un tel contrat est rendu possible par le fait que les individus sont propriétaires de leur corps, contrairement au modèle continental dans lequel ils n'en ont que l'usufruit[1183]. Dans le modèle autonomique, toute confiance est accordée au patient. En tant que seul décideur pour son propre compte, ses compétences ne sont pas questionnées tandis qu'il peut mettre en doute celles du soignant.

Les critiques du paternalisme médical sont nombreuses, sa crédibilité ayant commencé de s'effondrer autour des années 1980[1184]. Ses écueils ont été beaucoup documentés[1185] et ont contribué aux évolutions des rapports de pouvoir au sein de la relation de soin en phase avec le mouvement de démocratie sanitaire « qui implique la redistribution des pouvoirs dans le champ de la santé en direction de la société civile, et en particulier des usagers »[1186]. Outre le droit à l'information, la question du consentement individuel et donc de l'autonomie, comme levier de contre-pouvoir du patient, en condense certains des enjeux majeurs. Le droit de consentir ou pas ne constitue pas seulement une force face au pouvoir politique vertical comme seul décideur, mais également un rempart à la prééminence réifiante du tout technologique. Il définit aussi une place concrète à la parole du patient, propre à manifester sa liberté et son autonomie, à s'approprier sa maladie, comme à faire récit et à donner sens au vécu de la maladie, des souffrances, de la mort prochaine. Si le paternalisme n'a pas disparu, « des interventions unilatérales, ouvertement et brutalement paternalistes, c'est-à-dire accomplies par les soignants sans tenir compte de l'opinion et des sentiments du patient »[1187] ne devraient plus être possibles. Plutôt que de s'arc-bouter sur le conflit des droits (ceux des patients versus ceux des soignants), les soignants semblent ainsi désormais convaincus que « L'instauration de la confiance passe par l'élaboration d'un modèle autonomique du soin »[1188] dont l'objectif est d'œuvrer pleinement à accompagner l'autonomie des patients.

Plutôt qu'une complète substitution[1189], c'est une certaine porosité entre ces modèles qui s'est opérée à l'origine d'une tentative de repositionnement intermédiaire dit de paternalisme

---

[1182] Rameix Suzanne. *Op. cit*., p. 94-95.
[1183] *Ibid*., p. 96.
[1184] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 13.
[1185] Elger Bernice, Anderes Caroline, Guillod Olivier (préface), Harding Timothy W. (postface). *Le paternalisme médical. Mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2010.
[1186] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 15-16.
[1187] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 42-43.
[1188] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 43.
[1189] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 15, note de bas de page 1 : « Dans certaines typologies, le modèle autonomiste est supposé s'être substitué au modèle paternaliste ».

tempéré ou d'autonomie protégée. La tendance à une « libéralisation marchande des contrats d'assurance-maladie »[1190] en constitue une déclinaison économique. L'affirmation de l'autonomie et des préférences des patients témoigne aussi de leur souci d'émancipation à l'égard des normes imposées par un système de santé décideur, certes au risque de tomber dans l'arbitraire personnel de chacun. Il est ainsi admis que le patient serait désormais « engagé dans une relation contractuelle, en vertu de quoi il partage avec lui [le médecin] la responsabilité et la décision en matière d'orientation thérapeutique »[1191]. Ces évolutions ont plutôt conduit à une requalification au titre de *modèle de décision informée* (ce qui ne signifie pas forcément décision « éclairée », laquelle dépend de la qualité et des modalités de transmission de l'information) ou *modèle de décision partagée*[1192]. Par ailleurs, si le décalage entre l'évolution juridique et son application sociétale montre à quel point le paradigme autonomiste ne s'est pas imposé dans les pratiques de soins[1193], il n'en a pas pour autant prévenu certains des écueils qui lui sont associés. C'est ainsi que rendu coupable « de sa prétention à être expert de son affection à égalité avec le soignant professionnel, alors qu'il est, la plupart du temps, scientifiquement ignorant »[1194], le patient d'aujourd'hui peut se trouver en manque d'informations et d'assistance.

3.4.2 – Le renouvellement des figures de la relation de soin et conséquemment des motifs de doute

La posture du médecin *sachant dominant* perd de plus en plus de son actualité sous l'effet de nombreux facteurs[1195]. Du fait de l'accessibilité sans cesse croissante aux information médicales, les patients et usagers gagnent en compétence et en autonomie. L'hyper-technicisation et la scientificité de la médecine réduisent (à tort) la valeur des savoirs médicaux acquis au lit du malade et affaiblissent la parole des soignants, se trouvant dès lors comparés à des techniciens expérimentés[1196]. Leur niveau de connaissance est surpassé par la masse de données qui impose l'informatisation et l'usage de logiciel d'aide au diagnostic et à la prescription. La spécialisation croissante et la diversification des options thérapeutiques réduisent les compétences générales au profit de domaines restreints d'intervention sanitaire. Même si ces prérogatives ont beaucoup évolué, il n'en demeure pas moins incontournable. Le fait même de pratiquer un tel métier lui octroie une valeur inestimable et continue de justifier l'asymétrie irréductible de la relation qui le lie à ses patients, au point pour Gérard Reach d'en faire même l'éloge[1197]. Celui-ci ne questionne pas la symétrie de la relation en termes de

---

[1190] Bloy Géraldine. *L'incertitude en médecine générale. Sources, formes et accommodements possibles*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):67-91.
[1191] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 15.
[1192] *Ibid.,* p. 13-14.
[1193] *Ibid.,* p. 15.
[1194] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 34.
[1195] *Ibid.,* p. 146 : « les privilèges de l'institution médicale sont désormais menacés par le poids grandissant de l'industrie pharmaceutique et du contrôle d'Etat de la dépense publique. L'institution perd de ce fait une partie de l'autonomie à laquelle elle a toujours aspiré. D'autre part, la domination prévisible du traitement informatique des données médicales risque de disqualifier progressivement le jugement humain ».
[1196] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine.* Paris : Seuil, 2002, p. 69-99 : « le rapport du médecin au malade comme celui d'un technicien compétent à un mécanisme dérangé ».
[1197] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 345 : « je veux faire ici l'éloge de l'asymétrie, car c'est un éloge de la notion de métier ».

compétences et de prérogatives, mais sous l'angle de la reconnaissance subjective qu'il estime être due à chaque acteur de cette relation, patient autant que soignant. S'il ne vise donc pas une illusoire symétrie relationnelle, il met en lumière la possibilité d'une relation authentiquement intersubjective, notamment au prisme de ce temps qu'il qualifie de « conversation » en s'appuyant pour cela sur les enseignements du philosophe Martin Buber[1198].

En réaction au pouvoir médical paternaliste, la révolution du statut du malade qui a vu émerger « un patient actif et acteur » est une réalité, initiée lors des états généraux de la santé de 1998[1199] puis grâce à la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002, qui ne cesse de se (ré)affirmer et de se déployer. Depuis lors, être patient c'est « affirmer sa qualité d'usager du système de santé et faire valoir les droits qui lui sont afférents »[1200], dont le droit à l'information. En dépit de leur force de contre-pouvoir depuis l'époque sida, les associations de malades ne sont pas à elles seules représentatives du « patient contemporain »[1201]. De plus en plus instruit grâce à la diffusion tout public d'informations générales sur la santé et la médecine, par la professionnalisation de certains (au titre de patients experts impliquant une formation diplômante[1202]) et par son implication croissante (par le prisme associatif ou pas[1203]) aux instances décisionnelles, y compris en matière de recherche, le patient est devenu un acteur à part entière du système de santé. Il est « désormais admis que le malade est passé d'objet à sujet »[1204]. On peut cependant se questionner quant à l'autonomie réelle du patient. Fainzang réinterroge l'évolution donnée pour évidence que « le patient contemporain » aurait acquis, au bénéfice de la démocratie sanitaire, un « véritable pouvoir de décision, fondé sur une information croissante »[1205]. Or, « dans les faits cette information n'est pourtant pas toujours donnée, au motif premier qu'elle n'est pas toujours bénéfique au malade – suivant en cela l'esprit du Code de déontologie médicale »[1206]. « Pour ce qui est du consentement, celui-ci semble n'être requis que très partiellement »[1207]. Ces transgressions au principe d'information sont d'ailleurs prévues par la loi elle-même[1208]. D'autres arguments vont à l'encontre de cette idée que le patient serait désormais un acteur à la fois éclairé et autonome[1209]. Le paternalisme

---

[1198] Je renvoie tout particulièrement au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.
[1199] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 13.
[1200] Gillot Dominique, « Sur la démocratie sanitaire » in Gillot Dominique, Brocas Anne-Marie, Le Coz Gildas (dir). *Op. cit*.
[1201] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 10 : « ce serait d'ailleurs adopter un regard biaisé que de prendre appui sur la seule existence d'associations de malades pour en déduire le comportement du "patient contemporain" ».
[1202] Pommery de Villeneuve Ariane. *Une expérience de patient expert en addictologie : d'une intuition clinique à la certification de patient expert*. Raison présente 2022;N° 223-224(3):133-43.
[1203] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 10 : « les personnes qui composent ces associations sont dans une dynamique qui n'est pas la plus représentative de ce que sont les patients » ; p. 10, note de bas de page 1 : « Le fait associatif ne me semble pas suffire à décrire le comportement du patient contemporain ».
[1204] *Ibid.,* p. 15.
[1205] *Ibid.,* p. 147.
[1206] *Ibid.,* p. 16.
[1207] *Ibid.,* p. 15.
[1208] Je renvoie au code de déontologie médicale. En ligne : Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance, consulté le 15 janvier 2026.
[1209] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*, p. 148.

médical ne s'est pas éteint. Le système de santé continue d'être un moyen de contrôle des populations, en orientant l'offre de soins et son remboursement. En définitive, malgré l'amélioration dans la qualité de la relation, il persiste une inégalité « en vertu de quoi chacun occupe un rôle social distinct ».

Si la position du patient a certes beaucoup évolué, lui octroyant une place de plus en plus importante dans le processus décisionnel, cela n'advient pas non plus sans excès ni écueils, dont celui de transférer toute responsabilité au patient, non sans risquer de l'abandonner à ce qui lui arrive[1210], et partant de le culpabiliser. Marin souligne combien délicat, mais essentiel, est l'enjeu actuel d'une relation de soin qui se voudrait équilibrée. Définissant le patient actuel au prisme d'une « double identité ambivalente et paradoxale »[1211], elle révèle la « double attente », toujours potentiellement contradictoire, qui est la sienne. Ce patient est, en effet, non seulement un « malade vulnérable, fragile, qui a besoin d'aide » mais également un « individu autonome, singulier » qui souhaite continuer à décider. Il s'agirait alors, pour le soignant d'aujourd'hui, de pouvoir « apporter l'aide dont il [le patient] a besoin sans l'humilier ou l'infantiliser, de l'inclure dans le processus de guérison sans faire peser sur lui des responsabilités qu'il n'est pas en mesure d'assumer »[1212].

3.4.3 – Une relation de soin équilibrée grâce au doute partagé, une utopie ?

Dans cette réalité complexe et évolutive de la relation de soin, si aucun de ces modèles ne fonctionne à plein, leurs ingrédients restent diversement utilisés. Il apparaît cependant que le pouvoir n'est plus aux seules mains des soignants et que le souhait de vivre différemment la relation de soin soit acté et partagé par les deux parties. Que cette nouvelle relation comme rapport de co-construction, si ce n'est de collaboration, relève déjà de la réalité ou soit encore un projet en élaboration, est propre à chaque relation singulière. Il n'en demeure pas moins que la possibilité de débattre, donc de s'ouvrir à l'épreuve de l'autre grâce au doute, pourrait en être un pilier.

Pour diverses raisons, certaines relevant des revendications de l'autonomisation et de la professionnalisation des patients, d'autres étant inhérentes aux limites même de ses capacités et de sa mission, le soignant ne peut plus prétendre au pouvoir unilatéral[1213]. La reconnaissance progressive des droits, de la voix et de la place du *patient-sujet* et *acteur*[1214] a ouvert une nouvelle ère de la relation de soin, imposant notamment aux soignants d'œuvrer et de participer

[1210] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 180 : « 25 novembre 2015 […] Je deviens "patient-expert", comme disent les sociologues de la maladie. Mais quand les médecins abandonnent un peu de leur pouvoir aux patients, ce n'est jamais bon signe en fait. Ça sent la fin ».

[1211] Marin Claire, « "Who cares ?" L'attention au malade dans la relation thérapeutique » in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010, p. 127-140.

[1212] *Ibid.*

[1213] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 33 : « les revendications du patient à ne plus être traité comme un petit être fragile et incompétent pourraient être justifiées par ses nouvelles responsabilités dans l'administration des soins, par l'accès de plus en plus aisé à l'information médicale sur le Net et parce que l'expertise du médecin lui-même est en train d'être progressivement dévalorisée au bénéfice de diagnostics sortis d'ordinateurs à partir d'une masse de données qu'un humain ordinaire ne peut plus traiter ».

[1214] Durand-Malpel (coordination). *Patients-experts, patients-partenaires. Vision de droit comparé* [dossier thématique]. Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, n°39, 1.

à un espace d'échange avec leurs patients. Si une symétrisation de la relation semble à la fois illusoire et non souhaitable, un modèle alternatif de la relation de soin a semblé se construire progressivement qui aurait donc pour fondement le principe du partage, dans le respect et au bénéfice des spécificités de chacune des parties. Partage des savoirs (scientifiques pour l'un, expérientiels pour l'autre), de l'information, des décisions, des responsabilités, rien ne devrait plus pouvoir se faire sans que le patient y participe autant qu'il le souhaite. De telles évolutions ont naturellement déplacé les curseurs du doute (ses objets comme ses enjeux) des uns et des autres, ne serait-ce que parce que l'expression de celui du patient ne se trouve plus interdit sous le coup de l'autorité médicale. En imposant le contradictoire et le dubitatif, ces évolutions tendent à déterminer comme condition de cette relation de soin renouvelée, bien plus qu'un simple temps de transfert d'informations, un véritable espace d'intelligibilité entre patient et soignant se nourrissant de leurs questionnements respectifs. En donnant ainsi une nouvelle teneur aux tensions (inévitables) à l'œuvre au cœur de leur relation, l'autorité ne reposerait plus sur le pouvoir mais sur un sentiment de confiance ; il ne s'agirait plus que le patient consente au pouvoir et aux décisions des soignants mais que patients et soignants con-sentent et œuvrent ensemble.

4 – Des dimensions chosifiante et instrumentale de la relation de soin comme source de défiance

Les soignants tendent à être imprégnés par le modèle biomédical prévalent, pour avoir été activement conditionnés à cet effet, notamment au cours de leurs formations et enseignements universitaires. Ils deviennent parfois eux-mêmes parties prenantes de l'étroite cohérence entre le système de santé et l'ambition d'autorité scientifique de la médecine que ce soit à l'échelle disciplinaire, organisationnelle, au niveau des politiques de service ou d'établissement comme en termes de moyens mis en œuvre. Pourtant, la posture biomédicale fondée sur les preuves scientifiques et l'objectivation des maladies (tant d'un point de vue diagnostique que thérapeutique) peut être vécue par les patients comme brutale et deshumanisante[1215]. Elle est souvent critiquée en ce sens. Ce qui se cache derrière ce type de plainte relève à la fois des effets de l'ultra-technicisation de la médecine aux dépends de la clinique au lit du malade et de la parole échangée, mais également de la mise entre parenthèse de tout ce qui relève de la subjectivité du patient. Prohibée au motif d'être source d'erreur et d'errements émotionnels, il en résulte un vécu de chosification qui n'affecte pas que le patient, mais également le soignant et plus généralement la relation de soin. Le fossé entre la réalité objective de la maladie et l'expérience subjective du malade est tel qu'il peut confiner à l'incommunicable et alimenter le doute quant aux intentions des soignants, éventuellement jusqu'au scepticisme médical ; dans ce contexte, outre l'importance de respecter le chemin de subjectivation qu'emprunte le

[1215] Delion Pierre (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle], *La Grande Librairie*, France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017, consulté le 15 septembre 2025. Pour le psychiatre Pierre Delion, « Les risques sont grands que les découvertes scientifiques actuelles qui sont très importantes, très réjouissantes, soient prises trop au sérieux et qu'on laisse tomber quelque chose qui est très important pour encadrer les neurosciences, c'est-à-dire l'humanité de la relation ».

malade[1216], revenir à l'essence de la relation, c'est-à-dire au dialogue, en serait peut-être le rempart[1217].

4.1 – Le principe de réification est inhérent à la biomédecine

La réification à l'œuvre dans la pratique biomédicale renvoie à la dimension purement matérielle du corps charnel. Cette vision mécaniste, très ancienne, rappelle le découpage anatomique du corps proposé par André Vésale (1514-1564) dans son traité d'anatomie[1218], de même que son approche fonctionnelle telle que pensée par Descartes comme corps-machine[1219]. Cette vision n'a pas perdu de son actualité, malgré un niveau de connaissances, de précision et de complexité nettement supérieur jusqu'à atteindre les profondeurs les plus extrêmes du corps[1220] et l'infinitésimal de ses constituants[1221]. C'est ainsi qu'en biomédecine le patient est appréhendé au prisme des différents constituants (organes, tissus, cellules, molécules, etc.) de son organisme comme autant de rouages dont le fonctionnement peut être altéré en situation pathologique. La maladie est alors pensée comme un *objet*, responsable d'un dysfonctionnement corporel, dont l'analyse doit permettre d'élaborer un projet correctif et de réparation. Ainsi que le rappelle Canguilhem, la formation des médecins contribue à cette vision d'un « mécanisme dérangé » et les prépare « très mal à admettre que la guérison ne se détermine pas par des interventions d'ordre exclusivement physique ou physiologique »[1222]. C'est pourquoi, plus que toute autre caractéristique, le bio-soignant est effectivement réputé « se concentrer sur les dysfonctionnements repérés, physiologiques, mécaniques ou biologiques et administrer un soin technique »[1223].

Avant d'envisager les écueils de cette posture soignante réifiante, qui sont le plus souvent prioritairement voire exclusivement discutés, on ne saurait en nier la logique sous-jacente et l'ensemble de ses avantages. Tout d'abord, il arrive que le soignant ne puisse rien mettre en œuvre d'autre que des actes techniques (lors d'une réanimation ou d'une intervention

---

[1216] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment Marinella fait face au doute et œuvre à la résoudre*.

[1217] Sur ce point, je renvoie aux chapitres de la présente thèse analysant la relation de soin liant d'une part Madeleine Lebouc et Pierre Janet, d'autre part Marinella Banfi et Thomas Tursz.

[1218] Vesalii Bruxellensis Andreae. *De humani corporis fabrica libri septem*. Basileae: Johann Oporinus; 1543.

[1219] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 40-60 (Cinquième partie) : « ce qui ne semblera nullement étrange à ceux qui, sachant combien de divers automates ou machines mouvantes, l'industrie des hommes peut faire, sans y employer que fort peu de pièces, à comparaison de la grande multitude des os, des muscles, des nerfs, des artères, des veines, et de toutes les autres parties qui sont dans le corps de chaque animal, considéreront ce corps comme une machine, qui, ayant été faite des mains de Dieu, est incomparablement mieux ordonnée et a en soi des mouvements plus admirables qu'aucune de celles qui peuvent être inventées par les hommes ».

[1220] Castaing-Taylor Lucien, Paravel Véréna. *De Humani corporis fabrica* [Film documentaire, 115 min]. France – Suisse : Norte Productions, 2022. Ce film documentaire montre comment l'entièreté du corps est désormais accessible sans même l'ouvrir. De la diversité des imageries possibles, en passant par la microscopie électronique, jusqu'aux endoscopies atteignant les sanctuaires du corps (tel le cerveau), la biomédecine semble même être portée par une pulsion scopique.

[1221] Vallancien Guy, « La média-médecine » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 67 : « Demain, les outils issus des recherches en nanotechnologie nous renseigneront encore mieux sur l'intimité du fonctionnement de notre corps ».

[1222] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*.

[1223] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

chirurgicale) et ses compétences en la matière sont alors essentielles. Plus globalement, la dimension organique de la santé et des maladies est fondamentale. Il n'est, dans aucune situation médicale, possible d'en faire l'économie, ne serait-ce que de son évaluation, même si elle n'intervient parfois que de façon indirecte (par exemple, le retentissement nutritionnel d'un état de mal-être). Elle oblige donc la médecine et les soignants à un niveau d'excellence scientifique et technique pour traiter la part organique des états pathologiques. A cet égard, les progrès de la biomédecine ont été exceptionnels et, en plus de continuer de progresser, ses performances sont de fait d'un niveau jamais atteint jusque-là. Aussi dystopique et déshumanisante puisse-t-elle paraître parfois, la technique biomédicale fait ainsi des miracles en matière d'innovation et de restauration du corps malade ou abimé (à l'instar des prothèses de membre, des greffes d'organe, des techniques de neuro-intervention, etc.).

Ce travail d'orfèvre sur le corps, fondé sur l'exigence de scientificité et la rigueur, impose effectivement d'écarter, au moins temporairement, tout ce qui relève de la subjectivité laquelle est toujours à risque de perturber l'objectivité du jugement et la fiabilité des actes. Pour pouvoir prendre de graves décisions (à l'instar de traitements agressifs et mutilant, mais seuls à même de sauver une personne, parfois un enfant[1224]), ouvrir un corps, l'opérer, effectuer des actes techniques compliqués et risqués, le soignant doit à la fois être clairvoyant, disposer de tout son sang-froid et mobiliser pleinement ses connaissances scientifiques et ses compétences techniques. Oublier la personne, qui se trouve derrière la maladie et les décisions, parfois très douloureuses, que celle-ci impose, peut être un temps indispensable pour pouvoir agir au mieux pour elle[1225]. « Tristement, les patients se résignent au choix forcé entre attention et compétence, compassion et science »[1226] analyse Rita Charon. Cela ne devrait pourtant pas faire oublier que cette exigence de compétence relève d'une responsabilité professionnelle et d'un devoir moral. C'est ainsi aussi que dans les situations hors des ressources médicales disponibles, une posture distanciée de la personne aide, non seulement à prévenir l'obstination déraisonnable[1227], mais à protéger le soignant lui-même de l'épreuve douloureuse que cette impuissance peut représenter, *a fortiori* en cas d'attachement même inconscient au patient. Pour continuer de s'engager sur d'autres dossiers difficiles, nécessitant de nouveau de graves décisions et un fort investissement professionnel, une distance salutaire s'impose au médecin, notamment d'un point de vue émotionnel. Il lui est classiquement conseillé de ne pas soigner ceux qu'il aime (d'amour ou d'amitié). Loin de-là l'idée de prohiber toute possibilité d'éprouver une certaine estime ou affection pour tel ou tel patient. Il apparaît pourtant qu'en étant neutre et impersonnelle, la

[1224] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un, Op. cit*., p. 20-21 : « j'ai signé la décharge […] j'acceptais qu'une chirurgie "non conservatrice" – tel était l'euphémisme – soit pratiquée à ma fille ».
[1225] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 110 : « Les médecins utilisent un deuxième langage, un langage technique et totalement dépourvu d'émotion. Ils doivent souvent agir vite et accomplir des gestes qui exigent une concentration absolue ».
[1226] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*, p. 55.
[1227] Si l'obstination déraisonnable a été définie dans la loi française de 2005 (dite loi Leonetti) relativement aux phases ultimes de la fin de vie, il apparait pourtant que cette question peut intervenir parfois beaucoup plus en amont dans l'histoire de malades en situation d'incurabilité. Les discussions en RCP sont marquées par des positions parfois très divergentes quant à la raisonnabilité ou la futilité de certaines procédures thérapeutiques, par ailleurs éventuellement très lourdes (expérience personnelle). Concernant la loi Leonetti, je renvoie au code de la santé publique. En ligne : Article L1110-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance, consulté en ligne le 19 janvier 2025. Je renvoie aussi à l'article : Baumann Antoine, Audibert Gérard, Claudot Frédérique, Puybasset Louis. *Ethics review: end of life legislation. The French model*. Crit Care 2009;13(1):204.

relation de soin, dans sa déclinaison objectiviste, tendrait à protéger autant que possible le soignant du risque de discrimination (en quoi consisteraient des manifestations de préférence, de privilèges accordés à certains patients plutôt que d'autres), contraire à la déontologie médicale[1228]. Cette base dite impersonnelle, que l'on retrouve aussi dans la clinique qui se pratique au lit du malade, permet d'accueillir et de soigner chaque être d'une façon inconditionnelle et aussi objective que possible, grâce à l'application neutre des savoirs biomédicaux. Une appendicectomie reste une appendicectomie pour qui que ce soit, un geste technique qui peut être (re)produit pour quelque patient que ce soit (dès lors anonyme) qui le nécessiterait. Ce n'est qu'à partir de cette base fondamentale objective et inconditionnelle qu'une personnalisation est ensuite envisageable. Si, « [r]épondant au "discours" des symptômes cliniques – le discours du corps malade –, il [le soignant] met entre parenthèses les autres requêtes du patient »[1229], cette mise entre parenthèse n'est pas irréductible et peut n'être que temporaire, le temps d'effectuer les actes et interventions techniques requises selon cette base fondamentale d'objectivité, de neutralité, d'inconditionnalité.

4.2 – La part instrumentale de toute relation de soin

La part instrumentale de la relation de soin est sans doute inévitable, notamment pour des raisons pragmatiques d'organisation pratique des actes à délivrer et à mettre en application au mieux de leur efficience. On peut cependant craindre et déplorer que cette tendance actuelle du système de santé, qui suscitait déjà les inquiétudes de Foucault et de Canguilhem[1230], ne risque de plus en plus de devenir la norme. En ramenant la médecine à une science objectiviste dotée d'une grande puissance technologique, elle transformerait la relation en une interaction purement utilitaire entre un technicien prescripteur et un usager « consommateur de biens de santé »[1231], en plus d'être un « patient-client exigeant une expertise »[1232]. Ainsi que l'analyse Ogien avec perplexité, « les malades sont amenés à se conduire en agents économiques ordinaires soupesant "les avantages et les inconvénients de telle ou telle décision" »[1233]. Il est certes essentiel de viser l'excellence en matière de compétences techniques et d'outillage (côté soignant), ainsi que d'espérer une utilisation optimale des biens et services fournis (côté

[1228] Je renvoie à l'article R.4127-7 du code de la santé publique : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ». En ligne : Article R4127-7 - Code de la santé publique, consulté le 19 janvier 2026.

[1229] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1230] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*. : « il peut paraître urgent de s'interroger sur la place que l'attention accordée par un médecin singulier à un malade singulier peut prétendre encore tenir dans un espace médical de plus en plus occupé, à l'échelle des nations dites développées, par les équipements et règlements sanitaires et par la multiplication programmée des "machines à guérir" ». Canguilhem fait référence à l'ouvrage suivant : Foucault Michel, Barret Kriegel Blandine, Thalamy Anne, Beguin François, Fortier Bruno. *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Paris: Institut de l'environnement; 1976.

[1231] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 138 : « Le malade serait passé de l'état de "patient" ignorant, obéissant, prisonnier d'une relation quasiment sadomasochiste à un médecin auquel il doit rester fidèle, à un statut de consommateur de biens de santé ».

[1232] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.

[1233] Ogien Ruwen. *Op. cit.* p. 138.

patient). Si elle ne devait se restreindre qu'à cette dimension instrumentale, la relation de soin s'en verrait fort déshumanisée.

4.3 – Des écueils de la chosification médicale pour le patient…, mais aussi le soignant

Les conséquences que fait peser la chosification à l'œuvre dans la pratique biomédicale cantonnée à sa posture objectivante affectent le patient mais aussi le soignant. L'un et l'autre peuvent se trouver en difficulté, voire en souffrance, et la relation être affectée par l'effet des tensions qu'une telle posture peut générer.

4.3.1 – Une épreuve pour le patient

Considéré au prisme de l'*objet* qu'est sa maladie, des organes qu'elle affecte et de tous les actes (à visée diagnostique et thérapeutique) parfois pénibles qu'elle implique pour sa prise en charge, le patient peut se sentir maltraité[1234]. Traité comme une chose, réduit à une sorte de bécane brutalisée par les interventions médicales, il souffre du sentiment d'être déconsidéré, invisible, inaudible voir méprisé dans sa personne par les professionnels de santé. Ainsi que Marin le précise en ce sens, « le traitement médical s'exerce souvent en mettant entre parenthèse l'attention singulière accordée au patient »[1235]. Si, forte de la pénibilité de sa propre expérience du système de santé et de ses acteurs, cette analyse se confirme effectivement dans la pratique clinique quotidienne, il importe pourtant de ne pas la généraliser. Bien des soignants ne sont pas indifférents à « la douleur morale, [aux] attentes plus ou moins identifiées du patient »[1236]. Ils sont bien au contraire soucieux de pouvoir leur offrir cette « attention singulière », mais certains peuvent en être empêchés (sous le coup de divers effets d'une rationalité instrumentale dévastatrice à l'échelle sanitaire) et souffrir de cette situation contradictoire[1237]. D'autres y parviennent, ainsi qu'en témoigne Clémentine Vergnaud[1238], faisant l'éloge de certains de ses soignants particulièrement appréciés pour ne l'avoir pas seulement considérée comme un cas médical, « une bête de foire »[1239], mais comme une personne à part entière. Ruwen Ogien apporte un témoignage similaire lorsqu'il écrit : « Grâce à lui, je vois la différence concrète entre s'occuper du malade ou s'intéresser à la maladie. Elle existe, je l'ai rencontrée en sa personne »[1240]. Il a donc pu se sentir totalement chosifié et déconsidéré au contact d'autres soignants.

[1234] Marin Claire. *Hors de moi*. *Op. cit*., p. 55 : « lorsqu'on les a vus nous observer comme un animal, nous ausculter avec curiosité, dégoût, nous manipuler sans égard, comme une chose, comme de la viande, nous piquer avec maladresse ou brutalité […] lorsqu'on a supporté les regards étonnés, moqueurs ou méprisants sur ce corps […] Il reste la colère de l'humiliation. Ils ne voient plus l'humain en nous ».

[1235] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1236] *Ibid.*

[1237] Gérard Alain. *Op. cit*., p. 79-93. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'injonction contradictoire, un drame structurel inhérent au système de santé*.

[1238] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*. p. 33-34 : A propos du docteur H qu'elle nomme Eagle 4 : Il est « très doux, délicat, empathique […] très à l'écoute […]. En même temps, il me sourit […]. Il prend le temps de m'ausculter avec énormément de délicatesse […]. Ce médecin repassera souvent dans ma chambre […] continue d'être très à l'écoute et je sens peu à peu dans son regard qu'une forme de lien se crée entre nous ».

[1239] *Ibid*., p. 47.

[1240] Ogien Ruwen. *Op. cit.*, p. 177.

On peine à considérer les avantages pour le patient de la posture objectivante de la biomédecine, mais la question mérite d'être posée. Alors que le « diagnostic littéralement sépare, distingue dans l'individu ce qui est sain et ce qui est malade, objectivise l'organe défaillant »[1241], il paraît peu probable, mais non exclu, que cela aide le patient à considérer la maladie comme un objet extériorisable, qui donc ne l'envahirait pas entièrement. Ainsi mise à distance, tel un objet à observer et à maitriser plutôt qu'à absorber au risque d'œuvrer à un bouleversement identitaire plus ou moins profond[1242], la maladie ne le résumerait pas. En extériorisant le mal comme étant l'objet de la médecine, le contact avec le milieu médical et ses interventions en serait peut-être aussi un peu plus acceptable.

4.3.2 – Une épreuve pour le soignant

Le soignant peut lui aussi se sentir déconsidéré, réduit à n'être qu'un simple technicien réparateur, par ailleurs contraint par le temps et la rentabilité à l'acte, jusqu'à avoir l'impression d'un travail à la chaîne. Cet intitulé péjoratif de « repli sur la technique »[1243] proposé par Marin est, à cet égard, sans doute à modérer. Suggérant un surinvestissement de l'usage de la technique selon un mode défensif (« repli »), il passe sous silence bien d'autres aspects. Certaines disciplines s'avèrent démunies en matière de technique (psychiatrie, dermatologie, gérontologie), tandis que d'autres, pourtant très techniques comme la cancérologie, portent une particulière attention à la souffrance morale[1244]. Il ne faudrait pas non plus croire que le bio-soignant d'aujourd'hui préfère forcément la technique et ne souhaite répondre qu'au dysfonctionnement biologique du corps. S'occuper de la machinerie du corps est un fondement minimal de base quant à son travail sanitaire auquel il ne peut se soustraire. Mais, outre les conditions pratiques de travail déjà évoqués, « [face] à une souffrance plus existentielle, le médecin fait l'expérience des limites de sa propre pratique et, souvent, de son impuissance »[1245]. Ce n'est donc pas tant manquer d'humanité (parmi les reproches qui peuvent être adressés au soignant), que de faire face à une impossible exhaustivité en matière de relation de soin idéale. Pour Marin, « L'attention à l'autre comme disponibilité sensible, doit être réaffirmée comme part décisive du soin. Elle en est peut-être même la condition préalable »[1246]. Invoquant le concept de « sollicitude médicale » Marin questionne la conciliation possible entre les « attitudes techniques et humaines ». C'est à se demander si on ne demanderait pas parfois l'impossible aux soignants. D'une part, non sans effet sur le soignant, l'illusion de puissance scientifique et technique sur laquelle s'appuie la biomédecine se voit démasquée au prisme d'une confrontation à la souffrance existentielle des patients, d'autre part cette sollicitude peut aussi perturber cette partie des soins que Marin qualifie de « traitement thérapeutique » et qui

---

[1241] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1242] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire des patients*.

[1243] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1244] Le soutien psychologique et les soins de confort font partie du Plan cancer. Je renvoie au référentiel de l'institut national du cancer. En ligne : Les Plans cancer (2003-2019) : le pilotage national de la lutte contre les cancers, consulté le 19 janvier 2026.

[1245] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1246] *Ibid.*

exige objectivité, sang-froid, recul. C'est pourquoi, s'il veut déjà mener à bien sa mission sur le corps malade, cette double exigence peut parfois être intenable. Tout « comme quelqu'un qui essaie de suivre plusieurs conversations à la fois »[1247], cette « double attention », à la dysfonction organique du corps qui implique une prise en charge nécessairement *objectivante*, mais également à la souffrance plus globale et notamment morale d'un *sujet*, peut être difficile, voire impossible à tenir concomitamment. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles s'excluent l'une l'autre. Même en psychiatrie, il peut être des moments cruciaux où se détacher d'une approche subjective de la personne s'avère nécessaire. Le psychiatre doit alors s'en tenir à une sémiologie psychiatrique impersonnelle et se voulant la plus objectivante possible (délire, hallucination, agitation, etc.) s'il veut soutenir la fiabilité de son approche diagnostique et justifier des décisions graves mais essentielles pour protéger et soigner au mieux la personne. Marin pose la question suivante : « Comment réunifier ce que la maladie tend déjà à dissocier, alors que les techniques de guérison elles-mêmes participent d'un certain démembrement du sujet ? »[1248]. Malgré le vocabulaire ici utilisé (« dissocier », « démembrement du sujet », « partition intérieure »), elle ne parle pourtant pas spécifiquement des maladies psychiatriques mais souligne les effets démultipliés de division interne[1249] que peuvent provoquer la maladie (quelle qu'elle soit) et ses traitements, jusqu'à en perdre la raison et se sentir broyé si ce n'est effacé en tant que sujet. Cet état de fait des conditions qu'impose la responsabilité médicale peut effectivement conduire le soignant à devoir, entre autres, mettre de côté la subjectivité du patient, au moins un temps (plus ou moins long et plus ou moins répété). Partant, il le conduit à mettre aussi de côté sa propre subjectivité. Pour autant, ainsi que le suggère et y invite Canguilhem, cela ne devrait pas empêcher « de mettre en relation deux individus singuliers dans un rapport qui ne serait pas uniquement technique mais aussi humain »[1250] et d'ainsi pouvoir repenser le patient comme « élu de sollicitude »[1251]. Le doute trouverait ici toute sa place comme condition de possibilité d'une posture d'attention humaine et partant d'accueil[1252].

4.4 – Entre réalité objective et vécu subjectif, un fossé qui peut sembler infranchissable

En plus des précédents constats, inhérents à la pratique biomédicale et conduisant à un vécu de chosification qui peut être éprouvé par les patients mais aussi par les soignants, sur ce même sujet de l'objectivité, une dissension fondamentale les oppose. Il s'agit du désaccord si fréquent entre, d'un côté la réalité objective de la maladie telle qu'appréhendée au prisme des critères de la biomédecine, de l'autre ce qu'éprouvent les patients.

Le bio-soignant accède à la réalité objective de la maladie grâce à sa clinique (par l'examen physique) mais aussi surtout grâce à des outils d'analyse particulièrement fiables et performants (en termes de sensibilité, de spécificité, de précision). Tout ce qui n'est pas objectivé tend à

[1247] *Ibid.*
[1248] *Ibid.*
[1249] *Ibid.* : « C'est dans sa dissociation intime que le sujet se découvre malade ».
[1250] *Ibid.* : « Il [Canguilhem] invitait ainsi à repenser un soin plus humain qui englobe le traitement technique sans s'y résumer, et qui soit capable d'en corriger la forme impersonnelle et les effets agressifs ».
[1251] *Ibid*. : La formule « élu de sollicitude » serait de Canguilhem.
[1252] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'époché de Husserl et la réduction phénoménologique*. Je renvoie aussi à l'analyse de la relation liant Madeleine Lebouc et Pierre Janet.

demeurer *douteux* aux yeux du soignant qui ne peut dès lors pas toujours en valider la réalité pathologique. Le patient peut, quant à lui, constater de lui-même un certain nombre d'éléments objectifs (une perte de poids, une grosseur, une éruption cutanée, etc.). Mais son appréciation de la maladie repose essentiellement sur son vu et ressenti, ce qu'en langage médical on traduit par symptômes fonctionnels et que Canguilhem qualifie d'*expérience subjective*[1253]. Or celle-ci ne se prête pas facilement à l'objectivation médicale. Et il est très rare de pouvoir considérer une parfaite concordance entre les constats objectifs et le vécu subjectif. Il est donc fréquent qu'un décalage se creuse, jusqu'à même conduire à un fossé difficilement franchissable, entre le bio-soignant fondant sa pratique sur la base de données objectives et le patient souffrant de divers maux dont lui seul peut témoigner. Un patient peut ainsi se dire asymptomatique en dépit d'une affection maligne inquiétante, ainsi qu'a pu en témoigner Danièle Brun[1254]. Exigeant un traitement qui sera à l'origine de nombreux effets secondaires, elle se sentira bien plus malade du fait de ce traitement que de la maladie elle-même. Inversement, un patient peut souffrir de nombreux symptômes sans qu'aucun élément objectif ne soit détectable. S'il en arrive à se sentir incompris, déconsidéré et surtout abandonné du corps médical c'est parce que celui-ci demeure encore aujourd'hui dérouté dans ce type de situation[1255].

La phase dite de l'après cancer est une illustration remarquable d'un tel décalage. L'incidence annuelle des cancers et les progrès remarquables de la cancérologie font que les survivants du cancer se comptent en France en millions. Or la guérison objective (anatomo-biologique) et parfois définitive du cancer ne concorde pas toujours avec un bien-être subjectif retrouvé[1256]. Ainsi que l'analyse Marin, le cancer est comme une « onde de choc qui se propage au-delà du territoire corporel atteint par la pathologie »[1257]. « Ce phénomène particulier d'une maladie qui hante le patient, alors même qu'elle a disparu dans ses signes biologiques, manifeste l'impact d'une expérience qui se poursuit bien après l'évènement ou la crise »[1258]. Ce phénomène est particulièrement applicable à cette période de l'après cancer, y compris lorsqu'il n'y a pas de séquelles apparentes (telles qu'une amputation ou un déficit fonctionnel d'organe) ni de complications objectives à moyen et long terme comme on peut les observer chez les adultes guéris d'un cancer survenu dans l'enfance ou l'adolescence[1259]. L'après cancer est donc propice

---

[1253] Je renvoie aux chapitres suivants de la présente thèse, d'une part le chapitre intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet*, d'autre part le chapitre intitulé *Le doute des patients*.
[1254] Brun Danièle. *Madame Vertigo et son cancer. Rencontre avec une médecine déshumanisée*. Paris: Odile Jacob; 2023.
[1255] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 40. « Rien n'est plus déroutant pour un praticien que d'entendre un patient alléguer une douleur, une gêne, un mal-être ou une fatigue généralisée, et de ne rien objectiver par les examens les plus sophistiqués. La tentation est alors grande de trouver refuge dans le registre de la maladie psychique ».
[1256] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.
[1257] *Ibid.* : « L'ancien patient, que le médecin estime guéri, est malade d'avoir été malade, atteint par la maladie comme expérience catastrophique, bouleversante (indépendamment de la gravité même de la pathologie elle-même) et non pas seulement comme dysfonctionnement physiologique ».
[1258] *Ibid.*
[1259] Je renvoie au rapport de l'institut national du cancer sur « Le suivi à long terme des adultes guéris d'un cancer traité durant l'enfance, l'adolescence ou la période de jeunes adultes ». En ligne via le site du dispositif spécifique régional du cancer « Onco Pays de Loire » : Rapport INCa 2023 - Le suivi à long terme des adultes guéris d'un cancer traité durant l'enfance, l'adolescence ou la période de jeunes adultes , consulté le 20 janvier 2026.

à cette discordance entre, d'un côté la réalité de la guérison et de la santé physique restaurée, indéniables d'un point de vue médical, de l'autre un mal-être existentiel consécutif à cet évènement, comme s'il avait aussi altéré de façon irrémédiable un « sentiment d'intégrité et d'assurance de l'individu »[1260]. Bien que guéri, ce survivant du cancer est comme accablé par une conscience aiguë et obsédante du « caractère caduc et incertain de notre être »[1261], de sa fragilité inéluctable.

Qu'il ne puisse pas accéder au vécu subjectif du patient, cette « souffrance d'être malade », peut rendre le soignant inapte à pouvoir l'aider sur certains des aspects associés à sa maladie, comme cette perte de confiance dans l'existence. La question se pose de mobiliser, en complémentarité des bio-soignants, d'autres acteurs qui seraient peut-être plus à même de rencontrer une telle souffrance et qui ne seraient pas forcément des acteurs sanitaires. Outre les professionnels du psychisme, il pourrait s'agir des pairs-aidants, des patients experts, des bénévoles, des représentants des cultes, des professionnels de la narration et des humanités médicales, des philosophes à l'hôpital[1262]. Parce que n'ayant pas la responsabilité du traitement de la maladie en elle-même, mais ouverts et sensibles à cette souffrance existentielle du patient, leur attention personnalisée pourrait contribuer à amoindrir les effets délétères du traitement technique réifiant « en effaçant ou minimisant le sentiment de dissension intime que le sujet peut ressentir »[1263]. Cette extension du soin, au-delà du périmètre restreint du traitement biomédical centré sur la maladie objective, à tous les aspects singuliers qui déterminent le rétablissement d'une personne – qu'elle est seule à même de définir[1264] – fait écho à cet espoir de pouvoir penser et modéliser le soin de façon holistique[1265]. Or, une approche extensive du soin ne relèverait peut-être pas uniquement du système de santé et devrait alors impliquer bien d'autres domaines (l'instruction, la culture, l'écologie, l'habitat, le monde du travail), dont le soin médical ferait partie.

Dissensions, mensonges, chosification, rapport de domination constituent autant de sources de doute propre à favoriser la discorde en plus de tendre à constituer une impasse pour la subjectivité. Il apparait pourtant que le doute pourrait être mobilisé tout autrement face à ces inévitables contraintes et même œuvrer à la reconnaissance (inter)subjective au prisme de la

---

[1260] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*. : « Cette atteinte ontologique, effet de la maladie comme expérience globale, cette dégradation du sentiment d'intégrité et d'assurance de l'individu est sans doute l'un des éléments les plus difficiles à soigner ».

[1261] *Ibid.*

[1262] Durand Guillaume. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Flammarion; 2021. Bouvy Jérôme. *Philosophe(r) à l'hôpital. La pensée au cœur du soin* [Réflexion]. Gestion hospitalière, 2024, n°634, p. 140-144. Je signale aussi le témoignage du philosophe Martin Dumont qui, dans le cadre de la préparation de sa thèse de doctorat, révèle avoir pu être confondu avec des soignants lors de ses recherches en établissement hospitalier incluant des entretiens avec des patients. Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Op. cit.*

[1263] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[1264] Pachoud Bernard, Plagnol Arnaud, Leplege Alain. *Outcome, recovery and return to work in severe mental illnesses*. Disabil Rehabil 2010;32(12):1043-50.

[1265] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*. : « L'idée directrice d'une affligeante simplicité mais d'une redoutable difficulté dans sa mise en pratique, est d'élargir notre conception médicale de la thérapie à une prise en charge plus générale de la souffrance d'être malade, c'est-à-dire à une conception qu'on pourrait dire holistique du soin ».

réduction phénoménologique[1266]. Deux approches de la relation de soin pourraient permettre l'émergence d'un tel doute comme condition de possibilité de l'intersubjectivité et de la réciprocité.

5 – Une approche Canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet

Le défaut d'attention particulière à la personne malade, chosifiée et réduite à n'être appréhendée qu'au travers des données objectivantes de sa maladie, est source de malaise, de suspicion, de dissensions, parfois d'intenses tensions au cœur de la relation de soin. La confiance des patients à l'égard des professionnels de santé n'en est que d'autant plus fragilisée. Les enseignements du philosophe et médecin Georges Canguilhem contrastent significativement avec cette vision mécaniste et scientiste de la biomédecine, oublieuse de la complexité et de la subjectivité des patients. Selon lui, bien qu'indispensable la science ne serait qu'un outil de la médecine. Ainsi que l'analyse Lefève, non seulement « la subjectivité [est] au cœur de la clinique »[1267], mais la médecine est une activité relationnelle produite par des humains. Sortir du mythe d'une science infaillible et reconnaître « la médecine comme pratique sociale » est, à plus d'un titre, important pour pourvoir améliorer, si ce n'est même renouer le dialogue avec les usagers du système de santé. En invitant à faire exister chacun des acteurs de la relation de soin en tant que sujets, Canguilhem positionne cette reconnaissance mutuelle intersubjective comme centrale dans la pratique médicale et le processus de soin.

5.1 – Canguilhem invite à ne pas réduire la médecine à une science

Si des hôpitaux portent le nom de Claude Bernard[1268], aucun ne porte celui de Georges Canguilhem utilisé pour désigner de bien rares lieux, sous la désignation d'espace ou de centre d'étude philosophique[1269], tels quelques ilots perdus et difficiles d'accès dans un océan de science. L'évidence de la scientificité de la médecine est à ce point ancrée dans les esprits que cela pérennise et entretient les cloisonnements disciplinaires, rendant quasiment impossible d'introduire au cœur même des lieux dédiés aux soins la pensée et les enseignements philosophiques de Georges Canguilhem sur la médecine. Ces enseignements concernent pourtant au plus près et très concrètement la réalité des phénomènes de santé, de maladie, de guérison ainsi que les rapports entre patient et soignant. En se distinguant radicalement de la posture scientifique de Claude Bernard centrée sur le déterminisme c'est-à-dire le « rapport absolu et nécessaire des choses »[1270], Georges Canguilhem ouvre bien d'autres perspectives pour la médecine, les soins et la relation soignante. Premier élément distinctif majeur, pour

---

[1266] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique*, et plus particulièrement au sous-chapitre *La réduction phénoménologique comme condition de l'intersubjectivité*.

[1267] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.,* p. 99 à 205

[1268] Tels que l'hôpital Bichat - Claude Bernard à Paris ou l'hôpital-clinique Claude Bernard de Metz ou encore les cliniques Claude Bernard d'Albi ou d'Ermont.

[1269] Je n'identifie que deux lieux : Présentation - Centre Georges Canguilhem ou Centre Georges Canguilhem - Institut Humanités, Sciences et Sociétés. Sites consultés le 28 novembre 2024

[1270] Bernard Claude, Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 85.

Canguilhem la médecine n'est pas une science ainsi que le rappelle la philosophe Céline Lefève dans son ouvrage *Autour de Canguilhem* :

> Canguilhem précise de manière radicale : au sens strict, « il n'y a pas de science du normal et du pathologique » car le normal et le pathologique constituent des expériences normatives ou subjectives, des valeurs strictement individuelles conférées par le sujet à son comportement et à sa relation au monde que le clinicien ne peut observer qu'au cas par cas. Ce ne sont pas des faits que le scientifique pourrait déterminer de manière abstraite et à partir de connaissances générales, par exemple à partir de mesures physiologiques. C'est pourquoi la médecine se définit comme une technique, un art clinique et thérapeutique d'observation et de restauration du normal individuel et ne peut être confondue avec une science[1271].

Comme précédemment explicité autour de la figure de Claude Bernard, alors que tout est argumenté et organisé, que ce soit dans notre système de santé comme dans notre société, de sorte à considérer la médecine comme une science, Canguilhem se démarque radicalement de cette position. « La médecine […] ne peut être confondue avec une science » explique-t-il avec conviction. Par un effet de miroir inversé par rapport à l'argumentaire de Bernard, Canguilhem nous dit que l'état normal et l'état pathologique « ne sont pas des faits que le scientifique pourrait déterminer ». Alors que pour le premier ces phénomènes relèvent de « vérités expérimentales [qui] sont objectives ou extérieures »[1272], que seule la science médicale fondée sur la méthode expérimentale est à même de pouvoir révéler, pour le second il s'agit tout au contraire d'expériences subjectives auxquelles seul le malade peut donner accès et non pas de données objectives. Pour Canguilhem, « le normal et le pathologique constituent […] des valeurs strictement individuelles conférées par le sujet ».

Une telle divergence de positions, radicale dans son apparence première, ne devrait pourtant pas être jugée à tort comme insoluble. Qu'elles paraissent à première vue inconciliables ne doit pas faire oublier les apports respectifs fondamentaux de l'une comme de l'autre et qu'il ne s'agit donc pas de remettre en cause. En outre, il est intéressant de noter que son allure de dilemme entre objectivité et subjectivité fait écho avec ce que peuvent très concrètement éprouver les malades. Pétris d'ambivalence, ils oscillent eux-mêmes, sans pouvoir choisir entre d'un côté la sécurité (et la tranquillité pour l'âme) que procure l'objectivité et de l'autre l'aspiration (pour ne pas se perdre derrière la maladie) à une *subjectivité assumée*. D'un côté, ils souhaitent, conformément au modèle cartésien, être soignés (pour être guéris) aussi facilement que l'on peut réparer une machine[1273]. Ils sont alors disposés à se prêter (voire ils y aspirent) à l'objectivation scientifique pure sans demander leur reste, si tant est que l'affaire puisse être résolue suffisamment vite. De l'autre, ils bataillent contre la réification afin d'être pleinement reconnus et considérés comme *sujets*, c'est-à-dire capables de jugement, d'autonomie, de participation active à une relation de soins véritablement intersubjective de sorte que toute décision, comme tout projet de soin, puissent se coconstruire. Il semble que Canguilhem ouvre

---

[1271] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.* p. 114-115. Cette citation est extraite du chapitre intitulé de façon explicite « La primauté de l'expérience subjective de la maladie sur la connaissance objective de la vie ».
[1272] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 74
[1273] Je renvoie à l'histoire de la patiente Marinella Banfi relatée dans le chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*.

une voie vers une conciliation possible en proposant une cohabitation constructive basée sur la complémentarité, aux antipodes d'une opposition binaire.

5.2 – Renouer avec la centralité de l'expérience subjective des malades

En dépit des écueils de la position bernardienne, dont l'essentialisation ainsi que la restriction drastique de son périmètre d'intérêt (source d'exclusion de bien des phénomènes, notamment psychiques), ce qui a pu faire le lit de l'outrance d'une médecine exclusivement bio-techniciste indifférente à la personne et aux apports de la subjectivité, Canguilhem n'en méconnaît pas l'indispensable contribution comme dimension fondamentale de la médecine. S'il s'oppose fermement à la réduction du vivant à de simples mesures physicochimiques tel que le développe Bernard[1274] et se positionne à rebours d'une médecine scientifique, objectivante et oublieuse de la personne en remettant le *sujet* au centre de la médecine, il n'ignore pas que l'une et l'autre position ne sont en réalité ni contradictoires ni exclusives. Pour tenter de le comprendre, et pour saisir comment prendre en compte cette complémentarité contribue à vaincre le doute et à restaurer un état de croyance donc de confiance à l'égard de la médecine et de ses acteurs, il importe de revenir à ses enseignements en rappelant la question première que Canguilhem formula en ces termes : « Et le problème est le suivant : le concept de maladie est-il le concept d'une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative ? »[1275]. Sa réponse est bien sûr négative. Selon lui, le normal et le pathologique relèvent d'une *expérience subjective*, ce qu'il nomme la *normativité*, c'est-à-dire « la capacité d'évaluer des états et de donner sens à des situations, d'instituer des normes et d'organiser le milieu »[1276]. De façon originelle, c'est-à-dire à une époque de l'histoire de la médecine où l'on ne pouvait pas encore diagnostiquer des maladies en amont de leurs premières manifestations symptomatiques[1277], c'est seulement parce que l'individu se sentait malade, éprouvait un inconfort, une variation de son état, qu'il s'adressait au médecin[1278]. Et ce n'était donc qu'à partir de cette expérience subjective, qui est une *expérience normative*, que la science est venue progressivement en éclairer les causes physiologiques profondes et ainsi produire des connaissances et des théories scientifiques à même de fournir et étayer scientifiquement des outils diagnostiques et thérapeutiques. Suivant cette analyse, le normal et le pathologique ne sont donc pas définis selon des critères objectifs dont seule la science médicale pourrait être juge mais relèvent d'une *expérience normative*. Ainsi que le formule Lefève à partir de ses travaux sur l'œuvre de Canguilhem, si « La science [peut] fournir une connaissance objective des lois des phénomènes qui expliquent ces expériences [de la santé et de la maladie], ces dernières n'en demeurent pas

---

[1274] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 230 : « Dans les sciences expérimentales, la mesure des phénomènes est un point fondamental, puisque c'est par la détermination quantitative d'un effet relativement à une cause donnée que la loi des phénomènes peur être établie. […] Cette application des mathématiques aux phénomènes naturels est le but de toute science, parce que l'expression de la loi des phénomènes doit toujours être mathématique ».

[1275] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013 [1966], p. 52.

[1276] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.,* p. 99.

[1277] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique. Op. cit.*, p. 69 : « Si aujourd'hui la connaissance de la maladie par le médecin peut prévenir l'expérience de la maladie par le malade, c'est parce qu'autrefois la seconde a suscité, a appelé la première ».

[1278] *Ibid.*, p. 205 : « C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades ».

moins de nature subjective »[1279]. Dès lors les sciences biomédicales sont des « instruments auxiliaires » de la médecine dont « l'observation clinique […] des malades dans leur milieu de vie constitue l'origine et la raison d'être de la médecine scientifique »[1280].

Les illustrations en pratique clinique de la centralité de l'expérience subjective des malades s'invitent en permanence à l'esprit des praticiens, non sans les mettre en difficulté. La prévalence « des maladies chroniques et des pathologies fonctionnelles qui ne se traduisent pas forcément par une lésion organique identifiable »[1281] est telle que cela en constitue un sujet incontournable et quotidien. Masquelet en arrive à considérer « qu'il n'y a pas de définition objective de la maladie, même dans les pathologies les plus objectivables »[1282]. Autrement dit, le soin des malades ne saurait se fonder uniquement sur des données objectives et quantifiables relatives à la maladie. Non seulement de telles données peuvent manquer ou bien ne plus être considérées comme pathologiques au regard des normes biologiques en vigueur. C'est ainsi que l'« on peut à la fois être malade et […] avoir des constantes physiologiques médicalement normales »[1283]. Mais « c'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique »[1284]. Il s'agit ainsi surtout pour le soignant de pouvoir aussi « considérer la maladie comme un évènement de vie et aider la personne à se ré-approprier une norme de santé dans un projet de vie »[1285].

5.3 – (Re)mettre les sujets (patients et soignants) et leur relation au centre de la médecine

Outre la centralité de l'expérience subjective du malade, Canguilhem invite également à mettre les sujets, que sont le patient autant que le soignant, en relation et à considérer cette relation comme le fondement de la pratique médicale. Ainsi que le souligne Marin, en phase avec Canguilhem, « la relation thérapeutique, avant d'être l'application d'un savoir, est une relation et […] cette dimension intersubjective est sans doute l'un des éléments clefs de l'efficacité du soin lui-même »[1286].

Le propos n'est nullement de renoncer aux bénéfices indispensables de la science et des techniques biomédicales mais de repenser la place des sujets acteurs de la relation de soin et de l'importance primordiale de cette relation. Autrement dit, tout en agissant dans le respect des critères d'objectivité propres à la biomédecine et qui en déterminent les performances, il s'agit de ne jamais perdre de vue, *a fortiori* nier, le sujet en tant qu'il est irréductible à la maladie (s'agissant du patient) comme aux interventions médicales et actes techniques qu'elle justifie

---

[1279] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.,* p. 101.
[1280] *Ibid.*, p. 106.
[1281] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 40.
[1282] *Ibid.*
[1283] *Ibid.*
[1284] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique. Op. cit.*
[1285] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 40.
[1286] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

(s'agissant du soignant). A l'aune de l'inflation technologique, Canguilhem souligne l'importance cruciale de « l'attention d'un médecin singulier à un patient singulier »[1287]. Cette attention singulière témoigne de la possibilité de reconnaître l'autre comme sujet et de nouer un lien non pas à une machine ou simplement un corps, mais à un humain. Pour Canguilhem, il est possible de ne pas réduire les gestes de la pratique médicale à leur matérialité technique et à leur caractère utilitaire. S'il ne renvoie qu'à une relation d'objet, un toucher en vient à être vécu comme une manipulation technique et violente alors qu'il peut être vécu tout autrement si ce toucher a comme visée un sujet. Même lors d'interventions ayant des effets inévitablement objectivant (un examen physique) ou lors d'interactions non-verbales (en réanimation), il est donc possible de ne pas être exclusivement dans une relation d'objet mais d'être aussi dans une relation intersubjective[1288]. Et cela s'applique aussi à la psychiatrie[1289].

C'est pourquoi, en ayant pour référence l'expérience subjective du patient et comme impératif de reconnaitre en chaque acteur de la relation de soin (patient autant que soignant) un sujet, le fondement de cette relation interhumaine pourrait bien être l'intersubjectivité. Une question se pose : comment l'expérience subjective, et donc normative, du patient rencontre celle du soignant. Ainsi que le développe Lefève, la normativité du patient s'inscrit dans une rencontre unique et singulière avec un soignant :

> La distinction du normal et du pathologique est subjectivement vécue et éprouvée par le malade avant d'être observée par le clinicien – qui sont tous deux à la fois des vivants ayant un rapport normatif à leur milieu et des sujets ayant un rapport normatif à leur monde tissé de normes sociales et, notamment, à la médecine comme pratique sociale[1290].

Quand bien même ils s'en défendraient, en se retranchant derrière le périmètre strictement scientifique et objectivant de leur fonction, les professionnels de santé – qui sont aussi « des vivants » et non pas des machines – ont leur propre *normativité*. Celle-ci les concerne naturellement eux d'abord (« un rapport normatif à leur milieu et […] à leur monde »), mais leur propre *normativité* peut aussi influencer leur appréciation clinique de la situation propre à chacun de leurs patients. Qu'un soignant en vienne lui-même à subir un état pathologique, son « nouvel ordre vital »[1291], c'est-à-dire sa (re)définition *normative*, ne sera pas sans conséquence sur sa pratique médicale. Si cela ne peut, *a priori*, pas altérer ses connaissances scientifiques ni modifier significativement son art de la clinique, en particulier sa maitrise technique, du moins cela pourrait-il avoir un impact sur ses évaluations cliniques comme sur ses propositions thérapeutiques, notamment du fait d'une sensibilité accrue aux effets multiples (y compris de nature non strictement sanitaire) de la condition d'*être* malade pour en avoir fait lui-même l'*expérience subjective*, et donc *normative*.

[1287] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*.
[1288] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit.* : « Le toucher dévient la reconnaissance tacite d'un corps humain et non pas d'un corps manipulable, vecteur d'une relation intersubjective qui compense ou atténue l'effet objectivant de l'examen médical ».
[1289] Delion Pierre, Coupechoux Patrick. *Op. cit.*
[1290] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.*, p. 111-112.
[1291] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique. Op. cit.*, p. 168.

Si Canguilhem souligne l'importance de reconnaître l'(inter)subjectivité comme l'essence d'une relation de soin authentique, seule la phénoménologie nous précise le moyen d'y accéder. Il ne saurait s'agir simplement d'une intention, celle de reconnaître l'autre comme sujet. Cela passe par la réduction phénoménologique qui implique le doute comme condition de la subjectivité comme de l'intersubjectivité[1292].

6 – Une approche bubérienne de la relation soin centrée sur la réciprocité

Pour tenter d'apporter un éclairage philosophique à la relation de soin et au concept de réciprocité, je m'appuie aussi sur le philosophe, d'origine viennoise, Martin Buber (1878-1965) et son ouvrage *Je et Tu*[1293]. Qualifié par l'un de ses commentateurs, Robert Misrahi, de « philosophe de la relation »[1294], le concept de réciprocité qui est au centre de sa philosophie[1295] est donc au fondement de la dimension intersubjective des interactions humaines[1296]. En se fondant sur la structure dialogique de la personne humaine[1297], il nous laisse entrevoir ce que le doute comme condition de l'(inter)subjectivité rend possible dans la relation de soin. Opérant comme condition de reconnaissance intersubjective, le doute au sens husserlien d'*épochè* et de réduction phénoménologiques permettrait de surmonter l'asymétrie tout en la conservant (puisqu'elle est inhérente à la relation de soin) grâce à la réciprocité. Il serait alors possible au sujet d'accepter cette épreuve du négatif comme un moment à comprendre et à dépasser. Je mobiliserai aussi la pensée et les écrits du médecin et philosophe Gérard Reach (1950-) qui s'est inspiré de Buber pour réfléchir au contexte bien particulier des soins et de la relation qui lie patients et soignants dans la société occidentale contemporaine, plus particulièrement en France où il pratique la diabétologie.

6.1 – Les « Mots-Principes » de Martin Buber

La première partie de *Je et Tu* s'intitule « Les Mots-Principes » et l'une des premières phrases du texte est la suivante : « Les bases du langage ne sont pas des mots isolés, ce sont des couples de mots », qu'il qualifie de mots-principes. Avant d'entrer dans le détail des deux modalités

[1292] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique*, et plus particulièrement au sous-chapitre *La réduction phénoménologique comme condition de l'intersubjectivité*.
[1293] Buber Martin, Misrahi Robert (présentation), Marcel Gabriel (avant-propos), Bachelard Gaston (préface). *Je et tu*. Paris: Aubier; 2012 [1923].
[1294] Misrahi Robert. *Martin Buber. Philosophe de la relation. Présentation, choix de textes, bibliographie par Robert Misrahi*. Paris: Seghers; 1968, p. 26 : « L'intuition centrale de la vie et de l'œuvre bubérienne réside dans sa philosophie nouvelle de la relation et, en outre, cette conception d'une relation nouvelle entre les hommes permet d'organiser les autres thèmes de la pensée de Buber ».
[1295] Buber Martin. *Op. cit*., p. 7.
[1296] *Ibid*., p.15 : « Dans le *Je-Tu*, le mouvement est immédiatement réciproque puisque ce sont deux consciences qui, face à face, se situent ensemble dans la double perspective de l'affirmation de l'autre comme Toi et de sa propre affirmation comme Je. (C'est Husserl qui, plus tard, soulignera le fait que ces deux mouvements, de l'une et l'autre conscience, sont des mouvements inverses et que c'est en cela qu'ils se reconnaissent et "coexistent") ».
[1297] *Ibid.,* p. 10 : Misrahi identifie, en Buber, « l'émergence d'une doctrine qui déborde de loin le cadre du judaïsme et de toute religion, doctrine qui concerne universellement tous les individus, quels qu'ils soient. Il s'agit de la pensée universelle et primordiale du dialogue ».

principales de la relation – de fait identifiées par les mots-principes *Je-Tu* et *Je-Cela* –, cette formule que Martin Buber utilise pour les désigner, et qui lui est propre, interroge. Dans son ouvrage consacré à Buber, Misrahi, qui les qualifie aussi de mots-clefs[1298], précise :

> […] il ne s'agit pas le moins du monde, pour Buber, d'entreprendre une analyse sémantique ou lexicographique, il s'agit au contraire de dévoiler la signification vivante (ou existentielle) de quelques termes qui, par leur contenu et leur intentionnalité jouent le rôle de *principes* véritables dans l'existence de l'homme[1299].

Buber établit un lien étroit entre le langage (« la signification ») et la modalité de la relation en tant qu'elle prend appui sur les termes choisis pour la définir (« leur contenu et leur intentionnalité »). Le langage définit ainsi la relation telle qu'elle se vit très concrètement (« la signification vivante (ou existentielle) »). Pour cela, et sans pour autant prétendre ni s'adonner à une analyse linguistique, il revient aux bases du langage, à ce qui est fondamentalement structurant dans le langage[1300]. Or parce que, selon Buber, « le monde est double pour l'homme »[1301], avec d'un côté les sujets, de l'autre les objets, il mobilise d'une part les pronoms personnels « Je » et « Tu » qui identifient des sujets singuliers, d'autre part le pronom démonstratif très général pour désigner tout ce qui relève de l'objet, à savoir « Cela ». Ce qui est structurant dans le langage s'avère tout aussi structurant dans la relation, tenant en cela fondamentalement « le langage comme porteur d'être »[1302]. A propos d'une relation intersubjective, ce sont les pronoms « Je » et « Tu » qui ne peuvent effectivement faire référence qu'à des sujets et se faire écho l'un à l'autre, qui seront mobilisés. Par contraste dès que la dimension d'objet intervient dans la relation, que ce soit en référence aux objets du monde ou à l'instar d'une relation à autrui qui serait réifiante, c'est le « Cela » qui est alors mobilisé. Lorsque Buber écrit : « Les mots qui sont la base du langage n'expriment pas une chose qui existerait en dehors d'eux, mais une fois dits ils fondent une existence »[1303], il affirme combien l'humain est un être de langage mais également la puissance performative du langage (« *principes* véritables ») dans le monde concret de la vie des humains (« signification vivante »), et non pas dans un monde théorique. Si les mots constituent notre vecteur de compréhension du monde, ils en conditionnent aussi nos actions et interactions en son sein. Les mots sont étroitement liés à l'existence, à son contenu et à son orientation (« par leur contenu et leur intentionnalité jouent le rôle de *principes* véritables dans l'existence »). C'est ainsi que les mots définissent une conduite de vie (« ils fondent une existence »), autant dire qu'ils déterminent notre attitude et notre direction[1304] dans l'existence. Misrahi ajoute qu'« ils [les mots-principes] expriment, en même temps qu'ils l'éclairent, une attitude que la conscience choisit elle-même d'adopter »[1305]. De même, lorsque Buber écrit que « l'attitude de l'homme est double en vertu de la dualité des mots fondamentaux, des *mots-principes* qu'il est apte à

[1298] *Ibid.,* p. 13.
[1299] Misrahi Robert. Op. cit., p. 55.
[1300] *Ibid*. : « C'est de la considération du langage humain que part Buber ».
[1301] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 35.
[1302] Misrahi Robert. *Op. cit*., p. 55.
[1303] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 35.
[1304] Misrahi Robert. *Op. cit*., p. 55 : « Les mots sont des directions et les mots-principes supposent donc, à chaque fois, deux termes inscrits dans une direction ».
[1305] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 13.

prononcer »[1306], il affirme encore, par-delà la question de la dualité (qui va être abordée), la puissance de ces *mots-principes* en tant qu'en même temps qu'ils révèlent la conscience[1307], ils en constituent de véritables « principes directeurs ». Ainsi que l'analyse Misrahi, ils « valent en effet comme principes directeurs d'une attitude intentionnelle (orientée et volontaire), attitude de la conscience qui, en même temps, exerce une action dans le monde »[1308]. Avant d'être une philosophie de la relation, la philosophie de Buber est une réflexion ontologique positionnant l'être comme une conscience qu'il définit par son intentionnalité (« attitude intentionnelle (orientée et volontaire) ») et par son inscription « dans le monde ». La conscience, selon Buber, n'est pas que pensée (contrairement au *cogito* cartésien) mais aussi inscription et action dans le monde. Ainsi, aux antipodes du solipsisme cartésien, cette conscience n'est pas close sur elle-même mais toujours tendue vers le monde (« attitude intentionnelle », « orientée ») dont elle est partie intégrante et dans lequel elle s'implique très concrètement (« exerce une action dans le monde »). C'est pourquoi le langage, à sa base même, c'est-à-dire au prisme des mot-principes, en plus du fait de structurer la pensée, soutient et oriente l'existence dans sa dynamique mondaine.

6.2 – Buber distingue deux modes de relation : *Je-Cela* et *Je-Tu*

En plus de révéler la conscience et d'en éclairer l'intentionnalité, Buber souligne combien les mots-principes permettent d'en affirmer aussi la nature fondamentalement relationnelle. C'est ainsi qu'il écrit dans les toutes premières lignes de *Je et Tu* : « Les bases du langage ne sont pas des noms de choses, mais de rapports »[1309]. D'emblée, Buber positionne explicitement sa doctrine à savoir qu'il positionne la relation (« rapports ») comme fondement logique et existentiel. Le langage, non seulement révèle et structure la conscience, mais il en pose le fondement relationnel[1310]. La conscience est en relation avec le monde, l'homme est « présent aux autres »[1311], en lien avec eux. Mais à partir des mots-principes *Je-Tu* et *Je-Cela*, Buber distingue deux modes de présence au monde très distincts ainsi que ce propos en témoigne :

> L'une de ces bases du langage, c'est le couple *Je-Tu*.
>
> L'autre est le couple *Je-Cela*, dans lequel on peut aussi remplacer *Cela* par *Il* ou *Elle* sans que le sens en soit modifié.
>
> Donc le *Je* de l'homme est double, lui aussi.
>
> Car le *Je* du couple verbal *Je-Tu* est autre que celui du couple verbal *Je-Cela*[1312].

[1306] *Ibid.,* p. 35.
[1307] *Ibid.,* p. 13 : « c'est la conscience elle-même qui se révèle dans les mots qu'elle emploie. […] Parce qu'il y a une unité foncière entre la conscience et les mots qui l'expriment ».
[1308] *Ibid.* : « Ils [les mots-principes] valent en effet comme principes directeurs d'une attitude intentionnelle (orientée et volontaire), attitude de la conscience qui, en même temps, exerce une action dans le monde ».
[1309] *Ibid.,* p. 35.
[1310] Misrahi Robert. *Op. cit*., p. 56 : « Ainsi, le monde absolu ou le monde humain se donnent essentiellement comme relation, mais le fondement, le socle et la condition de toute relation est un Mot-Principe, c'est-à-dire une *direction de la conscience qui parle* ».
[1311] *Ibid*., p. 55 : « s'il tient le langage comme porteur d'être, c'est qu'il s'agit […] de cette conduite effective et réalisatrice que l'homme adopte parce qu'il est homme et parce qu'il est présent aux autres ».
[1312] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 35.

Les deux couples distincts de termes *Je-Tu* et *Je-Cela*, d'une part renvoient à deux registres distincts de l'existence, d'autre part désignent une attitude fondamentale de la conscience en conséquence de la distinction de ces registres. Buber insiste sur l'importance du langage à son fondement (« L'une de ces bases du langage ») et combien ce n'est pas un mot isolé mais un couple de mots qui définit une attitude donnée dans l'existence. C'est parce qu'il y a une relation entre des mots qu'il y a une attitude relationnelle fondamentale de l'existence dans le monde. Misrahi dit à ce propos : « à la fois couple de mots et relation bipolaire des êtres signifiés par ces mots »[1313]. Cette attitude fondamentalement relationnelle de l'être dans le monde et sa distinction en deux modalités relationnelles distinctes (« L'une […] L'autre »), sont signifiées par ce que Buber estime être la base du langage, à savoir ces deux couples de mots, *Je-Tu* et *Je-Cela* en tant que « deux intentionnalités dynamiques » pour reprendre des termes de Misrahi[1314]. Cette extrême sobriété de la langue n'enlève rien à la profondeur et souligne au contraire à quel point c'est un fondement de l'être, à savoir que le simple lien entre deux mots le définit ontologiquement dans la relation. Par ailleurs, si ces deux couples de mots se ressemblent, leur distinction n'en est pas moins radicale en ce que « Tu » n'est radicalement pas « Cela » et réciproquement. « Tu » renvoie au « Je » en tant que lui-même sujet et vient ainsi signifier la reconnaissance intersubjective. « Cela » renvoie quant à lui à l'extériorité de l'objet appréhendé par un « Je » distinct et distancié. Si, dans le couple *Je-Tu*, « Je » et « Tu » sont indistinguables en tant que sujets se reconnaissant réciproquement l'un l'autre comme « Je » et « Tu », le « Tu » d'un « Je » étant tout autant le « Je » pour un « Tu », le couple *Je-Cela* marque tout au contraire la distanciation, la non-reconnaissance, l'absence de réciprocité. Si le « Cela » est appréhendé comme chose et qu'il est, selon Buber, possible de « remplacer *Cela* par *Il* ou *Elle* sans que le sens en soit modifié », c'est parce que la distanciation, la non-reconnaissance, la chosification conduisent parfois à identifier l'autre (« *Il* ou *Elle* ») comme un « Cela » dans une modalité relationnelle de type *Je-Cela*, quand bien même elle aurait pu être de type *Je-Tu*. C'est pourquoi Buber affirme la dualité du « Je » (« le *Je* de l'homme est double ») en cohérence avec son affirmation de la dualité du monde pour l'homme (« Le monde est double pour l'homme »), appréhendé soit comme sujet soit comme objet, indiquant dès lors deux modes de relation au monde, soit de type *Je-Tu*, soit de type *Je-Cela*[1315]. Que la dualité du « Je » rende ses deux modalités de relation au monde non exclusives l'une de l'autre, il ne s'agira pourtant pas du même « Je » dans l'une et l'autre de ces relations (« le *Je* du couple verbal *Je-Tu* est autre que celui du couple verbal *Je-Cela* »). Ce qu'il précise de la façon suivante :

> Il n'y a pas de *Je* en soi ; il y a le *Je* du mot-principe *Je-Tu* et il y a le *Je* du mot-principe *Je-Cela.*
>
> Quand l'homme dit *Je*, il veut dire l'un ou l'autre : *Tu* ou *Cela*[1316].

Ainsi que déjà précisé, le « Je » est un « Je » pour un « Tu » tout autant qu'il est un « Tu » pour un « Je », ce qui ne le l'empêche pas de demeurer un « Je », concrétisant en cela le principe de

[1313] Misrahi Robert. *Op. cit*., p. 55.
[1314] *Ibid*. : « Les deux principes existentiels et « parlés » de la situation fondamentale de l'homme sont donc en réalité deux formes de relation bipolaire, deux intentionnalités dynamiques ».
[1315] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 35 : « l'attitude de l'homme est double en vertu de la dualité des mots fondamentaux, des *mots-principes* ».
[1316] *Ibid*., p. 36.

la reconnaissance intersubjective fondée sur la réciprocité. Dans une relation de type *Je-Cela*, le « Cela » qui est une chose distanciée, et non subjective (quand bien même il s'agirait d'un « *Il* ou *Elle* »), n'est jamais un « Je ». Inversement, lorsque le « Je » est dans une modalité relationnelle de type *Je-Cela*, il devient lui-même un « Cela », c'est-à-dire qu'il n'est plus lui-même appréhendé comme sujet mais comme objet. Car ce n'est qu'en reconnaissant l'autre comme un « Tu », c'est-à-dire comme un sujet, que le « Je » peut-être le « Je » d'une relation *Je-Tu* et non pas d'une relation *Je-Cela*. Pouvant être un « Tu » lui-même, il est alors un « Je » en tant que sujet[1317]. C'est pourquoi, ainsi que l'affirme Buber, le « Je » peut effectivement être double dans sa relation au monde (« Quand l'homme dit *Je*, il veut dire l'un ou l'autre : *Tu* ou *Cela* »), puisqu'il peut tout autant être dans une relation de sujet à sujet (« le *Je* du mot-principe *Je-Tu* ») que de sujet à objet (« le *Je* du mot-principe *Je-Cela* »), et ainsi perdre sa reconnaissance en tant que sujet que seule apporte la relation intersubjective de type *Je-Tu*. C'est pourquoi, effectivement « Il n'y a pas de *Je* en soi » puisqu'il est soit « le *Je* du mot-principe *Je-Tu* » soit « le *Je* du mot-principe *Je-Cela* ».

6.3 – La réciprocité plutôt que la chosification

La distinction que Martin Buber opère entre « le *Je* du mot-principe *Je-Tu* » et « le *Je* du mot-principe *Je-Cela* », qui justifie que « le *Je* de l'homme [soit] double », est centrée sur la dimension relationnelle qu'il estime, en réalité, absente de la modalité d'être au monde de type *Je-Cela*. Partant, Buber semble opérer une critique de la chosification à l'œuvre du sujet dans bien des relations qu'elle appauvrit en conséquence, ainsi que son époque a pu lui en fournir maints exemples, notamment au prisme de l'essor des sciences positives tendant à réduire le sujet à un objet d'étude ainsi que du principe utilitariste[1318]. Le propos de Buber est le suivant :

> Dire *Tu*, c'est n'avoir aucune chose pour objet. Car où il y a une chose, il y a une autre chose, chaque *Cela* confine à un autre *Cela*. *Cela* n'existe que parce qu'il est limité par d'autres *Cela*. Mais dès qu'on dit *Tu*, on n'a en vue aucune chose. *Tu* ne confine à rien.
>
> Celui qui dit *Tu* n'a aucune chose, il n'a rien. Mais il s'offre à une relation[1319].

Si « Tu » et « Cela », dans leur lien au « Je », renvoient non seulement à deux modes d'être en relation radicalement différents, ils conditionnent aussi le statut du « Je ». Le couple *Je-Cela* renvoie au monde empirique des choses (« chose pour objet »), tandis que le couple *Je-Tu* renvoie au monde humain de la relation (« Celui qui dit *Tu* […] s'offre à une relation »). Dans le couple *Je-Cela*, le *Je* renvoie à une chose (« *Cela* n'existe que parce qu'il est limité par d'autres *Cela* ») et se voit traité comme tel (« où il y a une chose, il y a une autre chose »,

---

[1317] Misrahi Robert, « BUBER Martin, 1878-1965 » in Huisman Denis (dir.), Alquié Ferdinand (préface), Conche Marcel (introduction), Bourgeois Bernard (avant-propos) *Dictionnaire des philosophes*. Paris: Presses universitaires de France; 1993, p. 451-454, ici p. 452 : « C'est par l'autre que le Je se découvre comme conscience non réifiée ».

[1318] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 29. Dans sa préface, Gaston Bachelard, dénonce férocement l'utilitarisme associé à l'inquiétante extension du mode de fonctionnement d'être de type *Je-Cela* : « Notre dispersion spirituelle dans le règne du cela, au détriment du règne du tu, a envahi peu à peu le domaine des relations sociales, et nous a fait invinciblement considérer les personnes comme des moyens. Si haut que l'on place l'utilité, elle reste un thème égoïste qui doit finalement fausser les âmes ».

[1319] *Ibid.,* p. 37.

« chaque *Cela* confine à un autre *Cela* »), tandis que dans le couple *Je-Tu*, le *Je* n'est jamais une chose (« dès qu'on dit *Tu*, on n'a en vue aucune chose »), mais une conscience.

Buber cherche à mettre en lumière et clarifier les dangers que fait courir le règne grandissant du « Cela », lequel conduit à généraliser le principe de réification du sujet de plus en plus souvent privé de la dimension relationnelle de l'existence. D'une part, en retour de l'identification qu'elle applique à l'autre en tant que « Cela » la conscience se constitue elle-même comme objet. Dans une relation de type *Je-Cela*, le « Je » se trouve lui-même être un « Cela », il est chosifié. D'autre part, pour Martin Buber, « L'homme qui participe à la connaissance empirique des choses ne participe point au monde. La connaissance empirique se passe en lui et non entre lui et le monde »[1320]. Il n'y a donc pas de relation du « Je » à ce qui est identifié comme « Cela », c'est-à-dire comme chose. Le « Je », en tant que *Je-Cela*, n'est pas dans la relation. L'homme, en tant que *Je-Cela*, chosifie autant qu'il se chosifie. Etant lui-même objet, il se trouve seul et distant car hors la relation *Je-Tu*, seule garante d'une reconnaissance réciproque en tant que sujet. L'objectivation et l'objectivité, étant en dehors de la relation, elles conduisent à la solitude du sujet. Misrahi résume cette modalité d'être au monde de type *Je-Cela* sans les termes suivants : « Dans ce rapport de choséité avec le monde, rapport qui en retour chosifie et "objectivise" le sujet lui-même, aucune relation interne et réciproque ne s'établit entre l'homme et le monde »[1321].

La perspective *Je-Tu* est toute différente puisque fondée sur l'intentionnalité relationnelle en tant qu'elle est fondamentalement orientée vers un sujet. Il s'agit d'une ouverture et d'une attention à l'autre comme sujet et non pas en tant que « chose entre les choses »[1322]. « Dire *Tu*, c'est n'avoir aucune chose pour objet » écrit Buber, avec résolution et fermeté. La modalité d'être de type *Je-Tu* conduit, dans le même mouvement de reconnaissance de l'autre, non pas en tant que « Cela », mais en tant que « Tu » (« Celui qui dit *Tu* n'a aucune chose »), à pouvoir être soi-même reconnu comme sujet relié à un autre sujet (précisément tel qu'y invite le mot-principe *Je-Tu*), comme conscience reliée à une autre conscience. C'est pourquoi la relation *Je-Tu* fonde en son cœur le principe de réciprocité ainsi que l'analyse Gaston Bachelard, qui la qualifie de « catégorie bubérienne la plus précieuse » dans sa préface à *Je et Tu* :

> Cette réciprocité, on ne la trouve jamais clairement sur l'axe du je-cela. Elle n'apparait vraiment que sur l'axe où oscille, où vibre le je-tu. Alors, oui, l'être rencontré se soucie de moi comme je me soucie de lui. Il espère en moi comme j'espère en lui. Je le crée en tant que personne dans le temps même où il me crée en tant que personne[1323].

Si, dans la relation *Je-Tu*, deux consciences se reconnaissent réciproquement dans l'affirmation active de l'autre (chaque « Je » identifiant l'autre comme un « Tu ») comme de soi-même (puisque j'identifie l'autre comme un « Tu », je suis un « Je ») en tant que sujets d'une rencontre

[1320] *Ibid.,* p. 38. Martin Buber complète ainsi : « Le monde n'a pas de part à l'expérience. Il se laisse expérimenter, mais il ne s'en soucie pas, car cette expérience ne lui ajoute rien et il n'en est pas atteint ».
[1321] *Ibid.,* p. 14.
[1322] *Ibid.,* p. 41 : « Lorsque, placé en face d'un homme qui est mon *Tu*, je lui dis le mot fondamental *Je-Tu*, il n'est plus une chose entre les choses, il ne se compose pas de choses ».
[1323] *Ibid.,* p. 29.

et d'une relation véritable, Bachelard rend la chose moins abstraite en mobilisant notamment la notion de souci de l'autre. Cette reconnaissance ne consiste pas seulement à dire de l'autre qu'il serait un sujet, un « Tu » sans attitude ni action qui la valideraient. Elle relève d'une expérience partagée entre le « Je » et le « Tu » d'attention tournée réciproquement l'un envers l'autre (« se soucie de moi comme je me soucie de lui. Il espère en moi comme j'espère en lui »), de ce que Buber qualifie de *présence*. De plus ce mouvement de reconnaissance, aux antipodes d'un état passif sous-tendu par le hasard de rencontres impromptues[1324], relève d'un véritable engagement réciproque l'un à l'égard l'autre[1325], en tant qu'attention pure, non utilitaire et indépendante de toute causalité[1326]. Tel un acte de deux consciences en « face à face »[1327], chaque conscience tourne intentionnellement son attention vers l'autre pour le poser comme sujet et être conséquemment soi-même posée comme sujet (« Je le crée en tant que personne dans le temps même où il me crée en tant que personne ») conformément au mot-principe *Je-Tu*. C'est pourquoi Martin Buber affirme que le sujet ne peut advenir et exister vraiment que dans la reconnaissance de l'autre et dans la relation. Le « Je » pour être « Je » et se percevoir comme existant, a besoin du « Tu ». « Je m'accomplis au contact du *Tu*, je deviens *Je* en disant *Tu*. Toute vie véritable est rencontre »[1328] écrit Buber de façon limpide et efficace. L'homme en tant que sujet n'existe pas en dehors de la relation ni antérieurement à celle-ci (« je deviens *Je* en disant *Tu* »). Le sujet émerge de la rencontre (« Je m'accomplis au contact du *Tu* »), le sujet ne peut *être* que parce qu'il est dans la relation à un autre sujet. Seul le *Tu* permet de faire advenir le *Je*.

C'est, en usant d'un propos en négatif, que les mots de Martin Buber viennent éclairer cette dimension essentielle pour lui de *présence* en ce qu'elle caractérise, dans son opposition à l'objet[1329], le mode de la relation *Je-Tu*. Buber écrit à ce propos :

> Une présence n'est pas quelque chose de fugitif et de glissant, c'est un être qui nous attend et qui demeure. L'objet n'est pas durée mais stagnation, arrêt, interruption, raidissement, isolement, absence de relation et de présence[1330].

[1324] Misrahi Robert. *Op. cit*., p. 27-28 : « La "rencontre" n'est pas un évènement subi ; à la différence des significations populaires que le mot a acquises, il ne s'agit pas ici d'un évènement extérieur, contingent, imprévisible, et qui adviendrait au sujet, préoccupé par ailleurs de tout autre chose. En aucun cas, la rencontre authentique ne saurait être un accident, la croisée objective et imprévue de deux séries d'évènements, le hasard nu ».

[1325] *Ibid*., p. 27-28 : « la rencontre est un acte. Du côté du sujet humain considéré […] doit s'opérer d'abord une action totalisatrice, un rassemblement et comme une concentration de tout son être ; c'est alors l'homme tout entier, agissant dans sa pourpre plénitude qui agit ».

[1326] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 44 : « Entre le *Je* et le *Tu* ne s'interpose aucun jeu de concepts, aucun schéma et aucune image préalable […]. Entre le *Je* et le *Tu* il n'y a ni buts, ni appétit, ni anticipation ».

[1327] *Ibid.,* p. 16-17 : Robert Misrahi synthétise l'évènement de *la rencontre* théorisé par Martin Buber comme suit : « C'est en se reconnaissant réciproquement que les consciences se créent et s'affirment » ; « Elle est un acte. Elle est l'acte simultané et réciproque de deux consciences qui, dans le face à face, s'engagent activement à l'égard de l'autre ».

[1328] *Ibid.,* p. 44.

[1329] *Ibid.,* p. 45 : « dans la mesure où l'homme se satisfait des choses qu'il expérimente et utilise, il vit dans le passé et son instant est dénué de présence. Il n'y a que des objets ».

[1330] *Ibid.*

Dans cette citation Buber énonce les conditions de possibilité d'une rencontre intersubjective véritable, une relation *Je-Tu*, laquelle n'est pas qu'une rencontre interhumaine. Pour qu'une telle rencontre puisse avoir lieu, il faut que chacun des sujets de la relation puisse ne pas être appréhendé comme « objet » mais comme « présence ». Si le procédé rhétorique utilisé par Buber déstabilise, puisqu'il fonde sa démonstration en usant du contraire, c'est peut-être du fait justement du risque de confusion entre « objet » et « présence ». Or, cette distinction est cruciale puisqu'elle permet de différencier les relations *Je-Tu* et *Je-Cela*. Buber définit la « présence » comme le fait pour le sujet de pouvoir être dans la stabilité (« qui demeure ») autant que la durée (« pas quelque chose de fugitif et de glissant ») de l'attente attentionnée de l'autre (« ce qui nous attend »). Si cette notion de stabilité peut alimenter une confusion possible avec la « stagnation » qui caractérise l'objet, elles n'ont pourtant rien à voir. La stabilité dont il s'agit est propre à la présence d'un sujet à un autre sujet, elle définit la condition de la rencontre par la présence vivante (« à l'inverse du « raidissement » ») et attentive d'un être à un autre (« un être qui nous attend et qui demeure ») et réciproquement. Elle relève de la relation intersubjective par opposition à une relation réifiante telle qu'elle peut advenir à l'égard d'un corps dont le sujet qui l'habite serait nié. Tout ce qui définit l'objet, selon Buber, à savoir « stagnation, arrêt, interruption, raidissement, isolement », s'oppose à la possibilité d'identifier un être en tant que « présence ». Non seulement cela le réduit à n'être considéré que comme un objet (par exemple, un corps, un organe, une tumeur) mais cela s'oppose également à la possibilité d'une rencontre véritable (« absence de relation et de présence »).

Cette approche bubérienne de la relation a pu être appliquée à une meilleure compréhension de la situation spécifique de la relation de soin, ainsi qu'en témoigne tout particulièrement la réflexion et les travaux de Gérard Reach. L'analyse consacrée à la relation de soin entre Philippe Lançon et sa chirurgienne Chloé Bertolus permettra par ailleurs d'en apporter une illustration[1331].

6.4 – Quand un médecin occidental propose une lecture bubérienne de la relation de soin

Gérard Reach s'est inspiré de l'œuvre de Martin Buber pour réfléchir à la relation de soin dans le contexte de la médecine occidentale fondée sur les sciences médicales. La distinction *Je-Cela* et *Je-Tu* que propose Martin Buber parait particulièrement pertinente et utile pour comprendre les différentes modalités relationnelles qui lient patients et soignants.

6.4.1 – La prévalence d'une relation de type Je-Cela en biomédecine occidentale

Gérard Reach note, et la pratique médicale au quotidien le confirme, que la relation de soin entre un patient et un soignant fonctionne d'abord selon une modalité relationnelle de type *Je-Cela*[1332]. C'est même un principe déontologique soutenu comme une priorité par le « serment

[1331] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus*.
[1332] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 356 et 363.

d'Hippocrate »[1333], relayé ensuite par le « serment de Genève »[1334], à savoir préserver la santé et le bien-être. Pour ce faire, le professionnel de santé est donc d'abord sommé de prévenir et de soigner des maladies ainsi que de réparer des traumatismes. Son rapport au patient est ainsi primordialement déterminé par la pathologie à diagnostiquer et à traiter, ou du moins par l'état de santé et de bien-être à rétablir ou préserver, et non pas par ce qui fait de la personne concernée un être singulier avec lequel une relation autre qu'instrumentale pourrait s'établir et contribuer aux soins. Les enjeux et les modalités pratiques de son exercice le confirment. Les critères et outils dont il dispose à cet effet relèvent de lois physiologiques relatives aux êtres vivants ainsi que de connaissances objectives, notamment en termes de physiopathologie et de thérapeutique, qui fondent la science médicale et la pratique des bio-soignants qui en découle. L'objectivation d'un état de maladie sur la base de critères concrets (cliniques, morphologiques, biologiques, moléculaires, etc.), l'identification d'une pathologie comme faisant partie d'une nosographie dont la science biomédicale, en son état actuel, a validé les éléments diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques, enfin le traitement de cet état pathologique, dans le respect des recommandations sanitaires en vigueur, constituent les fondements de sa mission en tant que bio-soignant. Soigner passe ainsi, prioritairement, par l'appréhension d'une personne comme un « Cela », et même comme une multitude et une diversité de « Cela » au gré de la fragmentation du corps en ses divers organes, constituants, fonctions, de sorte à pouvoir chacun les traiter (ou les préserver) en se basant, à cet effet, sur le principe bernardien du déterminisme[1335]. Dans une telle configuration, le professionnel de santé se trouve bien primordialement et majoritairement dans une modalité de relation de type *Je-Cela* avec ses patients.

Or, n'appréhender une personne qu'au prisme d'une maladie ou de données biomédicales objectives, conduit non seulement à se comporter avec elle comme avec une chose, mais à se chosifier aussi soi-même, c'est-à-dire à être identiquement un « Cela » et conséquemment à être seul, hors la relation. Il s'agit là d'une configuration de la biomédecine occidentale qui n'aurait probablement pas manqué de soucier Buber, si l'on s'en tient au propos suivant :

> L'homme explore la surface des choses et il les expérimente. Il tire d'elles un savoir relatif à leur nature, une connaissance expérimentale. Il dégage le caractère empirique relatif aux choses. Mais les expériences à elles seules ne suffisent pas à rapprocher l'univers de l'homme[1336].

[1333] Je renvoie au conseil national de l'ordre des médecins. En ligne : Serment d'Hippocrate (conseil-national.medecin.fr), consulté le 20 juillet 2024 : « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux ».

[1334] Hippocrate, Jouanna Jacques (Trad. et introduction), Van Blancke Benjamin (illustrations). *Serment. Loi. Testament*. Paris: Les belles lettres; 2021 : « Je considèrerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ».

[1335] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[1336] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 37. Martin Buber précise quelques lignes plus loin que ce propos ne s'applique pas qu'à « la surface des choses » mais à tout ce qui est considéré comme « chose » : « On n'y changera rien en ajoutant aux expériences externes les expériences internes, selon une distinction nullement éternelle qui naît du besoin qu'a l'espèce humaine de rendre moins aigu le mystère de la mort. Choses externes ou choses internes, choses parmi les choses ! ».

Buber approfondit ici la modalité *Je-Cela* consistant à appréhender le monde et les êtres comme des choses. Il ne nie pas l'importance du couple *Je-Cela* en ce qu'il vise la connaissance des choses (« L'homme explore ») et y parvient (« Il tire d'elles un savoir relatif à leur nature »). Il constate cependant que cette connaissance repose sur l'expérience (« caractère empirique relatif aux choses ») et l'expérimentation (« il les expérimente », « connaissance expérimentale »). Or, c'est ce qu'il semble déplorer puisque c'est précisément ce qui distingue le couple *Je-Cela* du couple *Je-Tu* (lequel n'est aucunement dans l'expérimentation objectivante) et ce qui concrétiserait, selon lui, ses insuffisances. Pour Buber, en visant le monde de cette façon, c'est-à-dire au prisme de l'exploration des choses via l'expérimentation, autant dire de façon scientifique, non seulement l'homme n'en atteint pas la profondeur (« explore la surface des choses ») mais il n'est pas même en relation avec le monde (« ne suffisent pas à rapprocher l'univers de l'homme »). S'il apporte certes de la connaissance, le couple *Je-Cela* ne permet pas à l'homme d'être dans le monde mais, tout au contraire, le conduit à l'isolement dans l'objectivité. « L'homme qui participe à la connaissance empirique des choses ne participe point au monde »[1337] écrit-il en ce sens. Selon cette modalité *Je-Cela*, l'homme demeure distancié de ce que Buber définit comme « l'univers », terme englobant tout ce qui existe pour l'homme (y compris à l'échelle spirituelle, intellectuelle, artistique, émotionnelle, poétique, etc.)[1338] par contraste avec la seule matérialité des choses puisqu'il ne le réduit précisément pas à l'univers physique. Il est donc seul, parce que contrairement à la modalité *Je-Tu*, il demeure en dehors de ce type de relation qui, pour Buber, est la seule modalité de relation véritable. La biomédecine occidentale contemporaine se trouve dans une telle configuration, c'est-à-dire sous le règne du *Je-Cela*. Tels qu'expérimentation mais aussi empirie s'y trouvent à l'œuvre, en plus du fait qu'elle fonde sa pratique sur les preuves objectives et rigoureuses, la biomédecine occidentale ouvre peu d'espace à une modalité de relation entre patient et soignant de type *Je-Tu*. Or, la conséquence majeure d'une pratique médicale uniquement basée sur la méthode scientifique est la solitude de l'homme dans le monde de l'objectivité. Être dans une modalité relationnelle de type *Je-Cela* en médecine, c'est faire exister les données de santé en dehors même de la personne qu'elles concernent, ce qui ne relève pas d'une rencontre véritable avec cette personne.

Nombreux sont, dans la sphère médicale, les exemples concrets d'application du mode de relation de type *Je-Cela* : le pneumologue qui effectue un diagnostic et des prescriptions sur la seule base des résultats d'imagerie pulmonaire et d'exploration fonctionnelle respiratoire sans même voir le patient concerné ; l'hématologue qui effectue un diagnostic et des prescriptions sur la seule base des résultats d'une « numération formule sanguine » (NFS) et de la recherche d'adénopathies et/ou organomégalies à l'examen clinique ; le dermatologue qui effectue un diagnostic et des prescriptions sur la seule base des résultats d'une photographie de lésions cutanées et de leur analyse histologique. Cette liste amorcée pourrait être sans fin tant les exemples sont innombrables. Le mode de relation de type *Je-Cela*, consistant à appréhender les patients au prisme de données biomédicales comme de gestes techniques, est en fait inévitable et omniprésent en médecine. Il est d'ailleurs notable que la présence physique du patient – le

[1337] *Ibid.,* p. 38 : Buber complète ainsi « La connaissance empirique se passe en lui et non entre lui et le monde ».
[1338] Je me réfère à la définition du CNRTL : « L'ensemble de tout ce qui existe, la totalité des êtres et des choses ». En ligne : UNIVERS : Définition de UNIVERS, consulté le 09 décembre 2025.

fait que le pneumologue ou le dermatologue effectuent un examen clinique – ne paraît même plus nécessaire. Quand bien même elle induirait une rencontre interhumaine (situation qui demeure, somme toute, encore la plus fréquente), elle ne changerait rien à l'orientation des soins et n'en demeurerait pas moins toujours une relation de type *Je-Cela*. Le patient comme le soignant se trouvent dans le monde de l'objectivité pure et conséquemment seuls, pris dans une interaction entre deux corps non subjectivés, n'ayant plus rien à voir avec la *présence* au sens où Buber l'entend (ainsi que précédemment développé). Tel en est-il du chirurgien cardiaque qui, devant « agir vite et accomplir des gestes qui exigent une concentration absolue »[1339], ne pense plus du tout à la personne jusqu'à même en oublier le visage du patient lorsqu'il l'opère[1340]. Il ne pense plus qu'à l'organe et au corps-machine qu'il fait fonctionner en le réparant. Il en est aussi de l'hématologue allogreffeur qui, après avoir décidé d'une greffe hématopoïétique à très haut risque toxique, peut ainsi enclencher toute la procédure sans être submergé d'émotion, si ce n'est de culpabilité – et conséquemment être empêché d'agir – à la perspective des effets indésirables particulièrement graves, y compris mortels, qu'elle pourra susciter.

6.4.2 – Reach invite à faire cohabiter les relations de type Je-Cela et Je-Tu au cœur du soin

Si l'être définie en tant que *présence*, c'est-à-dire au sens bubérien d'un « être qui nous attend et qui demeure »[1341], se distingue en tous points de l'être chosifié, l'un et l'autre ne sont pourtant pas exclusifs. Le corps des êtres humains peut certes être considéré comme un objet, mais cela n'exclut pas de considérer aussi le sujet de ce corps en tant que « présence » à l'autre, au prisme d'une relation de type *Je-Tu* et de son inscription dans le monde en tant qu'y étant pleinement relié.

Gérard Reach souligne combien, dans le cadre de la relation de soin, les modalités relationnelles *Je-Cela* et *Je-Tu* ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Le temps médical est certes affecté par sa forte charge techno-scientifique et par son impératif d'objectivation des maladies et des critères permettant de les traiter. Cette relation de type *Je-Cela*, qu'il qualifie de temps de la *consultation*, n'en est pas moins indispensable[1342]. Mais, nous dit-il, si cette relation *Je-Cela*, correspond à la nécessaire application de la médicine objectivante et de ses inestimables bienfaits pour la santé, elle ne devrait pourtant pas être exclusive. Ce temps de la *consultation* devrait aussi pouvoir être associé (ou du moins toujours y tendre) à un temps de rencontre selon la modalité *Je-Tu*, non chosifiante et où l'asymétrie inéluctable entre patient et soignant[1343]

[1339] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 110.
[1340] Je remercie Roberto Poma d'avoir partagé ce témoignage. Si ce vécu expérientiel d'un chirurgien cardiaque évoque l'approche philosophique que propose Emmanuel Levinas du visage comme concept central de la relation à autrui (Levinas Emmanuel. *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. Paris: Librairie générale française; 1990), il apparaît en phase avec la relation de type *Je-Tu* selon Buber.
[1341] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 45.
[1342] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 389-390 : « Il ne faut surtout pas faire disparaître […] la consultation, l'essence du métier de médecin […] dont il fait bénéficier une personne qui a une maladie, et c'est ce que cette personne attend ».
[1343] *Ibid.,* p. 390 : « une *consultation*, processus dont l'asymétrie est liée à la notion de métier – non, nous ne sommes pas d'égal à égal ».

pourrait, un tant soit peu, s'estomper voire disparaître[1344]. Par contraste avec la consultation, ce temps, qu'il qualifie de *conversation*, permet de ne pas être dans un rapport d'objectivation, de distanciation et, s'agissant du soignant un rapport de de domination. Il ne s'agit plus désormais que de *présence* de l'un à l'autre, à savoir le fait d'être là pour l'autre, et réciproquement, le fait de se soucier de l'autre comme il se soucie de moi au point de brouiller les statuts de soigné et de soignant. Ce temps de *conversation* selon un mode *Je-Tu* concrétise le principe même de réciprocité[1345], le fait de reconnaître l'autre comme sujet, ainsi que soi-même être reconnu comme tel.

Reach postule que ces deux modalités relationnelles, consultation (*Je-Cela*) et conversation (*Je-Tu*), peuvent cohabiter et plus encore qu'elles peuvent avoir lieu « *en même temps* »[1346]. Une telle analyse, et le projet qu'elle sous-tend pour la relation de soin qu'il qualifie de « changement de paradigme »[1347], n'est pas sans écho avec le texte de Buber lorsqu'il écrit que « la ligne de démarcation entre le *Tu* et le *Cela*, d'ailleurs mouvante et flottante, […] sépare la présence vivante et l'attention objective »[1348]. Buber rappelle certes ici combien il ne saurait y avoir de substitution possible « entre le *Tu* et le *Cela* », tant ils se distinguent franchement (« démarcation », « sépare »). Tout en réaffirmant l'essence du « *Tu* » comme « présence », il en affirme d'autant plus la distinction d'avec l'objet auquel renvoie le « *Cela* », qu'il lui ajoute, tel un pléonasme, l'adjectif vivant (« présence vivante ») par opposition au caractère inerte de l'objet. Pour autant, il ne nie pas une certaine porosité (« démarcation […] mouvante et flottante ») et donc, si ce n'est un *continuum* possible entre l'un et l'autre, du moins une cohabitation possible du « Tu » et du « Cela », sous réserve qu'il n'y ait aucune confusion quant au périmètre respectif de chacun (« ligne de démarcation »). Lui non plus, ne nierait donc pas l'importance de la modalité relationnelle *Je-Cela* puisque la qualification, plutôt valorisante, d'« attention objective » tend à en signifier la valeur. Avoir de l'intérêt pour le « Cela », c'est s'appliquer à le connaître, mais aussi à produire des outils d'expertise et d'intervention, ne serait-ce que pour ne pas y être soumis en cas d'avarie. Au prisme de l'objectivation scientifique et de la consultation médicale, la médicine témoigne constamment de l'utilité et donc la nécessité de cette modalité *Je-Cela*. A cet égard, Reach insiste bien sur le fait que la consultation « constitue à la fois l'occasion et le domaine de la rencontre »[1349], qu'elle préexiste donc au temps éventuel de la conversation. Car, précise-t-il, ce n'est pas une rencontre pour prendre le thé mais bien un motif médical qui motive la personne qu'est le patient à rencontrer une autre personne dotée du « métier de soigner »[1350]. C'est dire s'il importe de préserver et de respecter le temps de la consultation. Or, si le *Je-cela* est à la fois inévitable et nécessaire en médecine, s'il tend même parfois à être mobilisé de façon exclusive par certains bio-médecins, il

[1344] *Ibid.,* p. 390 : « Il faut rajouter à cette situation un processus symétrique, et c'est bien celui de la conversation » ; p. 391 : « l'échange que réalise cette conversation est d'une totale symétrie ».
[1345] *Ibid.,* p. 389 : « chacun étant pour l'autre un *Je* et un *Tu* : bref, la notion de réciprocité ».
[1346] *Ibid.,* p. 390 : « *une rencontre entre des personnes* qui, *en même temps*, réalise une *consultation* […] et une *conversation* » ; p. 391 : « c'est bien *en même temps* que les deux postures doivent avoir lieu, et c'est peut-être là que se situe véritablement l'art de la médecine ».
[1347] *Ibid.,* p. 389.
[1348] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 45.
[1349] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 390.
[1350] *Ibid*.

semblerait aussi qu'il puisse être freiné, perturbé, voire empêché par la relation de type *Je-Tu*. Le propos suivant de Buber semble le suggérer :

> Tant que le ciel du *Tu* se déploie au-dessus de moi, les vents de la causalité s'accroupissent à mes talons et le tourbillon de la fatalité se fige.
>
> L'homme que j'appelle *Tu*, je n'ai pas de lui une connaissance empirique. Mais je suis en relation avec lui dans le sanctuaire du mot fondamental *Je-Tu*. C'est au sortir de ce sanctuaire seulement que je le connais de nouveau par l'expérience. L'expérience est éloignement du *Tu*[1351].

Dans ce propos Buber use de plusieurs métaphores qui tendent à valoriser le mode de relation *Je-Tu* mais aussi à en signifier la suprématie par rapport au *Je-Cela* (« mot fondamental *Je-Tu* »). Tout d'abord, aux antipodes de la chosification, « le ciel », qui est associé au « Tu » (« le ciel du *Tu* »), renvoie à la présence céleste du divin. Par contraste, « les vents » et leurs effets de « tourbillon » renvoient au « Cela » au prisme de la pesante et basse matérialité terrestre. Il en signifie aussi la faiblesse et la vulnérabilité tant le « Cela » semble effectivement être sous emprise et soumis par l'effet de la puissance divine (« s'accroupissent à mes talons », « se fige »). Par ailleurs, Buber use, à propos de la relation *Je-Tu*, d'une autre métaphore tout aussi écrasante que le ciel (« au-dessus de moi »), à savoir celle du sanctuaire. Renvoyant à la valeur d'un lieu sacré[1352], il suggère ainsi l'antagonisme profond qui oppose d'un côté tout ce qui est associé au *Je-Tu*, à savoir la *présence*, la relation (« L'homme que j'appelle *Tu* […] je suis en relation avec lui »), le ciel, le sanctuaire, de l'autre le *Je-Cela* renvoyant tout à l'inverse à la matérialité. L'ayant déjà présenté comme le négatif de la *présence*[1353], Buber lui associe donc la fixité (« se fige ») qui n'est pas sans rappeler l'arrêt et la stagnation précédemment évoqués, tout comme il opérait aussi cette distinction radicale entre le vivant du « Tu » par rapport à l'inerte du « Cela ». A cet égard, en usant de la formule « mot fondamental *Je-Tu* », Buber semble faire allusion au mot-principe en ce qu'il est au *fondement* de la relation. Enfin, tout en nous rappelant que le *Je-Cela* permet certes la connaissance des choses (« connaissance empirique », « connais […] par l'expérience »), il en propose une interprétation réductrice et déceptive puisqu'il met en parallèle « causalité » et « fatalité », lourdeur et fixité, comme pris dans les rets de vents tourbillonnants sur eux-mêmes et que le ciel surplombe et englobe. De là apparaît que le *Je-Tu* peut être incompatible avec le *Je-Cela* (« L'expérience est éloignement du *Tu* ») et même le menacer d'effacement. Opérant un effet d'antagonisme propre à priver de la connaissance à laquelle le *Je-Cela* donne accès (« C'est au sortir de ce sanctuaire seulement que je le connais de nouveau par l'expérience »), il apparaît manifeste dans ce propos de Buber que le *Je-Tu* peut exclure et oblitérer le *Je-Cela*. Englobé dans le « Tu », le « Cela » n'est plus tout puissant, au point même de risquer de se retrouver soumis et empêché.

Cette lecture bubérienne d'un antagonisme fondamental entre les modes *Je-Tu* et *Je-Cela* s'avère particulièrement intéressante et pertinente appliquée au contexte de la relation de soin.

[1351] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 42.

[1352] Le sanctuaire est le « Lieu le plus saint d'un édifice religieux ». Site du CNRTL consulté en ligne le 08 décembre 2025 : SANCTUAIRE : Définition de SANCTUAIRE.

[1353] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 45 : « L'objet n'est pas durée mais stagnation, arrêt, interruption, raidissement, isolement, absence de relation et de présence ».

A lire Buber, pour être dans le « Cela » il ne faut pas être dans le « Tu ». Dans sa démarche autant que sa mise en application, la médecine scientifique est incontestablement un « éloignement du *Tu* » par la réification inévitable, mais indispensable, qu'elle suscite. Atteindre et mobiliser le « Cela », en quoi consiste l'objectivité et la causalité qui sont indispensables à l'élaboration des connaissances biomédicales et à leur application, imposent donc de s'extraire du sanctuaire du *Je-Tu*. Pour s'exercer, le « métier de soigner », qui est un *Je/Cela*, puisqu'il implique des dimensions à la fois instrumentale, pragmatique, utilitaire, doit s'éloigner et même se libérer de la relation *Je-Tu* (« au sortir de ce sanctuaire seulement »). Pour autant, à condition qu'elle ne l'entrave pas, la relation de type *Je-Tu* est importante parce qu'elle peut permettre de maitriser les excès et les écueils d'une relation de soin qui serait exclusivement de type *Je/Cela*. Grâce à la relation *Je-Tu*, le « Je » ne se réduit pas à un « Cela » (par exemple à une maladie, tel qu'un cancer) qui peut ainsi, à certains moments, être mis de côté. Il faut donc pouvoir naviguer de l'un à l'autre et trouver au *Je/cela*, autant qu'à la relation *Je/tu*, leur juste place. S'il s'agit certes de ne pas sombrer dans la fatalité de la seule rationalité scientifique, le « Tu » ne devant donc pas être délétère au temps indispensable de la consultation, il ne faudrait pas non plus tomber dans la croyance en un savoir qui ne relèverait pas de l'objectivation sous l'effet d'un embrassement par le *Je/Tu*.

6.4.3 – Normaliser la modalité Je-Tu de la relation de soin serait un changement de paradigme pour la biomédecine

Bien des soignants demeurent cependant assez mal à l'aise pour engager ce type de rencontre ouvrant à la possibilité d'un temps dédié à une culture de la conversation qui ne serait ni contrainte ni déterminée par un rapport d'objectivation scientifique et de pouvoir médical, qui ne se réduirait pas non plus à un simple « échange de propos »[1354] et serait sans doute plus aussi qu'une « forme de civilité »[1355]. Se rendre disponible à une relation de type *Je-Tu* n'est ni spontanément ni aisé. Si elle s'avère certes différenciée selon les disciplines médicales, certaines pouvant s'avérer plus propices que d'autres à une telle culture de la conversation, beaucoup de soignants tendent à maintenir une frontière assez hermétique et n'autorisent donc qu'une zone de neutralité strictement technique. Les raisons en sont multiples, y compris structurelles. Parmi celles-ci, le manque de « temps médical »[1356] en constitue une raison majeure. Sous-tendue par la pénurie de soignants, par ailleurs soumis à une charge administrative sans cesse croissante et pris au piège de la rationalité instrumentale comme des défaillances organisationnelles à l'œuvre dans les établissements de santé, ils ne parviennent pas à sortir du périmètre du *Je-Cela*. Il ne faudrait cependant pas négliger que les soignants puissent aussi ne pas s'y sentir autoriser (pour les raisons déontologiques précédemment évoquées) ou puissent craindre que ce débordement du périmètre *Je-Cela* ne les fragilise émotionnellement et n'amenuise leur ascendant de soignant dominant. Sauf à en éprouver le désir et y trouver une source de plaisir et de réconfort[1357], les patients eux-mêmes peuvent y

[1354] Site du CNRTL consulté en ligne le 11 décembre 2025 : CONVERSATION : Définition de CONVERSATION.
[1355] Benmakhlouf Ali. *La conversation comme manière de vivre*. Paris: Albin Michel; 2016, p. 9.
[1356] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 391 : « Mais ne le nions pas : une conversation prend du temps, et le problème du temps médical est sans doute le problème principal de la médecine actuelle ».
[1357] Je renvoie tout particulièrement au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus*, où le patient Philippe Lançon aspire à une relation de type *Je-Tu* avec les soignants, au point de la susciter voire d'en prendre l'initiative.

être réticents. Car se positionner l'un et l'autre réciproquement, non pas en tant que « Cela », mais en tant que « Tu » pour un « Je », impose d'avoir le courage d'oser être dans ce vrai face à face tel que déjà évoqué, d'être éventuellement déstabilisés, autrement dit de s'engager dans une rencontre véritable[1358] qui ne serait plus uniquement technique et utilitaire ou simplement conventionnelle. Pour Reach, qui en promeut la co-présence lors de la consultation médicale, il s'agirait d'un changement de paradigme. Ce faisant, il en confirme la rareté et la réticence à s'y engager malgré les bénéfices pourtant inestimables pour la relation de soin[1359]. Il qualifie ce nouveau paradigme de « médecine de la personne »[1360]. Les soignants ne seraient plus seulement de bons techniciens scientifiques et les patients une diversité d'objets (de la maladie aux traitements, en passant par leurs complications, les résultats d'examens complémentaires, les bons de transports, les certificats, etc.) mais des sujets, certes l'un soignant et l'autre soigné, qui se rencontrent réellement, « chacun étant pour l'autre un *Je* et un *Tu* ».

[1358] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 389 : « le mot d'*engagement*, qui aurait l'immense avantage de faire apparaître une notion d'engagement mutuel de l'un envers l'autre, chacun étant pour l'autre un *Je* et un *Tu* : bref, la notion de réciprocité ».
[1359] Je renvoie à l'expérience de Philippe Lançon relatée dans le chapitre de la présente thèse, intitulé *Le Lambeau invite à une lecture bubérienne de la relation de soin liant Philippe Lançon à ses soignants*.
[1360] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 389.

L’EPREUVE DU DOUTE DES SOIGNANTS

On entend parfois que les médecins n'auraient pas de doute, qu'ils n'auraient que des certitudes et les imposeraient à leurs patients. Bien que non étayé par des études systématiques sur le sujet, notamment socio-anthropologiques, de nombreux témoignages vont dans ce sens. S'il ne s'agit certes pas d'en faire une généralité, cette vision réductrice, dépeignant le bio-soignant comme un sachant autoritaire, n'en témoigne pas moins d'une réalité, à savoir la méconnaissance de ce qu'il en est du doute des soignants et le tabou qui pèse sur son expression[1361]. Elle est également une illustration parmi d'autres de l'expérience des dissensions qui opposent patients et soignants. La dissension autour de la question du doute peut en effet aisément s'expliquer par le fait qu'il diffère dans ses déclinaisons, ses modalités, ses objectifs entre patients et soignants. Or, revenir à l'histoire de la médecine permet d'éclairer l'omniprésence du doute dans la pratique soignante fondée sur les sciences biomédicales puisqu'elle s'enracine sur une démarche expérimentale. Tel est l'héritage de Claude Bernard[1362], à savoir que le doute scientifique est au fondement de la biomédecine et de la rationalité qui la sous-tend. D'autre part, le travail de clinicien auprès des malades, par ses modalités de raisonnement et sa démarche d'enquête perpétuellement renouvelée, confronte en permanence au doute[1363]. Nous verrons que parmi les autres modalités de doute des soignants[1364], ceux-ci font parfois face à un doute existentiel favorisé par la prégnance des questions relatives à la condition humaine dans leur pratique[1365], dont celles de la souffrance et de la mort. Ils peuvent aussi faire l'expérience d'un doute dit axiologique consistant à pouvoir prendre un indispensable recul par rapport à la façon dont la médecine est instituée, fonctionne, ainsi que ce qu'elle promeut[1366].

Entrer dans le détail des différentes modalités possibles de doute des soignants est essentiel afin d'essayer de mieux comprendre l'origine des malentendus à l'œuvre, sources de défiance à l'égard des acteurs de santé ainsi que de discorde entre patient et soignant. Charles Sanders Peirce n'y aide pas puisque selon lui le doute scientifique ne relèverait pas réellement du doute mais d'une méthode de raisonnement à même de soutenir la démarche expérimentale[1367]. Pour Peirce le doute n'est réel[1368] que s'il génère un vécu de rupture des repères et d'instabilité, s'il met donc la personne en difficulté en la privant de ses croyances habituelles. Cette position tranchée, consistant à exclure de sa définition du doute l'usage intellectuel et maitrisé du doute (incluant donc aussi le doute cartésien) mérite d'être nuancée afin de ne pas négliger l'usage du doute scientifique comme une authentique modalité de doute des soignants. A l'aune d'une telle définition, le doute mobilisé dans la pratique clinique comme outil essentiel d'enquête pourrait lui aussi manquer d'être appréhendé comme une autre modalité centrale de doute des soignants. C'est pourquoi ces deux modalités de doute doivent ici être clarifiées tant leur méconnaissance

---

[1361] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, *Etat de l'art sur la question du doute en médecine*.
[1362] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard.*
[1363] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute clinique, un outil de soins*.
[1364] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*, qui abordera encore d'autres modalités possibles de doute du soignant, d'une part le doute pragmatiste, d'autre part le doute herméneutique.
[1365] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Jacques Chauviré ou le doute existentiel du soignant*.
[1366] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.
[1367] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[1368] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.

peut être source de dissension. Car, à moins d'être soignants eux-mêmes, les patients ne mobilisent ni le doute scientifique ni le doute clinique, et n'en connaissent donc pas les principes. Cette méconnaissance peut les priver d'en apprécier la réalité et la valeur. Pour autant, il ne s'agit pas non plus de réduire le doute des soignants à une pratique méthodique car cela empêcherait d'appréhender la complexité du doute des soignants dans la diversité de ses autres déclinaisons.

En plus de cette méconnaissance et des dissensions qu'elle alimente, le système biomédical est tel que le doute des soignants peut aussi être tu ou empêché. Ce qui caractérise la biomédecine contemporaine occidentale, à savoir ses immenses performances, sa précision, la fiabilité technique et scientifique de ses interventions tendent, par l'illusion de surpuissance ainsi véhiculée, à générer un effet d'immunisation vis-à-vis du doute[1369]. Les soignants sont par ailleurs soumis, dès leur formation initiale, à l'interdiction implicite de discuter, *a fortiori* critiquer, le cadre théorique et les normes de leur discipline, bien sûr aussi ses défaillances et ses limites. Les étudiants en santé se voient nourris et imprégnés par l'ambition de maitrise de l'incertitude[1370] ainsi que de ponctualité, justesse et efficacité des réponses à fournir. Ainsi formés non pas au doute et à la complexité mais à masquer leurs hésitations et à dissimuler leurs ignorances, ils sont prompts à taire et internaliser leurs doutes. Le doute n'en demeure pas moins omniprésent à leur pratique ne serait-ce que parce qu'il leur faut constamment trouver des preuves pour pouvoir remonter aux causes des maladies qu'ils doivent traiter.

En plus du doute scientifique et du doute clinique, le doute des soignants peut être existentiel mais aussi axiologique. Comme c'est le cas pour le doute des patients, seule la littérature ainsi que les récits relatifs à l'expérience de soignants donnent accès à ces types de doute consistant à interroger le sens et la valeur de leur métier, leur façon d'y être engagés et toutes les questions humaines que le fait d'être soignant peut convoquer. Trois ouvrages seront ainsi mobilisés comme autant de voix (celles de deux médecins et d'une infirmière[1371]) pouvant représenter la communauté soignante. Ces types de doute peuvent certes aider les soignants à penser leur discipline d'exercice et leur pratique soignante (notamment en termes de valeurs, d'objectifs, de modalités d'intervention) dans une dynamique de reconfiguration toujours possible. Mais puisqu'ils peuvent donc susciter des changements d'attitude ainsi qu'un repositionnement au sein du milieu médical, dans la société et dans leur vie personnelle, ces types de doute sont précisément ceux qui leur sont implicitement interdits. D'eux-mêmes ils tendent à se réfréner, tant la mise à l'épreuve du modèle auquel ils ont adhéré peut se révéler source d'importants bouleversements existentiels[1372], ce d'autant plus que le modèle médical a pour fondement

[1369] Chandesris Marie-Olivia (oratrice), Dumont Martin (organisation). *Le doute en médecine*. Séminaire de « Philosophie clinique » de la chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, séance du 10 mai 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 10 mai 2021 – Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, consulté le 14 février 2026.
[1370] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'intolérance des soignants à l'incertitude, une autre menace pour le doute clinique ?*
[1371] Chauviré Jacques. *Journal d'un médecin de campagne 1950-1959*. Mazères: Le temps qu'il fait; 2004. Berger John, Mohr Jean (Photo), Lederer Michel (Trad.). *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*. Paris: l'Olivier; 2009. Gérard Alain, Orsenna Erik (préface). *Le Malheur inutile - Cinq histoires de liberté retrouvée*. Paris: Michel Lafon; 2023.
[1372] Je témoigne par là aussi de mon expérience personnelle.

particulièrement valorisant le principe de dévouement à l'autre. La situation des soignants vis-à-vis du doute n'est donc pas simple à appréhender et favorise bien des mésinterprétations. En matière de doute, il s'agit pour eux non seulement de règles de bonne pratique scientifique et clinique mais aussi d'une véritable épreuve cognitive autant qu'existentielle. C'est pourquoi l'épreuve du doute des soignants mérite à bien des égards d'être explicitée dans la diversité de ses modalités, de ses justifications comme de ses empêchements.

1 – Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard

Alors qu'au 19e siècle, la science du vivant n'en est encore qu'à ses prémices, Claude Bernard (1813-1877) est célèbre pour être associé à l'essor de la médecine expérimentale. Médecin, mais très peu clinicien, il fut surtout reconnu comme un grand expérimentateur[1373] en matière de physiologie, étant à l'origine de découvertes très importantes, dont la fonction glycogénique du foie en 1848 est l'un des exemples le plus à même de saisir la démarche bernardienne[1374]. Il fut aussi qualifié de philosophe de la médecine, ainsi qu'en témoignent les nombreux commentaires souvent élogieux autour de la publication en 1865 de son ouvrage majeur, l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*[1375]. Il serait à la fois réducteur et improbable de vouloir séparer les deux activités tant elles sont indissociables et offrent toute sa cohérence à l'ensemble de son parcours professionnel[1376]. A cet égard, sa nomination comme professeur au Collège de France en 1847 concrétise peut-être au mieux la richesse d'une trajectoire ouverte à la fertilité de la transdisciplinarité (entre autres, cette capacité de faire lien entre sciences expérimentales, médecine, philosophie). C'est aussi parce qu'il y est de tradition « de se démarquer de l'enseignement de la Faculté, et d'être ouvert à la recherche là où la Faculté ne s'intéresse qu'au savoir acquis et confirmé »[1377]. Pour Canguilhem, le titre même de l'*Introduction* témoigne de son inépuisable dynamique de chercheur et de penseur qui est la sienne : « L'*étude* de la médecine expérimentale ce n'est pas l'apprentissage d'une discipline constitué, achevée, c'est l'application à une tâche à poursuivre »[1378].

Bernard, qui fut donc un médecin qui ambitionnait pour les jeunes générations de médecins l'émergence d'un nouveau profil, celui du *médecin physiologiste* (ou physiologiste médecin), définit la médecine expérimentale comme la conjonction de « trois parties fondamentales : la

---

[1373] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 139 : « un homme dont le point de départ et de retour obligé est la table d'expérimentation, et qui jamais ne s'autorise une considération gratuite. Tout ce qu'il affirme est pesé, ancré dans une expérimentation, éprouvé ».
[1374] *Ibid.,* p. 298-307.
[1375] Bernard Claude, Gzil Fabrice (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* Paris: Librairie générale française; 2008 [1865], p. 7 : « un monument de la pensée » ; « elle a une importance beaucoup plus considérable, une valeur philosophique et non pas seulement scientifique ».
[1376] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 145 : « d'un côté, une première époque d'intense activité expérimentale, de l'autre, une deuxième époque, consacrée à une activité réflexive et philosophique ».
[1377] *Ibid.,* p. 150.
[1378] Canguilhem Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. *Op. cit*., p. 128.

physiologie, la pathologie et la thérapeutique »[1379]. Fondée sur l'usage des sciences expérimentales appliquées au vivant, la physiologie consiste en « la *science analytique* des phénomènes de la vie à l'état pathologique en s'appuyant exclusivement sur l'état normal »[1380]. Or, comprendre le *déterminisme*[1381] des phénomènes de la vie à l'état pathologique est le soubassement de ce pilier fondamental de la médecine expérimentale qu'est la thérapeutique, espérant ainsi mettre fin à l'ère de l'empirisme médical. Mais Bernard n'a pas été novateur que pour la médecine en elle-même. « Pour avoir posé, définitivement, les règles de l'expérimentation appliquées aux êtres vivants, Claude Bernard a insufflé à cette discipline un esprit nouveau »[1382]. C'est ainsi que, se défiant des principes importés directement de la physique et la chimie, ses « idées directrices [o]nt été élaborées dans le domaine propre de la physiologie : le corps vivant animé »[1383]. Se révèlent d'emblée certaines des plus grandes qualités de Bernard qui feront le lit de sa méthode. C'est ainsi que son ouverture d'esprit (qu'il qualifiera de « liberté d'esprit »[1384] propre au scientifique) semble directement résulter, non sans lien avec son histoire personnelle, d'une particulière aptitude au doute, qu'il investira dans son *Introduction* comme condition fondamentale de la méthode expérimentale.

Selon Canguilhem, l'*Introduction* s'offre à nous « comme la mise en forme réfléchie d'une expérience d'expérimentateur »[1385] soulignant par-là l'importance d'avoir concrètement vécu une telle expérience pour pouvoir la penser et l'élaborer[1386]. En somme, il fallait être mécanicien et utiliser ses outils pour pouvoir être théoricien concrétisant ainsi cette maxime que Bernard aurait lui-même formulé, à savoir que « Les grands expérimentateurs ont apparu avant les préceptes de l'expérimentation »[1387]. Mais l'*Introduction* soulève aussi pleinement la question du lien, et donc de la disjonction possible[1388], entre médecine théorique et médecine pratique. Bernard ne manque ainsi pas de s'interroger sur « la différence de l'observation et de l'expérimentation, sur le rapport des faits et des idées, de l'expérience et de la théorie »[1389]. Si, selon lui, « la médecine expérimentale n'est que l'épanouissement naturel de l'investigation médicale *pratique* dirigée par un esprit scientifique »[1390], les choses ne sont peut-être pas si simples à notre époque contemporaine. S'intéresser à l'héritage bernardien importe donc

---

[1379] Bernard Claude , Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 32.
[1380] Bernard Claude. *Principes de médecine expérimentale*. Paris: Presses Universitaires de France; 2008 [1867], p. XXI.
[1381] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 364-365 : « Le médecin expérimentateur exercera successivement son influence sur les maladies dès qu'il en connaîtra expérimentalement le *déterminisme* exact, c'est-à-dire la cause prochaine ».
[1382] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 137.
[1383] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 145.
[1384] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[1385] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 143.
[1386] *Ibid.* : Il est notable que ce soit « durant un loisir imposé par la maladie » que Bernard a pu s'adonner à la rédaction de l'*Introduction*.
[1387] *Ibid.,* p. 144.
[1388] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 361 : « on pourra objecter que la médecine expérimentale dont je parle beaucoup, est une conception théorique dont rien pour le moment ne justifie la réalité pratique, parce qu'aucun fait ne démontre qu'on puisse atteindre en médecine la précision scientifique des sciences expérimentales ».
[1389] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 152.
[1390] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 361.

d'autant plus que sa prédiction d'une évolution scientifique définitive de la médecine[1391] fait écho avec la situation actuelle de notre médecine occidentale essentiellement fondée sur les sciences biomédicales. Or, ce que l'on qualifie désormais de biomédecine ne manque pas de difficultés, s'agissant notamment de la juste appréhension et application du doute, et suscite bien des écueils qu'il importe de tenter d'éclairer.

1.1 – Claude Bernard, une biographie et une personnalité qui invitent à l'esprit du doute

Dans son ouvrage, *La vérité médicale*[1392], la philosophe et essayiste Louise Lambert Lambrichs, brosse le portrait de trois figures éminentes fondatrices de notre médecine moderne. Claude Bernard, qui en fait partie, est annoncé comme un « savant martyr, philosophe, et fondateur de la médecine expérimentale »[1393]. Défendant l'intérêt de se pencher sur l'histoire de vie jusqu'à même l'intimité de l'homme[1394], en plus d'en dépeindre la brillante carrière scientifique, Lambrichs s'attache d'abord à désamorcer certaines légendes et représentations erronées le concernant. D'origine modeste, rien ne le prédisposait à devenir célèbre, à être non seulement le « fondateur »[1395] de la médecine expérimentale mais professeur au collège de France. C'est pourtant dans son tout premier emploi en tant que « préparateur dans l'arrière-boutique d'un pharmacien de Lyon »[1396] que l'on peut trouver l'origine de sa propension à raisonner en usant du doute comme fondement de sa réflexion. Dans son analyse biographique, Lambrichs précise que « sa profession de préparateur l'intéresse peu – d'autant moins semble-t-il que la "thériaque", panacée de l'époque, éveille en lui un profond scepticisme envers l'art de guérir »[1397]. Contraint de préparer des remèdes empiriques dont la composition n'est pas dictée par une connaissance des lois de la nature, cet élément biographique est d'autant plus marquant qu'il contraste avec la rigueur du déterminisme expérimental. Tout aurait donc pu porter à croire que sa vocation fut ainsi révélée, celle d'œuvrer aux fondements de la thérapeutique (l'une des disciplines majeures de la médecine expérimentale)[1398], ainsi que le suggère l'historien, philosophe et philologue Ernst Renan dans son *Discours de réception à l'Académie française* :

[1391] *Ibid.,* p. 32 : « la médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive » ; p. 339 : « la médecine ne diffère pas des autres sciences qui toutes ont traversé l'empirisme avant d'arriver à leur période expérimentale définitive ».
[1392] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*
[1393] *Ibid.*, p. 115.
[1394] *Ibid.*, p. 130 : « tout ce qui peut contribuer à une connaissance plus exacte et précise de l'homme […] peut faciliter l'accès à son mode de pensée et d'approche des phénomènes ».
[1395] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 27-35 : ici, le mot fondateur n'est pas à entendre au sens d'être à l'origine de, d'être le premier à faire exister, ainsi que l'explicite Fabrice Gzil. En p. 27 : « Pour Cl. Bernard "fonder la médecine expérimentale" signifie en premier lieu généraliser l'emploi de la méthode expérimentale dans le champ de la médecine » ; p. 29 « Le travail de fondation que Cl. Bernard se propose est donc, en un deuxième sens, un travail d'ordre théorique. […] donner une idée aussi claire et précise que possible de ce que doit être la médecine expérimentale, en énonçant ses "principes" et ses "préceptes" » ; p. 34 : « En un troisième sens, "fonder" la médecine expérimentale signifie donc pour Cl. Bernard "prouver", "établir", ou "démontrer" la pertinence qu'il donne de la médecine expérimentale ».
[1396] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 120
[1397] *Ibid.*
[1398] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 32 : « la médecine expérimentale doit comprendre trois parties fondamentales : la physiologie, la pathologie et la thérapeutique ».

> Telle fut l'origine première des doutes de notre confrère sur l'efficacité de l'art de guérir. Cette drogue infecte, fabriquée avec toutes les substances avariées de l'officine, quelle que fut leur nature, et qui guérissait tout de même, lui causait de profonds étonnements[1399].

Dans ce propos, il y a deux façons (qui ne manquent pas de se rejoindre) d'appréhender les « doutes » de Claude Bernard. D'une part, il n'était pas du tout convaincu (« profonds étonnements ») de l'intérêt (« doutes sur l'efficacité ») d'un amalgame informe conçu au hasard à partir de n'importe quels résidus (« quelle que fut leur nature ») de remèdes périmés (« substances avariées de l'officine »). Mais, alors qu'il n'avait donc aucunement confiance en une telle potion, son efficacité (« qui guérissait tout de même ») ne manquait pas de piquer sa curiosité et de susciter son désir de comprendre le pourquoi et le comment. Là se trouve le second sens du doute chez Bernard à savoir, sous l'effet de l'étonnement provoqué par l'observation de tels *faits*, un besoin d'interroger et de comprendre les causes et leur rapport spécifique aux faits observés. Autant dire qu'il semble s'agir déjà à ce moment-là des prémices de la méthode expérimentale et du principe du déterminisme en tant que « condition de possibilité de toute expérience et […] criterium ultime de l'expérience »[1400] sur lequel je reviendrai. Si donc tout invite à croire que sa carrière d'expérimentateur fut ainsi lancée, il n'en fut en fait rien. Bernard se désintéresse de plus en plus de cette activité médiocre ayant trait à la pharmacologie de l'époque (produire la thériaque) au profit de l'art dramatique, au point de se voir remercié par son employeur. Son esprit vagabonde, en effet, en des lieux bien éloignés de celui de l'art de guérir. Non seulement il se rend au théâtre mais il aspire à démarrer des études de Lettres[1401] et il se lance même dans l'écriture d'un drame, *Arthur de Bretagne*[1402] relatant la lutte opposant le duc de Bretagne à Jean Sans Terre. Ainsi que le synthétise Lambrichs, il n'y avait « chez Claude Bernard, pas l'ombre d'une vocation » scientifique[1403].

S'agissant du choix de la médecine, paraphrasant Lambrichs, serait-elle l'idée d'un autre ?[1404] Ayant obtenu de pouvoir rencontrer un professeur de littérature de la Sorbonne, Saint-Marc de Girardin, celui-ci ne passe pas par quatre chemins. S'il assène sans ménagement son verdict à Claude Bernard, à savoir que son drame est mauvais[1405], dans le même temps il lui fait cette étonnante suggestion : « apprenez la médecine, vous écrirez à vos heures »[1406]. « Ainsi, en tournant le dos à la littérature, il prit le droit chemin qui devait le mener parmi vous »[1407] relate aussi Renan dans son *Discours*. Considérant par-là l'importance de cet évènement dans le parcours de Claude Bernard, mais aussi ses qualités littéraires, il importe de retenir non pas tant la frustration suscitée mais cet amour des Lettres qui ne le quittera pas pour autant et marquera

[1399] Renan Ernst, *Discours de réception d'Ernst Renan à l'Académie française*, 3 avril 1879. En ligne : Discours de réception d'Ernest Renan | Académie française, consulté le 10 septembre 2025.
[1400] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 43.
[1401] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 120.
[1402] *Ibid.,* p. 121.
[1403] *Ibid.*
[1404] *Ibid.,* p. 120.
[1405] *Ibid.,* p. 123.
[1406] *Ibid.,* p. 124.
[1407] Renan Ernst, *Op. cit.*

favorablement son œuvre et sa réception[1408]. S'inscrivant contre toute attente à l'école de médecine, de nouveau sans qu'aucune vocation ne semble affleurer. « La médecine ne le passionne pas, et la perspective d'exercer comme praticien ne l'attire guère »[1409] relate Lambrichs cherchant de vaines explications à ce parcours déconcertant[1410]. On ne peut manquer de questionner le lien entre cette apparente répulsion pour l'activité clinique au lit du malade et sa critique parfois virulente[1411], parfois plus nuancée[1412] à l'égard de la médecine hippocratique (de l'observation et de l'expectation) autant que de la médecine empirique qui se situent de fait, l'une et l'autre, au plus près des malades. La rencontre du physiologiste, par ailleurs titulaire de la chaire de médecine au Collège de France, François Magendie (1783-1855), avec ses heurs et malheurs[1413], est déterminante pour Claude Bernard puisqu'il deviendra son maître et l'initie à la physiologie[1414]. « La passion de l'expérimentation ne le quittera plus »[1415] malgré les difficultés matérielles et financières, et parce que le maître va rejeter l'élève en dépit, ou à cause, de l'aboutissement de travaux de physiologiste accompli (notamment sur la sécrétion du suc gastrique). De-là, l'histoire intime rejoint la grande histoire du savant et en éclaire certains aspects. Sans le sou, réduit à travailler dans de très mauvaises conditions dans une petit laboratoire en entresol, proche de tout abandonner, il s'engage, sur les conseils d'amis, dans un mariage de convenance et d'intérêt qui se révèlera *in fine* douloureux et conflictuel[1416]. C'est une analyse fouillée de cette situation familiale qui conduira Lambrichs au propos suivant :

> […] ce qui dans la conduite de sa vie privée a pu parfois apparaître comme défaut de caractère – passivité, faiblesse, manque d'initiative – se transforme, dans le domaine de la pensée, en élément positif : réflexion, pondération, esprit de nuance, conscience de la complexité du réel[1417]

Pour Lambrichs, cette vie maritale (pour laquelle il n'était peut-être pas fait) désastreuse et qui déclencha les foudres de son épouse, apporte un éclairage utile sur la personnalité et les traits de caractère de Claude Bernard en tant qu'ils auraient été, tout à l'inverse (« se transforme »),

---

[1408] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 138 : « Un savant capable comme Claude Bernard d'élaborer sa méthode et de l'*écrire*, avec cette clarté qui est le propre des vrais écrivains, fait partie des exceptions ».
[1409] *Ibid.,* p. 124.
[1410] *Ibid.* : « Répugnance pour la pratique ? Propension plus marquée pour l'activité solitaire que pour la clientèle ? Besoin de rigueur et goût pour l'aventure intellectuelle ? »
[1411] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 74-75 : « Pour parvenir à la science, il faut nécessairement dépasser l'empirisme et ne pas y croupir, sous prétexte que des lois empiriques suffisent. L'empirisme, quand on s'y arrête, arrête la science et abrutit l'esprit ».
[1412] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 350 : « La médecine empirique et la médecine expérimentale ne sont point incompatibles ; elles doivent être au contraire inséparables l'une de l'autre » ; p. 357 « Le médecin expérimentateur est à la fois hippocratique et empirique en ce qu'il croit à la puissance de la nature et à l'action des remèdes ; simplement il veut comprendre ce qu'il fait ».
[1413] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 126 : « Après avoir été encouragé et même félicité par Magendie […] finalement renvoyé par son maître ».
[1414] *Ibid.,* p. 125 : « C'est finalement la physiologie – les questions si concrètes qu'elle pose, les innombrables expérimentations qu'elle inspire – qui, par l'intermédiaire de l'enseignement de Magendie, arrête Claude Bernard, le retient ».
[1415] *Ibid.,* p. 127.
[1416] *Ibid.,* p. 132-133 : « au lieu d'exercer la médecine et d'offrir à le jeune femme la vie sociale quelle attend, le savant se cloître dans son laboratoire (même les jours de Noël !), annonce que la vie mondaine ne l'intéresse pas, et charcute des chiens vivants… ».
[1417] *Ibid.,* p. 136.

au fondement des qualités qui ont permis l'élaboration de cette œuvre à la fois scientifique et philosophique. C'est ainsi que ce qui put être perçu comme constante hésitation voire inertie (« passivité, faiblesse, manque d'initiative ») lui aurait octroyé en retour ces qualités fondamentales que sont la retenue, la modération (« pondération, esprit de nuance »), la capacité à prendre du recul, à penser et assimiler la possibilité d'être dans l'alternative (« réflexion »), à voir et faire face à la « la complexité du réel », en somme à « intégrer les contradictions sans jamais les réduire »[1418]. A l'aune d'une telle dissociation interprétative entre vie privée et vie professionnelle, force est de reconnaître que Claude Bernard « est réellement un être déconcertant »[1419] et particulièrement difficile à cerner. On comprend d'autant mieux que sa pensée puisse elle-même être source de contresens[1420] ainsi que l'analyse aussi Fabrice Gzil[1421]. Si de tels traits de personnalité ont certes contribué à ses qualités d'expérimentateur et de théoricien de la méthode expérimentale[1422], elles l'ont globalement éloigné du monde et desservi dans l'accueil public de ses travaux et publications, en plus des effets sur son mariage et des échos désastreux qui en ont résulté. Souvent mal interprété voir incompris, il a aussi souffert d'une notoriété différenciée par rapport à son élève et successeur Louis Pasteur qui prendra toute la lumière. Bernard parait en effet très effacé par rapport à la mythique figure pastorienne[1423]. Ces deux hommes ont de fait des personnalités aux antipodes l'une de l'autre. D'un côté Bernard, toujours dans l'hésitation[1424] et presque asocial (« se protéger du monde »), demeure dans l'ombre (« discret, retiré ») et toujours occupé par ses travaux (« toujours […] dans son laboratoire »), de l'autre Pasteur domine largement par son assurance flamboyante, la force de ses convictions (« militant »), son dynamisme (« combattant »), son prosélytisme en faveur de la science (« un prophète activiste, un militant de la science »). Face à l'hésitant Claude Bernard semblant accablé sous le poids des doutes, le suractif Louis Pasteur brandit des certitudes avec fierté et sans arrière-pensée. C'est dire si la personnalité effacée de Bernard a pu être mal appréciée et sa voix de théoricien, difficile d'accès, être peu audible[1425]. De là une ligne de partage entre les pastoriens et les bernardiens au sein même de la communauté scientifique, dont il importe de ne pas négliger la pérennisation[1426] et sur laquelle je reviendrai. Mais, dès à présent il importe de souligner combien ces différences radicales de caractère entre les deux hommes ont conduit à une façon bien distincte d'appliquer la méthode expérimentale. Cela est certes plus essentiel que la notoriété dont Bernard semble s'être peu soucié. Il en a de

[1418] *Ibid.,* p. 126.
[1419] *Ibid.,* p. 124.
[1420] *Ibid.,* p. 126.
[1421] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 10 : « il semble parfois se contredire » ; p. 90 : « Avant de conclure que Cl. Bernard se contredit ou qu'il n'assume pas jusqu'au bout les conséquences de ses idées, il faut examiner de près ce qu'il dit exactement ».
[1422] Renan Ernst, *Op. cit.* : « Le physiologiste n'est pas un homme du monde ; c'est un savant, c'est un homme absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit ; il n'entend plus les cris d'animaux, il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir ».
[1423] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 116 : « autant Pasteur se montra un combattant, un prophète activiste, un militant de la science, et s'ingénia sa vie durant à gagner le public à sa cause, autant Claude Bernard demeura toujours un homme discret, retiré, confiné dans son laboratoire ou son bureau, et même soucieux de se protéger du monde ».
[1424] *Ibid.,* p. 126 : « Au fait, l'hésitation n'est-elle pas son mode d'être ? ».
[1425] *Ibid.,* p. 116 : « son rôle dans l'histoire de la médecine, le contenu de son œuvre et de son apport scientifique sont beaucoup plus complexes à appréhender pour un public non initié ».
[1426] *Ibid.,* p. 117.

fait tiré de graves griefs à l'encontre de Pasteur[1427] ainsi qu'il l'explicite clairement dans ce propos des *Principes* :

> Pasteur suit ses idées et il veut y soumettre les faits, moi, je suis les faits et je cherche à en faire des idées sans violences et d'elles-mêmes. […] Moi, je suis le *secrétaire* de la nature. Pasteur et les aprioristes veulent lui dicter ses réponses selon leurs idées[1428].

Cette passivité caractéristique de la personnalité de Bernard est ici pleinement transposée au domaine scientifique (« je suis le *secrétaire* de la nature »). Contrairement à Pasteur qui cherche « à soumettre les faits » de la nature à ses propres idées, en l'occurrence du coup préconçues (« aprioristes »), Bernard ne cherche pas à provoquer les faits. Il les attend, les accueille, les observe, les écoute, les analyse tel qu'ils se présentent à lui (« je suis les faits »), sans donc jamais ni orienter ni soumettre la nature (« lui dicter ses réponses »). S'il peut certes être qualifié de passif et de manquer d'initiative, au moins respecte-il et ne travestit-il pas la nature. Il tente patiemment de la comprendre, ne cherchant ni à la dominer ni à la plier à ses propres exigences (« sans violences »). En ce sens, il est résolument opposé à « l'interventionnisme pasteurien »[1429] puisqu'une telle attitude consiste à trouver uniquement ce que l'on cherche[1430], alors que pour sa part, il n'a eu de cesse d'œuvrer au dévoilement des lois de la nature, en s'appliquant avec rigueur à les constater et les théoriser, sans nier ni exclure toutes leurs parts d'inattendu[1431]. Il n'empêche qu'en dépit de ces mérites inestimables, Bernard demeure méconnu de beaucoup, tout à l'inverse de la popularité du légendaire Pasteur, étant au mieux associé à l'image « d'un savant philosophe cloîtré dans sa tour d'ivoire »[1432]. Sortant des « cadres scientifiques convenus »[1433], il est un fait que l'*Introduction* a pu laisser perplexe. Un mythe s'est en effet répandu « selon lequel Bernard serait "plus" penseur que savant […] l'accent [étant mis] sur l'apport théorique et généralisateur de Bernard, plus que sur ses travaux expérimentaux »[1434]. Mais lui accoler l'image exclusive d'un philosophe qui réfléchit plutôt qu'un savant qui expérimente, c'est nier l'intense activité expérimentale qui fut la sienne, conduisant à des découvertes majeures telle celle de la fonction glycogénique du foie en 1848. Il est pourtant vrai que l'*Introduction* bénéficia d'une réception particulièrement favorable auprès des philosophes heureux d'y trouver « des idées plutôt que des faits, et un discours à leur portée »[1435]. L'ouvrage fut qualifié de « véritable monument de la pensée »[1436] et estimé

[1427] *Ibid.,* p. 324 : « entre Bernard le découvreur, humble devant la nature, philosophe du doute, et Pasteur le conquérant, travaillé par une volonté de puissance à laquelle la science donne des ailes, il y a un gouffre ».
[1428] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. XXV-XXVI.
[1429] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 125 : « lorsqu'il se dira secrétaire de la nature et accusera Pasteur de vouloir, au lieu de l'écouter, cette nature, la dominer, lui arracher sa vérité, c'est bien cette position d'attente, de disponibilité vigilante qu'il soutient, contre l'interventionnisme pasteurien ».
[1430] *Ibid.,* p. 322 : « Pasteur, en revanche, expérimentait pour vérifier ses intuitions, pour apporter la preuve irréfutable de ses idées fondamentales ».
[1431] *Ibid.,* p. 322 : « Bernard commençait en général par des hypothèses fausses qu'il abandonnait en cours de route. Son génie consistait à saisir l'inattendu ».
[1432] *Ibid.,* p. 136.
[1433] *Ibid.,* p. 138.
[1434] *Ibid.,* p. 137.
[1435] *Ibid.,* p. 138.
[1436] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 7.

pour sa « portée universelle »[1437]. « Bergson y voit un nouveau *Discours de la méthode*. Claude Bernard est sacré Descartes de la médecine »[1438]. En plus de l'histoire et des caractéristiques personnelles de Bernard, une telle comparaison ne sauvait mieux signifier la place centrale qu'occupe le doute dans la démarche bernardienne, tel un outil essentiel et irremplaçable de la méthode expérimentale à laquelle ce dernier consacra l'ensemble de ses travaux, et pour tout dire sa vie entière. Il importera cependant de montrer en quoi cette ressemblance peut être trompeuse et ce qui, notamment, sous-tend les spécificités du doute scientifique par Claude Bernard par rapport à l'usage cartésien du doute[1439].

1.2 – Les limites de l'analogie avec Descartes

Quand bien même Claude Bernard fut donc « sacré Descartes de la médecine »[1440], Gzil invite dans sa présentation de l'*Introduction* à ne pas pousser l'analogie trop loin en ce qu'elle risque de réduire l'ouvrage à un traité de méthode. Non sans ironie, il affirme ainsi que « l'*Introduction* n'est pas un « Discours de la méthode expérimentale »[1441] sans quoi il suffirait de restreindre l'ouvrage à sa seule première partie consacrée à l'énonciation de règles générales de méthode. Or, ainsi que le souligne Canguilhem, même cette première partie est « autre chose qu'un discours sur une méthode universelle »[1442]. Le terrain d'application de la méthode dont il est question diffère notoirement entre Bernard et Descartes puisque « Cl. Bernard nous livre *une* méthode ajustée à son objet (la médecine), alors que Descartes prétend nous faire découvrir *la* méthode universelle »[1443]. Le propos de Bernard n'est pas de produire « un discours général sur la science »[1444] ni de viser une application universelle de la méthode expérimentale (« *la* méthode universelle »). Il se contente de travailler à l'usage de cette méthode, et à la généralisation de cet usage, dans le domaine spécifique et restreint (bien que vaste à soi seul) de la médecine (« *une* méthode ajustée à son objet »). L'objectif est de fait bien différent, Bernard n'ayant aucune prétention en dehors du domaine qui le concerne et l'intéresse, à savoir exclusivement la physiologie en médecine[1445]. Quant à l'usage méthodique du doute, certes activement employé telle la méthode centrale de leur raisonnement autant pour l'un[1446] que par l'autre[1447], c'est avec force injonction qu'ils invitent à l'utiliser à la fois avec rigueur et systématisation. Pourtant, de nouveau, Canguilhem invite à ne pas se laisser aveugler par les

---

[1437] *Ibid.,* p. 7.
[1438] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 138.
[1439] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 151.
[1440] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 138.
[1441] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 12.
[1442] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 152.
[1443] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 12.
[1444] *Ibid.,* p. 12 : « L'*Introduction* […] ne consiste pas en un discours général sur la science, mais en une réflexion sur l'ajustement nécessaire des concepts et des méthodes à une science particulière ».
[1445] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 35 : « Notre unique but est et a toujours été de contribuer à faire pénétrer les principes bien connus de la méthode expérimentale dans les sciences médicales ».
[1446] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 13-18 (Première méditation), ici p. 13-14 : « je m'appliquerai sérieusement et avec liberté à détruire généralement toutes mes anciennes opinions. […] le moindre sujet de douter que j'y trouverai suffira pour me les faire toutes rejeter ».
[1447] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 109 : « c'est le doute seul qui provoque l'expérience ; c'est le doute enfin qui détermine la forme du raisonnement expérimental ».

ressemblances[1448]. « L'exhortation au doute n'a pas le même sens selon qu'elle attend de céder devant l'évidence ou devant l'expérience »[1449] précise-t-il. En effet, si Descartes vise par son usage hyperbolique du doute à atteindre la vérité indubitable (« l'évidence ») et donc par la même, en effet, à éteindre le doute (« céder »), Bernard quant à lui « fait partie des premiers à penser que la science jamais ne révèlera la vérité »[1450] mais ne peut au mieux qu'éclairer expérimentalement les faits (« l'expérience »), ce qui d'ailleurs le distingue de nouveau de Pasteur[1451]. Depuis sa position de médecin physiologiste, Bernard considère que « la science n'est pas une recherche de vérité, mais une tentative de maitrise de la nature »[1452] qu'il fonde sur le principe du *déterminisme*, à savoir d'une part le « rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres »[1453], d'autre part les « conditions d'existence […] ou causes prochaines »[1454] des phénomènes naturels. Car c'est l'accès, grâce à la méthode expérimentale, à ce « rapport absolu et nécessaire » (comme aux « conditions d'existence »), qui définit, selon Claude Bernard, la connaissance[1455]. Partant, il offre la possibilité de maitrise des phénomènes normaux comme pathologiques, via la thérapeutique[1456]. On comprend mieux que Canguilhem ait jugé, non sans autorité, que « Claude Bernard ni Descartes n'ont rien à gagner à la confusion des genres de leurs objectifs et de leurs méthodes »[1457]. La position de Claude Bernard, modeste à l'égard de la vérité et essentiellement pragmatique[1458], montre à quel point les implications et conséquences très concrètes dans la vie des individus de la médecine expérimentale paraissent fort éloignées des débats philosophiques qui courent, tout en restant inaboutis depuis l'Antiquité, autour de la question de vérité. Canguilhem en conclut que « s'il est permis de comparer Claude Bernard et Descartes […] C'est en raison d'une commune ambition de démiurgie supportée par la confiance dans l'avenir du savoir. Mais il ne s'agit pas du même savoir »[1459].

[1448] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 151 : « Cessons donc d'être dupes de l'apparente similitude des termes et des concepts. Le phénomène simple dont parle Claude Bernard n'a rien de commun avec la nature simple cartésienne » ; « avoir rien d'autre que le nom en commun avec une méthode générale de résolution des équations algébriques ».

[1449] *Ibid.*

[1450] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 149.

[1451] *Ibid.* : « Pasteur, qui lui succède, s'empresse de [le] dissimuler [un tel discours] derrière des découvertes que l'on interprétera comme autant de victoires de la vérité sur les illusions de l'ignorance et les mensonges du charlatanisme ».

[1452] *Ibid.,* p. 148-149.

[1453] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.

[1454] *Ibid.,* p. 116-117 : L'expérimentateur veut arriver au *déterminisme*, c'est-à-dire qu'il cherche à rattacher à l'aide du raisonnement et de l'expérience, les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, ou autrement dit, à leurs causes prochaines ».

[1455] *Ibid.,* p. 75 : « l'homme ne connaîtr[a] jamais ni les causes premières ni l'essence des choses. Dès lors la vérité n'apparaît jamais à son esprit que sous la forme d'une relation ou d'un *rapport* absolu et nécessaire ».

[1456] *Ibid.,* p. 32 : « 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 maladies* ».

[1457] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 152.

[1458] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 148.

[1459] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 155.

Cette vision pragmatique de la science explique peut-être[1460], au moins en partie, que Claude Bernard se soit globalement défendu de toute « prétention philosophique »[1461], à quelques réserves près. « Si la philosophie est la science du raisonnement, alors oui, il s'admet philosophe »[1462], avance ainsi Lambrichs. Sans enlever à la valeur philosophique de l'*Introduction*, Gzil n'y identifie pas « une véritable philosophie de la vie, ou une philosophie du normal et du pathologique »[1463]. A l'inverse, pour Canguilhem, « l'expérimentation, au niveau même de sa technique, enferme une théorie philosophique de la science de la vie qui renvoie elle-même à une philosophie de l'action de la science sur la vie »[1464]. Mirko D. Grmek estime quant à lui qu'appréhender l'*Introduction* au seul prisme de ses idées philosophiques conduirait à « manquer ce qu'il y a de plus profond, d'original et de révolutionnaire dans [son] enseignement méthodologique »[1465]. Considérant chacun de ces arguments, le choix de positionner le présent chapitre dédié au doute scientifique via les travaux et l'œuvre de Claude Bernard distinctement de la partie consacrée à l'approche philosophique du doute s'est imposée. Cela ne prive en rien de tenir compte des passerelles avec la philosophie que son œuvre favorise pleinement ainsi qu'en témoigne ce propos : « Toute la philosophie naturelle se résume en cela : *Connaître la loi des phénomènes*. Tout le problème expérimental se réduit à ceci : *Prévoir et diriger les phénomènes* »[1466]. S'y lit le programme bernardien. D'une part, sous la formule « philosophie naturelle », il concentre son attention et toutes ses réflexions sur la nature et les phénomènes qui s'y déploient. D'autre part, il pose non seulement la question fondamentale de la connaissance, en l'occurrence des phénomènes de la nature (« *Connaître la loi des phénomènes* »), mais également celle de l'appropriation de cette connaissance (« *Prévoir* ») et de son applicabilité performative (« *diriger les phénomènes* »). Pour ce faire, il positionne la méthode expérimentale au cœur de ce programme dont la visée est aussi éthique[1467] puisqu'il ne s'agit pas simplement d'élaborer la connaissance pour la connaissance mais aussi de pouvoir agir, c'est-à-dire d'œuvrer au bénéfice de la nature.

1.3 – La méthode expérimentale, une certaine façon d'appréhender la connaissance

Les sciences expérimentales distinguent ceux qui fondent le savoir sur le dogme de ceux qui estiment que l'homme « ne peut pas dicter des lois à la nature »[1468] mais doit au contraire « soumettre ses idées, sinon sa raison, à l'expérience, c'est-à-dire au critérium des faits »[1469].

[1460] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 15.
[1461] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 35 : « nous ne saurions donc avoir aucune prétention philosophique ».
[1462] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 140.
[1463] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 14.
[1464] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 154.
[1465] Grmek Mirko D. *Raisonnement expérimental et recherches toxicologiques chez Claude Bernard*. Genève: Droz; 1973, p. 13.
[1466] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 117.
[1467] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 154 : « C'est une idée proprement prométhéenne de la médecine expérimentale et de la physiologie qui lui donne sa résonnance propre, car la méthode expérimentale selon Claude Bernard c'est plus qu'un code pour une technique de laboratoire, c'est une idée pour une éthique ».
[1468] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 72-73.
[1469] *Ibid.,* p. 73.

Pour autant, l'épreuve des faits expérimentaux ne doit pas être confondue avec l'empirisme. L'histoire de la méthode expérimentale en médecine montre à quel point elle fut longue, chaotique et affectée de confusions.

1.3.1 – La méthode expérimentale comme autre voie d'accès à la connaissance

L'émergence de la méthode expérimentale apparait doublement révolutionnaire. D'une part, elle a été révolutionnaire au sens où Thomas Kuhn l'entendait, à savoir par le bouleversement des représentations[1470], relatives à la connaissance, la réalité, la vérité, qu'elle a provoqué. La démarche expérimentale s'est, de fait, inscrite en faux par rapport à la position théologique tout autant que scolastique, toutes deux convaincues « que les créations idéales de [leur] esprit qui correspondent à [leurs] sentiments représentaient aussi la réalité »[1471]. Ainsi que le précise Bernard, sans même être scolastique, « chaque homme se fait de prime abord des idées sur ce qu'il voit, et il est porté à interpréter les phénomènes de la nature par anticipation, avant de les connaître par expérience »[1472]. S'agissant de l'élaboration de connaissances, alors donc que « le scolastique impose son idée comme une vérité absolue qu'il a trouvée, et dont il déduit ensuite par la logique seule toutes les conséquences »[1473], l'expérimentateur fonctionne quant à lui par *hypothèses* qu'il va soumettre à l'épreuve des *faits* de l'expérience ainsi que du raisonnement expérimental[1474]. D'autre part, cette démarche a aussi été révolutionnaire par son impact en termes de progrès dans la compréhension et la connaissance des phénomènes de la nature, d'avancées techniques, de découvertes et de maitrise des conditions d'existence. En se distinguant donc radicalement des autres modalités d'accès à la connaissance, la démarche expérimentale œuvre à l'édification des sciences. Apposer le qualificatif « scientifique », et ainsi se prévaloir de cette garantie, impose d'en passer par les conditions de la démarche expérimentale, celle-ci ayant de fait pour ambition de constituer comme science chaque domaine qui s'emploie à l'appliquer. Ainsi rendue incontournable, elle s'est déployée dans un nombre croissant de domaines (mathématique, mécanique, physique, chimie, biologie, physiologie, médecine, psychologie, archéologie). C'est ainsi que sous l'impulsion de la démarche expérimentale, la médecine devenant elle-aussi scientifique, des progrès médicaux significatifs vont être enregistrés, à l'échelle individuelle autant que collective[1475].

1.3.2 – L'histoire discontinue de la méthode expérimentale et de son application à la médecine

Ainsi que le précise Lambrichs, « la démarche expérimentale existe depuis l'Antiquité dans le domaine inerte »[1476]. Bernard ne serait donc pas le créateur de la méthode expérimentale mais

---

[1470] Kuhn Thomas. *Les révolutions scientifiques. Op. cit.*

[1471] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 72 : « L'homme est naturellement métaphysicien et orgueilleux ; il a pu croire que les créations idéales de son esprit qui correspondent à ses sentiments représentaient aussi la réalité. D'où il suit que la méthode expérimentale n'est point primitive et naturelle à l'homme, et que ce n'est qu'après avoir erré longtemps dans les discussions théologiques et scolastiques qu'il a fini par reconnaître la stérilité de ses efforts dans cette voie ».

[1472] *Ibid.,* p. 130.

[1473] *Ibid.,* p. 73.

[1474] *Ibid.,* p. 33 : « La méthode expérimentale, considérée en elle-même, n'est rien autre chose qu'un *raisonnement* à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des *faits* ».

[1475] Corteel Mathieu. *Le hasard et le pathologique*. Paris: Sciences Po; 2020.

[1476] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 147.

celui qui en aurait proposé la typologie la plus aboutie et l'aurait systématisée[1477]. Il avance quant à lui que « les sciences expérimentales sont de naissance toute moderne, car les anciens Grecs ont eu évidemment l'idée des expériences, mais ils n'ont pas eu le temps de développer assez la science pour y arriver »[1478]. Dans ses *Principes*, il affirme : « Les sciences expérimentales sont conquérantes. L'antiquité ne les connaissait pas »[1479]. En fait, ainsi que le souligne Canguilhem, s'inspirant des propos du médecin physiologiste et philosophe Pierre Jean George Cabanis (1757-1808), il importe aussi de bien distinguer, d'une part « l'art d'observer des Anciens et l'art d'expérimenter des Modernes »[1480], d'autre part l'empirisme. Car si, comme le rappelle avec insistance Claude Bernard soucieux de telles confusions, l'empirisme a pu « servir de guide à ces sciences pendant leur temps nébuleux […] il faut se garder de confondre l'empirisme avec la science appliquée »[1481]. Pourtant, l'idée que Claude Bernard aurait été le premier père fondateur de la médecine expérimentale est une légende erronée. Non seulement, « fonder » la médecine expérimentale est à entendre sous bien d'autres sens que simplement faire exister, ainsi que déjà précisé[1482], mais Bernard n'est pas le premier à l'origine de son émergence. Il s'en défendait d'ailleurs explicitement lui-même[1483]. Il est donc faux de dire que « c'est à lui que reviendrait l'honneur et la gloire d'avoir introduit la méthode expérimentale dans les sciences de la vie »[1484]. Ne serait-ce que l'usage même de l'expression *médecine expérimentale*, il précède largement son appropriation par Claude Bernard. Au plus près de lui, elle était déjà utilisée par son maître Magendie. Mais, nous rappelle Canguilhem, elle se trouve déjà au 17e siècle, par exemple dans l'*Essai de Logique*[1485] du physicien et botaniste Edme Mariotte (1620-1684) ou dans *Recherche de la vérité*[1486] du philosophe et théologien Nicolas Malebranche (1638-1715). Mais, au 17e siècle, *médecine expérimentale* ne signifie alors pas autre chose qu'empirisme[1487]. Ainsi, tel que l'emploie Mariotte, *médecine expérimentale* correspond à « l'empirisme thérapeutique » qui n'est qu'un « substitut provisoire de la connaissance des causes des maladies et des effets des remèdes »[1488]. Au 18e siècle, le

[1477] Grmek Mirko D. *Le chaudron de Médée. L'expérimentation sur le vivant dans l'Antiquité*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1997.
[1478] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 86-87, note 3. En fait, Bernard semble se contredire avançant que « L'antiquité semble ne pas avoir eu l'idée des sciences expérimentales ou du moins ne pas avoir cru à leur possibilité » (p. 86-87) et se reprenant dans le même temps en ajoutant, « quoique cependant l'idée expérimentale ait bien existé, mais elle n'était pas développée » (p. 87, note 1).
[1479] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 86-87.
[1480] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 132.
[1481] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 365-366 : « ce n'est que depuis l'avènement des théories expérimentales que les sciences physiques et chimiques ont pris leur essor si brillant comme sciences appliquées, […]. La science appliquée suppose toujours la science pure comme point d'appui ».
[1482] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 13 : « cl. Bernard n'est ni l'inventeur de la méthode expérimentale, ni le premier à la théoriser ». Je renvoie aussi aux p. 27 à 35.
[1483] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 34-35 : « Les idées que nous allons exposer ici n'ont certainement rien de nouveau ; la méthode expérimentale et l'expérimentation sont depuis longtemps introduites dans les sciences physico-chimiques qui leur doivent tout leur éclat ».
[1484] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 147.
[1485] Mariotte Edme. *Essay de logique, contenant les principes des sciences et la manière de s'en servir pour faire de bons raisonnemens* Paris: E. Michallet; 1678.
[1486] Malebranche Nicolas. *De la recherche de la vérité. Où l'on traitte de la nature de l'esprit de l'homme & de l'usage qu'il en doit faire pour éviter l'erreur dans les sciences*. Amsterdam: Henry Desbordes; 1688 [1675].
[1487] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 143 : « Au XVIIe siècle, médecine expérimentale signifie médecine empirique et c'est en ce sens que l'entendent Malebranche et Mariotte ».
[1488] *Ibid.,* p. 143.

philosophe et physicien Johann Georg Ritter von Zimmermann (1728-1795) s'intéresse lui aussi à la pratique de la médecine et publie en 1764 un *Traité de l'expérience en médecine*[1489]. S'inspirant de la méthode inductive, c'est-à-dire la production de lois générales à partir de l'analyse rigoureuse de cas singuliers, promue par Francis Bacon (1561-1626), il préconise de fonder l'activité diagnostique sur l'expérience médicale et ce qu'il qualifie de « génie » renvoyant donc à l'instinct et l'intuition. On semble bien loin encore d'une médecine raisonnée et scientifique telle que la préconisera Claude Bernard[1490]. Quant au médecin anglais Thomas Percival (1740-1804), malgré son *Essays Medical and Experimental*[1491] en 1773, on retient essentiellement de sa postérité qu'il a inventé le concept d'éthique médicale[1492]. Au 18e, Claude Bernard reconnaît en fait surtout les apports qu'il estime essentiels d'Antoine Lavoisier (1743-1794) comme de Pierre-Simon Laplace (1749-1827) dans « la façon dont ils ont, au fond, posé les fondements de la physiologie »[1493] en œuvrant à créer « la chimie moderne ». C'est finalement surtout au cœur du 19e siècle, dans le sillage des travaux du chimiste Michel-Eugène Chevreul (1786-1889), dont Claude Bernard fait l'éloge en invoquant un dialogue ininterrompu, que la méthode expérimentale sera au mieux clarifiée[1494] et appliquée de façon progressivement croissante à la biologie, la physiologie et plus généralement au champ entier de la médecine. A cet égard, le premier à avoir, en France, « appliqué systématiquement cette méthode aux sciences de la vie est le maître de Claude Bernard : François Magendie »[1495]. Mais à la différence de son maître, Claude Bernard s'est appliqué « à ériger cette démarche expérimentale en méthode rigoureuse, à en définir les principes et les buts »[1496]. Magendie ne pouvait manifestement pas le faire puisqu'il « n'avait pas les moyens d'administrer la preuve qu'on peut déduire une conduite thérapeutique d'une connaissance physiologique, il n'avait pas les

---

[1489] Von Zimmermann Johann Georg, Le Febvre de Villebrune (Trad.). *Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir*. Paris: Chez Vincent; 1774 [1764].

[1490] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 72 : « la méthode expérimentale a pour objet de transformer cette conception *a priori*, fondée sur une intuition ou un sentiment vague des choses, en une expérimentation *a posteriori* établie sur l'étude expérimentale des phénomènes ».

[1491] Percival Thomas. *Essays Medical and Experimental*. London: J. Johnson; 1772. En ligne : Essays medical and experimental : Percival, Thomas, 1740-1804 : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive, consulté le 8 mars 2026.

[1492] Percival Thomas. *Medical Ethics. Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons.* England: Cambridge University Press; 1803.

[1493] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 148. Lambrichs s'appuie sur : Bernard Claude , Grmek Mirko D. (établi et commenté), Dausset Jean (préface). *Notes pour le rapport sur les progrès de la physiologie*. Paris: Collège de France; 1979, p. 61-62 : « Lavoisier, en créant la chimie moderne, expliqua, du même coup, la nature des phénomènes chimiques qui se passent dans les êtres vivants » et « Lavoisier et Laplace prouvèrent que la chaleur organique qui anime les êtres vivants est engendrée en eux par une véritable combustion, en tous points semblable aux combustions de nos foyers ».

[1494] Chevreul Michel-Eugène. *Lettres adressées à M. Villemain, … sur la méthode en général et sur la définition du mot « fait », relativement aux sciences, aux lettres, aux beaux-arts, etc., etc.* Paris : Garnier Frères, 1856, p. 27-29 : « Un phénomène frappe vos sens ; vous l'observez avec l'intention d'en découvrir la cause, et pour cela, vous en supposez une dont vous cherchez la vérification en instituant une expérience. Le raisonnement suggéré par l'observation des phénomènes institue donc des expériences […], et ce raisonnement constitue la méthode que j'appelle expérimentale, parce qu'en définitive l'expérience est le contrôle, le critérium de l'exactitude du raisonnement dans la recherche des causes ou de la vérité ».

[1495] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 147-148.

[1496] *Ibid.*, p. 148 : « alors que Magendie expérimentait le plus objectivement possible, sans *a priori*, et en allant parfois jusqu'à se réjouir des contradictions mises au jour par ses expériences, Claude Bernard s'est appliqué, en éprouvant lui-même les difficultés et les contradictions de l'expérimentation, à ériger cette démarche expérimentale en méthode rigoureuse, à en définir les principes et les buts ».

moyens de raccorder effectivement la clinique et le laboratoire »[1497]. Alors donc que Magendie n'allait pas au-delà des faits qu'il ne cessait d'accumuler[1498], Claude Bernard a dû « prend[re] ses distances avec l'empirisme radical » de ce dernier[1499]. C'est ainsi qu'« à partir de l'*Introduction* et des *Principes*, le nouveau but de l'enseignement de Cl. Bernard peut donc se résumer en un seul mot : « fonder ». Fonder ou « constituer » la médecine expérimentale »[1500]. En somme, ainsi que l'analyse Canguilhem, « Cl. Bernard sait qu'il n'a inventé ni le terme, ni le projet, mais en réinventant le contenu, il a fait de l'idée son idée »[1501].

1.4 – Claude Bernard, une certaine façon d'appréhender et de définir la médecine

Pour Claude Bernard, « la médecine tend fatalement à devenir expérimentale »[1502]. Il s'agit selon lui d'une évolution naturelle à savoir que « la médecine ne diffère pas des autres sciences qui toutes ont traversé l'empirisme avant d'arriver à leur période expérimentale définitive »[1503]. On ne sait pas s'il entend par-là que la médecine expérimentale devrait remplacer toute autre forme de médecine. Il n'en demeure pas moins qu'il critique avec force les deux autres formes principales de médecine ayant cours depuis l'Antiquité, l'expectante (qu'est l'hippocratisme) et l'empirique. S'il souligne avec insistance leurs insuffisances et leur dangerosité, l'issue de son questionnement critique, certes marqué de notables revirements, ne l'amènera pourtant ni à les nier ni à les rejeter tout en fondant ce qu'il estime être une « médecine nouvelle »[1504].

1.4.1 – Mettre en doute la médecine d'observation pour n'en garder que le meilleur

Bernard a d'abord été très critique à l'égard de la médecine d'observation, s'adonnant, selon l'analyse de Canguilhem, à une « déclaration de guerre à la médecine hippocratique » à laquelle il ajoute dans la foulée qu'elle ne doit cependant pas être entendue comme une « dépréciation d'Hippocrate »[1505]. C'est dire s'il transparaît dans le propos du physiologiste son ambivalence et le pressentiment des écueils d'une position par trop radicale consistant à rejeter cette pratique ancestrale de la médecine. Il n'en demeure pas moins que son analyse est sévère ainsi qu'en témoigne ce propos tiré de l'*Introduction* :

> L'hippocratisme, qui croit à la nature médicatrice et peu à l'action curative des remèdes, suit tranquillement le cours de la maladie ; il reste à peu près dans l'expectation en se bornant à favoriser par quelques médications simples les tendances heureuses de la nature[1506].

[1497] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 138.
[1498] *Ibid.*, p. 135 : Magendie « prétend lire et donner à lire dans les faits eux-mêmes, séparément de toute interprétation, l'identité physique du physiologique et du pathologique ».
[1499] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 56 : « l'empirisme radical de Magendie, qui préconisait de "laisser parler les faits". Pour lui [Claude Bernard], non seulement les faits ne parlent pas d'eux-mêmes, mais les théories biologiques et médicales sont fragiles ».
[1500] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 27.
[1501] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 140.
[1502] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 339.
[1503] *Ibid.,* p. 365.
[1504] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 117.
[1505] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 131.
[1506] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 357.

Le ton est moqueur, si ce n'est méprisant (« suit tranquillement », « se bornant à »). Pour Bernard l'hippocratisme n'est qu'une croyance comme on aurait foi en une religion, en l'occurrence celle de la nature (« croit à la nature médicatrice »). Mais ce dogme du pouvoir de la nature comme seule voie de résolution des maladies (« médicatrice », « croit […] peu à l'action curative des remèdes ») conduit à un état de soumission passive, autant dire d'inertie, du médecin hippocratique (« suit tranquillement le cours », « dans l'expectation »). Tout au plus ne peut-il intervenir que dans le sens de cette nature, c'est-à-dire sans en perturber le cours mais simplement pour la renforcer (« favoriser […] les tendances heureuses de la nature »). Suivre les maladies, sans pouvoir intervenir pour en modifier significativement le cours, n'en fait qu'un spectateur. Le décalage avec la médecine expérimentale, dont l'un des trois piliers principaux est justement la thérapeutique, n'en est que d'autant plus manifeste. Canguilhem analyse cette comparaison à laquelle s'adonne Claude Bernard ainsi : « la médecine d'observation est passive, contemplative, descriptive comme une science naturelle. La médecine expérimentale est une science conquérante »[1507]. Ce propos synthétique, opposant la contemplation de la première à la dynamique interventionniste de la seconde relate pleinement l'état d'esprit alors très critique de Claude Bernard à l'égard de l'Hippocratisme dans ses *Principes* :

> La médecine d'observation voit et observe et explique les maladies, mais elle ne touche pas à la maladie. Hippocrate ne veut jamais arrêter, *juguler* une maladie. […] L'expérimentateur, au contraire, veut toucher aux phénomènes ; il veut arrêter, gouverner la maladie, il veut maitriser la nature ; quand il donne un remède c'est pour s'opposer au développement de la maladie[1508].

La métaphore tactile (« ne touche pas à la maladie », « toucher aux phénomènes ») vient ici souligner la posture radicalement opposée entre les médecines expectante et expérimentale. Entre les lignes, on pourrait même lire dans cette sorte de distanciation physique (« ne touche pas ») liée à l'expectation une forme de crainte et de dégoût pour la maladie. A tout le moins, Bernard identifie dans cette attitude une volonté manifestement lucide de ne pas intervenir (« ne veut jamais arrêter, *juguler* la maladie ») fondée sur la croyance qu'il importe à la seule nature d'y pourvoir. La médecine expérimentale œuvre quant à elle activement tout à l'opposé. Portée par cette volonté de conquête et de domination, dont témoigne la multiplication des verbes d'actions (« arrêter », « gouverner », « maitriser », « s'opposer »), elle vise non seulement la maitrise des états pathologiques autant que physiologiques puisqu'ils sont indissociables – tel que l'incipit « *Conserver la santé et guérir les maladies* »[1509] l'annonçait d'entrée dans l'*Introduction* – mais également de la nature (« veut maitriser la nature »). Il n'est donc plus du tout question de suivre passivement la nature en se laissant guider par elle mais tout au contraire de la soumettre, d'en orienter le cours de façon déterminée, donc de la dominer. Dans l'objectif annoncé de « s'opposer au développement de la maladie », il y a peut-être à lire aussi une intention anti-hippocratique, c'est-à-dire l'idée de s'opposer à la nature qui y contribue ou du moins permet un tel développement. Pourtant aussi critique soit-il à l'égard de cette médecine hippocratique pour sa passivité, il parvient tout de même à en reconnaître les vertus, en

[1507] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 131.
[1508] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 96, note 3.
[1509] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 339.

l'occurrence dans ce passage, le fait qu'elle « voit et observe et explique les maladies ». Ainsi, Bernard finira par réhabiliter la médecine d'observation, même si cela semble parfois consenti à regret, notamment lorsqu'il avoue que « dans une certaine mesure, celle-ci reste nécessaire même à l'âge expérimental de la médecine »[1510]. Ce retour en grâce est loin d'être seulement lié au fait qu'à son époque, la médecine d'observation se trouvait très ancrée[1511], témoignant d'une grande fidélité à l'art de la médecine hippocratique. D'ailleurs, il n'a certes pas assoupli d'emblée son attaque de la médecine hippocratique. Outre qu'il s'est constamment désolé de l'expectation pour le danger, éventuellement mortelle, qu'elle pouvait faire courir aux malades, il n'a pas manqué de discréditer l'intérêt préférentiel des hippocratistes pour les nosographies. Les qualifiant de nosologistes « préoccupés avant tout de définitions, de classification des maladies »[1512], il méprise résolument le désintérêt qui est le leur pour l'art de guérir. Il n'en demeure pas moins qu'« il conserve de l'hippocratisme l'idée de l'importance de la clinique, c'est-à-dire de l'observation du malade »[1513] au point de sembler opérer un revirement dans son approche critique ainsi qu'en témoigne ce propos, que l'on retrouve à plusieurs reprises dans l'*Introduction* : « l'observation médicale ne doit jamais disparaître ni être perdue de vue ; elle reste comme la base constante ou le terrain commun de toutes les études et de toutes les explications »[1514]. C'est dire si la médecine d'observation, en quoi consiste aussi la médecine hippocratique, retrouve à ses yeux un notable intérêt puisqu'elle lui apparaît finalement comme un préalable indispensable (« base constante », « terrain commun ») à l'ambition analytique (« toutes les explications ») de l'expérimentation (« toutes les études »). Conscient « qu'« obtenir des faits exacts » est essentiel mais « redoutablement difficile, particulièrement dans les sciences médicales »[1515], ainsi qu'en témoignent les graves erreurs qui, à défaut, peuvent en résulter[1516], il en arrive donc à admettre que, pour y parvenir, l'observation et l'expérimentation doivent être indissociables[1517]. L'« observation des maladies [est] la base invariable de toutes les analyses expérimentales »[1518], insiste-t-il, tandis que le propos suivant concrétise la pleine réhabilitation de cet art de l'observation caractéristique de la médecine hippocratique :

> Donc la première condition pour faire de la médecine expérimentale, c'est d'être d'abord médecin observateur ; c'est de partir de l'observation pure et simple du malade faite aussi complètement que possible ; puis la science expérimentale arrive ensuite pour analyser chacun

[1510] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 91.
[1511] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 130 : « La Réforme, dont Cabanis expose le projet, à l'aube du XIXe siècle, ne tend en rien à faire de la médecine autre chose qu'une science d'observation ».
[1512] *Ibid.,* p. 131 : « Cl. Bernard désigne comme hippocratistes tous les médecins qui, dans les temps modernes, n'ont pas mis en tête de leurs préoccupations la guérison des malades, mais se sont préoccupés avant tout de définitions, de classification des maladies, qui ont préféré au traitement le diagnostic et le pronostic ».
[1513] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 91.
[1514] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 342.
[1515] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 53.
[1516] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 53 : « Dans l'investigation scientifique, les moindres procédés sont de la plus haute importance. […] des procédés de recherche défectueux peuvent entrainer dans les erreurs les plus graves et retarder la science en la fourvoyant ».
[1517] *Ibid.,* p. 52 : « l'observateur et l'expérimentateur sont des investigateurs qui cherchent à constater les faits de leur mieux ».
[1518] *Ibid.,* p. 342.

> des symptômes en cherchant à les ramener à des explications et à des lois vitales qui comprendront le rapport de l'état pathologique avec l'état normal[1519].

Il est notable qu'après avoir semblé envisager la victoire de la médecine expérimentale sur toute autre forme de médecine, Claude Bernard fait ici de la médecine d'observation ni plus ni moins que sa « première condition », autant dire sa condition d'existence. Dans une sorte de sobre éloge de la clinique (« observation pure et simple du malade »), c'est-à-dire cette médecine au plus près des personnes malades, il lui sacrifie la priorité et la gloire, qu'il envisageait peut-être sans partage, de la médecine expérimentale. Or, à défaut de la première, la seconde, aussi fondamentale soit-elle, non seulement ne trouverait aucun appui[1520], celui de disposer de « l'histoire naturelle des maladies »[1521], mais se trouverait sans objet à éclairer[1522]. C'est ainsi que ce qui constitue le fondement et la légitimité de la médecine expérimentale (« des explications », « des lois vitales »), sur lesquels je vais revenir, n'arrive en toute logique qu'en seconde partie de ce propos (« la science expérimentale arrive ensuite »).

1.4.2 – Mettre en doute la médecine empirique pour ne la réhabiliter qu'à contre-cœur

Claude Bernard n'a pas été moins critique à l'égard de l'empirisme médical rappelant à satiété son insuffisance et sa dangerosité ainsi qu'en témoigne ce propos :

> L'empirique peut donc sauver un malade que l'expectation aurait laissé mourir, de même que l'expectation aura pu permettre la guérison d'un malade que l'empirique aurait tué. De sorte que l'empirisme est aussi une méthode insuffisante de traitement en ce qu'elle est incertaine et souvent dangereuse[1523].

Bernard est ici loin de considérer la supériorité de l'attitude empirique sur l'expectante, en dépit du fait particulièrement honorable que l'empirique se soucie de l'art de guérir les malades (« peut donc sauver un malade ») quand les hippocratiques les abandonne à une issue naturelle plus qu'incertaine jusqu'à être fatale (« l'expectation aurait laissé mourir »). Si l'empirique « a foi dans l'action des remèdes comme moyens de changer la direction des maladies et de les guérir »[1524], il apparait pourtant que l'abstention propre aux hippocratiques est parfois préférable (« l'expectation aura pu permettre la guérison ») à des remèdes utilisés empiriquement, c'est-à-dire sur la seule base de l'expérience ou de l'habitude sans disposer de moindres éléments de justification explicative. Une telle attitude est considérée comme dangereuse (« que l'empirique aurait tué ») puisque les médecins empiriques utilisent des

---

[1519] *Ibid.,* p. 340.

[1520] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. XXI-XXII : « dans toutes les sciences, l'analyse expérimentale des phénomènes doit être précédée de leur observation […] qu'en un mot l'étude expérimentale des maladies dans le laboratoire suppose préalablement l'étude clinique des maladies faite dans l'hôpital ».

[1521] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 134, note 2 : Canguilhem identifie Henri-Marie Ducrotay de Blainville (1777-1850) comme ayant le premier formulé la notion d'histoire naturelle des maladies, notion toujours utilisée, dans son *Cours de physiologie générale et comparée*, tome I, 1833, p. 21.

[1522] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 55 : « l'*observation* est l'investigation d'un phénomène naturel, et l'*expérience* est l'investigation d'un phénomène modifié par l'investigateur ».

[1523] *Ibid.,* p. 362.

[1524] *Ibid.,* p. 357.

remèdes dont ils ignorent non seulement les mécanismes d'action et la toxicité éventuelle mais également l'intérêt réel ou pas de leur utilisation pour soigner tels ou tels maux. L'empirique « se contente de consacrer empiriquement les actions médicamenteuses sans chercher à en comprendre scientifiquement le mécanisme »[1525] insiste-t-il. L'une et l'autre méthode sont donc tout aussi insuffisantes et dangereuses, particulièrement la méthode empirique. D'une part, elle se moque de l'aphorisme hippocratique « *primum non nocere* » qui invite à s'abstenir plutôt que risquer des interventions qui seraient plus délétères que de ne rien faire. Or, l'empirique ne s'impose aucune limite à son interventionnisme thérapeutique. D'autre part, la médecine empirique ne cherche pas à comprendre ce qu'elle fait, ni pourquoi elle le fait, du moins pour ce qu'il en était encore à l'époque de Claude Bernard. Dans l'ignorance des causes et mécanismes sous-jacents aux maladies, les empiriques ne peuvent qu'en ignorer aussi les thérapeutiques à même d'y remédier (en quoi consiste le *déterminisme* des phénomènes pathologiques et donc physiologiques), ils agissent à l'aveugle et dans l'incertitude la plus totale (« méthode […] incertaine »). C'est pourquoi, ainsi que le suggère Canguilhem, L'*Introduction* « s'offre à nous comme le manifeste d'une médecine expérimentale arrachée à l'empirisme initial, d'une médecine expérimentale raisonnée »[1526] suggérant par-là l'économie de tout raisonnement propre à la médecine empirique. C'est ainsi que Canguilhem en conclut que pour Claude Bernard, l'empirisme est « cette tradition de la médecine agissante, secourable aux malades, ne se contentant pas de l'observation mais pratiquant […] des expériences peu ou point préméditées, peu analytiques, peu critiques, […] rebelles à toute légitimation explicative »[1527]. C'est dire s'il la trouve nébuleuse et prive du moindre esprit scientifique. La critique de Bernard tend parfois même à se muer en colère, ou du moins en cri d'alerte, ainsi que le suggère ce propos :

> L'empirique […] n'est jamais dans l'embarras ; quand un remède a échoué ; il en essaye un autre ; il a toujours des recettes ou des formules à son service pour tous les cas, parce qu'il puise, comme on dit, dans l'arsenal thérapeutique qui est immense. La médecine empirique est certainement la plus populaire de toutes[1528].

Bernard condamne avec une ironie mordante la façon très habile qu'ont les empiriques de se masquer à eux-mêmes leur ignorance (« jamais dans l'embarras »), de faire illusion (« toujours des recettes ou des formules à son service ») voire d'être trompeusement séduisants (« la plus populaire de toutes »). Mais par-delà la mise en scène de l'empirique propre à préserver son aura (son panier à recettes étant toujours plein puisque « l'arsenal thérapeutique […] est immense ») comme la confiance qui leur est accordé, Bernard tente avec un humour acerbe d'en pointer les dangers. Parmi ces dangers, il y a celui d'essayer n'importe quels remèdes[1529] (« qu'il puise […] dans l'arsenal ») dans n'importe quelles situations (« pour tous les cas »), il

---

[1525] *Ibid.*
[1526] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 143.
[1527] *Ibid.*, p. 133.
[1528] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 357.
[1529] Cette critique adressée à l'empirique est un exemple de contradiction ou de revirement dans l'argumentation de Claude Bernard puisqu'ailleurs il encourage au contraire l'usage de « remèdes connus empiriquement » ou même non connus. *Ibid.,* p. 360 : « il [le médecin expérimentateur] doit employer tous les remèdes connus empiriquement, non seulement à l'égal de l'empirique, mais aller même au-delà et essayer le plus possible de médicaments nouveaux ».

y a aussi son absence d'auto-critique puisqu'il ne s'avoue jamais vaincu (« quand un remède a échoué ; il en essaye un autre ») ou insuffisant (« toujours des recettes ou des formules ») ou tout simplement se questionnant (« jamais dans l'embarras »), ne serait-ce que sur la pertinence. Ce qu'il semble considérer comme une excessive assurance en soi est précisément ce que Claude Bernard condamne ici, en plus de l'état d'ignorance.

Pourtant, comme pour la médecine d'observation, après l'avoir vertement critiquée jusqu'à donner l'impression de la rejeter, Bernard s'adoucit et semble opérer un revirement tout aussi radical en faveur de la médecine empirique. C'est ainsi qu'il en vient à considérer dans les toutes dernières pages de son *Introduction* que « la médecine empirique et la médecine expérimentale, loin d'être incompatibles doivent au contraire être réunies intimement, car toutes deux sont indispensables pour l'édification de la médecine expérimentale »[1530]. On peut d'ailleurs se demander si un tel dénouement n'était pas d'emblée lisible dès la première page de son propos introductif de l'ouvrage. C'est ainsi que l'on peut lire : « dans sa marche à travers les siècles, la médecine constamment forcée d'agir, a tenté d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme et en a tiré d'utiles enseignements »[1531]. Reconnaissant la centralité du principe d'action qui est au cœur de la pratique médicale (« constamment forcée d'agir »), Bernard s'incline devant la persévérance dont a fait preuve la médecine empirique au cours de siècles (« a tenté d'innombrables essais ») et devant son apport indéniable en matière de savoir pratique (« utiles enseignements »). Qu'il s'indigne de l'absence de recherche explicative ne l'empêche pas de reconnaître que, dans sa période préscientifique, la médecine « n'en a pas moins […] acquis des notions et entassé des matériaux précieux, qui auront plus tard leur place et leur signification dans la médecine scientifique »[1532]. Ainsi que le précise le philosophe François Dagognet, « Loin de maudire cet empirisme, il faut le respecter. Le voici indispensable et d'ailleurs riche de faits, de résultats tangibles »[1533] sur lesquels la médecin expérimentateur va pouvoir orienter ses expérimentations. Quant au défaut de raisonnement que Bernard déplore aussi comme carence fondamentale des empiriques, elle ne leur est en réalité pas propre mais concernait aussi son maître Magendie lui-même qui, selon sa propre analyse, s'en méfiait « extraordinairement » et « se bornait, comme un chiffonnier, auquel il se comparait, à entasser les faits les plus hétéroclites »[1534]. En réalité, si Bernard est finalement convaincu que « le médecin expérimentateur est à la fois hippocratiste et empirique »[1535], et le répète à foison selon diverses déclinaisons concordantes[1536], il insiste sur le fait qu'observer et agir empiriquement ne sauraient lui suffire. Ce qui distingue le médecin expérimentateur, c'est qu'il veut aussi « comprendre le mécanisme physiologique de la production de la maladie et le mécanisme de l'action curative du médicament »[1537]. Or, précisément, pour pouvoir « expérimenter en vertu

[1530] *Ibid.,* p. 370.
[1531] *Ibid.,* p. 31.
[1532] *Ibid.*
[1533] *Ibid.,* p. 20.
[1534] *Ibid.,* p. 22. Sur ce point, François Dagognet s'appuie, dans sa préface, sur : Bernard Claude. *Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses*. 1ère leçon, « Magendie, sa vie et ses travaux ».
[1535] *Ibid.,* p. 357.
[1536] *Ibid.,* p. 362 : « Or la médecine expérimentale n'est que la réunion de l'expectation et de l'empirisme éclairés par le raisonnement et l'expérimentation ».
[1537] *Ibid.,* p. 357.

d'une théorie scientifique, il faut avoir expérimenté empiriquement ou *pour voir* »[1538] ce qui conduit Claude Bernard à conclure, *in fine*, que l'empirisme « n'est pas autre chose que le premier degré de la méthode expérimentale »[1539]. Autant dire que l'empirisme médical se voit ici pleinement réhabilité.

Et plus encore, puisqu'après avoir clairement accusé les médecins empiriques de mettre en danger la vie de leurs patients, au regard de leur usage inconsidéré de remèdes dont ils ignoraient à peu près tout, Claude Bernard s'offusque d'avoir été injustement mal compris[1540]. Contradiction ou clarification de sa pensée, voici ce qu'il en écrit :

> Le médecin expérimentateur sera donc, comme l'empirique, capable de porter secours aux malades avec tous les moyens que possède la médecine pratique ; mais de plus, à l'aide de l'esprit scientifique qui le dirige, il contribuera à fonder la médecine expérimentale, ce qui doit être le plus ardent désir de tous les médecins qui pour la dignité de la médecine voudraient la voir sortir de l'état où elle est[1541].

Tout d'abord Claude Bernard tient à souligner que le « médecin expérimentateur », qu'il qualifie aussi de médecin physiologiste, n'est pas ce que d'aucuns ont pu qualifier de « physiologistes purs »[1542], mais qu'il est aussi un véritable médecin. Autrement dit, il n'est pas un savant perché dans une tour d'ivoire (ainsi que Bernard a été lui-même considéré), uniquement soucieux de théorie et déconnecté de la réalité concrète (« médecine pratique ») et des besoins des malades[1543]. Il lui importe manifestement de bien clarifier ce premier point que le « médecin expérimentateur » n'est donc pas un moindre praticien de la médecine (autant en réalité que qualité pratique[1544]) et des soins des malades (« comme l'empirique, capable de porter secours aux malades »). Par contre, ce qui le distingue est sa capacité d'associer la réflexion à l'action, ce qu'il qualifie ici d'« esprit scientifique », laissant par-là sous-entendre que les autres médecins en seraient dépourvus. Ce premier sous-entendu en génère un autre, non moins sévère, à savoir celui de l'incurie de la médecine avant la physiologie (« la dignité de la médecine », « sortir de l'état où elle est »). Malgré la réhabilitation accordée à la médecine empirique, il n'en demeure donc pas moins hautain à son égard et ce ne serait guère que parce que la médecine expérimentale n'est pas encore pleinement constituée qu'il faut consentir à s'en remettre à la première[1545]. Gzil va même jusqu'à juger ce consentement forcé à l'empirisme

---

[1538] *Ibid.,* p. 358.
[1539] *Ibid.*
[1540] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 108 : « Je n'ai jamais dit : tout ce qu'on a fait jusqu'ici et tout ce qu'on fait aujourd'hui en médecine est mauvais et doit être abandonné. Je ne dis surtout pas cette absurdité qu'on m'a prêtée : ne faites rien à vos malades et attendez pour les traiter que la médecine expérimentale soit faite ».
[1541] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 360-361.
[1542] *Ibid.,* p. 341.
[1543] *Ibid.,* p. 360 : « Le médecin expérimentateur ne devra donc pas être, comme certaines personnes semblent le croire, un simple physiologiste qui attendra les bras croisés que la médecine expérimentale soit constituée scientifiquement avant d'agir auprès de ses malades ».
[1544] *Ibid.,* p. 350 : « Il y a bien longtemps que l'on dit et que l'on répète que les médecins physiologistes les plus savants sont les plus mauvais médecins et qu'ils sont les plus embarrassés quand il faut agir au lit du malade ».
[1545] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 108 : « Hé bien !, vous dis-je procédez empiriquement tant que vous ne pourrez pas faire autrement ».

médical comme simple marque de commisération à l'égard des malades[1546] que comme un véritable consentement. Tel semble d'ailleurs être l'esprit de la conclusion de sa présentation de l'*Introduction*, à savoir que « parce qu'il veut s'expliquer et maitriser les maladies et les remèdes, [le physiologiste médecin] s'*abstrait* du point de vue de la clinique et use des moyens d'investigation proprement physiologiques »[1547]. Bien qu'il cherche parfois à s'en défendre, en valorisant la fonction médicale du physiologiste auprès des malades, la science expérimentale appliquée aux corps vivants animés demeure pour Claude Bernard le cœur fondateur de la médecine expérimentale. En la résumant comme « la *science analytique* des phénomènes de la vie à l'état pathologique en s'appuyant exclusivement sur l'état normal »[1548], Bernard confirme que, dans son esprit, la médecine expérimentale signifie bien plus la physiologie que la médecine. Cela est cohérent avec la vision bernardienne que l'hôpital ne serait que le « vestibule » de la médecine expérimentale et la laboratoire son « sanctuaire »[1549].

1.4.3 – Claude Bernard veut croire en une médecine nouvelle

D'après Canguilhem, Claude Bernard « opère une révolution copernicienne »[1550] et ce à plus d'un titre. C'est dire s'il considère comme majeures les avancées auxquelles ont conduit ses travaux et son œuvre au cœur de laquelle l'*Introduction* et les *Principes* devraient, d'après lui, ne pas être dissociés[1551]. Parmi ces avancées, il faut compter notamment le *déterminisme*[1552] des phénomènes, c'est-à-dire le « rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres »[1553] ; le concept de *milieu intérieur*, par opposition au milieu extérieur et en quoi consiste « l'ensemble des mécanismes par lesquels les organismes vivants s'adaptent au milieu extérieur et maintiennent leur unité »[1554]. Autant d'avancées qu'il ne doit qu'à lui-même[1555] et qui ont constitué des progrès considérables puisqu'ainsi que le justifie Canguilhem : « sans l'idée de la sécrétion interne, pas d'idée de milieu intérieur, et sans l'idée du milieu intérieur, pas d'autonomie de la physiologie comme science »[1556]. S'agissant de la sécrétion interne, Claude Bernard s'appuie sur l'explication expérimentale – remarquable entre toutes tant elle s'avère d'une puissance pédagogique inégalée en matière de démarche expérimentale[1557] – de la fonction glycogénique du foie et du mécanisme du diabète. D'autre part, en plus de mettre également fin à l'illusion

---

[1546] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 90.
[1547] *Ibid.,* p. 97.
[1548] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. XXI.
[1549] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 257 : « En un mot, je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer un médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale ».
[1550] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 138.
[1551] *Ibid.,* p. 129.
[1552] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 42 : « Rappelons que c'est Cl. Bernard qui a introduit ce terme dans la langue française et que, bien qu'il fasse ici comme si celui-ci était déjà à l'époque un terme courant, ce n'est qu'à la suite de son emploi dans l'*Introduction* que son usage est devenu populaire ».
[1553] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[1554] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 44.
[1555] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 149 : « Cl. Bernard […] ne doit qu'à lui-même ce concept de *milieu intérieur* qui permet enfin à la physiologie d'être, au même titre que la physique, une science déterministe, sans céder à la fascination du modèle proposé par la physique ».
[1556] *Ibid.,* p. 148. Canguilhem ajoute que « c'est le *concept* de milieu intérieur qui est donné comme fondement théorique à la *technique* de l'expérimentation physiologique ».
[1557] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 298-307.

vitaliste, le concept de milieu intérieur permettait encore aussi de réhabiliter la *théorie cellulaire* au titre d'une théorie essentielle puisqu'à même de « comprendre la relation entre le tout et la partie […] tout autrement que selon un modèle mathématique ou mécanique »[1558], aux antipodes donc de la vision cartésienne d'un corps machine à la simplicité fort réductrice et trompeuse[1559]. Ainsi qu'en conclut Canguilhem, « une idée de physiologie générale, composant le concept de milieu intérieur avec la théorie cellulaire, a permis à Claude Bernard de constituer en théorie et en pratique une méthode expérimentale spécifique de la physiologie, une méthode de style non cartésien »[1560]. C'est enfin grâce au modèle princeps d'une maladie comme le diabète, qu'il é été possible de ne plus admettre que « les maladies sont des essences ou qu'elles ont leur nature »[1561]. De sorte qu'il est aussi devenu possible de se positionner du côté de la santé, c'est-à-dire de la physiologie de l'état normal pour en comprendre la déviation pathologique, conformément au « principe de l'identité des lois de la santé et de la maladie »[1562], et œuvrer ainsi à son traitement[1563]. Tel est effectivement le programme de la médecine à savoir « *conserver la santé et guérir les maladies* »[1564], rendu possible grâce à la physiologie.

Pour Claude Bernard, la médecine expérimentale marque aussi résolument sa nouveauté en ce qu'il s'agit d'un « temps de la médecine qui est assez avancé pour ne plus permettre de *systèmes* »[1565] ainsi que « revêtir de plus en plus la forme analytique, et rentrer ainsi graduellement dans la méthode d'investigation commune aux sciences expérimentales »[1566]. Il va plus loin encore en affirmant, et ce à plusieurs reprises, que c'est « la négation de tous les systèmes »[1567]. C'est parce que selon Bernard « les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques transformées en principes immuables » [1568], rappelant en cela la scolastique, qu'il leur oppose résolument la méthode expérimentale. Fondée quant à elle sur l'investigation réitérée d'hypothèses expérimentales, en ce que celles-ci se voient soumises à l'épreuve des faits et du raisonnement expérimental, la démarche expérimentale a pour caractéristique fondamentale la conduite d'abandon de toute théorie qui ne serait pas corroborée

---

[1558] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 149-150 : « Cette théorie révélait un type de structure morphologique tout à fait différent de ce qu'on avait appelé jusqu'alors *fabrique* ou *machine* ».
[1559] *Ibid.,* p. 151 : « Si les lois de la mécanique cartésienne s'étudient sur les machines simples, les lois de la physiologie bernardienne s'étudient sur des organismes complexes ».
[1560] *Ibid.,* p. 150.
[1561] *Ibid.,* p. 140.
[1562] *Ibid.,* p. 139.
[1563] *Ibid.,* p. 140 : « A partir du moment où la médecine expérimentale s'estime capable de déterminer les conditions de la santé et de définir la maladie comme une déviation de ces conditions, l'attitude pratique de l'homme à l'égard des maladies devient une attitude de refus ou d'annulation ».
[1564] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 31.
[1565] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. XXI.
[1566] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 32.
[1567] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 28 : « la médecine expérimentale ne répond à aucune doctrine de médecine ancienne ou nouvelle, qu'elle n'est point un système de médecine, mais qu'elle est au contraire la négation formelle de toute espèce de systèmes ou de doctrines » ; p. 117 : « je dis qu'en proposant la médecine expérimentale, je ne propose pas un système, je propose au contraire la négation de tous les systèmes et le recours incessant à l'expérience pour vérifier la *théorie médicale*. C'est sous ce rapport que la médecine expérimentale est une médecine nouvelle ».
[1568] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 373.

par l'expérience. Autrement dit, elle est toujours capable de mettre en doute la théorie et de l'abandonner le cas échéant. En ce sens, non seulement « la médecine expérimentale ne répond à aucune doctrine médicale ni à aucun système philosophique »[1569] mais elle est impersonnelle[1570], son cours étant indépendant de la volonté comme de ce qu'en pensent quiconque[1571] bien que tous soient naturellement amenés à y contribuer[1572].

1.5 – Le doute est au cœur de la méthode expérimentale

Ce propos de Canguilhem, à savoir que « l'enseignement de Claude Bernard, c'est que la méthode n'est pas susceptible d'être formulée séparément des recherches dont elle est issue »[1573], ne peut être plus à propos que s'agissant du doute. Que le doute ait conditionné nombre de ses recherches et découvertes, dont la si fameuse la fonction glycogénique du foie, lui permet d'enseigner non seulement la validité du doute comme outil méthodique fondamental de toute la démarche expérimentale, mais aussi comme posture propre à l'esprit scientifique.

1.5.1 – La fonction glycogénique du foie, une découverte expérimentale rendue possible grâce au doute

L'*Introduction* propose « la généralisation réfléchie de l'enseignement tiré d'une aventure intellectuelle intégralement vécue »[1574] par Claude Bernard. Cette aventure est, au mieux, illustrée par sa découverte de la fonction glycogénique du foie[1575]. La présence de sucre dans le sang des veines sus-hépatiques d'un animal sacrifié dont l'autopsie s'est trouvée décalée dans le temps s'est révélée notoirement inattendue. En s'opposant à la théorie en vigueur séparant le monde végétal (considéré comme seul producteur de sucre) du monde animal (dont il se nourrirait à l'extérieur grâce au végétal), ce fait inattendu est venu exciter le doute de l'expérimentateur et relancer la procédure expérimentale permettant, *in fine*, d'attester la réalité du phénomène physiologique de glycogénèse endogène d'origine hépatique. Cet exemple montre d'emblée combien le doute est au cœur même du processus expérimental. Sans le questionnement et le raisonnement imposés par le doute, il n'y aurait pas d'expérimentation. Sans la possibilité de pouvoir tenir « pour acquis un fait bien constaté, incompatible avec la théorie »[1576], il n'y aurait pas de progrès de la connaissance scientifique. Il importe donc de pouvoir douter des théories scientifiques déjà en place. Bernard transcrit l'enseignement suscité par une telle expérience dans son *Introduction* de la façon suivante :

[1569] *Ibid.,* p. 370.
[1570] *Ibid.,* p. 96 : « ce sentiment de la personnalité de l'art mais de l'impersonnalité de la science par ces mots : l'art, c'est *moi* ; la science, c'est *nous* ».
[1571] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 273 : « Ces idées nouvelles et ce point de vue nouveau je ne les ai pas inventés dans mon imagination, ni créés de toute pièce. […] résultat pur et simple de l'évolution de la science. D'où il résulte que mes idées sont bien plus solides que si elles étaient une vue purement personnelle ».
[1572] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 370 : « La médecine scientifique expérimentale deviendra ainsi l'œuvre de tous, et chacun, ne fût-il qu'un simple médecin de campagne, y apportera son concours utile ».
[1573] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 129.
[1574] *Ibid.,* p. 146.
[1575] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 298-307.
[1576] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 147.

> […] les théories que nous possédons sont loin de représenter des vérités immuables. […] Elles ne sont que des vérités partielles et provisoires qui nous sont nécessaires, comme des degrés sur lesquels nous nous reposons, pour avancer dans l'investigation ; elles ne représentent que l'état actuel de nos connaissances, et par conséquent, elles devront se modifier avec l'accroissement de la science[1577].

Au regard de l'immense labeur que constitue l'élaboration de la connaissance scientifique, la modestie de Claude Bernard est ici manifeste (« que des vérités partielles et provisoires », « que l'état actuel de nos connaissances ») et constitue une vertu particulièrement propice au doute. Reconnaissant le caractère précaire des théories scientifiques (« loin de représenter des vérités immuables », propos qu'il réitère[1578]), ainsi que l'illustre l'abandon de la théorie distinguant le végétal de l'animal, il en souligne pourtant la nécessité (« sur lesquels nous nous reposons »), ne serait-ce que parce qu'elles « doivent aussi servir de point d'appui à des idées investigatrices nouvelles »[1579]. Aussi provisoires soient-elles, les théories ainsi régulièrement révisées (« elles devront se modifier ») et (re)formulées balisent ce difficile cheminement expérimental (« pour avancer dans l'investigation ») à même de conduire au progrès de la connaissance (« l'accroissement de la science »). C'est pourquoi, et sur ce point Bernard s'avère particulièrement ferme, « il faut être toujours prêt à les abandonner, à les modifier ou à les changer dès qu'elles ne représentent plus la réalité. En un mot, il faut modifier la théorie pour l'adapter à la nature, et non la nature pour l'adapter à la théorie »[1580]. Autrement dit, « l'accroissement de la science » ne peut se faire qu'au prix de l'abandon de théories périmées au regard des faits nouveaux qui viennent les contredire, ce qui implique leur renouvellement régulier. C'est pourquoi, précise Canguilhem non sans ironie, Bernard « a compris et enseigné que toute la pensée scientifique en physiologie devait changer devant une expérience nouvelle, si nouvelle qu'elle le faisait consentir au jugement que d'aucuns portaient sur lui comme un reproche : […] avoir trouvé le contraire de ce qu'il cherchait »[1581], faisant ici allusion précisément à la découverte inopinée et contraire à l'hypothèse initiale de la fonction glycogénique du foie.

1.5.2 – En médecine expérimentale, le vrai chercheur est un douteur, pas un sachant

Dans son *Introduction*, Bernard se soucie de clarifier et valoriser l'*ethos* du physiologiste, y revenant à plusieurs reprises. Ainsi que l'analyse Gzil dans sa présentation, le fait que Bernard parle depuis le Collège de France et s'adresse à de jeunes médecins, donne à l'*Introduction* non seulement « une visée pédagogique »[1582] mais s'avère aussi pour lui une source de « liberté et d'avant-garde »[1583]. N'étant pas à la faculté de médecine où il s'agit « d'instruire de futurs médecins » en leur enseignant des acquis, Claude Bernard peut dans ce contexte s'adresser « à

[1577] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[1578] *Ibid.,* p. 91 : « Mais ces théories et ces idées n'étant point la vérité immuable ».
[1579] *Ibid.*
[1580] *Ibid.*
[1581] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 146.
[1582] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 15-16.
[1583] *Ibid.,* p. 17.

de jeunes gens qui savent déjà la médecine »[1584], les instruire de la « culture expérimentale »[1585] et leur insuffler un « esprit scientifique »[1586]. C'est ainsi, qu'à ce propos, il écrit :

> L'esprit de l'expérimentateur se distingue de celui du métaphysicien et du scolastique par la modestie, parce que, à chaque instant, l'expérience lui donne la conscience de son ignorance relative et absolue[1587].

Pour Bernard, « les vérités du monde extérieur ne se trouvent formulées de prime abord ni dans le sentiment ni dans la raison »[1588]. Il est donc, pour lui, essentiel de bien distinguer l'expérimentateur de ceux qui se présentent comme détenteurs de ce type de vérités (« métaphysicien », « scolastique »). Il s'en distingue radicalement parce que l'expérimentateur se fonde quant à lui sur les faits soumis au contrôle expérimental et non sur les seules idées de l'esprit. A ce titre, l'enseignement de la « culture expérimentale » que prodigue Bernard s'avère d'autant plus important que « L'homme est naturellement métaphysicien et orgueilleux ; il a pu croire que les créations idéales de son esprit qui correspondent à ses sentiments représentaient aussi la réalité »[1589]. En ce sens « l'esprit de l'expérimentateur » prôné par Bernard constitue une rupture avec le penchant naturel de l'homme à penser le monde (à l'instar d'une vision aristotélicienne de la nature) plutôt qu'à l'observer et le décrypter au prisme de l'expérimentation scientifique. Parce qu'elle implique donc de renoncer à la raison pure comme aux croyances de la foi, la méthode expérimentale impose un effort important, un véritable engagement[1590] qu'un tel enseignement vient opportunément aider. Et cette aide est d'autant plus précieuse que ce qui distingue aussi l'expérimentateur « du métaphysicien et du scolastique » est sa capacité à reconnaître ses limites[1591] (« modestie ») étant donnée l'incomplétude inévitable du savoir (« conscience de son ignorance »). Que la connaissance ne puisse jamais être considérée comme exhaustive (« ignorance […] absolue ») et définitive – ne serait-ce que parce que « les causes premières, ainsi que la réalité objective des choses, lui seront à jamais cachées, »[1592] –, que la connaissance puisse donc toujours être révisable et améliorable (« ignorance relative ») conduit nécessairement à la modestie et au doute. Parce que donc il est conscient de la faiblesse des connaissances, de l'étendue de son ignorance, et de la nécessité de son instruction réitérée, le chercheur est, selon Bernard, fondamentalement un douteur. Et, ainsi que l'illustrent l'histoire et la personnalité de Bernard, en plus d'être un facteur déterminant, voire la condition même du doute (l'absence de modestie privant du doute), la vertu de modestie lui offre une ampleur éthique.

Claude Bernard pose ainsi la figure du chercheur aux antipodes de celle du *sachant*, ambitieux. A l'opposé de l'idée que l'expérimentateur serait un détenteur de connaissances, le chercheur

---

[1584] *Ibid.,* p. 18.
[1585] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 30.
[1586] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 361.
[1587] *Ibid.,* p. 73.
[1588] *Ibid.,* p. 74.
[1589] *Ibid.,* p. 72.
[1590] *Ibid.* : « la méthode expérimentale n'est point primitive et naturelle à l'homme ».
[1591] *Ibid.,* p. 73 : « En instruisant l'homme, la science expérimentale a pour effet de diminuer de plus en plus son orgueil ».
[1592] *Ibid.*

apparaît tout au contraire tel un *douteur – découvreur*. Cela pourrait expliquer cette posture ambivalente à l'égard de l'ignorance qu'il peut être amené soit à réprouver[1593], soit à valoriser, ainsi que l'illustre cet extrait :

> On a souvent dit que pour faire des découvertes, il fallait être ignorant. Cette opinion fausse en elle-même cache cependant une vérité. Elle signifie qu'il vaut mieux ne rien savoir que d'avoir dans l'esprit des *idées fixes* appuyées sur des théories dont on cherche toujours la confirmation en négligeant tout ce qui ne s'y rapporte pas. Cette disposition d'esprit est […] éminemment opposée à l'invention[1594].

S'il « ne s'agit point ici d'élever l'ignorance en principe »[1595] (« cette opinion est fausse »), Bernard tient pourtant à reconnaître les vertus que l'on peut en tirer (« pour faire des découvertes, il fallait être ignorant »). Selon Bernard, pour découvrir (« invention »), il ne faut pas savoir à l'avance ce que l'on cherche étant donné, à l'opposé, le risque de ne chercher qu'à confirmer ce que l'on aurait déjà en tête[1596] (« *idées fixes* […] dont on cherche toujours la confirmation ») et s'opposant au principe même d'hypothèse expérimentale. Car ce qu'il qualifie ici d'« *idées fixes* », en fermant l'esprit aux découvertes susceptibles de pouvoir renouveler les théories, est source d'immobilisme. Les « *idées fixes* » privent le *sachant* de cette si précieuse capacité d'accueil de résultats inattendus (« négligeant tout ce qui ne s'y rapporte pas ») alors même qu'« une découverte est en général un rapport imprévu qui ne se trouve pas compris dans la théorie »[1597]. C'est pourquoi Bernard en vient même à reconnaître dans la dynamique du *chercheur – découvreur* une certaine proximité avec l'*ignorant*. Car l'*ignorant* s'oppose radicalement au *sachant* paralysé par des théories considérées comme immuables et des connaissances emmagasinées qu'il craindrait de déstabiliser. « Un homme ignorant, […] la théorie ne le gênerait pas et ne l'empêcherait pas de voir des faits nouveaux que n'aperçoit pas celui qui est préoccupé d'une théorie exclusive »[1598] insiste-t-il. En somme, le fait de pouvoir douter des théories en vigueur, et parfois même d'être ignorant de certaines d'entre elles, œuvrent à cette disposition propre à l'esprit scientifique, à savoir qu'être chercheur c'est ne pas déjà connaitre. Une telle disposition d'esprit, qui fonde cette aptitude à la découverte et à « l'invention », caractérise selon Bernard, ces « grands hommes » capables de « guider la marche de la science »[1599].

1.5.3 – Le doute, l'outil fondamental de la méthode expérimentale

Claude Bernard pose le doute comme condition de la démarche expérimentale et des découvertes qu'elle rend ainsi possible. « Le grand principe expérimental est donc le doute »[1600]

[1593] *Ibid.,* p. 114 : « La vraie science apprend à douter et à s'abstenir de l'ignorance ».
[1594] *Ibid.,* p. 88.
[1595] *Ibid.*
[1596] *Ibid.,* p. 89 : « c'est ce qui nous a fait dire ailleurs qu'il ne fallait jamais faire des expériences pour confirmer ses idées mais simplement pour les contrôler ».
[1597] *Ibid.,* p. 88.
[1598] *Ibid.*
[1599] *Ibid.,* p. 95 : « Les grands hommes […] éclairent leur temps, soit en découvrant des phénomènes imprévus et féconds qui ouvrent des voies nouvelles et montrent des horizons inconnus, soit en généralisant des faits scientifiques acquis et en en faisant sortir des vérités que leurs devanciers n'avaient point aperçues ».
[1600] *Ibid.,* p. 88.

affirme-t-il, ou encore « la règle unique et fondamentale de l'investigation scientifique se réduit au doute »[1601]. Afin de mieux comprendre combien, en plus de relever d'un état d'esprit et même d'une posture philosophique[1602], le doute constitue un outil méthodique, il importe d'entrer plus avant dans cette méthode expérimentale. Claude Bernard écrit dans son *Introduction* :

> […] le doute est […] la base de l'expérimentation ; toutefois, il ne faut pas confondre le doute philosophique avec la négation systématique qui met en doute même les principes de la science. Il ne faut douter que des théories, et encore il ne faut en douter que jusqu'au déterminisme expérimental[1603].

Deux points essentiels sont réunis dans ce propos. D'une part, sans le doute il ne pourrait y avoir d'expérimentation (« le doute […] est la base »), d'autre part, il ne s'agit aucunement d'un doute de type sceptique. Un tel doute est en effet incompatible avec la moindre connaissance (« négation systématique »), *a fortiori* la moindre vérité, y compris en matière scientifique (« met en doute même les principes de la science »). En effet, « le sceptique, qui ne croit à rien, n'a plus de base pour établir son critérium, et par conséquent il se trouve dans l'impossibilité d'édifier la science »[1604]. A l'inverse, le doute expérimental œuvre justement à l'élaboration et l'accroissement de connaissances scientifiques[1605] en renouvelant les théories ou en en élaborant de nouvelles (« ne faut douter que des théories »). Enfin alors que le doute sceptique est insoluble, le doute expérimental vise quant à lui à sa résolution dans le déterminisme (« douter que jusqu'au déterminisme expérimental »), c'est-à-dire l'identification du « rapport absolu et nécessaire des choses »[1606] comme de leurs « conditions d'existence »[1607]. Ce point apparaît de façon plus précise encore dans le propos suivant :

> Après avoir posé en principe que l'investigateur doit douter, nous avons ajouté que le doute ne portera que sur la justesse de son sentiment ou de ses idées en tant qu'*expérimentateur*, ou sur la valeur de ses moyens d'investigation, en tant qu'*observateur*, mais jamais sur le déterminisme, le *principe* même de la science expérimentale[1608].

Pour Claude Bernard, le doute est au fondement de l'esprit scientifique (« l'investigateur doit douter »). Il en constitue aussi la condition de mise en œuvre pratique puisque « c'est le doute seul qui provoque l'expérience ; c'est le doute enfin qui détermine la forme du raisonnement expérimental »[1609]. Le doute doit donc être omniprésent à toutes les étapes de la démarche

---

[1601] *Ibid.,* p. 105.
[1602] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 324. Lambrichs qualifie Claude Bernard de « découvreur, humble devant la nature, philosophe du doute » par opposition à Louis Pasteur « le conquérant, travaillé par une volonté de puissance à laquelle la science donne des ailes ».
[1603] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 347.
[1604] *Ibid.,* p. 110.
[1605] *Ibid.,* p. 109 : « Le sceptique est celui qui ne croit pas à la science et qui croit à lui-même […] Le douteur est le vrai savant ; il ne doute que de lui-même et de ses interprétations, mais il croit en la science ».
[1606] *Ibid.,* p. 85.
[1607] *Ibid.,* p. 116-117.
[1608] *Ibid.,* p. 110.
[1609] *Ibid.,* p. 109.

expérimentale[1610] (« en tant qu'*expérimentateur* », « en tant qu'*observateur* »). Qu'il s'agisse des modalités du protocole expérimental (« moyens d'investigation »), de l'hypothèse de départ, des différents temps du raisonnement expérimental et bien sûr des conclusions[1611] (« justesse de son sentiment ou de ses idées »), « l'investigateur doit douter ». Car, précise Claude Bernard, « nous devons avoir conscience de l'incertitude de nos raisonnements à cause de l'obscurité de leur point de départ. Ce point de départ repose toujours au fond sur des hypothèses ou sur des théories plus ou moins imparfaites, suivant l'état d'avancement des sciences »[1612]. Il n'est de fait pas un élément ni une étape de la démarche expérimentale qui ne justifie toujours, pour l'investigateur, de s'appliquer à douter. Une hypothèse n'est somme toute qu'une hypothèse, une idée *a priori* dont il importe justement d'évaluer la pertinence et la justesse[1613]. Les raisonnements sont faillibles[1614], incertains (« l'incertitude de nos raisonnements ») et sources d'erreurs notamment parce qu'ils peuvent être entachés de nombreux biais[1615]. Ainsi que déjà précisé, les théories sont précaires[1616] et il demeure beaucoup de territoires d'ignorance (« l'état d'avancement des sciences »). Enfin, les faits eux-mêmes doivent être mis en doute puisqu'ils dépendent d'une observation et d'une interprétation[1617]. De sorte que Claude Bernard va même jusqu'à « conseille[r] en conséquence de douter des résultats les plus logiques et les plus robustes »[1618]. C'est dire s'il insiste sur l'importance de la critique expérimentale, la considérant comme « particulièrement utile dans les sciences biologiques où règnent des théories si souvent étayées par des idées fausses ou assises sur des faits mal observés »[1619]. Pour autant, le doute ainsi activement et constamment mobilisé à l'occasion de chaque procédure expérimentale doit prendre fin. Cette fin, qui en souligne à la fois l'objectif et l'utilité[1620], consiste en l'aboutissement, à chaque fois qu'il est possible d'y parvenir, dans le principe du déterminisme des phénomènes (« il ne faut en douter que jusqu'au déterminisme expérimental », « douter […] mais jamais sur le déterminisme »).

1.5.4 – L'expérimentateur doit aussi douter pour garder sa liberté d'esprit

Si l'enseignement que propose l'*Introduction* est avant-gardiste c'est aussi parce que Claude Bernard y invite à la « liberté d'esprit »[1621]. « Il ne lui importe absolument pas d'énoncer des

---

[1610] *Ibid.,* p. 106 : « l'expérimentateur doute donc toujours, même de son point de départ ».
[1611] *Ibid.,* p. 105 : « la conclusion de notre raisonnement doit toujours rester dubitative quand le point de départ ou le principe n'est pas une vérité absolue. Or nous avons vu qu'il n'y a de vérité absolue que pour les mathématiques ; pour tous les phénomènes naturels […] que des vérités relatives ».
[1612] *Ibid.,* p. 86.
[1613] *Ibid.,* p. 72.
[1614] *Ibid.,* p. 22 : « Cl. Bernard glorifie l'idée générale, fruit de la raison et du sentiment. Seulement, inlassable rectification, il en souligne aussitôt la fragilité et la brièveté ».
[1615] *Ibid.,* p. 105 : « un précepte qui prémunira toujours l'esprit contre les causes innombrables d'erreur qu'on peut rencontrer dans l'application de la méthode expérimentale. Ce précepte général, […] c'est le doute ».
[1616] *Ibid.,* p. 22 : « En biologie et particulièrement en médecine, les théories sont si précaires ».
[1617] *Ibid.,* p. 23 : « les constatations les plus assurées dépendent de tant de facteurs qu'on peut les transformer à volonté. Le monde est un immense kaléidoscope où chacun finit par apercevoir ce qu'il souhaite. Claude Bernard conseille en conséquence de douter des résultats les plus logiques et les plus robustes ».
[1618] *Ibid.,* p. 23.
[1619] *Ibid.,* p. 299.
[1620] *Ibid.,* p. 130 : « il y a un déterminisme absolu dans tout phénomène vital ; dès lors il y a une science biologique, et, par conséquent, toutes les études auxquelles nous nous livrons ne seront point inutiles. […] La pathologie et la thérapeutique reposent également sur cette base commune ».
[1621] *Ibid.,* p. 85.

règles générales ou des vérités universelles »[1622] mais au contraire de pouvoir « guider le médecin expérimentateur dans l'analyse des phénomènes de la vie »[1623]. Pourtant cette invitation à la « liberté d'esprit » est d'autant plus étonnante qu'elle émane d'un chercheur ayant une conscience aiguë des nombreuses difficultés que rencontre la démarche expérimentale face à la complexité du vivant et conditionnant donc la rigueur de la recherche scientifique au respect de « règles déterminées »[1624]. Pourtant, ainsi que le souligne Gzil, « cette idée est un véritable leitmotiv »[1625]. Et il la positionne tel un déterminant majeur de l'esprit scientifique ainsi qu'en témoigne cet intitulé de sous-chapitre de la première partie de son ouvrage, consacrée à la méthode expérimentale en elle-même : « *L'expérimentateur doit douter, fuir les idées fixes et garder toujours sa liberté d'esprit* »[1626]. Bernard ajoute, « La première condition que doit remplir un savant qui se livre à l'investigation dans les phénomènes naturels, c'est de conserver une entière liberté d'esprit assise sur le doute philosophique »[1627]. Autrement dit, cette liberté d'esprit est indissociable d'une aptitude au doute[1628] qui n'est plus alors seulement d'ordre méthodique, notamment par la systématicité de son application, mais relève d'une ouverture d'esprit. Allant jusqu'à qualifier la méthode expérimentale de « méthode du libre penseur »[1629], Claude Bernard entend par là que « si le raisonnement nous guide dans la science expérimentale, il ne nous impose pas nécessairement ses conséquences. Notre esprit peut toujours rester libre »[1630]. Sans compter que si « la *raison* doit, elle aussi, conserver la liberté de douter, et pour cela elle impose de soumettre toujours l'idée au contrôle de l'expérience »[1631], les faits eux-mêmes doivent également pouvoir faire l'objet de recul critique[1632]. Autrement dit, tout en valorisant l'importance du cadre expérimental et des règles qui en définissent la méthode générale, à chacune de ses différentes étapes, Claude Bernard n'est pas dans l'injonction à s'y soumettre, sans aucune marge de manœuvre, ainsi que le suggère ce propos :

> Je crois, en un mot, que la vraie méthode est celle qui contient l'esprit sans l'étouffer, et en le laissant autant que possible en face de lui-même, qui le dirige, tout en respectant son originalité créatrice et sa spontanéité scientifique qui sont les qualités les plus précieuses[1633].

[1622] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 19.
[1623] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. XVIII.
[1624] *Ibid.,* p. XVII : « cette régularisation des procédés opératoires de l'analyse expérimentale du corps vivant à l'état sain et à l'état morbide […]. On sentira qu'il est absolument nécessaire de suivre un procédé opératoire réglé si l'on veut avoir des résultats semblables ou comparables. Il ne devra plus être permis d'opérer au hasard […]. J'ai voulu […] *faire sentir* toute l'importance qu'il y a à soumettre à des règles déterminées l'analyse expérimentale des phénomènes de la vie ».
[1625] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 9.
[1626] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[1627] *Ibid.*
[1628] *Ibid.,* p. 86 : « Cette liberté que garde l'expérimentateur est, ainsi que je l'ai dit, fondée sur le doute philosophique » ; p. 88 : « Le grand principe expérimental est donc le doute, le doute philosophique qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative, et d'où dérivent les qualités les plus précieuses pour un investigateur en physiologie et en médecine ».
[1629] *Ibid.,* p. 96.
[1630] *Ibid.,* p. 86.
[1631] *Ibid.,* p. 96.
[1632] *Ibid.,* p. 23 : « N'allons pas croire que le fait l'emporte et permette de juger les constructions mentales. Cl. Bernard sait mettre en garde contre l'attitude naïve selon laquelle l'expérience aurait le pouvoir d'arbitrer et d'éclairer ».
[1633] *Ibid.,* p. 382.

Pour Claude Bernard, la méthode est un guide utile et nécessaire mais elle ne doit pas priver l'investigateur de sa liberté de penser (« contient l'esprit sans l'étouffer »). La rigueur et les règles de la méthode expérimentale ne relèvent pas d'un conditionnement (« spontanéité scientifique ») et n'impliquent donc pas qu'il doive raisonner selon un automatisme qui engainerait la pensée (« l'étouffer »). Bernard souligne combien l'esprit scientifique se nourrit aussi de la capacité de l'investigateur à prendre du recul, de sa créativité (« originalité créatrice »)[1634], de son aptitude critique, en plus d'avoir pleinement conscience de son rôle et de sa responsabilité en tant que scientifique (« en face de lui-même »). Par la valorisation de ces qualités morales, Bernard signifie son souci de l'éthique du chercheur.

1.6 – Qu'en est-il de l'héritage bernardien dans le contexte médical contemporain

Gzil voit certainement juste en estimant que « c'est moins l'actualité de Cl. Bernard que son inactualité qui saute aux yeux »[1635] tant il semble méconnu, ou du moins incompris. Il apparaît ainsi que certaines de ses préoccupations majeurs (promouvoir l'esprit scientifique, concrétiser la complémentarité entre l'hôpital et le laboratoire) demeurent en souffrance.

1.6.1 – Méconnaissance et difficulté d'application de l'esprit scientifique bernardien

L'aura du réservé Claude Bernard ne fut pas celle de l'ambitieux Louis Pasteur et la postérité semble s'en ressentir. Si le nom de Pasteur est clairement associé à l'essor de la vaccination, on n'associe pas d'emblée Bernard au métabolisme des glucides et à la compréhension physiopathologique du diabète. Quant aux enseignements de Bernard visant à développer l'esprit scientifique auprès des jeunes médecins[1636], ils ne font pas systématiquement partie des programmes au sein des facultés de médecine[1637]. Il est ainsi bien vrai « qu'elle [l'*Introduction*] n'a pas souvent été lue par ceux à qui elle était pourtant adressée en priorité (les jeunes médecins) »[1638]. Si donc la méthode expérimentale (le fait, à partir d'une *hypothèse*, d'établir un protocole expérimental afin d'en observer et d'en interpréter les résultats factuels) est certes bien enseignée et connue des médecins scientifiques[1639], ils ne sont peut-être pas tant imprégnés par l'esprit scientifique prôné par Bernard et qui est loin de se réduire au simple respect de la méthode. Il se pourrait qu'à cet égard, ces questionnements de Lambrichs s'avèrent particulièrement pertinents :

> Les « pastoriens » ne se recrutent-ils pas davantage parmi les hommes d'action, les « fonceurs », les inconditionnels d'une science qu'ils pensent ou rêvent toute puissante ? et les « bernardiens », plus nuancés, plus mesurés, parmi les hommes de réflexion, les historiens, les

[1634] *Ibid.,* p. 96 : « Le *sentiment*, d'où tout émane, doit conserver sa spontanéité entière et toute sa liberté pour la manifestation des idées expérimentales ».
[1635] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 95.
[1636] *Ibid.,* p. 15-16 : « L'*Introduction* a donc une visée pédagogique, elle se préoccupe de "l'éducation du savant et de l'expérimentateur" ».
[1637] A titre personnel, L'*Introduction* ne m'a pas été enseignée lors de mes études médicales. Je n'ai découvert et étudié cet ouvrage que dans le cadre de mon cursus en master de bioéthique puis de doctorat en philosophie.
[1638] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 96.
[1639] *Ibid.,* p. 95 : « il est fréquent de lire que la "méthode" enseignée par Cl. Bernard est aujourd'hui mise en œuvre par tous les expérimentateurs ».

> philosophes, plus sensibles dans leurs analyses à des critères autres que la seule efficacité scientifique ?[1640]

Comme d'autres l'ont aussi repéré, Lambrichs revient ici sur ce qui distinguait radicalement Pasteur de Bernard et leurs adeptes respectifs (« pastoriens », « bernardiens »). Les premiers seraient mus, sans recul ni modération (« fonceurs »), par le dogme de la science (« inconditionnels d'une science […] toute puissante »). Excluant toute autre approche disciplinaire (« la seule efficacité scientifique »), ils justifieraient leur propension à l'action (« hommes d'action ») par un discours d'autorité uniquement fondé sur la science. A l'opposé, les bernardiens sont remarqués pour leur ouverture à d'autre disciplines (« les historiens, les philosophes », « critères autres »), ce dont a d'ailleurs témoigné l'écho particulièrement favorable que reçut l'*Introduction* auprès des philosophes, dont Canguilhem[1641] qui y consacra une importante analyse[1642]. Outre qu'ils n'étaient donc pas aveuglés par l'ambition de puissance à laquelle la science tend à faire croire, les bernardiens, capables de recul critique (« hommes de réflexion ») et acceptant d'autres modalités de raisonnement que la seule rationalité scientifique (« plus nuancés, plus mesurés »), se prêtaient manifestement au débat contradictoire (« critères autres »). Si l'on retrouve là certainement cette « liberté d'esprit » propre à la figure idéale du scientifique telle que Bernard en fait l'apologie dans son *Introduction*, un tel profil, sans doute par trop utopique, n'est manifestement pas si répandu. Un profil pastorien parait plus répandu au sein du milieu scientifique, en cohérence avec la méconnaissance des enseignements bernardiens et à l'inverse l'absence de déclin de l'aura de Pasteur, y compris au sein de la société :

> Pasteur, en revanche, expérimentait pour vérifier ses intuitions, pour apporter la preuve irréfutable de ses idées fondamentales. Si une expérience ne confirmait pas son hypothèse de départ, il n'expérimentait plus dans la même direction[1643].

Outre le profil orgueilleux et peu porté à la modération, la façon de procéder de Pasteur contrevient totalement avec l'enseignement bernardien. L'idée *a priori* à l'origine de l'expérimentation n'est, pour Pasteur (ses « intuitions »), pas une *hypothèse* mais relèverait plutôt de ce que Bernard qualifie d'« idées fixes » (« ses idées fondamentales »). Si l'expérimentation ne la confirme pas absolument (« preuve irréfutable »), plutôt qu'essayer d'en comprendre la raison, il l'abandonne (« il n'expérimentait plus dans la même direction »). Outre qu'elle se distingue en cela de la puissance de découverte de Bernard dont le « génie consistait à saisir l'inattendu »[1644], une telle attitude s'oppose aux principes même de la méthode expérimentale qui ne peut être qu'une « *méthode a posteriori* »[1645]. Si « le

---

[1640] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 117.
[1641] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 8.
[1642] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 127-171.
[1643] Grmek Mirko D., « Louis Pasteur, Claude Bernard et la méthode expérimentale » in Michel Morange (dir.). *Pasteur, contributions à son histoire*. Paris : La Découverte, 1991.
[1644] *Ibid.*
[1645] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 22 : « la méthode expérimentale a pour objet de transformer cette conception *a priori*, fondée sur une intuition ou un sentiment vague des choses, en une interprétation *a posteriori* établie sur l'étude expérimentale des phénomènes. C'est pourquoi on a aussi appelé la méthode expérimentale, la *méthode a posteriori* ».

métaphysicien, le scolastique et l'expérimentateur procèdent tous par une idée *a priori* »[1646], la méthode expérimentale l'expose ensuite à l'épreuve des faits expérimentaux. Ainsi que le précise Dagognet, « l'expérience viendra, ensuite, pour infirmer ou soutenir, corriger ou assouplir l'interprétation proposée »[1647]. Manifestement, Pasteur ne tolérait que la confirmation (« vérifier ses intuitions », « apporter la preuve irréfutable de ses idées »). Or si « le génie tout particulier de Pasteur consistait dans le fait historique d'avoir été presque toujours d'emblée dans le vrai »[1648], n'est pas Pasteur qui veut. Sans compter que rejeter tout résultat ne correspondant pas à ce que l'on cherche à confirmer prive de ces découvertes inattendues qui ont fait la renommée de Bernard. Aussi réservé qu'il ait été, y compris dans sa postérité, il y a incontestablement matière à revivifier cet « esprit scientifique » tant voulu par Claude Bernard. Mais pouvoir accueillir et tenir compte de faits inattendus, avoir notamment le courage de relancer une procédure expérimentale lorsqu'un fait vient contredire une hypothèse voire une théorie établie, s'appliquer ainsi à mettre en doute son raisonnement, constituent autant de qualités essentielles pour l'expérimentateur que de grandes difficultés à surmonter. Ainsi que l'a suggéré Thomas Kuhn, la révision des théories scientifiques rencontre nombre de résistances, entre autres du fait du poids des croyances et des représentations sociétales. L'évolution de la science se fait ainsi bien plutôt par effet de rupture, à l'occasion de périodes de crise qu'il qualifie de « révolutions »[1649], que selon un processus continu. C'est dire s'il est difficile, à l'échelle individuelle autant que collective, d'être en phase avec l'esprit scientifique tel que pensé et promu par Claude Bernard, à savoir cette aptitude à pouvoir douter des théories scientifiques en vigueur. Savoir que les théories doivent se modifier pour permettre l'accroissement de la connaissance scientifique[1650] ne rend pas la conduite d'abandon de théorie ni plus naturelle ni plus aisée.

1.6.2 – De l'illusion de toute-puissance scientifique à la défiance à l'égard de la science

En promouvant, au prisme de la méthode expérimentale, l'idée que « la médecine se dirige[ait] vers sa voie scientifique définitive »[1651], Claude Bernard a pu contribuer à un certain nombre d'écueils. Parmi ceux-ci, l'idée de la médecine expérimentale vient alimenter le fantasme d'une « domination scientifique de la nature vivante »[1652]. Ce propos tiré des *Principes* tend à le suggérer :

> A l'aide de ces *sciences expérimentales actives*, l'homme devient un inventeur de phénomènes, un véritable contremaître de la création ; et l'on ne saurait, sous ce rapport, assigner des limites à la puissance qu'il peut conquérir sur la nature par les progrès futurs des sciences expérimentales[1653].

[1646] *Ibid.,* p. 73.
[1647] *Ibid.,* p. 22.
[1648] Grmek Mirko D., « Louis Pasteur, Claude Bernard et la méthode expérimentale » in Michel Morange (dir.). *Op. cit.*
[1649] Kuhn Thomas. *La structures des révolutions scientifiques*. *Op. cit.*
[1650] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[1651] *Ibid.,* p. 32.
[1652] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 132.
[1653] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 59.

Emane de ce propos une vision prométhéenne de l'expérimentateur (« l'homme devient un inventeur de phénomènes »). Il n'est plus seulement découvreur, il est aussi producteur. Une telle vision est sous-tendue par l'idée de puissance (« qu'il peut conquérir »), voire de domination de la nature (« ne saurait […] assigner des limites ») par la voie de l'expérimentation (« A l'aide de ces *sciences expérimentales* »). L'homme peut alors prendre le pouvoir sur la nature jusqu'à la modeler selon sa volonté (« contremaître de la création »). Bernard est on ne peut plus clair lorsqu'il écrit : « *Dominer scientifiquement la nature vivante, la conquérir au profit de l'homme* : telle est l'idée fondamentale du médecin expérimentateur »[1654]. Un tel propos manque étonnamment de modestie de la part de Bernard et relèverait plutôt de la démesure et du fantasme de puissance. Or, il apparaît qu'en dépit des progrès de la science, elle manque d'exhaustivité pour répondre à l'ampleur des problèmes existentiels et des attentes humaines. L'aphorisme 6.52 issu du *Tractatus* de Wittgenstein illustre cette situation d'incomplétude irréductible : « Nous sentons que, à supposer même que toutes les questions scientifiques *possibles* soient résolues, nos problèmes de vie demeurent encore intacts »[1655] écrit Wittengstein. Quand bien même la science parviendrait à apporter un éclairage scientifique complet et à dominer la nature vivante, elle ne peut pas résoudre les problèmes de l'existence humaine. Au regard de l'ambition affichée qui est la sienne ce n'est pas sans susciter l'étonnement, l'incompréhension et la déception des citoyens. Sans compter que cette illusion de puissance s'est aussi mise à alimenter une illusion politique faisant alors le lit du biopouvoir[1656] et générant de la défiance à son encontre. Ainsi que le suggère Lambrichs, « On a perdu aujourd'hui cet art de "raconter la science" comme on le faisait autrefois »[1657] qui permettait d'en apprécier les fondements, les apports et les limites. L'œuvre elle-même de Claude Bernard qui n'a pourtant pas démérité, n'a constitué « un objet universel d'admiration »[1658] que bien longtemps après sa publication en 1865. C'est dire si, du temps de Bernard comme aujourd'hui, il demeure difficile de communiquer à propos de la science et d'en faire comprendre au mieux les enjeux et donc l'importance[1659]. Il demeure notamment très difficile d'accepter ce décalage entre le laboratoire (la recherche scientifique) et le lit du malade (la pratique clinique) qui ne saurait trouver comme seule explication l'effet de la non-toute-puissance de la science.

1.6.3 – Entre l'hôpital et le laboratoire, une passerelle fragile et incertaine

Claude Bernard programmait l'évolution scientifique de la médecine au prisme de la figure complète du médecin physiologiste (ou physiologiste médecin) consistant à œuvrer à la fois à l'hôpital et au laboratoire. A l'hôpital, il pratique « la clinique, c'est-à-dire l'étude aussi

---

[1654] Bernard Claude. *Principes*, *Op. cit*., p. 106.
[1655] Wittgenstein Ludwig, Granger Gilles-Gaston (Trad.). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris: Gallimard; 1993 [1921].
[1656] Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, *Op. cit*., p. 140 : « la médecine expérimentale n'est alors qu'une des figures du rêve démiurgique que rêvent, au milieu du XIXe siècle, toutes les sociétés industrielles, à l'âge où, par le biais de leurs applications, les sciences sont devenues un pouvoir social ».
[1657] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 141.
[1658] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 9 : « la réception de l'œuvre ne fut manifestement pas celle qu'on pourrait imaginer aujourd'hui ».
[1659] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 141 : « On est devenu incapable de faire partager au public profane le frisson des découvreurs. Est-ce vraiment parce que le savoir scientifique est devenu trop complexe ? proprement inexplicable au non-initié ? ».

complète de la maladie au lit du malade »[1660], tandis qu'au laboratoire il s'adonne à « l'étude analytique des maladies […] la fondation d'une science médicale expérimentale »[1661]. Gzil résume au mieux cette complémentarité en soulignant leur synergie :

> Même si l'hôpital n'est que le « vestibule » de la médecine expérimentale, même si c'est le laboratoire qui est son « sanctuaire », la médecine expérimentale ne se trouve ni dans l'hôpital, ni dans le laboratoire, mais dans le mouvement qui va du premier vers le second[1662].

Gzil ne suit donc pas Claude Bernard dans sa logique hiérarchique consistant à valoriser le laboratoire, qu'il qualifie de « vrai sanctuaire de la science médicale »[1663], aux dépends de l'hôpital réduit au « vestibule de la médecine scientifique »[1664]. La médecine expérimentale se situe, selon Gzil, bien plutôt dans ce qu'il imagine être une passerelle (« ni dans l'hôpital, ni dans le laboratoire ») permettant le passage de l'un vers l'autre (« mouvement ») et alimentant le laboratoire grâce aux données de la clinique (« du premier vers le second »). Une telle configuration n'exclut sans doute pas l'idée d'aller-retours, d'échanges réciproques, y compris donc depuis le laboratoire vers l'hôpital puisque c'est précisément l'objectif de la physiologie (de l'état normal comme de l'état pathologique) que de contribuer « *à conserver la santé* » et « *à guérir les maladies* »[1665]. Cette vision s'avère cependant idéale et ne correspond pas exactement à la réalité contemporaine. Il ne s'agit pas d'une question d'inculture scientifique ni même seulement de la rareté de ce profil de médecin physiologiste que l'on ne rencontre guère que dans les grands centres hospitalo-universitaires dotés d'unités de recherche. Le problème est celui du fossé pouvant exister entre, d'un côté la pratique clinique au contact direct des malades et de leurs besoins, de l'autre la recherche biomédicale. Le concept de *Death valley*[1666] concrétise ce fossé par le biais d'une métaphore signifiant la déconnexion entre le lit du malade (*bedside*) et la paillasse du chercheur (*bench*). Ce dernier semble isolé dans son laboratoire telle une tour d'ivoire et ses travaux paraissent insuffisamment connectés (« *valley* ») aux besoins concrets et immédiats des patients, tandis que ceux-ci meurent (« *death* ») bien avant d'avoir pu bénéficier des résultats de la recherche. Le transfert (*translation*) des résultats de la recherche scientifique au profit des malades (*bench to bedside*) reste de fait complexe et surtout très long. A l'inverse, l'apport direct de la clinique (au titre d'hypothèses de recherche) est loin de se traduire toujours en une mobilisation conséquente de la recherche (*bedside to bench*) alors même que les cliniciens tireraient bénéfice d'une évaluation expérimentale de leurs questionnements pour améliorer leurs pratiques de soins. Cette difficulté est d'ailleurs à confronter à l'appauvrissement de la clinique au lit du malade à l'ère de l'hyper-

---

[1660] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 256.
[1661] *Ibid.,* p. 255.
[1662] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 93.
[1663] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 257.
[1664] *Ibid.*
[1665] *Ibid.,* p. 32.
[1666] Contopoulos-Ioannidis Despina G., Ntzani Evangelia, Ioannidis John P. *Translation of highly promising basic science research into clinical applications*. Am J Med 2003;114(6):477-84. Ioannidis John P. *Evolution and translation of research findings: from bench to where?* PLoS Clin Trials 2006;1(7):e36. Butler Decan. *Translational research. Crossing the valley of death*. Nature 2008;453(7197):840-2.

technicisme de la médecine[1667]. La *recherche translationnelle*[1668] s'est élaborée pour tenter de combler ce vide de la *valley of death*, pour faire passerelle justement en favorisant la mise en relation effective et opérante entre les chercheurs scientifiques et les médecins cliniciens. Cela montre combien le vœu de Claude Bernard d'une médecine expérimentale unissant très étroitement le laboratoire à l'hôpital dans une permanente interface peine à se concrétiser comme espéré.

2 – Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant

Si, dans sa signification médicale, le terme *clinique* n'intègre pas explicitement le principe du doute, il semblerait pourtant que le doute y soit à la fois omniprésent et abondamment mis en œuvre. Issue du grec *klinein* signifiant « se coucher », « s'incliner » et par extension une « activité qui s'exerce auprès du malade alité »[1669], la clinique désigne tout « ce qui se fait au lit du malade » et notamment « l'observation des symptômes physiques »[1670] mais aussi l'enseignement qui s'y pratique[1671]. Par extension, la clinique figure la *rencontre* directe avec le malade et le contenu de cette rencontre, à savoir l'entretien médical et l'examen physique du corps de la personne pour en faire émerger des symptômes et des signes propres à soutenir une orientation diagnostique[1672]. La description de la pratique du docteur John Sassall[1673] synthétise au mieux la clinique :

> Quand il parle avec un malade ou qu'il l'écoute, c'est comme s'il le touchait aussi avec ses mains dans l'espoir d'être moins susceptible de se tromper ; et quand il examine physiquement un malade, c'est comme s'il conversait avec lui[1674].

Ce propos révèle l'intrication de la parole et du corps au cœur même de la clinique avec l'idée qu'il s'agit d'écouter, de lire autant que de palper un récit (« comme s'il le touchait aussi avec ses mains »). Si accueillir la parole d'un patient, au prisme de l'écoute narrative, permet déjà approcher son corps malade et de tenter de le comprendre au mieux (« moins susceptible de se tromper »), le clinicien Sassall cherche aussi à faire parler le corps (« comme s'il conversait avec lui ») et à pouvoir lire en lui (« quand il examine physiquement »). Se concrétise la

---

[1667] Vallancien Guy, « La média-médecine » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. Cit.*, p. 63-81.

[1668] L'essor de la recherche de translationnelle, initialement développée il y a plus de 40 ans dans le champ de la cancérologie, est tel que diverses revues scientifiques lui sont intégralement dédiées. Je renvoie aux articles de référence suivants : Zerhouni Elias A. *Translational and clinical science. Time for a new vision*. N Engl J Med 2005;353(15):1621-3. Fox Robert J. *Translational and clinical science*. 2006;354(9):978-9; author reply -9.

[1669] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. Cit.*, p. 9.

[1670] Site du CNRTL consulté en ligne le 27 mai 2023 : CLINIQUE : Définition de CLINIQUE (cnrtl.fr) : « Qui s'opère au chevet du malade » ; « Qui repose sur l'observation des symptômes physiques » ; « Méthode de diagnostic par l'observation directe, et sans l'aide des moyens de laboratoire, du malade alité ».

[1671] *Ibid.* : « Enseignement médical pratique au chevet des malades. Ensemble des connaissances ainsi acquises » ; « Epreuve pratique d'examen de malades qui subissent les futurs médecins avant la présentation de leur thèse ».

[1672] Jaume Jacques. *Georges Simenon. Maigret et la médecine*. Paris: L'Harmattan; 2025, p. 38 : « L'examen clinique réalisé minutieusement par le médecin clinicien va permettre d'individualiser des symptômes, du grec *sumpíptō*, se rencontrer. Ils sont des signes qui représentent une ou des manifestations d'une maladie, tels qu'ils sont observés chez un patient ».

[1673] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.

[1674] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 76-77.

conjonction de l'anamnèse[1675] et du décryptage du corps par l'examen clinique proprement dit (entre autres, observation, palpation, auscultation). Tel que préconisé dans la tradition hippocratique, et inchangé depuis, le clinicien scrute, à l'aide de tous ses sens[1676], le corps du malade à la recherche d'indices, non sans rappeler la méthode indiciaire de Ginzburg[1677]. Véritable herméneute du corps, il « est l'interprète de [chaque] indice, il lui affecte une valeur qui l'élève au rang d'étrangeté, d'anomalie »[1678]. Or, une telle interprétation implique, non pas de considérer chaque indice isolément, comme forcément suspect, mais de tenir compte de leur association ainsi que du contexte dans lequel ils s'inscrivent[1679]. Il s'agit là encore d'un héritage incontournable de la tradition hippocratique, à savoir que la clinique relève certes « d'une description minutieuse de tous les symptômes mais également d'une vision embrassant des lieux de vie qui influencent le déclenchement des troubles ou, au contraire, le maintien de l'équilibre »[1680]. L'environnement, le contexte importent autant pour leur valeur diagnostique que thérapeutique, enseignait Hippocrate. « Il faut absolument que le médecin discerne les indices qu'il recueille »[1681], précise quant à lui le Docteur Jaume. Il n'est donc pas question de prendre tout indice pour argent comptant. Il semblerait, bien au contraire, qu'il faille les passer au filtre du doute afin d'en préciser la valeur et les déterminants. Hippocrate, mais aussi Galien après lui, qualifient d'intelligence du médecin cette aptitude à produire une analyse critique et une interprétation appropriée de l'ensemble des éléments issus de sa démarche clinique[1682]. Être un bon clinicien ce n'est donc pas qu'avoir beaucoup de connaissances et d'expérience, c'est aussi avoir un certain talent d'intuition, d'imagination et d'herméneute. Cela implique une capacité particulière d'écoute et de sensorialité du corps propre à démasquer et caractériser les indices ainsi qu'à les mettre en cohérence les uns avec les autres et avec l'histoire du sujet et de sa maladie. Ce n'est pas sans faire écho avec le paradigme indiciaire tel que conceptualisé par Carlo Ginzburg[1683]. En somme, être clinicien c'est avoir du tact avec les personnes, et c'est aussi aimer leur corps (son paysage et ses textures changeantes), le respecter, savoir l'écouter et le faire parler, le palper et le sentir, ce que Jean-Christophe Weber qualifie de « *technê*

[1675] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 32 : « l'anamnèse occupe une place fondamentale en ce qu'elle contient non seulement l'histoire médicale du patient, mais aussi les différents évènements qui l'ont accompagnée. C'est une convocation du passé afin de disposer d'éléments historiques fournis par le patient, capables d'expliquer une pathologie présente. Du grec *ana* (remontée) et *mnémè* (souvenir), l'*anamnêsis* ou l'action de rappeler à la mémoire ».

[1676] Hippocrate. *Epidémies VI*, 8e section, 17. In Bourgey Louis. *Observation et expérience chez les médecins de la Collection hippocratique*. Paris : J. Vrin, 1953, p. 194 : « Rechercher ce qui peut se voir, se toucher, s'entendre ; ce qu'on peut percevoir en regardant (ὄψει), en touchant (ἁγῇ), en écoutant (ἀκοῇ), en flairant (ῥινί), en goûtant (γλώσσῃ et en appliquant l'intelligence (γνώμῃ) ; enfin ce qui peut se connaître (γνψώναι) par tous nos moyens de connaissance ».

[1677] Ginzburg Carlo, Aymard Monique (Trad.), Paoloni Christian (Trad.), Elsa Bonan Elsa (Trad.), Sancini-Vignet Martine (Trad.). *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et Histoire*. Paris: Flammarion; 1989, p. 218-294.

[1678] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 33.

[1679] *Ibid.* : « ce qui peut constituer une anomalie dans un contexte donné peut ne plus l'être dès lors que ce dernier change ».

[1680] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.*, p. 29-46, ici p. 31.

[1681] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 33.

[1682] Mclean Ian, Hacking Ian (préface) *Le monde et les hommes : selon les médecins de la Renaissance*. Paris: CNRS; 2006, p. 5-9.

[1683] Ginzburg Carlo. *Op. cit.*

médicale »[1684] inspirée de la médecine du temps de la Grèce antique[1685], en en soulignant la dimension éthique. Or, il apparait que toutes ces qualités tendent immanquablement à mobiliser de façon centrale le doute clinique.

En plus d'interroger le patient et son corps, le clinicien ne cesserait donc pas de *s'interroger*. Bien que jamais explicitement signifié comme un outil réflexif, la pratique de la clinique semble donc fondamentalement caractérisée par une mobilisation active du doute. Je propose donc de poser l'hypothèse d'un tel doute, en le qualifiant de *doute clinique*, et de tenter d'en apprécier la réalité, ou pas, dans la pratique des soignants, ainsi que d'en éclairer différentes caractéristiques mais également ce qui le favoriserait comme ce qui, au contraire, tendrait à le freiner. Il s'agira notamment de questionner les modalités de raisonnement du clinicien, le lien entre doute et incertitude omniprésente en médecine, l'impact des évolutions de la pratique médicale. Parmi celles-ci, la prééminence d'une approche biomédicale – que l'on suppose peut-être à tort plus solide et fiable que la clinique[1686] – centrée sur les preuves objectives et scientifiquement validées aux dépends du dialogue avec les malades et de l'activité herméneutique du clinicien à partir d'une histoire, de symptômes et de l'examen physique est désormais actée. De même, l'interposition d'un écran technologique entre patient et soignant est devenue systématique et de plus en plus massive. Autant d'évolutions qui font craindre une perte progressive d'aptitude au doute des soignants. A moins que de nouvelles voies pour le doute clinique puissent en émerger[1687]. Enfin, si le doute clinique peut donc être jugé fragile et source d'erreur, il pourrait tout autant apporter justesse et précision par rapport à l'approche scientifique généralisante, inapte à appréhender la singularité et la complexité des situations en vie réelle. Si, par contraste donc avec les sciences biomédicales, « la question philosophique décisive [est] : qu'est-ce qu'un corps vivant humain individuel ? »[1688], seule la clinique, et le doute qu'elle mobilise, serait à même d'offrir des éléments de réponse.

2.1 – Le clinicien comme détective et le doute comme outil d'enquête

La fiction soutient le rapprochement entre, d'un côté le détective menant des enquêtes policières, de l'autre le médecin (et plus généralement tout soignant) menant des enquêtes auprès de ses patients. Le *doute détective* serait donc central à l'activité du clinicien, bien que susceptible d'être mobilisé très différemment selon le profil et l'intention du détective. Ils auraient cependant en commun la méthode indiciaire.

[1684] Weber Jean-Christophe. *Op. cit*. p. 14-15 : « décrire cette *technê* médicale comme un ensemble de gestes diversifiés, nouages de corps et de parole, entrelacs de fils hétérogènes mis au service d'une raison pratique finalisée par le soin, expression irremplaçable et irréductible d'un savoir-*y*-faire qui incorpore l'éthique comme tact ».

[1685] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 15 : « dans le cas de la médecine, la *technê iatrikê*, ou "technique médicale" consistera à faire quelque chose en sachant, avec une certaine précision scientifique, ce qu'on fait et pourquoi on le fait […]. La technique, en somme, est un savoir-faire quant au *quoi* et *pourquoi* ».

[1686] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 79 : « viser à consolider ainsi la confiance, à l'étayer par des critères objectifs, peut au contraire la fragiliser, car cette visée, pour souhaitable qu'elle puisse paraître, sape les bases de la pratique médicale par méconnaissance de ses véritables ressorts ».

[1687] Mino Jean-Christophe. *Soins intensifs. La technique et l'humain*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012, p. 39-44.

[1688] Lecourt Dominique, « Le corps évité ? » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris : Presses universitaires de France, 2009, p. 13-17, ici p. 15-16.

Le *paradigme indiciaire* conceptualisé par Ginzburg semble pouvoir éclairer ce mouvement de doute dit détective du clinicien[1689], en somme d'« entrevoir le modèle de la sémiotique médicale »[1690]. Faire de tout signe et même de tout détail des indices[1691], les rendre signifiants, les relier et les mettre en cohérence les uns avec les autres alors qu'ils ne l'étaient *a priori* pas exigent un effort de recueil et d'interprétation. Telle est la méthode indiciaire que mobilisent le juge, le détective, le médecin clinicien. Cette méthode de construction du sens et de cohérence à partir des symptômes et des signes qu'apporte un malade – qui est toujours unique[1692] – serait connue et mobilisée en médecine depuis l'Antiquité[1693], son héritière contemporaine la plus importante étant sans doute la psychanalyse[1694]. Elle permet de trouver une clé de lecture à un ensemble de données et faits pouvant de prime abord paraître anodins[1695], disparates[1696] et sans lien entre eux. Bien que commune à l'enquête clinique[1697], cette méthode ne préjuge pas de la diversité des cliniciens détectives qui peuvent s'en emparer.

Tout comme Ginzburg, Jacques Jaume (qui est médecin et écrivain) mobilise la comparaison du médecin comme détective. « George Simenon et son personnage Jules Maigret sont des médecins empêchés »[1698] écrit-il. Ainsi Simenon serait toujours resté fort intéressé par la pathologie, la médecine et les soignants ce qui pourrait expliquer leur omniprésence dans son œuvre et sa passion pour « l'art du diagnostic »[1699]. En créant le personnage de Maigret, Simenon lui fait ainsi réaliser « des enquêtes policières à la manière d'un diagnostic médical »[1700]. Pour autant, la comparaison entre l'énigme policière et l'énigme médicale, comme les façons d'œuvrer à les résoudre, ne tient pas seulement de la biographie des auteurs de romans policiers. Au sein même du milieu médical, la figure de l'interniste (dont est inspiré le médiatique Docteur Gregory House[1701]) se voit classiquement qualifiée de détective pour son

[1689] Ginzburg Carlo. *Op. cit*., p. 222 : « registres minutieux de ces détails caractéristiques qui trahissent la présence d'un artiste donné, comme un criminel est trahi par ses empreintes digitales […] rapproché la méthode indiciaire de Morelli de celle qui fut, à peu près dans ces mêmes années, attribuée à Sherlock Holmes ».
[1690] *Ibid.*, p. 232.
[1691] *Ibid.*, p. 220 : « Il faut au contraire examiner les détails les plus négligeables […] les lobes des oreilles, les ongles, la forme des doigts des mains et des pieds ».
[1692] *Ibid.*, p. 286 : « chez des individus différents, les symptômes se présentent sous des formes différentes ».
[1693] *Ibid.*, p. 248 : « Ce n'est qu'en observant attentivement et en enregistrant avec une extrême minutie tous les symptômes – affirmaient les disciples d'Hippocrate – qu'il est possible d'élaborer des histoires précises de maladies particulières ».
[1694] *Ibid.*, p. 227-231 : « méthode d'interprétation basée sur les écarts, sur les faits marginaux, considérés comme révélateurs ».
[1695] *Ibid.*, p. 290 : « De minuscules particularités paléographiques ont été adaptées comme des traces permettant de reconstruire des échanges et des transformations culturelles ».
[1696] *Ibid.*, p. 287 : « déchiffrer des écritures mystérieuses dans les veines des pierres ou du bois, dans les traces laissées par les oiseaux ou dans les dessins imprimés sur le dos des tortues ».
[1697] *Ibid.*, p. 293 : « Dans ce type de connaissance entrent en jeu (dit-on couramment) des éléments impondérables : le flair, le coup d'œil, l'intuition ».
[1698] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 41.
[1699] *Ibid.,* p. 39 : « Le syndrome individualisé peut déjà faire évoquer une maladie c'est l'art du diagnostic du médecin, une véritable enquête policière à la Maigret qui ne l'oublions pas, avait commencé des études de médecine ».
[1700] *Ibid.,* p. 30 : « Il engendre donc un personnage policier qui va pratiquer des enquêtes à la manière d'un diagnostic médical, ou du moins à la manière de ce que Simenon croit être un diagnostic médical ».
[1701] Shore David. *House M.D.* [série télévisée]. Etats-Unis: Heel and Toe Films, Shore Z Productions, Bad hat Harry Productions et Universal Media Studios, 2004 à 2012.

engagement dans la recherche de diagnostics complexes et de maladies rares ainsi que son aptitude à pouvoir conduire à terme des enquêtes longues et difficiles. Si l'interniste ne renonce *a priori* à aucun indice ni à multiplier les hypothèses, jusqu'aux plus improbables, c'est surtout pour pouvoir les mettre en doute les unes après les autres et ainsi cheminer par élimination progressive. Puisqu'il cherche, il ne cesse de questionner autant que se questionner. Relançant itérativement le processus d'enquête, il semble bien que cette particulière aptitude au doute clinique soit un moteur réflexif essentiel. Que l'étiquette de détective attachée à l'interniste résulte de son côté plus diagnosticien que thérapeute rejoint d'ailleurs le propos du philosophe Herman Parret qui, cependant, le généralise à l'ensemble de la profession. « Le médecin, pratiquant la sémiologie [l'étude des *symptômes*], a toujours été rapproché du détective »[1702], écrit-il.

Jaume, qui mobilise aussi pleinement la comparaison ouvre une question sensible lorsqu'il écrit : « La démarche policière qui rejoint la démarche médicale est réalisée en début d'enquête comme en début de consultation »[1703]. L'implicite d'un tel propos est celui des ordres et contraintes que peut imposer le milieu médical aux patients. Le terme *interrogatoire médical* n'est pas moins lourd d'un sens qui rejoint celui de « la démarche policière » ici évoquée, à savoir une autorité à laquelle il faut se soumettre[1704]. Des soignants aussi déplorent, non seulement cette violence symbolique, mais l'illusion de puissance et de maitrise qu'elle peut véhiculer[1705]. Si une telle analyse s'avère validée par bien des faits constatés, il ne faudrait pas non plus perdre de vue le contre-sens malheureux qu'elle peut aussi véhiculer. Plutôt que policière, Jaume invoque surtout la dimension détective familière à la démarche clinique puisqu'il précise qu'elle « constitue une interaction subtile qui met en jeu le dialogue, la communication non verbale et différentes stratégies »[1706]. Les nombreuses questions qui s'invitent et la façon de les adresser (pas seulement aux patients d'ailleurs) participent d'une conduite stratégique à même de résoudre au fil de l'eau l'état de doute clinique itératif propre à l'investigation diagnostique. En ce sens, et aux antipodes d'intentions suspicieuses et autoritaires, le doute est avant tout un outil d'enquête essentiel du clinicien.

Deux types de détective doivent cependant être clairement distingués sur la base de la méthode utilisée pour résoudre l'état de doute inhérent à l'enquête en cours. Tout d'abord, le personnage de Sherlock Holmes (le détective à la loupe) appréhende l'histoire du crime comme un puzzle logique, c'est-à-dire que ses différents éléments ne peuvent que relever d'un ordonnancement logique qu'il s'agit de révéler. Il use pour cela de la méthode déductive et se comporte de façon

---

[1702] Parret Herman. *L'esthétique de la communication. L'au-delà de la pragmatique*. Bruxelles: Ousia; 1999, p. 94.
[1703] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 46.
[1704] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.*, p. 32-33 : « Peut-on réellement mesurer ce que signifie le terme d'"interrogatoire" quand il s'agit, pour un individu, de répondre à une sollicitation imposée sans possibilité réelle de s'exprimer ? ».
[1705] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.*, p. 19-27, ici p. 19 : « ce qu'il est coutume d'appeler l'"interrogatoire". "Répondez à mes questions ! Ne vous égarez pas !". Tous les étudiants ont appris religieusement ces séquences de questions censées confirmer la vérité ».
[1706] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 46.

scientifique. Il se base sur un ensemble de faits objectifs, vérifiables, indiscutables en quoi consistent les indices matériels (par exemple des taches de sang ou des empreintes digitales) et propose ensuite une inférence déductive[1707] à même d'épuiser tout doute possible. Représentatif de la police scientifique, Holmes s'adosse à la démarche scientifique pour résoudre ses énigmes[1708] et peut donc être rapproché de la figure bernardienne du physiologiste médecin. Ainsi que Fabrice Gzil l'analyse dans sa présentation à l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, « parce qu'il veut s'expliquer et maitriser les maladies et les remèdes, [le physiologiste médecin] s'*abstrait* du point de vue de la clinique et use des moyens d'investigation proprement physiologiques »[1709]. Autrement dit, il est moins un clinicien soignant (puisqu'il « s'*abstrait* du point de vue de la clinique ») qu'un chercheur en science biomédicale (puisqu'il use de « moyens d'investigation proprement physiologiques »). Le profil du commissaire Jules Maigret se situe, tel un miroir inversé, tout à l'opposé. Il appréhende chaque histoire criminelle comme autant de drames humains qu'il faut tenter d'éclairer au prisme de la psychologie des divers acteurs impliqués[1710]. Fondamentalement antirationaliste, sa méthode est toute différente. L'intuition y joue un rôle majeur. C'est ainsi que tout à l'inverse d'Holmes affirmant ne jamais rien deviner[1711], Maigret prétend quant à lui ne jamais rien déduire[1712]. Aux antipodes de la démarche scientifique, c'est en se projetant dans la peau de criminels potentiels qu'il tente de les comprendre au cœur, par-delà la raison. Ce faisant, Simenon insuffle une nouvelle orientation au roman policier moderne[1713]. Se rappelant son intérêt particulier et inépuisé pour la pathologie et la démarche diagnostique, Maigret apparaît de fait beaucoup plus proche du médecin clinicien sensible – en plus d'y être inévitablement confronté – à la diversité des comportements humains que du chercheur scientifique porté par son ambition de vérité. La méthode de Maigret ne pouvant, ainsi qu'il l'a lui-même affirmé, être qualifiée de déductive, elle se rapproche aussi bien plus du raisonnement à l'œuvre dans l'enquête médicale, à savoir l'inférence abductive.

2.2 – Le raisonnement abductif en médecine, une menace pour le doute clinique ?

Si le médecin clinicien se comporte en détective, il ne s'agit pas de n'importe quel détective et celui-ci peut avoir plusieurs visages. Si, ainsi que suggéré, l'interniste tend à se distinguer des autres cliniciens, il ressemblerait plutôt à Sherlock Holmes sans pour autant se priver d'être Maigret à ses heures. Mais en dehors du champ de la médecine interne, le raisonnement du clinicien ressemblerait plus généralement à celui du commissaire à la pipe. C'est dire si le doute

---

[1707] Wouters Els. *A propos de l'inférence dans le récit policier. Maigret versus Sherlock Holmes*. Semiotica 1997;116(2-4):217-28. Une déduction de Holmes conduit à l'exemple de syllogisme suivant : « Loi : Un corps blessé laisse des traces de sang. Cas : Ce corps n'est pas blessé. Résultat : Ces traces de sang proviennent d'un autre corps blessé ».

[1708] Conan Doyle Arthur. *Arthur Conan Doyle, The Sign of Four*. Middlesex: Penguin Books; 1984, p. 9: "detection is, or ought to be, an exact science and should be treated in the same cold and unemotional manner".

[1709] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 97.

[1710] Wouters Els. *Maigret : « je ne déduis jamais ». La méthode abductive chez Simenon*. Liège: CEFAL; 1998, p. 13.

[1711] Conan Doyle Arthur. *Op. cit.*, p. 14 : "*I never guess*".

[1712] Simenon Georges *Le chien jaune*. Paris: Presses Pocket; 1976 [1931], p. 101 : « Je ne déduis jamais ».

[1713] Wouters Els. *Maigret. Op. cit.*, p. 13 : « les récits de la série des *Maigret* de Georges Simenon sont innovateurs à plusieurs égards. L'auteur s'est permis certaines libertés avec les lois du genre » ; p. 106 : « Dans le roman policier moderne, l'abduction – 1' inférence intuitive – vient se substituer à la déduction – le raisonnement logique ».

mobilisé en clinique tend à se distinguer sur bien des aspects du doute scientifique[1714]. De plus, pour sortir de l'état de doute il use d'un autre type d'inférence que la déduction puisqu'il mobilise bien plutôt l'inférence abductive. Or, tout l'intérêt de cette méthode de raisonnement, ainsi qu'en témoigne son très large usage en médecine, ne doit pas conduire à en négliger les écueils possibles. Il pourrait ainsi contrarier et même freiner l'esprit même du doute des soignants, c'est-à-dire ce moteur si essentiel pour l'enquête clinique.

Peirce, qui était aussi sémioticien, est à l'origine du concept contemporain d'abduction, cette forme de raisonnement qui implique d'inférer la cause la plus probable du phénomène observé, c'est-à-dire de se baser sur la meilleure explication[1715]. Si Parret met cette découverte sur le compte de son ambition logico-sémiotique, l'abduction ne se réduit pas à caractériser la méthode d'enquête d'un certain commissaire Maigret. Par-delà la fiction, elle est riche d'applications à la vie réelle[1716]. « L'abduction constitue une forme d'inférence fort commune puisqu'elle intervient constamment dans l'analyse des situations, la compréhension d'un récit, le diagnostic, les décisions »[1717], rappelle ainsi Parret. De fait, en plus de l'enquête policière, le raisonnement abductif s'avère omniprésent en médecine[1718]. « Peirce lui-même, étant d'une bonne formation médicale, est bien conscient de la parenté de sa logique abductive avec la sémiologie médicale »[1719], souligne à cet égard Parret. Une définition qui serait la plus en phase avec le raisonnement médical est proposée par le CNRTL, à savoir : « Élimination d'une ou de plusieurs propositions considérées comme désormais inutiles à la démonstration qu'on s'efforce de simplifier »[1720]. Dans le portrait du Docteur Sassall, on en trouve une illustration à partir de laquelle il sera possible de déployer ce qu'il en est plus précisément du raisonnement abductif en médecine :

> Sassall accepte ses profonds sentiments et ses intuitions en tant qu'indices. Son moi est souvent son point de départ le plus prometteur. Son but consiste à révéler ce qui peut être caché chez les autres[1721].

On croirait ici lire Simenon dépeignant son héros. Usant, non pas de données matérielles probantes, Sassall est à l'écoute de son propre ressenti de la situation (« ses profonds sentiments ») et tente par ce biais de comprendre l'autre (« ce qui peut être caché chez les autres »). Comme

---

[1714] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[1715] Je renvoie aussi à la définition du CNRTL fondée sur l'étymologie. En ligne : ABDUCTION : Définition de ABDUCTION, consulté le 15 mars 2026 : « Abduction, en Logique, est une façon d'argumenter, où le grand terme est évidemment contenu dans le moyen terme, mais où le moyen terme n'est pas intimement lié avec le petit terme. Ainsi l'on accorde la majeure d'un tel syllogisme et l'on force de prouver la mineure afin de développer davantage la liaison du moyen avec le petit terme ».

[1716] Catellin Sylvie. *L'abduction: une pratique de la découverte scientifique et littéraire*. Hermès, La Revue 2004;39(2):179-85.

[1717] George Christian. *Polymorphisme du raisonnement humain. Une approche de la flexibilité de l'activité inférentielle*. Paris: Presses Universitaires de France; 1997, p. 113.

[1718] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 94 : « Le paradigme médical et policier domine ainsi l'origine de la théorie de l'abduction. C'est bien le savoir indéterminable des médecins et le savoir-faire des Watson et des Dupin qui peut nous faire comprendre ce qu'il en est de cette présomption ou abduction dont Peirce fait si grand cas »[1718].

[1719] *Ibid.*

[1720] En ligne : ABDUCTION : Définition de ABDUCTION, consulté le 15 mars 2026.

[1721] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 101.

Maigret, et peut-être pour partie par effet d'empathie, il semble se mettre dans la peau de l'autre. Bien loin de l'objectivité et de la neutralité scientifiques (puisqu'il mobilise « son moi »), il fonctionne par « intuition ». Mais si Sassall ressemble, à s'y méprendre, à Maigret, il n'en est pas moins un médecin qui a réellement existé et pratiqué la médecine générale en zone rurale. Une telle démarche ne lui est d'ailleurs pas spécifique ainsi que le suggère le chirurgien orthopédique Alain-Charles Masquelet lorsqu'il invoque ce qu'il qualifie de « Remarquable flair du clinicien qui procède non par déduction mais par une cascade abductive dont le bien-fondé ne repose que dans la réponse du malade »[1722]. La démarche clinique ne diffère donc pas, du moins dans sa phase initiale, de « L'abduction du détective [qui] consiste à inscrire des phénomènes surprenants dans une *configuration* »[1723].

2.2.1 – Inférer abductivement commence par le « flair du clinicien »

Ainsi que tend à l'affirmer Masquelet, avant même de raisonner sur un mode abductif, la démarche diagnostique du clinicien mobiliserait d'abord son intuition, mode de compréhension d'une situation qui n'est pas indemne d'émotion[1724]. Conforme à sa ressemblance avec Maigret, l'intuition du médecin serait en quelque sorte le prérequis de l'inférence abductive qui en découlera. « Si la compréhension implique du *feeling*, du flair, du tact et du bon goût, de la sensibilité et de l'imagination, on peut profiter énormément des théories peirciennes sur l'abduction »[1725], confirme Parret en ce sens. Mais celui-ci explicite plus précisément encore en quoi l'intuition trouve toute sa place dans le raisonnement abductif. En plus des deux formes principales, intellectuelle et sensible[1726], de l'intuition, Parret met en exergue, en se basant sur Aristote, cette troisième fonction de l'intuition qu'est l'*apagogè*[1727] consistant à raisonner par l'absurde (c'est-à-dire en s'opposant à ce qui est considéré comme absurde) pour guider la dialectique. Il justifie ainsi la puissance dialectique de l'intuition, en l'occurrence une intuition négative puisqu'elle conduit à exclure ce qui paraît absurde. Et il précise que « l'*apagogè* est un type de raisonnement discursif, où le 'problématologique' est la source même d'une certaine activité inférentielle. Il y a d'abord un 'dispositif interprétable' et ensuite, il y a vérification par la sanction de l'induction »[1728]. En l'identifiant ainsi comme précurseur de l'inférence abductive, Parret se trouve en phase avec Peirce qui a lui-même mobilisé la notion d'*apagogè*[1729] pour introduire l'abduction[1730]. C'est pourquoi, d'emblée, « L'*apagogè* nous

[1722] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 33.
[1723] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 104.
[1724] *Ibid.,* p. 94-95 : « Il y a d'abord la surprise devant un phénomène 'surprenant' – la *surprise* et *l'étonnement* sont les émotions à l'origine du raisonnement abductif. Ensuite, il y a l'individuation *qualitative* du phénomène observé par flair et goût ».
[1725] *Ibid.,* p. 89-90.
[1726] *Ibid.,* p. 92 : « deux approches prépondérantes : l'intuition est dite 'intellectuelle' si elle dénote le sens de l'évidence et de la transparence complète de l'esprit (chez Descartes, entre autres) ; elle est dite 'sensible' si elle dénote le sens de la présence concrète et factuelle de la réalité (chez Kant, surtout) ».
[1727] Aristote, Crubellier Michel (Trad., introduction, commentaires). *Premiers analytiques*. Paris: Flammarion, 2014, Livre II, 25, 69a20-69b5.
[1728] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 94.
[1729] *Ibid*., p. 93.
[1730] Tiercelin Claudine. *C.S. Peirce et le pragmatisme. Op. cit*., p. 95-97 : « Contrairement aux positivistes, Peirce n'a cessé de souligner l'utilité des hypothèses pour la science et de dégager la spécificité du raisonnement qui *va vers* l'hypothèse (différent de celui que l'on fait *à partir d*'elle), puisqu'il recouvre "toutes les opérations par

installe dans l'ambiance de la sémiologie médicale et dans l'énigme policière »[1731]. C'est pourquoi aussi, contrairement à la déduction, l'abduction est propice à la créativité. Pour autant, il importe d'emblée d'en souligner aussi les écueils. L'intuition précédant ici la démonstration empirique, il y a un risque non négligeable d'erreur. En éliminant ce qui semble (subjectivement) absurde au profit de ce qui relèverait de l'évidence intellectuelle (d'un point de vue de la rationalité biomédicale), l'abduction via l'*apagogè* peut éliminer à tort des hypothèses pourtant plausibles et surtout valables pour le patient. Ce faisant, elle risque d'alimenter les dissensions entre patient et soignant puisque ce qui est absurde aux yeux d'un bio-soignant peut tout au contraire être considéré comme rationnel pour un patient.

2.2.2 – Abduire en médecine consiste donc bien à poser des hypothèses et à les réduire

Définir le raisonnement abductif tel qu'il est mobilisé en médecine impose de pas négliger certaines de ses significations, lesquelles ne relèvent pas toutes de la tradition philosophique mais s'avèrent pourtant essentielles pour comprendre l'ensemble de ses tenants et aboutissants. L'abduction en médecine n'est ainsi pas seulement un « processus de formation d'une hypothèse explicative »[1732]. Elle consiste aussi en une sélection de l'hypothèse la plus plausible aux dépends des autres. Or, parce qu'il engage la santé des personnes, le raisonnement abductif est plus à risque en médecine que dans tout autre domaine. Il est aussi plus complexe à mobiliser ne serait-ce que parce que « l'évaluation du diagnostic médical ne peut se fonder uniquement sur la plausibilité de 1'hypothèse retenue »[1733].

Dans son dictionnaire philosophique, Lalande propose les définitions d'Aristote et de Peirce qui se recoupent, à savoir que l'abduction consiste à produire une hypothèse probable[1734]. C'est pourquoi « celle-ci a reçu des appellations diverses avant que le terme d'abduction n'apparaisse : hypothèse, rétroduction, présomption »[1735]. C'est aussi en cela qu'elle se distingue de la déduction et de l'induction ainsi que le précise Peirce : « la déduction prouve que quelque chose doit être ; l'induction montre que quelque chose est effectivement ce qu'il est supposé être ; l'abduction suggère seulement que quelque chose pourrait être »[1736]. En s'appuyant notamment sur l'exemple du sac de haricots blancs, il est possible de présenter le syllogisme selon trois versions distinctes : « La déduction infère le résultat à partir de la règle et du cas, l'induction infère la règle à partir du cas et du résultat, l'abduction infère le cas à partir de la règle et du

---

lesquelles sont engendrées théories et conceptions" (5.590). L'abduction est cette opération inférentielle, cruciale pour la MS [méthode scientifique], parce que seule capable d'introduire des idées nouvelles (5.171) ».

[1731] *Ibid*., p. 94.

[1732] George Christian. *Op. cit.*, p. 114.

[1733] *Ibid*., p. 122 : « les maladies ne sont pas équivalentes en ce qui concerne leur degré de gravité, et le diagnostic s'accompagne de décisions d'action dont la mise en œuvre peut être plus ou moins urgente. Cela rend cette situation d'autant plus complexe qu'il peut y avoir conflit entre les différents facteurs à considérer ».

[1734] Lalande André *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2010: « Aristote appelle ainsi un syllogisme dont la majeure est certaine et dont la mineure est seulement probable : la conclusion n'a qu'une probabilité égale à celle de la mineure » (Aristote, *Analytica Priora*, II, 25 ; 69ª20 et suiv) ; « Peirce appelle abduction tout raisonnement dont la conclusion est seulement vraisemblable ».

[1735] George Christian. *Op. cit.*, p. 114.

[1736] Wouters Els. *A propos de l'inférence dans le récit policier. Op. cit.* Wouters cite C. S. Peirce, 5.171: "Deduction proves that something *must* be; Induction shows that something *actually is* operative; Abduction merely suggests that something *may be".* (Traduction personnelle).

résultat »[1737]. Les enquêtes de Maigret en proposent de nombreux autres exemples[1738]. Son occurrence est tout à fait courante en médecine puisqu' « il importe au médecin de ramener tous les détails à une présomption ou une hypothèse d'organisation *individuelle* »[1739] ce qui fait que « Celui qui raisonne par abduction réalise une opération proche de celle du médecin »[1740].

Un autre sens de l'abduction ne doit pas être négligé puisqu'il imprègne l'usage médical du raisonnement abductif. Le Littré rappelle qu'il s'agit d'un terme anatomique renvoyant au mouvement d'écartement d'un membre par rapport à l'axe du corps, fondé sur l'étymologie latine « *Abductio*, de *abducere*, emmener, de *ab*, indiquant écartement, et *ducere*, mener »[1741]. Le Larousse ajoute à la précédente définition du Littré une autre signification relative à la logique du raisonnement en se fondant également sur l'origine latine de *abductio* signifiant « action d'enlever, de séparer ». L'abduction se révèle ainsi aussi être un « raisonnement par lequel on restreint dès le départ le nombre des hypothèses susceptibles d'expliquer un phénomène donné »[1742]. Or, de cette définition affleure d'emblée le présentiment des écueils possibles du raisonnement abductif, notamment au prisme des termes « restreindre », « dès le départ », « le nombre d'hypothèses ». Car si la démarche d'enquête du clinicien consiste à proposer des hypothèses, elle implique aussi de les réduire.

2.2.3 – Heurs et malheurs du raisonnement abductif

Afin de tenter d'éclairer concrètement la pratique de l'inférence abductive en médecine, les avantages qui en motivent un usage si fréquent, mais aussi d'en repérer concrètement les écueils (et les dangers pour les malades), je propose deux cas cliniques référencés en annexe.
Cas clinique n°1 : « Une histoire de saison et de gros globules »
Cas clinique n°2 : « Le mirage d'un arbre cachant une épaisse forêt »

Le cas n°1 qui a mobilisé une seule inférence abductive et a permis de conduire rapidement (sur la base d'un simple échange téléphonique[1743]) au diagnostic d'agglutine froide peut être analysé au prisme du syllogisme suivant :
Résultat (= situation curieuse) : macrocytose isolée et acrosyndrome en saison froide.
Loi : les agglutinines froides provoquent l'agglutination des hématies au froid.

[1737] George Christian. *Op. cit.*, p. 114 : « Pour expliciter la différence entre ces trois formes de raisonnement, il se réfère à des arguments avec deux prémisses et une conclusion, soit trois énoncés. L'un des énoncés constitue la "règle", un autre le "cas", le dernier le "résultat", par exemple respectivement "tous les haricots de ce sac sont blancs", "ces haricots étaient dans ce sac", "ces haricots sont blancs" ».
[1738] Wouters Els. *A propos de l'inférence dans le récit policier. Op. cit.* Une inférence abductive de Maigret conduit à l'exemple suivant : « Résultat (= cas curieux) : Cécile semble avoir quitté le commissariat sans avoir parlé à Maigret. Loi : Quelqu'un a tué Cécile dans le bâtiment même. Cas : Cecile n'a pas quitté le commissariat, car elle était déjà morte, assassinée dans le bâtiment ».
[1739] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 95.
[1740] *Ibid.*
[1741] La définition du littré est la suivante : « Mouvement qui écarte un membre ou une partie quelconque du plan mitoyen qu'on suppose partager le corps longitudinalement en deux moitiés semblables ou symétriques ». En ligne : Littré - abduction - définition, citations, étymologie, consulté le 18 décembre 2025.
[1742] Pour le Larousse en ligne : Définitions : abduction - Dictionnaire de français Larousse, consulté le 26 mai 2023.
[1743] Cette situation n'est pas rare et relève même du lot quotidien de l'activité des médecins sollicités pour divers avis alors qu'ils sont d'astreinte, de garde, de permanence et y répondent depuis leur cabinet de consultation, durant leur visite d'une unité d'hospitalisation, ou même depuis leur véhicule voire de leur domicile.

Cas : présence d'une agglutinine froide.

Ici se voit confirmé le principe du syllogisme fondant le raisonnement abductif à savoir qu'il « infère le cas à partir de la règle et du résultat »[1744]. Le principe de production d'hypothèses et de réduction à l'hypothèse la plus plausible a été totalement opérant puisqu'il a permis un diagnostic immédiat. Lorsqu'elle fonctionne ainsi au mieux, en plus d'être un gage de pertinence et de confiance à l'égard du professionnel de santé, l'inférence abductive constitue un gain de temps et d'efficacité en matière diagnostique ainsi qu'une économie de coût financier. On peut cependant souligner et questionner le défaut flagrant de doute clinique dans cette démarche diagnostique. Si le cas semble simple et, en apparence, facile à diagnostiquer, il s'agit pourtant d'une maladie rare, mal connue et dont les manifestations sont intermittentes. Alors que des causes bien plus fréquentes et bénignes peuvent provoquer une macrocytose, l'hypothèse d'une agglutinine froide a été avancée quasiment à l'exclusion de toutes les autres. Dès lors, la pertinence d'une telle afférence ne tient qu'à condition de maitriser au mieux l'entité pathogène suspectée[1745]. Bien plus que de l'intuition, ce qui paraît être un excès de confiance, et l'économie de doute qui en découle, peut trouver sa source dans le niveau de connaissance (s'agissant du sujet de ma thèse de doctorat en médecine ayant impliqué l'analyse d'une abondante littérature et de nombreux cas cliniques) comme d'expérience (ayant suivi plusieurs patients souffrant de cette affection alors que d'autres praticiens n'en ont jamais fait l'expérience). Ainsi que l'analyse le chercheur en psychologie Christian George, ce processus ne relèverait pas d'un raisonnement mais « plutôt d'une activité de catégorisation, et a parfois été assimilée au processus perceptif de reconnaissance de forme *(pattern recognition)* »[1746]. Cela souligne d'autant plus l'importance de ne pas clôturer la démarche clinique pour autant. De fait, la présente inférence abductive aurait pu être mise en défaut au profit de causes plus fréquentes de macrocytose, de même qu'elle n'excluait pas d'être associée à d'autres étiologies justifiant une égale attention médicale. C'est dire si le doute clinique demeure important même lorsqu'une afférence abductive fonctionne au mieux. Malgré le manque de temps soignant, elle ne devrait, idéalement, pas non plus conduire à l'économie de la rencontre.

Le cas n°2 permet d'éclairer le caractère faillible et les dangers de l'inférence abductive dans la pratique médicale ainsi que son impact négatif sur le doute du clinicien. On identifie dans ce cas au moins deux inférences abductives qui se sont avérés erronées, ci-après retranscrites en mode syllogisme.

Résultat (= situation curieuse) : altération de l'état général, apathie, incurie, ordonnance courante incluant un traitement anti-dépresseur.
Loi : la mélancolie stuporeuse génère apathie et négligence de soi jusqu'à l'incurie.
Cas : décompensation mélancolique.

[1744] George Christian. *Op. cit.*, p. 114.
[1745] *Ibid.,* p. 121 : « Le corps de connaissances utiles étant bien circonscrit, cela facilite l'identification de celles qui sont utilisées et l'évaluation de la valeur des hypothèses proposées ».
[1746] *Ibid.,* p. 123.

Résultat (= fait singulier) : aspect de pneumopathie interstitielle bilatérale au scanner en période de confinement lié à la pandémie de Covid-19.
Loi : le virus de la Covid-19 provoque une atteinte pulmonaire interstitielle[1747].
Cas : présence d'une infection à Covid-19.

En réalité, il ne s'agissait ni d'un état mélancolique (aucun diagnostic psychiatrique n'étant finalement retenu) ni d'une infection à Covid-19 (la recherche moléculaire demeurant strictement négative), mais d'une infection par le virus du VIH en stade SIDA, puisque compliqué de plusieurs infections opportunistes dont une pneumocystose pulmonaire (expliquant l'atteinte interstitielle au scanner) et une encéphalite (expliquant l'état stuporeux et la négligence corporelle). Les erreurs dans le raisonnement abductif tel qu'il a été mobilisé ont non seulement été source de retard et d'errance diagnostiques, de défaut de soins mais également d'orientations sanitaires inadaptées et dangereuses. Il s'est agi de son admission en psychiatrie alors que son état somatique était très préoccupant puis de son transfert dans une unité covid où une contamination covid aurait pu lui être fatale étant donnée la profondeur de son déficit immunitaire du fait de l'infection VIH.

Ce cas est, à plus d'un titre, instructif quant au mésusage et aux écueils du raisonnement abductif en médecine. L'un des premiers enseignements est de rappeler le caractère conjectural de l'abduction. Si « l'abduction est une inférence qui mène d'un corpus de données à une hypothèse explicative »[1748], si elle consiste donc « à inférer une proposition qui constitue l'hypothèse la plus plausible » [1749], celle-ci n'en demeure pas moins résolument une hypothèse. Ainsi que le rappelle Parret, en s'appuyant sur Peirce lui-même, l'abduction ne garantit donc pas le diagnostic :

> Le degré de probabilité de l'abduction reste faible, et Peirce insiste sur le fait que l'abduction, en science empirique, ne peut mener qu'à une individuation qualitative toute provisoire qui doit être vérifiée ensuite par la méthode inductivo-déductive. L'abduction n'est donc pas un moyen de connaissance certaine[1750].

Puisqu'elle n'est que conjecturale, non seulement l'inférence abductive est toujours à risque d'échec, mais ce risque est important (« degré de probabilité […] faible »). Peirce prévient donc contre l'illusion de certitude à laquelle elle pourrait faire croire (« pas un moyen de connaissance certaine »). Puisque seuls les autres modes d'inférence sont à même d'y donner accès, ils en constituent un complément indispensable. L'abduction n'est donc jamais une fin en soi (« toute provisoire »), insiste Parret. Elle impose toujours une procédure complémentaire (« méthode inductivo-déductive ») à même de tester l'hypothèse avancée, et de pouvoir ainsi

[1747] Le délai d'obtention des résultats de RT-PCR était tel que certains services, notamment les services d'accueil des urgences, ont pratiqué des scanners thoraciques à visée de dépistage. En plus de mon expérience personnelle, je renvoie, entre autres exemples d'article sur le sujet, à : McInnes Matthew D. F., Leeflang Mariska M. G., Salameh Jean-Paul, McGrath Trevor A., van der Pol Christian B., Frank Robert A.*, et al. Imaging tests for the diagnosis of COVID-19*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020.
[1748] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 96.
[1749] George Christian. *Op. cit.*, p. 113.
[1750] Parret Herman. *Op. cit.*, p. 98.

soit la confirmer, soit l'infirmer. Finalement, l'apport spécifique de l'abduction consiste en ce que Parret qualifie d'« individuation qualitative » et que l'on peut entendre comme une délimitation de la situation quant à sa singularité propre (le fait de l'identifier comme un fait singulier). C'est aussi à partir de là qu'une orientation diagnostique prioritaire se voit définie selon un mode intuitif[1751], conformément à la puissance inférentielle de l'*apagogè*. Or, puisque l'*apagogè* émane d'un « type de raisonnement où le raisonneur dispose d'une "théorie problématique" vérifiée *a posteriori* par une induction »[1752], il est impératif de toujours soumettre à l'épreuve du doute et de la vérification scientifique l'hypothèse interprétative ainsi formulée par abduction étant donné les risques inhérents au processus interprétatif[1753], tout particulièrement en cas de raisonnement par l'absurde.

Le problème des médecins, et plus généralement des soignants, est de considérer cette première étape de formulation d'une hypothèse comme ayant valeur de diagnostic, oubliant ainsi le caractère toujours conjectural et probabiliste de l'inférence abductive. Ainsi que Christian George le précise en ce sens, il a été constaté que les praticiens « formulent très précocement des hypothèses de travail, et que le diagnostic final appartient très fréquemment à l'ensemble initial »[1754]. Leur raisonnement se clôture donc sur l'hypothèse comme s'il s'agissait du diagnostic final ce qui explique aussi qu'il soit « rare que les praticiens formulent un diagnostic nouveau à partir des informations additionnelles recueillies »[1755]. L'inférence abductive provoque en quelque sorte « une confiance totale »[1756] particulièrement délétère pour la démarche clinique puisqu'elle paralyse la moindre aptitude au doute. Cette persévération autour d'un hypothèse diagnostique initiale erronée s'avère même contagieuse au sens où, ainsi que l'illustre le cas n°2, elle peut se transmettre de praticien en praticien et de structure de soin en structure de soin. Sur la base d'une ordonnance interprétée comme preuve d'un diagnostic de dépression, les urgentistes ne le mettent pas en doute et le relayent, tout comme l'observation faite en SAU a été considérée comme faisant foi et conduit à une admission en psychiatrie. L'erreur de jugement initial, puis d'orientation, n'a ainsi pas cessé de se relayer.

Un autre enseignement de ce cas n°2, bien plus complexe que le précédent, est que l'inférence abductive est peu compatible avec la complexité. Celle-ci impose de maintenir en éveil le doute clinique ce que la réduction abductive réfrène inéluctablement. Or, sous un même ensemble de symptômes, peuvent se cacher plusieurs problèmes plus ou moins interdépendants, en tout cas non exclusifs[1757]. Alors que l'abduction a pour « objectif principal de réduire le nombre des

---

[1751] *Ibid.,* p. 95 : « La science de l'individuel et du qualitatif aura toujours un caractère conjectural, elle fera toujours appel au coup d'œil et au flair : le feeling est peut-être cet aspect de la raison qui permet la saisie du qualitatif ».
[1752] *Ibid.,* p. 94.
[1753] *Ibid.,* p. 94-95 : « Cette identification de l'individuel qualitative, et ensuite de son intellection, présuppose bien une dialectique exploitant l'*hypothèse* qui s'est imposée. Quand il y a raisonnement abductif, il n'y a pas de sens pré-établi, mais seulement un *dispositif interprétatif* ».
[1754] George Christian. *Op. cit.*, p. 122.
[1755] *Ibid.,* p. 122.
[1756] *Ibid.,* p. 113 : « Comme dans l'induction, l'information initiale utilisée comme prémisse(s) est connue pour être vraie ou est supposée vraie, tandis que la vérité de la conclusion ne peut pas être logiquement garantie bien qu'elle suscite parfois une confiance totale ».
[1757] *Ibid.,* p. 121 : « d'autres aspects rendent cette activité [d'abduction] fort complexe. On peut citer l'absence de relations biunivoques entre maladies et symptômes car un même symptôme ou tableau symptomatique peut

hypothèses à une seule »[1758], la co-occurrence de plusieurs évènements médicaux (reliés ou pas) n'est pas rare. Il est ainsi des situations où plusieurs diagnostics doivent être posés et pris en charge spécifiquement. Tout au contraire de l'abduction, il importe de pouvoir toujours douter qu'un seul diagnostic puisse suffire, sous peine d'erreurs et de rater certaines affections, non moins essentielles (par exemple, la découverte d'un diabète et/ou d'un cancer concomitamment à une septicémie). Cette aptitude consistant à ouvrir de grands tiroirs densément fournis de diagnostics possibles est souvent reprochée à l'interniste. Tel un antidote à la restriction abductive, certains de ces diagnostics sont appréhendés comme superflus par des praticiens pragmatiques (comme l'urgentiste et même le généraliste), visant la rapidité décisionnelle. C'est pourtant l'ouverture du tiroir thrombopénie (anomalie biologique négligée jusque-là) qui s'est avérée déterminante pour l'enquête du cas n°2. De même que la restriction excessive des hypothèses possibles, l'interruption prématurée de la réflexion diagnostique relève d'un mauvais usage du raisonnement abductif dans bien des situations médicales. Or, l'inférence abductive ainsi mobilisée peut donc conduire, en plus des jugements erronés, à une forme d'aveuglement, source d'ignorance et de négligence, puisqu'elle focalise l'attention aux dépends de l'ensemble des facteurs à prendre en considération (effet tunnel[1759]). D'aucuns avancent l'hypothèse d'un problème plus général, et qui minerait la profession, de courage médical. Ce courage implique engagement et curiosité mais aussi d'accepter l'intranquillité, les difficultés, l'incertitude inhérentes à toute pratique clinique, du fait de l'extrême diversité des patients et situations rencontrés. En clôturant l'enquête, l'inférence abductive limite mécaniquement les questionnements, réfrène le doute, procure une forme de confort intellectuel. Parce qu'elle est donc à risque d'étouffer l'aptitude au doute des soignants, l'inférence abductive impose une particulière vigilance, afin qu'*in fine* elle ne soit pas dans un rapport d'exclusion du doute clinique.

2.3 – L'intolérance des soignants à l'incertitude, une autre menace pour le doute clinique ?

Bien qu'étroitement liés et souvent confondus[1760], les concepts de doute et d'incertitude ne sont pas superposables[1761]. L'ambition de la biomédecine de fonder sa pratique sur des connaissances pouvant être considérées comme *certaines*, parce que validées au prisme de la preuve scientifique (*evidence-based medicine*) contraste avec l'omniprésence de l'incertitude dans l'expérience vécue autant par les patients que par les soignants œuvrant au lit des malades[1762]. De l'illusion de maitrise à l'injonction de tolérance, l'incertitude suscite des vents contraires. Parce que les craintes qu'elle suscite (instabilité des situations, frein à la décision,

---

renvoyer à plusieurs maladies, la présence de relations souvent probabilistes entre maladies et symptômes, le fait que les maladies ne sont pas mutuellement exclusives ».

[1758] *Ibid.,* p. 123.

[1759] Je renvoie au dossier consacré à ce sujet produit par la Haute autorité de santé. En ligne : Haute Autorité de Santé - L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?, consulté le 19 décembre 2025.

[1760] Oreskes Naomi. *The fact of uncertainty, the uncertainty of facts and the cultural resonance of doubt*. Philos Trans A Math Phys Eng Sci 2015;373(2055).

[1761] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche sémantique du doute : polysémie et diachronie du terme doute*.

[1762] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 23 : « la clinique médicale […] se trouve menacée dans sa constitution même, car ce qui la caractérise (vulnérabilité, incertitude, inventivité sans garantie de réussite) est de moins en moins acceptable dans nos sociétés ».

risque d'erreur, etc.) sont légitimes, l'incertitude impose pour le soignant de l'appréhender avec rigueur. Encore faut-il pouvoir la tolérer et non pas la dénier. Il ne s'agit donc pas de balayer toute source d'incertitude mais de pouvoir la restreindre autant que faire se peut[1763], en l'intégrant dans une démarche réflexive et décisionnelle toujours révisable. Il apparait alors que c'est précisément grâce au doute – qui peut s'en nourrir – que le soignant peut, non pas se laisser emporter par une réaction émotionnelle, mais accueillir l'incertitude et enrichir son raisonnement pas à pas pour adapter régulièrement son action.

2.3.1 – L'(in)certitude une source de dissonance dans l'esprit des soignants

Dans l'Antiquité déjà, Hippocrate estimait que la médecine est constamment sous le signe de l'incertitude. Les stoïciens considéraient que la médecine a toujours à faire avec du possible et du contingent[1764]. Au 19e siècle, la fameuse maxime du médecin canadien William Osler rappelle combien l'incertitude est constitutive des fondements et de l'exercice de la médecine[1765] : « *Medicine is a science of uncertainty and an art of probability* »[1766]. Au 20e siècle, d'importants travaux en sociologie de la médecine, ceux notamment de Renée Claire Fox[1767], ont permis d'étayer le rôle central de l'incertitude dans la culture médicale[1768]. Son impact sur la relation de soin[1769] a concomitamment été analysé par Talcott Parsons[1770]. Il s'est intéressé aux épineuses difficultés auxquelles confronte le fait de devoir communiquer à partir de données instables, non maitrisables, parfois même à partir de l'inconnu. Cette interface entre sciences naturelles et sciences humaines, que concrétise la relation entre soignant et patient, amplifie d'autant l'expérience de l'incertitude en médecine.

[1763] Bronner Gérald. *L'incertitude*. Paris: Presses universitaires de France; 1997

[1764] Guyomarc'h Gweltaz, « Médecine et contingence. Retour sur la médecine comme art stochastique chez Alexandre et les stoïciens » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine : perspectives historiques et contemporaines »*. Université Jean Moulin Lyon 3, Lyon, 1er et 2 décembre 2021.

[1765] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating Uncertainty. The Next Medical Revolution?* N Engl J Med 2016;375(18):1713-5: "Yet the reality is that doctors continually have to make decisions on the basis of imperfect data and limited knowledge, which leads to diagnostic uncertainty, coupled with the uncertainty that arises from unpredictable patient responses to treatment and from health care outcomes that are far from binary".

[1766] Bean Robert Bennett, Bean William Bennett. *Sir William Osler aphorisms. From his bedside teachings and writings*. New York: Henry Schuman, 1950, n°265, p. 125.

[1767] Fox Renée Claire. *Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown*. Glencoe: The Free Press; 1959 ; Fox Renée. *L'incertitude médicale*. Paris: L'Harmattan; 1988 Je renvoie aussi à ce chapitre d'ouvrage: Fox Renée Claire, "Training for Uncertainty" in Merton Robert K., Reader George G., Kendall Patricia L. *The Student-Physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957, p. 207-41.

[1768] Atkinson Paul. *Training for certainty*. Social Science & Medicine 1984;19(9):949-56: "Fox identifies 'uncertainty' as an important characteristic of medical knowledge and culture, and as a major analytic concept. […] an almost essential quality of medical knowledge and practice".

[1769] Davis Fred. *Uncertainty in medical prognosis clinical and functional*. The American Journal of Sociology 1960;66(1):41-7: "the important influence of uncertainty on the relationship between doctor and patient in the treatment of illness and disease".

[1770] Parsons Talcott *The Social System*. Glencoe: Free Press; 1951, p. 466-69.

L' « ironie tragique »[1771] que constitue, au cœur de la médecine moderne, ce conflit entre la recherche de certitude et la réalité de l'incertitude[1772] demeure d'une grande actualité. La culture médicale contemporaine est profondément réfractaire à l'incertitude[1773]. Tout en la reconnaissant, elle cherche constamment, et consciemment ou non, à la supprimer ou à l'ignorer alors même qu'elle est omniprésente, du fait même de la « singularité de nos patients » constate le docteur Robilliard[1774]. Le vocabulaire utilisé (signes, indices, hypothèse, suspicion, enquête, spéculatif, concertation, etc.) ne cesse d'ailleurs de donner corps à l'incertitude. Elle est aussi à la base de toutes les discussions (réunions, staffs, RCP) et bien des décisions sont prises à partir de données non stabilisées[1775]. La permanence d'un schème défensif à l'égard de l'incertitude, le mantra des preuves et le fantasme de la vérité médicale n'en continuent pas moins de dominer la culture biomédicale. Or, si le diagnostic d'une maladie peut être certain, son évolution sera toujours imprévisible en dépit de l'usage approprié des traitements identifiés comme étant les plus efficaces. Outre l'effet déceptif de ce constat réitéré, le contraste d'avec les ambitions de la science biomédicale entretient une sorte de dissonance cognitive dans l'esprit des soignants. Ainsi qu'en atteste constamment leur pratique clinique, rien ne saurait jamais se passer exactement comme attendu.

Les inquiétudes bien légitimes des soignants quant aux effets de l'incertitude – ses conséquences possibles sur leurs décisions, leurs actions et même leur bien-être au travail[1776] – ont pu justifier les mesures visant à la canaliser (par exemple via l'usage d'algorithmes décisionnels et de protocoles de soin). Pour autant, on peut aussi questionner l'écueil d'une telle volonté systématique de maitrise normative et sécuritaire de l'incertitude[1777], par ailleurs fondée sur la seule rationalité scientifique. Elle ne serait pas sans risque de priver des bénéfices possibles de l'incertitude, à savoir sa puissance de diversité, de découvertes, de créativité et même d'espoir[1778]. Elle ne serait pas non plus sans impact sur l'aptitude des soignants à pouvoir exercer leur pouvoir de douter, ce que la complexité des situations et l'évolution rapide de connaissances justifie d'autant plus. C'est pourquoi des voix de plus en plus nombreuses se

---

[1771] Atkinson Paul. *Op. cit.*

[1772] *Ibid*.: "The paradox and poignancy-for both physician and patient-of the fact that our great twentteth-century progress in medical science and technology has helped to reveal how ignorant. bewildered. and mistaken we still are in many ways about health and illness. life and death"

[1773] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "Although physicians are rationally aware when uncertainty exists, the culture of medicine evinces a deep-rooted unwillingness to acknowledge and embrace it".

[1774] Robilliard Bertrand. *Uncertainty. True or false?* Rev Med Interne 2022;43(9):521-3 : « Nous tendons culturellement vers la recherche de certitude, nous organisons la connaissance et l'évaluation de cette connaissance de manière à renforcer ce sentiment alors même que la singularité de nos patients nous conduit sans cesse aux limites de nos connaissances ».

[1775] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*

[1776] Simpkin Begin Arabella, Hidrue Michael, Lehrhoff Sara, Del Carmen Marcella. G., Armstrong Katrina, Wasfy Jason H. *Factors Associated with Physician Tolerance of Uncertainty: an Observational Study*. J Gen Intern Med 2022;37(6):1415-21.

[1777] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 23 : « Mais chercher à la consolider [la clinique médicale] par la multiplication des normes revient à la rendre plus fragile encore, car cela empêche l'incorporation de l'expérience qui émerge de la confrontation répétée à la décision en situation d'incertitude ».

[1778] Engebretsen Eivind, Heggen Kristin, Wieringa Sietse, Greenhalgh Trisha. *Uncertainty and objectivity in clinical decision making: a clinical case in emergency medicine*. Med Health Care Philos 2016;19(4):595-603.

mobilisent en faveur d'un changement de paradigme. Il s'agit de cesser de craindre[1779], fuir, rejeter l'incertitude et de pouvoir, tout au contraire, définir la tolérance à l'incertitude[1780] à la fois comme une compétence centrale des soignants et comme un objectif prioritaire de formation de étudiants en santé[1781]. Il ne s'agirait donc plus de restreindre l'incertitude au maximum mais au contraire de la tolérer et même de l'embrasser pleinement. Autrement dit, puisqu'elle impacte le raisonnement et les décisions médicales, tolérer l'incertitude consiste à s'en emparer tel un déterminant essentiel de la pratique soignante[1782], autant dire en faire un outil clinique.

2.3.2 – L'incertitude médicale, un concept aux multiples facettes et une source de confusion

Alors que l'incertitude relève d'une expérience fort commune, l'aborder d'un point de vue conceptuel confronte à des difficultés définitionnelles, en biomédecine ou tout autre domaine du soin[1783]. Si les dimensions d'imprécision et d'imprévisibilité tendent à dominer dans sa définition usuelle[1784], dans le domaine médical elle apparaît floue, parce que polysémique, source de confusion et finalement de dissensus. C'est ainsi que de nombreux concepts gravitent autour de cette notion qui peuvent lui être directement ou indirectement associés, mais qui ne sont pas synonymes. Parmi ces concepts, on retient, notamment, l'indétermination, l'ambiguïté[1785], la complexité, le hasard, l'ignorance, mais aussi le doute[1786]. Or, de même qu'ambiguïté n'est pas synonyme d'incertitude mais en est une source, l'incertitude n'est pas synonyme de doute mais peut en susciter. Malgré cette liaison logique, d'aucuns considèrent les amalgames possibles délétères pour la réflexion et les travaux de recherche en la matière[1787].

[1779] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "uncertainty as a surmountable challenge rather than as a threat".

[1780] *Ibid.*

[1781] Fox Renée Claire, "Training for Uncertainty" in Merton Robert K., Reader George G., Kendall Patricia L. *Op. cit.* Atkinson Paul. *Op. cit.*: "'Training for uncertainty' is thus proposed as a necessary prerequisite to professional competence". Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "encouraging students' curiosity to explore and capacity to sit comfortably with uncertainty, acknowledging that certainty is not always the end goal"; "As faculty, we will have to model for our students the practice of medicine in which it is all right to be uncertain". Robilliard Bertrand. *Op. cit.* Belhomme Nicolas, Lescoat Alain, Launey Yoann, Jego Patrick, Cavalin Catherine, Pottier Patrick. *Tolerating uncertainty. Towards a competence-based approach*. Rev Med Interne 2023;44(1):27-30.

[1782] Engebretsen Eivind et al. *Op. cit.* Malterud Kirsti, Guassora Ann Dorrit, Reventlow Susanne, Jutel Annemarie. *Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice*. Br J Gen Pract 2017;67(659):244-5: "the notion 'cunning of uncertainty' as a strategy where we get to know uncertainty and acquire the skills to live with it. […] we suggest it is time to develop theoretical, clinical, and practical strategies for embracing – not simply tolerating – uncertainty, instead of unsuccessfully trying to eradicate or suppress it".

[1783] Tamet Jean-Yves (dir.). *Incertitudes en psychanalyse*. Paris: Fario; 2021, p. 35 : « Même si elle est d'expérience banale, c'est finalement une bien curieuse chose que l'incertitude ».

[1784] Site du CNRTL consulté en ligne le 20 décembre 2025 : INCERTITUDE : Définition de INCERTITUDE : Caractère d'imprécision d'une mesure, d'une conclusion ; Caractère imprécis, vague d'une perception, d'une image ; Caractère imprévisible du résultat d'une action, d'une évolution ; Impossibilité dans laquelle est une personne de connaître ou de prévoir un fait, un événement qui la concerne. Sentiment de précarité qui en résulte ; État d'esprit d'une personne qui hésite à croire à la réalité d'un fait, à la vérité d'un jugement ou qui hésite à adopter et à maintenir une ligne de conduite.

[1785] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.* Pour Belhomme, l'ambiguïté serait la plus fréquente source d'incertitude en médecine interne, s'agissant du caractère équivoque voire discordant des informations disponibles (par exemple, les avis contradictoires d'experts sur une même situation).

[1786] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au sens d'hésitation introduit un lien étroit avec la condition d'incertitude*.

[1787] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*

Le professeur de sociologie Paul Atkinson parle même de l'incertitude médicale comme d'une notion devenue fourre-tout (« *rag-bag* »)[1788]. Quant à la philosophe Elodie Giroux, elle invoque un « travail de définition et de régulation jamais achevé »[1789].

Giroux choisit la définition de l'incertitude inhérente à la pratique médicale suivante : « Perception subjective d'une ignorance »[1790], qui est très proche de celle de Belhomme et collaborateurs, à savoir « un état métacognitif, conscient, de sa propre ignorance »[1791]. Celui-ci parle aussi d'« hétérogénéité inobservée »[1792]. Autrement dit, il s'agirait « plutôt un état d'esprit du sujet qu'un état du monde réel »[1793]. Une telle définition fait directement écho aux travaux de la sociologue Renée Claire Fox, pionnière en matière de sociologie médicale et à l'origine de la notion d'incertitude clinique[1794]. Fox « distingue l'incertitude attribuable au caractère inachevé de la maîtrise du savoir médical par le praticien, de l'incertitude liée aux limites de la science elle-même »[1795]. L'incertitude renverrait ainsi à la conscience subjective de ces manques[1796]. De là Giroux éclaire différents visages de l'incertitude au prisme de trois dimensions principales. Elle définit d'une part l'incertitude *ontologique* en quoi consiste l'indétermination du réel, donc des objets étudiés du fait de leur contingence et leur variabilité ; d'autre part l'incertitude *épistémique* renvoie aux limites de la méthode scientifique, de la recherche clinique, des savoirs produits et de leur application ; enfin l'incertitude *pratique* traite des effets des résultats scientifiques dans le monde réel, à l'échelle individuelle et des populations, ainsi que des enjeux pour la décision médicale. L'incertitude s'applique dons à tous les niveaux de la médecine, c'est-à-dire autant aux phénomènes, aux connaissances, qu'aux conséquences concrètes en termes de décision et d'action. Dans la continuité de cette approche essentiellement centrée sur le *manque*, Fox décrit le travail médical, notamment ses procédures thérapeutiques, comme pétri de risques et d'imprévisibilité dans une monographie au titre explicite, *Experiment Perilous*[1797]. Or, cette représentation négative de l'incertitude, entendue comme défaut de maitrise des soignants, tend à dominer le champ médical ainsi que le déplore aussi Robilliard : « l'incertitude est perçue comme complexité du côté de l'individu, comme imperfection du côté de la science »[1798]. Considérer l'incertitude comme une insuffisance, voire comme un stigmate d'échec de la médecine, tend pourtant à méconnaître la nature même du savoir médical et de la médecine[1799]. En reprécisant les principales sources d'incertitude en

[1788] Atkinson Paul. *Op. cit.*: "'uncertainty' is in fact something of a rag-bag […] number of different issues are collected together and glossed under this single heading".
[1789] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*
[1790] *Ibid.*
[1791] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*
[1792] *Ibid.*
[1793] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*
[1794] Fox Renée Claire. *L'incertitude médicale. Op. cit.*
[1795] Feroni Isabelle. *Avant-propos*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):5-7.
[1796] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.* : « Un individu devient incertain lorsqu'il est conscient que les données ou la connaissance dont il dispose pour résoudre un problème sont imparfaites ou incomplètes, si bien qu'il estime sa capacité pour résoudre ce problème comme potentiellement sous-optimale ».
[1797] Fox Renée Claire. *Experiment perilous. Op. cit.*
[1798] Robilliard Bertrand. *Op. cit.*
[1799] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "Diagnostic uncertainty deserves attention; not as evidence of sloppy practice, or professional failure, but as an inherent feature of, and condition for, advanced medical diagnosis".

médecine, la lecture un peu différente que proposent Hillen et collaborateurs[1800] a le mérite d'éviter cet écueil tout en reconnaissant les difficultés pour la pratique médicale. Ces principales sources sont : la probabilité (« le caractère aléatoire ou variable de l'issue d'une situation »[1801]), la complexité (la difficulté de compréhension d'une situation du fait de la diversité et de la difficulté d'appréhension de la multitude de facteurs en cause et de leurs rapports), l'ambiguïté (« le caractère non fiable, discordant ou carrément contradictoire des informations disponibles »[1802]).

Une autre façon, non moins problématique, de définir l'incertitude consiste à l'appréhender au prisme de la certitude[1803]. Or, en médecine du moins, l'incertitude n'est pas l'antonyme de certitude. « Pouvons-nous penser l'incertitude autrement que comme une pas-encore-certitude ? »[1804] questionne ainsi Bertrand Robilliard, médecin interniste soucieux de faire tomber ce fantasme chimérique. Ce propos n'est pas sans écho avec l'analyse de Wittgenstein estimant que l'incertitude ne peut fonctionner que sur un fond de certitude, ce qu'il qualifie de « solidement fixé »[1805]. Il use pour cela de l'image du mouvement (l'incertitude) autour d'un axe immobile (la certitude)[1806], à l'image de la porte qui peut pivoter par rapport et grâce aux gonds qui eux sont immobiles et solidement fixés. L'image de la porte étant d'autant plus intéressante qu'elle laisse entrer et sortir beaucoup d'éléments nouveaux ou pas, mais en tout cas évolutifs. En médecine, on pourrait imaginer que ce qui est mouvant (l'incertitude) est constitué de tout ce qui entoure un diagnostic une fois qu'il a été posé de façon certaine (par exemple, un diagnostic de cancer). Ce fond de certitude qu'est la maladie cancéreuse, ce sont ces gonds autour desquels tous les acteurs impliqués (acteurs du soin, patients, proches, entourage, société) gravitent et interviennent à des degrés divers et de façon adaptative. Mais une telle position n'est pas sans risque de laisser planer l'« illusion de certitude », particulièrement délétère en matière médicale[1807]. Le résultat faussement positif ou négatif d'un test diagnostique pourtant considéré comme fiable (c'est-à-dire spécifique et sensible) peut avoir des conséquences désastreuses. Gerd Gigerenzer prend, entre autres exemples remarquables, celui des conséquences dramatiques du test faussement positif pour le VIH. Comment douter qu'un tel résultat ne soit une certitude ? A une époque où l'on était encore dans l'ignorance de l'ensemble des mécanismes de transmission, ce fut le cas d'une mère de jeunes enfants, par ailleurs veuve, qui ne put plus que penser à sa fin et aux conséquences pour ses enfants[1808]. La technologie est ainsi particulièrement propice à l'illusion de certitude et à

[1800] Hillen Marij A., Gutheil Caitlin M., Strout Tania D., Smets Ellen M. A., Han Paul K. J. *Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare*. Soc Sci Med 2017;180:62-75.
[1801] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*
[1802] *Ibid.*
[1803] Atkinson Paul. *Op. cit.*: "Fox thus locates 'uncertainty' in a context of 'certainty'".
[1804] Robilliard Bertrand. *Op. cit*.
[1805] Wittgenstein Ludwig, Moyal-Sharrock Danièle (Trad. et préface). *De la certitude*. Paris: Gallimard; 2006 [1969], p. 56, aphorisme 151.
[1806] *Ibid*., p. 56 : « 152. Les propositions qui sont solidement fixées pour moi, je ne les apprends pas explicitement. Je peux les *découvrir* ultérieurement comme l'axe autour duquel pivote un corps. L'axe n'est pas fixé dans le sens où il serait maintenu par quelque chose, c'est le mouvement autour de lui qui détermine son immobilité ».
[1807] Gigerenzer Gerd, Randon-Furling Julien (Trad.). *Penser le risque. Apprendre à vivre dans l'incertitude*. Genève: Markus Haller; 2009 [2002], p. 158-160, 174.
[1808] *Ibid*., p. 151-152.

ses déconvenues. Même un cancer relève d'une certitude médicale qui n'est que temporaire car elle est toujours susceptible d'évoluer. Certains cancers peuvent bénéficier d'une prévention primaire efficace tandis que d'autres peuvent être définitivement guéris. Quelque diagnostic médical que ce soit devrait pouvoir être appréhendé dans une inscription temporelle de l'(in)certitude ne serait-ce que parce que le vivant est évolutif. C'est bien ce que tente aussi de suggérer Simpkin lorsqu'elle souligne, « Non sans ironie, la seule chose certaine est l'incertitude. La certitude n'est qu'illusion »[1809].

2.3.3 – La culture biomédicale comme illusion de maitrise de l'incertitude

En visant la certitude ainsi que l'illusion de vérité, de maitrise et de sécurité[1810] qu'elle véhicule, la culture biomédicale dominante invite à contraindre et même à fuir l'incertitude pourtant inhérente à l'activité médicale[1811]. « La Science [biomédicale], érigée en maître à penser depuis le 18e siècle, voudrait promettre toujours plus de certitudes, toujours plus de réponses, toujours plus de vérités »[1812] écrit Robilliard. Or le lien naïf opéré entre scientificité et certitude conduit à nier « la permanence de l'incertitude au cœur de la médecine contemporaine […] et le renouvellement de ses expressions »[1813]. De plus, même un savoir scientifique validé n'est jamais garanti d'une mise en pratique infaillible.

Le mythe des pouvoirs de la science à pouvoir maitriser l'incertitude, quitte à l'exclure, est très ancien. Julien Devinant, philosophe et historien de la médecine, rappelle que, dès l'Antiquité, Galien promouvait l'agnosticisme, une doctrine consistant à juger inconnaissable tout ce qui n'est pas expérimental[1814]. A la rigueur de l'objectivation scientifique par l'approche expérimentale s'est aussi ajoutée, dès le 17e siècle, la quantification des incertitudes via le calcul des probabilités[1815] ouvrant la voie à la « mathématisation de la vie humaine »[1816]. Or, l'indéterminable ou le non quantifiable, ainsi que le paradoxe sorite (ou paradoxe du tas) aborde cette question, n'en fait pas moins partie du réel (en l'occurrence un tas de sable). Que le raisonnement s'avère dès lors considéré comme insoluble ne résulte que du défaut d'outils conceptuels à même de percevoir une telle réalité. Ne se prononcer que sur l'accessible et le connaissable conformément à une doctrine scientifique donnée et aux moyens dont elle dispose n'est pas sans rappeler le principe actuel de l'*EBM*[1817].

[1809] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "Ironically, only uncertainty is a sure thing. Certainty is an illusion". (Traduction personnelle).
[1810] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: « The rationalist tradition, however, seeks to provide a world of apparent security where certainty is readily achievable ».
[1811] Robilliard Bertrand. *Op. cit.*
[1812] *Ibid.*
[1813] Feroni Isabelle. *Op. cit.*
[1814] Devinant Julien, « Là où commence la maladie. Galien face au problème du vague » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*
[1815] Poma Roberto, « Penser l'incertitude dans la médecin du XVIIe de Santorio Santorio à Leonardo Di Capua » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*
[1816] Martin Thierry, « Probabilités et médecine au XIXe siècle » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*
[1817] Sackett David L., Rosenberg William M., Gray J. A. Muir, Haynes R. Brian, Richardson W. Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;312(7023):71-2.

L'*EBM* ambitionne de maitriser l'incertitude et de stabiliser des entités mouvantes en fondant la décision médicale sur la base de recommandations de bonne pratique[1818] produites à partir des données les plus probantes de la science biomédicale. Pour ce faire, elle propose une hiérarchie et une standardisation des méthodes et des preuves. Mais l'*EBM* n'est pas sans limites ni écueils (tel le principe d'extrapolation des résultats au-delà d'une population d'étude) qu'il importe d'éclairer sous peine d'une « interprétation naïve et étroite »[1819] de ses conclusions. Non seulement « la causalité linéaire et robuste de l'*EBM* n'est pas le seul savoir »[1820], mais elle impose un modèle épistémique restrictif[1821]. En faisant prévaloir les essais randomisés contrôlés sur l'expérience clinique, elle tend à restreindre la pertinence de l'*EBM* à la seule évaluation thérapeutique et néglige bien d'autres pans de la médecine pour lesquels elle s'avère inadaptée et inopérante[1822]. Or le bienfondé de données inexplorées au filtre de l'*EBM* risque toujours de se voir, par principe, invalidé par les instances de régulation scientifique et sanitaire. La « critique de l'interprétation trop stricte de l'*EBM* [qui] a été entamée » invite, non sans peine, à faire place à d'autres formes de preuves et de raisonnements[1823] ainsi qu'à la pluralité des voix qui les soutiennent. Cela s'avère d'autant plus important que la science biomédicale est loin d'éclairer l'ensemble des questions que soulève l'incertitude si fréquente en pratique clinique[1824]. De plus, l'*EBM* ne garantit ni l'éviction ni même la réduction de l'incertitude médicale. D'une part, les connaissances biomédicales ne sont que des certitudes probables, toute pratique médicale demeurant par essence probabiliste. D'autre part, l'*EBM* ne permet pas l'économie du jugement nécessaire pour appliquer et évaluer les savoirs biomédicaux mais également l'activité herméneutique, faillible et évolutive, inhérente à la pratique clinique[1825]. A ne s'en remettre qu'à l'objectivité d'une science expérimentale qui parcellise le corps, qu'à la foi de données ayant valeur de preuves estampillées *EBM*, la biomédecine tombe dans l'écueil d'un réductionnisme hermétique à la complexité des situations singulières[1826] et de leurs contextes de survenue[1827]. L'exclusivité de

[1818] Je renvoie au guide méthodologique de la haute autorité de santé relatif à l'élaboration de recommandations de bonne pratique. En ligne : Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles (has-sante.fr), consulté le 19 septembre 2024. Celles-ci ont pour objectif de mettre, à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs), une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée : à aider la prise de décision dans le choix des soins ; à harmoniser les pratiques ; à réduire les traitements et actes inutiles ou à risque ; à réduire les ruptures dans les parcours de santé.

[1819] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*

[1820] *Ibid.*

[1821] Cartwright Nancy. *What are randomised controlled trials good for?* Philosophical Studies 2009;147(1):59-70.

[1822] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 18 ; Deaton Angus, Cartwright Nancy. *Understanding and misunderstanding randomized controlled trials*. Social Science and Medicine 2018;210:2-21.

[1823] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*

[1824] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "These theories reveal the challenges arising when we realise that the traditional domain of science covers only a confined proportion of clinical knowledge, where uncertainty as well as the impact of decisions are high".

[1825] *Ibid.*: "The nature of clinical knowledge rests on interpretation and judgment of bits and pieces of information which will always be partial and situated".

[1826] *Ibid.*: "The complexity of the particular fuels diagnostic uncertainty".

[1827] Atkinson Paul. *Op. cit.*: "medical education, in promoting the view of 'science' that it does, tends to encourage a 'reductionist' mode of understanding, of a world of atomistic facts" ; "the major component of 'training' and 'cognition' is one which would appear to minimize doubt and uncertainty, which reduces complexity to simplicity, and represents knowledge as a stock of facts to be accumulated".

la référence à l'*EBM* expose enfin à l'écueil d'une « scientifisation naïve »[1828] oublieuse des valeurs et des priorités des personnes alors qu'elles sont également essentielles pour informer les décisions médicales.

2.3.4 – Quelle que soit la spécialité, l'incertitude médicale est inextinguible

Je propose ici d'illustrer la permanence de l'incertitude médicale, indépendamment du niveau d'avancée scientifique ou de l'existence de procédures de décision « formalisées »[1829], ainsi que son renouvellement à l'aune « de nouveaux savoirs comme de nouvelles rationalités »[1830]. A partir de deux disciplines radicalement distinctes, l'une qualifiable de médecine scientifique qu'est la génétique (qui peut être appliquée aussi bien en cancérologie qu'en psychiatrie), l'autre constituant l'excellence de la médecine clinique, à savoir la médecine générale, il apparait que l'incertitude demeure un paramètre central dans le raisonnement médical et le processus décisionnel. Si ces exemples tempèrent l'idée que l'incertitude serait nécessairement un frein, une source d'erreur, un facteur perturbateur pour la pratique, elle n'en demeure pas moins un facteur de complexité nécessitant un travail itératif d'ajustement à la singularité de chaque situation.

2.3.4.1 – L'incertitude en génétique

Par ses avancées majeures, à la fois très récentes (par rapport à l'histoire de la médecine) et très rapides, la génétique est une discipline dont on peut dire qu'elle a fait irruption dans le champ médical. Par sa valeur en termes de diagnostic, de pronostic mais aussi thérapeutique (puisque le concept de thérapie ciblée, c'est-à-dire visant des anomalies moléculaires spécifiques, en découle directement), elle a révolutionné nombre de schémas décisionnels. Pourtant, ainsi que le suggèrent deux sociologues, l'idée préconçue que la génétique ne pourrait que « renforcer le travail clinique en l'appuyant sur des bases objectives »[1831] est battue en brèche. Les gènes n'apportent pas une lecture limpide et définitive[1832]. Les liens de causalité avec les entités biomédicales ne sont pas forcément directs, évidents, stables[1833]. De plus, « même quand un seul gène est impliqué, il est difficile d'être précis sur le pronostic des maladies »[1834]. Générées dans le cours même de l'activité de conseil génétique, les incertitudes s'avèrent ainsi étonnamment fortes et nombreuses au point de constituer « un objet central pour les professionnels impliqués ». En définitive, même dans une discipline où le support et l'innovation scientifiques sont prégnants, les savoirs demeurent incomplets, les objets restent

[1828] Giroux Élodie, « Incertitudes médicales : que nous apprend la pandémie de COVID-19 ? » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*

[1829] Feroni Isabelle. *Op. cit.* : « Loin d'être résolue par des procédures de diagnostic ou de décision formalisées, l'incertitude demeure une donnée constitutive du raisonnement, de la décision comme de l'interaction thérapeutique ».

[1830] *Ibid.*

[1831] Bourret Pascale, Rabeharisoa Vololona. *Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude. L'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):33-66.

[1832] Collectif de professionnels de santé, *L'incertitude génétique, cette grande inconnue est source de mésinterprétations*, Le Monde des sciences, publié le 21 mai 2024. En ligne : « L'incertitude génétique, cette grande inconnue, est source de mésinterprétations », consulté le 22 mai 2024 : « Les professionnels de la génétique le savent bien : […] nous ne savons pas toujours si nos savoirs s'appliquent à une situation donnée ».

[1833] Dekeuwer Catherine. *Faire l'autruche ou l'idiot rationnel ? De l'attitude la plus sage à adopter face aux prédictions proposées par la médecine génomique*. Éthique & Santé 2018;15(4):238-43.

[1834] *Ibid.*

instables, les pratiques sont donc incertaines au point que même l'utilité médicale peut elle-aussi devenir sujet d'incertitude. En conséquence, le jugement et la prise de décision impliquent un « travail de stabilisation – provisoire – de ces entités biomédicales et des syndromes qui leur sont possiblement associés »[1835] effectué par des collectifs médicaux dotés d'une pluralité d'expertises, ce que d'aucuns qualifient de « communautés pluridisciplinaires de diagnostic et décision »[1836].

2.3.4.2 – L'incertitude en médecine générale

La littérature sur les enjeux de l'incertitude médicale pour la prise de décision est beaucoup plus rare et dispersée s'agissant de la médecine générale[1837]. Par rapport à cette dernière, les spécialités biomédicales, les contextes d'hospitalisation, les outillages souvent de haute technologie mis en œuvre (diagnostiques, thérapeutiques et même de suivi) offrent un certain nombre d'avantages pour les travaux de recherche en matière d'incertitude. Les contextes y sont globalement homogènes, les questions d'intérêt peuvent être bordées, ils permettent enfin une approche mesurable et algorithmique à partir de recommandations pratiques souvent déjà existantes. Pourtant, ainsi que le suggère la sociologue Géraldine Bloy, la situation de la médecine générale permet d'autant mieux de « s'interroger sur les limites de pertinence du paradigme scientifique »[1838]. Elle permet aussi d'analyser la variété des accommodements possibles à l'égard de l'incertitude d'une pratique médicale inévitablement hétérogène (étant donnée la diversité des situations rencontrées en soins primaires) et fondamentalement basée sur l'approche clinique.

S'il est certes, à bien des égards, un médecin à part, l'expérience du Docteur Sassall n'en apporte pas moins un éclairage sur le rapport qu'entretient cette figure centrale du clinicien qu'est le généraliste à la certitude autant qu'à l'incertitude. Le propos suivant transcrit par John Berger en témoigne :

> On ne sait jamais rien *avec certitude*. Ça peut sembler une banalité ou de la fausse modestie, mais c'est la vérité. La plupart du temps, on a raison et on *a l'air* de savoir, mais il arrive que les règles paraissent ne plus être respectées, et on se rend alors compte de la chance qu'on a eue toutes les fois où *on croyait savoir* et où les évènements nous ont donné raison[1839].

Dans ce témoignage, qui a l'allure d'une autocritique de ce fantasme de maitrise du praticien, l'incertitude est appréhendée dans son rapport à la certitude, non sans l'écueil déjà évoqué d'une approche résolument déceptive. De fait, Sassall révèle à quel point le clinicien n'est pas dupe si ce n'est de la faiblesse (« *on croyait savoir* »), du moins de la faillibilité de son savoir comme de son jugement (« on *a l'air* de savoir »). Ce faisant, il conforte l'analyse de l'incertitude

[1835] Bourret Pascale, Rabeharisoa Vololona. *op. Cit.*
[1836] Castel Patrick. *La gestion de l'incertitude médicale. Approche collective et contrôle latéral en cancérologie*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):9-32.
[1837] Feroni Isabelle. *Op. cit.* : « La restriction de l'observation de l'incertitude aux seuls champs prestigieux de la médecine encourt le risque d'exclure des modèles analytiques de la décision médicale le cas des professionnels de première ligne, minorant ainsi les profondes disparités qui traversent le champ médical ».
[1838] Bloy Géraldine. *Op. cit*.
[1839] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 102.

proposée par Fox en tant que rapport négatif du praticien aux savoirs médicaux[1840]. Or, cet état de manque est moins un secret de polichinelle qu'un sujet à ce point tabou qu'il semble en faire la révélation (« c'est la vérité »). Le fait est que, quelle que soit l'ampleur des connaissances acquises, et plus particulièrement celles qui sont mobilisées dans la pratique clinique, elles ne sont jamais ni exhaustives ni totalement assurées. A cet égard, la syntaxe semble donner écho à la fois à la dissonance cognitive suggérée plus haut et à l'analyse Wittgensteinienne en joignant dans la même phrase des formules contraires (« On ne sait jamais rien *avec certitude* »). C'est par ce contraste oxymorique qu'il met en exergue l'omniprésence de l'incertitude dans la pratique clinique. Il en vient à invoquer le facteur chance lorsque sa démarche a effectivement pu être opérante (« les évènements nous ont donné raison »), distinguant ainsi le succès de la fiabilité de la technique et assumant que le succès ne soit pas un critère d'authenticité[1841]. Inversement, il invoquera plutôt quelque chose comme le hasard ou simplement l'inexplicable, lorsque ce qui semblait prévisible, et en apparence maitrisé, est sorti du cadre (« les règles paraissent ne plus être respectées »).

L'expérience de Sassall est en phase sur bien des points avec l'analyse proposée par Géraldine Bloy. Tout d'abord elle semble correspondre à ce que Bloy qualifie d' « incertitude prégnante », un régime où l'incertitude est maximale du fait que les praticiens concernés « entendent pousser assez loin la prise en charge de leurs patients », y compris d'un point de vue technique, tout en « s'effor[çant] d'accueillir et considérer sans réduction *a priori* l'expression de la plainte du patient, toutes dimensions confondues »[1842]. Des quatre modes d'incertitude que Bloy applique à la médecine générale[1843] de sorte à rendre « plus intelligible l'hétérogénéité de leurs manières de penser et de faire », l'adhésion ou pas à la rationalisation biomédicale ainsi que l'existence ou pas d'une « proximité durable au patient » constituent les deux principaux critères distinctifs. S'il n'est pas dans une posture manifeste de dissidence à l'égard des standards scientifiques, Sassall n'en demeure pas moins résolument ancré dans la tradition clinique. De ce fait, le décalage entre, d'un côté la naïveté des causalités linéaires qui sous-tendent les algorithmes de diagnostic et de soins, de l'autre la complexité à laquelle confronte la pratique clinique (parce qu'elle intègre les paramètres psycho-sociaux, affectifs et autres) ne lui est pas étranger[1844].

[1840] Bloy Géraldine. *Op. cit.* : « De tous les médecins, le généraliste est incontestablement celui qui est confronté au champ des connaissances potentiellement le plus étendu, infini même, sa "spécialité" n'étant pas bornée *a priori*. La "*maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible*", pointée par Fox, est bien son lot, et l'est même de plus en plus : quels que soient les efforts personnels qu'il déploie ou la qualité de la formation initiale reçue, l'omnipraticien est devenu, et restera, celui qui sait un peu de tout ».

[1841] Guyomarc'h Gweltaz, « Médecine et contingence. Retour sur la médecine comme art stochastique chez Alexandre et les stoïciens » in Guyomarc'h Gweltaz, Cozic Mikaël, Giroux Élodie (org.). *Colloque « Incertitude et médecine. Op. cit.*

[1842] Bloy Géraldine. *Op. cit.*

[1843] *Ibid.* : Bloy distingue l' « incertitude prégnante » de trois autres modes d'incertitude. D'une part, l' « incertitude balisée » consiste en la « réduction [stratégique] de la plainte profane sur des choses connues et donc *a priori* maîtrisables, confortées par l'appui sur les standards scientifiques dominants ». Ce faisant, ce régime réduit la complexité en mettant le patient à distance et en se restreignant à ce qui relève de l'objectivité. D'autre part, et à l'opposé, l' « incertitude explorée » met à distance les standards de la biomédecine la jugeant « peu opératoire […] face aux plaintes entendues qu'[ils] ne permettent pas de décrypter ». Enfin, l' « incertitude contenue » est une façon de la tenir résolument à distance, en réduisant son activité à un « opportunisme économique ».

[1844] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "diagnosis in general practice is dynamic and complex, far from the linear, predictable process manageable by algorithmic thinking. Furthermore, the diagnostic conclusion is a social construction, not an accurate and inevitable fact".

Mais surtout, sa priorité demeure l'attention et la réponse aux plaintes et aux besoins formulés par les patients. Il n'ignore donc pas non plus la « faible adéquation des catégories du savoir biomédical enseignées à la faculté aux symptômes et demandes auxquels sont confrontés les généralistes »[1845]. Confronté à toutes ces discordances, Sassall est donc ce type de généraliste qui décide et agit de façon pragmatique[1846], non sans un sentiment de solitude. En effet, ainsi que le souligne Bloy, « l'expérience du désajustement et le travail cognitif que cela induit sont vécus pour l'essentiel, aujourd'hui comme hier, sur un mode individuel et autodidacte » [1847].

2.3.5 – De l'importance de tolérer l'incertitude, un changement de paradigme

A l'aune de l'abondance de données (*Big Data*), de l'émergence continue de nouveautés (non encore éprouvées en vie réelle), de l'accroissement des niveaux de précision et de complexité, du caractère inextinguible de l'incertitude, la tolérer relève pour certains de l'urgence[1848] voire de la survie en tant que professionnel du champ sanitaire[1849]. Car ce sont aussi toutes ces zones encore dans l'ombre de notre ignorance, s'agissant notamment de tout ce que l'on ne voit pas ou qui n'existe pas encore (les maladies nouvelles et à venir), tout ce qui échappe encore à l'explication causale (dit alors *idiopathique*), tout ce qui demeure encore réfractaire aux traitements ou bien sans traitement (à l'instar des maladies dites *orphelines*). Dans un tel contexte c'est bien plus l'intolérance à l'incertitude que l'incertitude elle-même qui est une menace[1850]. Tolérer l'incertitude relèverait cependant d'un changement majeur eu égard à la culture biomédicale dominante, comme peut en témoigner le peu de littérature sur le sujet[1851]. Il n'est ainsi pas exagéré de parler, comme Simpkin, de « révolution médicale »[1852].

2.3.5.1 – La crainte de l'incertitude comme source de bien des périls

Diverses raisons, certaines déjà évoquées, viennent sous-tendre et alimenter une puissante crainte de l'incertitude chez les soignants jusqu'à même confiner à l'intolérance. L'incertitude médicale peut certes rendre l'exercice de la médecine plus difficile. Mais le fait de ne pas pouvoir la tolérer, alors même que toute pratique médicale y expose de façon récurrente, produit de bien plus grandes difficultés et peut même s'avérer dangereux. En plus de fragiliser les

---

[1845] Bloy Géraldine. *Op. cit.* : « beaucoup des questions et plaintes formulées au cabinet de médecine générale […] risquent même d'y paraître de plus en plus décalées, compte tenu de l'alignement des standards scientifiques actuellement opéré par la médecine des preuves et de la valorisation […] d'une objectivité « à distance », au détriment de l'objectivité « dans la proximité » recherchée par la clinique traditionnelle ».

[1846] *Ibid.* : « Des généralistes tentent alors une articulation pragmatique de ces différentes grilles, dont une synthèse intellectuelle rigoureuse est souvent impossible ».

[1847] *Ibid.*

[1848] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*

[1849] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "Key elements for survival in the medical profession would seem, intuitively, to be a tolerance for uncertainty and a curiosity about the unknown. Have we created a culture that ignores and denies that requirement?".

[1850] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "We argue, however, that diagnostic uncertainty is not […] the new Achilles' heel of general practice, to avoid at all cost. We maintain instead that uncertainty typifies the nature and complexity of clinical knowledge, and is particularly salient in general practice".

[1851] En utilisant le principal moteur de recherche PubMed de données bibliographiques relatives à la médecine et la recherche biomédicale, on trouve 160 000 articles référencés avec le mot clé « *uncertainty* », 32 000 en croisant « *uncertainty* » et « *decision-making* », seulement un peu plus de 3000 en croisant « *uncertainty* » et « *tolerance* ». Mais si l'on ajoute le troisième mot clé « *doubt* » à « *uncertainty* » et « *decision-making* », on ne recense plus que 280 articles.

[1852] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*

soignants, cette crainte de l'incertitude expose au risque d'appauvrissement de la clinique et du raisonnement médical[1853].

Ne pouvoir tolérer l'incertitude peut avoir de graves conséquences. En plus d'être défavorablement associée à la qualité de vie au travail (stress, frustration) et d'être cause d'épuisement professionnel[1854], l'expérience négative de l'incertitude peut aussi susciter des réactions retardées et prolongées à type de ruminations et de culpabilité[1855]. Elle peut être à l'origine de biais d'interprétation, d'erreurs médicales ainsi que d'un usage déraisonné d'examens complémentaires non pertinents qui accroissent d'autant le niveau d'incertitude en produisant des résultats ambigus (faux positifs)[1856]. L'intolérance des soignants à l'incertitude accroit donc les coûts sanitaires[1857]. Les patients en pâtissent aussi, par le fait de subir des examens inutiles ainsi que les effets de leurs résultats anxiogènes et de leurs conséquences iatrogènes[1858]. Quant à l'impact sur la relation de soin, il se concrétise notamment par de la rétention d'informations que Simpkin qualifie d'internalisation[1859]. Les soignants masquent leurs motifs d'incertitude et les doutes que cela peut susciter en eux par crainte que cela ne soit jugé (par leurs patients autant que leurs collègues) comme de l'ignorance. Cette situation d'évitement de l'incertitude, qui a donc de multiples conséquences néfastes, relève en définitive d'un véritable cercle vicieux. En tentant de fuir l'incertitude, parce qu'elle est vécue comme une faiblesse et une menace, le soignant participe à sa propre vulnérabilité[1860] et sa pratique s'en voit dégradée.

En effet, les conséquences de l'intolérance à l'incertitude des soignants pour la pratique médicale sont importantes. Elle conduit à une obsession de la bonne réponse et du diagnostic clé en main, en somme une vision en noir et blanc (à l'instar des listes nosographiques et des QCM[1861]) qui ne reflète pas la réalité clinique, mouvante, complexe, empreinte d'infinies nuances[1862]. Pour souligner combien une telle vision entre en contradiction avec le caractère nécessairement répété, diversifié et évolutif de la clinique, Simpkin associe l'incertitude médicale à l'image d'un nuancier de gris[1863]. Or l'ère de la scientifisation et du numérique en

---

[1853] *Ibid*.: "less time at the bedside in the gray-scale world of medicine and more time in front of a screen absorbing processed and general information rather than immediate and idiosyncratic realities".
[1854] Simpkin Begin Arabella et al. *Factors associated with physician tolerance uncertainty*. *Op. cit.*
[1855] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*
[1856] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "Hence, extensive testing does not eliminate uncertainty, rather the opposite as it introduces false positive and negative results".
[1857] Logan Robert L., Scott P. John. *Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care*. Lancet 1996;347(9001):595-8.
[1858] Kassirer Jerome P. *Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing*. N Engl J Med 1989;320(22):1489-91: "detrimental effects on patients, including excessive ordering of tests that carry risks of false positive results or iatrogenic injury and withholding of information from patients".
[1859] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "Doctors often fear that by expressing uncertainty, they will project ignorance to patients and colleagues, so they internalize and mask it".
[1860] *Ibid.*: "being uncertain instills a sense of vulnerability in us — a sense of fear about what lies ahead".
[1861] *Ibid.*: "the black-and-white multiple choice questions that are all too common in our exams and that inculcate in students the belief that there is always a right answer"; "Embodied in our teaching, our case-based learning curricula, and our research is the notion that we must unify a constellation of signs, symptoms, and test results into a solution" ; Robilliard Bertrand. *Op. cit.*
[1862] *Ibid.*: "no doubt that absolute truth and certainty are hard to come by in clinical medicine".
[1863] *Ibid.*

médecine contribue à l'effacement de cet « *gray-scale space* ». Il en résulte un appauvrissement dramatique de la clinique et une extrême simplification du raisonnement, voire sa disparition. En plus de réduire le temps au lit du malade, l'information en ligne, générale et prétraitée, s'impose aux dépends des réalités immédiates et singulières propres à chaque personne. Elle conduit ainsi à perdre toutes ces nuances de gris, cette constellation d'indices (historiques, contextuels, cliniques), qu'offre le récit du patient lui-même et que Simpkin qualifie de « *patient's gray-scale narrative* »[1864]. En renforçant la vision d'une réalité diagnostique en noir et blanc, facilement accessible et appréhendable, prévisible et maitrisable[1865], les jeunes soignants perdent de vue l'idée de la difficulté et de la complexité du métier de soignant ainsi que l'importance de l'écoute renouvelée et d'une temporalité longue. Le refus de l'incertitude est donc toujours à risque de faire avorter le processus de l'enquête puisque celle-ci se voit précipitée, partielle (laissant dans l'ombre nombre d'indices pourtant essentiels) et prématurément interrompue. Outre la simplification et la catégorisation à outrance, l'intolérance à l'incertitude des soignants favorise les erreurs diagnostiques, les décisions inadaptées et dégrade la qualité des soins. L'un des périls les plus prégnants de cette éviction de l'incertitude, dont il importe de souligner à quel point il est si peu abordé, du moins explicitement, dans la littérature relative à l'incertitude médicale, est de priver le soignant de la possibilité de douter. Car si l'incertitude est cet état subjectif consistant en la conscience d'un manque de maitrise des situations, sa conséquence dans l'action relève du doute. Son inhibition si l'incertitude est intolérée ou, au contraire, sa facilitation si elle peut être mobilisée comme moteur réflexif et décisionnel définissent ainsi une première lecture possible de l'intrication entre incertitude et doute du soignant.

2.3.5.2 – S'efforcer de tolérer l'incertitude enrichit la clinique

A l'aube du 21e siècle marqué par l'ampleur des performances techno-scientifiques de la biomédecine, la plus-value des cliniciens se trouve, non pas dans les actes médicaux de routine, mais précisément dans la zone grise de l'incertitude. Tolérer l'incertitude n'est certes pas facile, cela impose un effort volontaire et exige même du courage. Mais cette tolérance à l'incertitude s'avère d'autant plus importante qu'il faut pouvoir appréhender une complexité croissante à l'aune de progrès rapides dont les potentialités et la pertinence sont incomplètement définies. En plus de découvrir de nouvelles entités, on comprend de plus en plus finement, on nomme et on classifie différemment les maladies[1866]. Dans un tel contexte de nouvelles questions éthiques ne cessent d'émerger. Mais tolérer l'incertitude c'est aussi s'ouvrir à tout ce que la biomédecine ni n'éclaire ni ne maitrise. C'est aussi partager avec le patient un certain rapport au savoir et aux potentialités de la médecine susceptible de renforcer le rapport de confiance et la relation de soin.

[1864] *Ibid.*: "Too often, we focus on transforming a patient's gray-scale narrative into a black-and-white diagnosis that can be neatly categorized and labelled".

[1865] *Ibid.*: "In our experience, many current medical students, the digital natives, seek structure, efficiency, and predictability; they insist on knowing 'the right answer' and are frustrated when one cannot be supplied"

[1866] Malterud Kirsti et al. *Op. cit.*: "diagnostic concepts are in constant flux, undergoing change based on the use of new technology and epidemiology, creating new ways of descriptions and classification of bodily phenomena attached to new ways of treatment".

Il est notable que Simpkin cite en épigraphe de l'un de ses articles sur l'incertitude médicale, publié dans une revue biomédicale parmi les plus renommées, le poète romantique John Keats[1867]. Quand bien même la biographie de ce dernier rappelle sa brève période d'études médicales, c'est bien la poésie que Simpkin mobilise pour illustrer son propos. « Le pouvoir de s'accomplir m'est devenu évident … séjourner dans les incertitudes, les mystères, les doutes sans se laisser aller à la quête agacée de faits ou de raisons »[1868], a-t-il écrit en 1817. On peut lire dans l'interprétation que Keats propose de la réalisation de soi, combien il oppose à la maitrise scientifique (« faits », « raison »), la puissance poétique de l'indétermination (« l'incertitude, les mystères ») et de l'état interrogatif (« doutes »). Combien il importe que l'individu puisse s'ouvrir pleinement à l'incertitude pour pouvoir s'accomplir. Simpkin s'empare de cette comparaison pour signifier l'importance de l'incertitude dans l'accomplissement de l'éthos médical. Or tolérer, accueillir, s'emparer de l'incertitude contraste avec l'approche biomédicale, et donc scientifique, de l'incertitude cherchant à l'objectiver et la quantifier (via les statistiques et les probabilités) pour mieux la contraindre et la canaliser. C'est donc bien par la pratique clinique, au plus près des réalités vécues par les patients, au cœur de la rencontre que permet la relation de soin, que l'acceptation et la prise en compte de l'incertitude sont réellement possibles[1869]. A cet égard, Simpkin souligne l'effort que cela implique, allant jusqu'à comparer l'expérience de cet « *gray-scale space* » à une lutte[1870]. Cela exige « une solide capacité négative »[1871], c'est-à-dire non seulement de pouvoir supporter l'inconnu, mais aussi d'être en capacité de s'abstenir de juger et de conclure. « Rendre à l'incertitude son bien » précise à ce propos le psychanalyste Jean-Yves Tamet. Ce à quoi il ajoute que c'est « à ce prix que l'écoute s'affranchit de toute agrippement au savoir » et peut ainsi accueillir de « salutaires mouvements de la curiosité »[1872]. Si Tamet s'exprime à propos de la psychanalyse – pour laquelle « l'incertitude est une exigence méthodique »[1873] –, son propos s'avère tout aussi perspicace dans la perspective médicale de la clinique au lit du malade. Il en est tout particulièrement de son invitation à considérer la puissance heuristique et réflexive de l'incertitude[1874], combien donc elle aide à ne pas (en)fermer[1875] mais tout au contraire à

[1867] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*
[1868] Forman Maurice Buxton. *The letters of John Keats*. Oxford: Oxford University Press, 1931: "At once it struck me what quality went to form a Man of Achievement . . . when a man is capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason". *John Keats, December 1817*. (En plus d'une traduction personnelle, j'emprunte la traduction de la deuxième partie de la phrase à : Tamet Jean-Yves. *Op. cit.*, p. 8).
[1869] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "it seems clear that technology will perform the routine tasks of medicine for which algorithms can be developed. Our value as physicians will lie in the gray-scale space, where we will have to support patients who are living with uncertainty — work that is essential to strong and meaningful doctor–patient relationships".
[1870] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "The human struggle to live in a gray-scale space where uncertainty is a rife – a space that is neither black or white".
[1871] Tamet Jean-Yves. *Op. cit.*, p. 8.
[1872] *Ibid.*
[1873] *Ibid.,* p. 47 : dans un chapitre intitulé *Faire tomber les statues*, Bernadette Ferrero-Madignier précise : « Dans notre exercice professionnel, l'incertitude est une exigence méthodique, c'est même notre seule certitude, elle signe une qualité de la pensée. Notre théorie n'est pas une science, ce n'est pas une croyance non plus ».
[1874] Robilliard Bertrand. *Op. cit.*
[1875] Tamet Jean-Yves. *Op. cit.*, p. 7 : « Mais toute incertitude contraint aussi à repenser les limites et les tensions des théories et des pratiques consensuellement accueillies ».

relancer et enrichir le raisonnement clinique[1876]. Cela n'est pas sans écho avec cette observation de John Berger à propos du docteur Sassall. « Il ne cesse jamais de spéculer, d'expérimenter, de comparer. Plus une question est ouverte, plus elle l'intéresse »[1877] témoigne d'une appétence certaine pour l'incertitude (« question […] ouverte ») en ce qu'elle aiguillonne la curiosité et le désir d'enquête du clinicien. Interrogeant les hypothèses (« spéculer ») sans les figer (« expérimenter », « comparer ») et sans crainte ni de la complexité ni de l'absence de résolution diagnostique, Sassall exprime ainsi combien l'incertitude peut être force et moteur de doute.

2.3.6 – L'incertitude comme opportunité et support pour le doute clinique

Incertitude et doute sont étroitement liés. Pourtant la question du doute est très globalement éludée de l'abondante littérature relative à l'incertitude médicale. Ainsi que précisé plus haut, c'est comme s'ils étaient, de principe, considérés comme synonymes, alors qu'ils ne le sont pas, le croire risquant de conduire à bien des contre-sens. L'état d'incertitude parait assez logiquement propice au doute. S'arque bouter sur des certitudes prive naturellement de pouvoir en douter. Quant à l'intolérance à l'incertitude (qui n'est pas synonyme d'état de certitude), par l'appauvrissement et la rigidité du raisonnement qu'elle suscite (ainsi que déjà développé), on est en droit de postuler qu'elle puisse rendre tout aussi inapte au doute, à l'esprit critique, à l'action en situation instable. L'intolérance à l'incertitude, comme phénomène culturel, fait ainsi le terreau de l'intolérance au doute, que ce soit dans la société ou dans le milieu médical. Pourtant, aussi intolérants soient-ils à l'incertitude, les soignants ne cessent précisément pas de décider et d'agir en situation d'incertitude[1878], certes au risque de raisonnements tronqués et de jugements erronés. Peut-être est-ce justement parce qu'alors, privés de pouvoir douter, ils ne peuvent déployer suffisamment leur enquête ni prendre assez de recul. Dans cet appel à tolérer l'incertitude, il y aurait ainsi à entendre aussi l'importance pour les soignants de pouvoir toujours être apte à douter. C'est-à-dire être dans cette disposition dynamique d'enquête sans cesse renouvelée[1879], laquelle est propre à la démarche clinique et s'avère aux antipodes du mirage des diagnostics clé en main fournis par un logiciel.

Comment dès lors lier incertitude et doute ? Les réponses individuelles à l'incertitude sont de nature émotionnelle (anxiété, curiosité, etc.), cognitive (appréhension réflexive de la situation d'incertitude), comportementale (réactions, actions mises en œuvre)[1880]. La confrontation à un état d'incertitude ne consiste donc pas seulement en un contrecoup émotionnel. Or, c'est au niveau du raisonnement et des actions qui peuvent aussi en résulter que l'activité de doute du soignant va pouvoir être mobilisée. Le doute viendrait en effet aider à raisonner et à problématiser la situation telle qu'elle se présente (dans toute sa complexité, avec ses

[1876] Engebretsen Eivind et al. *Op. cit.*: "that uncertainty is not a regrettable and unavoidable aspect of decision making but a productive component of clinical reasoning".
[1877] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 102.
[1878] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*,: "the reality is that doctors continually have to make decisions on the basis of imperfect data and limited knowledge".
[1879] *Ibid*.: "Our curricula should recognize diagnosis as dynamic and evolving — an iterative process that accounts for multiple, changing perspectives. We can speak about "hypotheses" rather than "diagnoses," thereby changing the expectations of both patients and physicians and facilitating a shift in culture".
[1880] Hillen Marij A. et al. *Op. cit*.

contradictions et ses inconnus) sans chercher à la ramasser et la résoudre, à tout crin et dans l'immédiateté, en un diagnostic qui serait la seule et unique bonne réponse. En favorisant le raisonnement clinique à partir de données instables, incomplètes, parfois divergentes, le doute viendrait également soutenir ce processus dynamique, évolutif, itératif en quoi consiste une démarche de production d'hypothèses diagnostiques à même de tenir compte de perspectives multiples, contradictoires et changeantes. Cette puissance dialectique du doute, à la fois clinique et tel qu'il peut être mobilisé et mis en partage entre patient et soignant, sera plus loin illustré par un exemple de relation de soin[1881]. De même, la tolérance à l'incertitude[1882] comme l'activité doute qu'elle suscite tendent à soutenir favorablement la relation de soin, ne serait-ce que par l'attention portée aux propres doutes des patients, à leurs valeurs et leurs priorités. Trois exemples de relation de soin permettront de l'illustrer[1883]. Enfin, ainsi que le souligne Belhomme, l'incertitude peut induire des réactions comportementales. Par sa potentialité réflexive, de recul et d'esprit critique, le doute viendrait aussi sous-tendre cette aptitude à pouvoir (ré)agir le plus adéquatement possible en situation instable[1884]. Le doute des soignants serait donc essentiel pour tenter de répondre au mieux aux défis que pose l'incertitude omniprésente en médecine. Encore faut-il ne pas la craindre, la fuir et la masquer, mais tout au contraire s'en emparer et pour cela ne jamais se départir de la clinique. A rebours du tout scientifique et mesurable, Robilliard suggère ainsi, non sans ironie, combien « l'océan d'incertitude […] transformé en océan de statistiques, tout aussi trouble »[1885] rend d'autant plus irremplaçable l'art de la clinique[1886], parce qu'il implique justement de pouvoir douter et produire des conjectures à partir de l'indéterminé. Quant à Engebretsen, il souligne l'appauvrissement redoutable qu'un projet de standardisation contrôlée du processus décisionnel ferait courir à la pratique clinique s'il vise l'extinction des incertitudes et partant toute l'activité de doute et la créativité qu'elles peuvent susciter[1887]. Plus encore, et à rebours de la dévalorisation habituelle de l'incertitude médicale, il estime que ce n'est qu'en embrassant pleinement les incertitudes qu'une connaissance objective serait réellement atteignable[1888]. Cette prise de position fait écho avec l'épistémologie des *savoirs situés* de Donna Haraway[1889], à savoir que toute connaissance objective (sous-entendue scientifique) doit être située sous peine de sombrer dans l'illusion d'universalité. Ce risque existe dès lors que des résultats sur

---

[1881] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Madeleine Lebouc et Pierre Janet*.
[1882] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "This shift may entail discussing uncertainty directly with patients".
[1883] Je renvoie aux trois chapitres de la présente thèse analysant chacun une relation singulière de soin : Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus, Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet, Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz.
[1884] Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.*
[1885] Robilliard Bertrand. *Op. cit.*
[1886] Canguilhem en arrive à se demander si le médecin est encore un médecin. Je renvoie à : Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 41 : « Médecins encore par la fonction, mais non plus désormais par correspondance à une image séculaire, lorsque la consultation consiste dans l'interrogatoire par ordinateur de banques de données d'ordre sémiologique et étiologique et la formulation d'un diagnostic probabilitaire, soutenu par l'évaluation d'informations statistiques ».
[1887] Engebretsen Eivind et al. *Op. cit.*
[1888] *Ibid.*: « According to Lonergan it is not by getting rid of or even by reducing uncertainty, but by attending systematically to it and by relating to it in a self-conscious way, that objective knowledge can be obtained ».
[1889] Haraway Donna. *Savoirs situés*. Marseille : Wildproject; 2026.

une recherche précise sont généralisées et exportées en dehors du cadre précis de leur production.

2.4 – Des effets des mutations de la clinique contemporaine sur le doute des soignants

Le constat d'un appauvrissement de la clinique au lit du malade, supplantée par un arsenal technique sans cesse croissant, soulève la question de ses répercussions sur l'aptitude des soignants à mobiliser cet outil réflexif qu'est le doute clinique. Dominique Lecourt parle à ce propos d'un « alourdissement croissant de l'écran technologique qui s'interpose entre le patient et le médecin »[1890]. Que la clinique soit soumise à des évolutions a bien été démontré par Michel Foucault[1891]. A l'aune de l'évolution actuelle de la biomédecine occidentale, se pose la question d'un appauvrissement concomitant de la capacité de doute des soignants mais aussi celle, plus optimiste, de l'émergence de nouvelles modalités possibles du doute clinique.

2.4.1 – Depuis Foucault, les grandes évolutions de la clinique

Par rapport à la description de la clinique proposée par Foucault, les transformations à la fois dans les modalités, la nature et l'orientation du « regard médical »[1892] témoignent d'un changement de définition et de spatialisation de la maladie. « Le passage de la corrélation *post mortem* entre troubles et lésions anatomiques à l'examen des signes sur le malade vivant [avait] consacr[é] l'avènement de la clinique »[1893]. L'examen clinique consistait alors à collecter un ensemble de symptômes (plaintes du malade) et de signes physiques (à même le corps) afin d'en produire une combinatoire unique (au vu de la réalité variable des maladies). Il s'agit désormais de cumuler des résultats biologiques, des images morphologiques, des anomalies moléculaires, des taux de déficit fonctionnel, etc. La clinique, comme le lieu du déchiffrement par le soignant enquêteur et herméneute d'un ensemble d'indices langagiers et corporels, se voit supplantée par « l'écran technologique »[1894] dans toutes les déclinaisons démultipliées possibles de ses outils. Ce déport de l'observation minutieuse de la maladie à partir du malade lui-même (son discours et son corps) vers sa traduction au filtre d'une technique déconnectée de la personne autant que de son corps donne lieu à un renouvellement des classifications des maladies. Et, de même qu'avec « la méthode anatomo-clinique certains sens du médecin [s'étaient] émoussés : l'odorat, le goût »[1895], avec la technicisation de la médecine et la numérisation des résultats qui en émanent, le bio-soignant s'avère dès lors être bien plus un technicien qu'un clinicien. Par ailleurs, tandis que le regard du médecin se devait d'embrasser le vivant dans ses moindres subtilités et d'en détecter les moindres anomalies, même les plus infimes, il s'agit maintenant, tout au contraire, de se désencombrer des détails considérés comme superflus. Autant dire que la clinique tend à être elle-même considérée comme superflue puisqu'elle s'intéresse précisément à tout ce qui, en dehors de la maladie même, vient teinter

---

[1890] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 9.
[1891] Foucault Michel. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses universitaires de France; 2015 [1963].
[1892] *Ibid*. Foucault propose selon sa propre formulation une « archéologie du regard médical ».
[1893] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 32.
[1894] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 9.
[1895] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 33.

l'existence et impacter les décisions et actions d'un patient. Ainsi que le souligne Masquelet, « si la maladie existe désormais en elle-même, l'intérêt du regard panoramique d'Hippocrate perd de son importance »[1896]. Or, c'est bien un tel regard qui permet une approche globale, intégrative et nuancée à l'aune des spécificités et préférences individuelles.

Par ailleurs, en plus de son impact sur les soins et la formation des acteurs sanitaires, cette évolution de la clinique tend également à réorganiser les rapports de pouvoir. En plus de disposer d'une voix de plus en plus audible, le droit des patients à l'autonomie et au respect de leurs préférences est opposable aux soignants. La démocratisation de l'accès à la technologie la plus avancée et les outils numériques contribuent aussi à affaiblir le pouvoir médical sur les individus. Du pouvoir de l'institution médicale sur la société tel qu'analysé par Foucault, les interactions contemporaines entre patients et soignants semblent désormais de plus en plus caractérisées par la marchandisation des diagnostics, des soins, de la santé au sein d'une société de biens et de services. Mais la concomitance de l'affaiblissement du pouvoir médical et de l'appauvrissement de la clinique pourrait bien trouver aussi son origine dans la restructuration économico-administrative de l'institution sanitaire et de l'activité médicale. La rationalité instrumentale[1897], fondée sur les contraintes de temps et de rentabilité comptable, est un facteur important puisqu'elle infiltre insidieusement les esprits, mais insuffisant. En tendant vers le tout normatif et sécuritaire, soutenue en cela par les algorithmes décisionnels et les recommandations de bonne pratique ayant pour fondement principal, parfois exclusif, les seules données probantes de la science, le risque (et le constat) est de perdre de vue certains des besoins les plus essentiels des patients. En psychiatrie ou dans toute autre spécialité, y compris hautement technique comme la réanimation, la dimension plurielle de la clinique – certains de ses aspects pouvant rester opaques à l'expertise scientifique (entre autres affectif, éducatif, social, occupationnel) – tend à être oubliée au profit d'un « étiquetage unique »[1898] fondé exclusivement sur le biologique[1899]. C'est pourquoi des voix s'élèvent, notamment celle du psychiatre Daniel Zagury, déplorant le décalage des nouvelles classifications nosographiques (le DSM[1900]) par rapport à la réalité clinique et dénoncent l'absurdité du système réglementaire

---

[1896] *Ibid*., p. 32.

[1897] Horkheimer Max, Adorno Theodor W., Kaufholz Éliane (Tard.). *La Dialectique de la raison. Fragments philosophiques*. Paris: Gallimard; 1974 [1947]. Adorno Theodor W. *L'industrie culturelle*. Communications 1964;3(1):12-8.

[1898] Zagury Daniel. *Comment on massacre la psychiatrie française*. Paris: l'Observatoire; 2021. Je renvoie aussi à : Roudinesco Elisabeth, *Comment on massacre la psychiatrie française par Zagury Daniel*, Le Monde des livres, publié le 7 octobre 2021. En ligne : « Comment on massacre la psychiatrie française », de Daniel Zagury : sauver la psychiatrie (lemonde.fr), consulté le 28 décembre 2021 : *«* On a précipité l'effondrement de la psychiatrie intégrative bio-psycho-sociale […]. Ce qui est condamnable, ce ne sont évidemment pas les neurosciences […] mais la prétention à l'hégémonie et à l'exclusivisme de n'importe lequel des composants du champ psychiatrique ».

[1899] Mino Jean-Christophe, *Soins intensifs. Op. cit.*, p. 9-10 : « le drame de la personne peut alors être réduit à des données biologiques […]. Son cas peut être considéré comme semblable à ceux qui l'ont précédé et lui succéderont. […] pente glissante de la dépersonnalisation et d'une déshumanisation ».

[1900] American Psychiatric Association, Pull Charles-Bernard, Boyer Patrice, Pull Marie-Claire, Crocq Marc-Antoine , Guelfi Julien-Daniel. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson; 2015. Je renvoie aussi à : Roudinesco Elisabeth. *Op. cit. :* « la sottise des classifications issues du fameux manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), contesté dans le monde entier, a eu pour conséquence la réapparition de pratiques d'un autre âge : contentions, maltraitance, etc. ».

face aux besoins des malades comme des soignants[1901]. Soumis à la prééminence croissante d'une approche neuroscientifique des maladies mentales, et à la rigidification de la démarche médicale liée au tout procédural et aux contraintes de certification des établissements de santé, les soignants se voient comme interdits du moindre doute et donc de penser par eux-mêmes. En plus d'être décrédibilisés dans leur pratique du doute clinique seul à même de pouvoir ouvrir et nuancer leur démarche diagnostique et d'accompagnement sur le temps long et dans le respect des spécificités de la personne, ils se voient également non reconnus dans leur aptitude critique à l'égard des stratégies sanitaires mises en œuvre dans leur propre discipline. En menant à de nouvelles modalités de la pratique clinique qui la restreignent drastiquement, le doute ne semble plus avoir droit de cité ou du moins son intérêt est négligé, voire oublié, alors même qu'il est tout aussi essentiel pour la démarche clinique qu'en matière de recherche scientifique[1902].

2.4.2 – En quoi l'évolution actuelle de la clinique serait-elle défavorable au doute ?

Que Foucault ait intitulé son ouvrage majeur sur le sujet *Naissance de la clinique* laisse entendre qu'elle pourrait aussi mourir ainsi que s'en inquiètent explicitement d'autres auteurs[1903]. L'ouvrage d'un collectif de médecins paru en 2009 pose ainsi la question de façon abrupte mais explicite : *La mort de la clinique ?* En guise d'état des lieux, le propos introductif est à cet égard d'emblée inquiet :

> L'image traditionnelle – et la réalité – de la pratique médicale a subi depuis le XIXe siècle un bouleversement qui semble éloigner de plus en plus le médecin du lit du malade. Ce bouleversement affecte au premier chef le diagnostic qui fait appel à des analyses biologiques et des examens radiologiques. La part qui revient à l'interrogatoire du patient se trouve réduite ; celle de l'histoire de ses troubles rétrécit. Quant à l'examen physique le plus complet possible du malade, il ne se pratique plus guère …[1904]

Que la clinique « traditionnelle », celle du « médecin au lit du malade » en vienne à ce point à s'amenuiser (« éloigner de plus en plus », « plus guère ») est une réalité que déplorent ces auteurs inquiets. La submersion bio-techniciste de l'activité diagnostique (« appel à des analyses biologiques et des examens radiologiques »), l'extinction de la parole comme du récit (« l'histoire de ses troubles rétrécit »), la mise à distance du corps (« l'examen physique […] ne se pratique plus ») sont ici particulièrement soulignés. Après avoir déjà réfléchi aux effets délétères pour le doute des soignants d'une démarche fondée sur la seule rationalité scientifique ainsi que du phénomène d'intolérance à l'incertitude[1905], je propose de questionner l'impact de ces mutations sur l'ouverture et l'aptitude au doute des cliniciens, en notant d'emblée

---

[1901] Mahé Vincent, Zagury Daniel. *La bureaucratose*. Congrès de l'Encéphale, 19e édition, 2021, distanciel. En ligne: La bureaucratose, consulté le 28 décembre 2025.

[1902] Engebretsen Eivind et al. *Op. cit.*: "Without doubt, and the careful reflection on doubt, the process of conjecture essential to scientific discovery cannot begin. Just as evidence-based medicine sometimes wrongly assumes that clinical reasoning occurs only or primarily by deduction from 'facts', so a naïve framing of scientific research wrongly assumes that scientific deduction holds primacy over scientific abduction (the act of asking "what is there here to explain? […]".

[1903] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.

[1904] *Ibid*., p. 9.

[1905] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'intolérance des soignants à l'incertitude, une autre menace pour le doute clinique ?*

l'intrication étroite entre les différents facteurs identifiés. C'est ainsi que, comme déjà mentionnée, la peur de l'incertitude conduit à une surenchère d'examens paracliniques, rend sourd à la complexité des histoires singulières et éloigne du corps labile[1906], parce que vivant, du malade ce qui globalement restreint l'aptitude au doute. Si les savoirs scientifiques aident certes à endiguer l'angoisse, c'est au risque de l'illusion de certitude et de ses écueils[1907]. C'est pourquoi pratiquer la clinique et s'exposer à la pratique du doute, tout comme vivre dans un monde incertain, réclament effectivement du courage.

2.4.2.1 – Le remplacement de la clinique par le tout technique, un fléau pour le doute du clinicien

Il serait bien difficile de contredire le constat que bien des techniques d'exploration diagnostique outrepassent la clinique par leur justesse et rentabilité diagnostiques. L'imagerie morphologique ne cesse de s'affiner, au point d'être qualifiée d'anatomique, et peut même se compléter d'une évaluation fonctionnelle concomitante. La biologie moléculaire est devenue d'usage courant dans de nombreuses spécialités médicales et permet, en plus de sa valeur diagnostique et pronostique, de guider l'orientation thérapeutique. En plus de pénétrer le corps de plus en plus profondément, y compris le cerveau[1908], l'endoscopie assure dans le même temps des interventions curatrices de plus en plus fines. Pourtant, l'expertise clinique est parfois suffisamment riche et féconde, de sorte que l'enquête médicale n'use alors plus de la technique qu'à visée confirmatoire[1909]. C'est pourquoi certains déplorent tant de voir « la parole remplacée par le scanner et l'endoscopie »[1910]. Encore faut-il que les indications de tous ces examens soient bien posées, ce qui implique de les passer au filtre du doute clinique[1911], sous peine de tomber dans la pléthore de tests non pertinents (voire inutiles), coûteux et, ainsi que nous l'avons déjà précisé, sources d'incertitude (voire d'erreur en cas de faux-positifs) et d'anxiété. Pour ce faire, l'apport de l'enquête clinique, au prisme d'une écoute attentive, de questions pertinentes, d'une réflexion ouverte au contradictoire et au dubitatif, pourrait bien rester d'une grande importance. Didier Sicard ironise amèrement en inventant la configuration suivante, plus que plausible et même fréquente : « vite une IRM, comme ça on y verra plus clair, vous me parlerez après »[1912]. En évinçant ainsi la clinique, le danger n'est pas seulement de l'ordre de la méprise mais aussi éthique[1913]. Par-delà leur usage pour explorer le retentissement objectif d'une affection donnée sur la fonction d'un organe, des explorations fonctionnelles se voient parfois missionnées pour démasquer les plaintes fantasques et sans

---

[1906] Gigerenzer Gerd. *Penser le risque. Op. cit*.
[1907] Gigerenzer Gerd. *Adaptive thinking. Rationality in the real world*. Oxford: Oxford university press; 2002
[1908] Je renvoie à: Castaing-Taylor Lucien, Paravel Véréna. *De Humani corporis fabrica* [Film documentaire, 115 min]. France – Suisse : Norte Productions, 2022.
[1909] Jeune dans mon apprentissage de la clinique, j'ai pu observer, admirative, le Professeur Jean-Robert Harlé, interniste à l'APHM, porter un diagnostic d'hypothyroïdie post-radique sur les seules données de l'anamnèse (un antécédent de maladie de Hodgkin cervico-médiastinale) et de l'examen des réflexes ostéotendineux chez une patiente se plaignant seulement de fatigue. La présomption clinique a été validée par le dosage sanguin de la TSH.
[1910] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 22.
[1911] *Ibid*., p. 25 : « l'inquiétude du médecin est de passer à côté du diagnostic par absence d'examens complémentaire plutôt que par absence d'écoute ».
[1912] *Ibid*., p. 22.
[1913] *Ibid*., p. 27 : « Ne pas rencontrer l'autre dans le dialogue singulier fait l'économie de la rencontre "éthique" ».

objet, les comparant en cela à des « détecteurs de mensonges »[1914]. On peut voir là une façon radicale de renoncer à la moindre nuance de doute clinique et combien la technique peut contribuer à « la face sombre du pouvoir médical »[1915].

2.4.2.2 – L'extinction de la parole prive du langage du doute

Tandis que l'image « devient le substitut emblématique de la parole »[1916], s'opère un appauvrissement linguistique caractérisé par une « régression qualitative et quantitative »[1917] affectant autant le patient que le soignant. Sicard compare ainsi « la richesse sémiologique, sur le plan linguistique, des symptômes exprimés dans les livres de médecine du XIXe »[1918] et la situation actuelle de la médecine qu'il qualifie de « fin de la parole »[1919]. S'il suggère un lien causal avec la prééminence des sciences médicales sur la clinique dans la biomédecine contemporaine[1920], il ne néglige pas aussi l'hypothèse d'une confiscation de la parole. Il qualifie la situation de ventriloquie[1921] puisque « les examens parlent pour le malade, lui confisquant sa parole »[1922]. Or, si la « parole se transfère sur des examens »[1923], il apparait que cette ventriloquie affecte tout autant le soignant. La biomédecine ultra-techniciste[1924] et de plus en plus fondée sur le support numérique[1925] (sans même parler du « Dr Google »[1926]) en vient ainsi à parler à la place de tout le monde. En somme, il s'agit d'« un recouvrement par la médecine de la sensation ressentie : le « dit » par la médecine remplace le « su » du corps »[1927].

Mais Sicard est aussi bien au fait que c'est plus spécifiquement la parole du patient qui est interdite. Parce qu'elle est « jugée peu fiable par la médecine, […] d'emblée discréditée »[1928], en plus d'être encombrante et de déranger, il est peu écouté. C'est ainsi que « la médecine laisse tomber le récit biographique du patient pour se centrer sur les résultats immédiats d'une analyse scientifique qui ne sera jamais le tout d'une existence »[1929]. Alors que la durée de la consultation

---

[1914] *Ibid*., p. 25 : « Une dernière constatation est inquiétante dans la mesure où les progrès de l'imagerie fonctionnelle risquent de contribuer à dévaloriser la parole, la rendre suspecte, comme ces nouveaux détecteurs de mensonges. "Although people lie, brain waves don't" ».
[1915] Mino Jean-Christophe, *Soins intensifs. Op. cit.*, p. 7.
[1916] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 22.
[1917] *Ibid*., p. 24.
[1918] *Ibid*., p. 19-20.
[1919] *Ibid*., p. 19.
[1920] *Ibid*., p. 20 : « Etrangement dans les pays où la médecine scientifique est encore peu présente, cette richesse linguistique sémiologique est identique, comme s'il y avait un croisement opposé et peut-être nécessaire entre la médecine qui se fonde sur des éléments de preuve et la parole, les deux s'éloignant *de facto* ».
[1921] *Ibid*., p. 23 : « Ainsi, peu à peu, non seulement la parole disparait remplacée par une sorte de *ventriloquie*, mais elle est de moins en moins valorisée, voie confisquée ».
[1922] *Ibid*., p. 21.
[1923] *Ibid*., p. 24 : « Peu à peu, l'examen complémentaire dicte sa conduite, *c'est l'écho qui parle dans un étrange renversement* ».
[1924] *Ibid*. : « l'outil a pris la commande, le médecin est à son service ».
[1925] *Ibid*. : « les mots de l'ordinateur remplacent la parole. Ce qui est accepté par l'ordinateur devient le seul lieu d'échange ; ce qui est refusé par lui ou considéré hors-jeu se dissout ».
[1926] *Ibid*., p. 22.
[1927] *Ibid*.
[1928] *Ibid*., p. 19.
[1929] Combe Sonia, Spire Antoine. *Op. cit*., p. 100.

de médecine générale est un déterminant de la qualité des soins[1930], concrètement, le malade se voit effectivement interrompu dans le récit spontané de sa situation avant même deux minutes[1931]. Bien qu'ancienne, une étude très régulièrement citée rapporte un temps moyen de redirection par le médecin, vers un interrogatoire ciblé, estimé à 23 secondes[1932]. Des études plus récentes et en territoire français confirment cette brièveté[1933]. Sans compter qu'étant piégé dans une relation de soin fondamentalement asymétrique, le patient en vient lui-même à perdre « confiance dans ses propres mots »[1934]. Et donc, en plus d'être censuré, il s'autocensure de lui-même, au point que sa « biographie se résume à une série de « oui/non » signifiants pour le seul médecin »[1935]. Il n'est pas que la médecine narrative qui invite à honorer le récit des patients[1936]. Nombre d'auteurs se soucient de l'écoute du malade[1937], ne serait-ce que pour sa puissance diagnostique[1938].

Dans la continuité de cette question de l'appauvrissement de la parole, c'est aussi tout le processus de communication qui est concerné. C'est ainsi que « l'appropriation de la parole par la médecine […] succombe au concept d'*information*, cet ersatz de parole »[1939] et relèverait finalement bien plus d'un « travail d'influence, voire de contrôle » que « de transparence […] pour rassurer et motiver »[1940]. Ce que l'on identifie comme *information du malade*, consistant le plus souvent en la transmission de données et consignes sanitaires impersonnelles, pourrait ainsi bien plus favoriser la distanciation de la personne, la censure et plus encore la négation de sa parole[1941], que la rencontre. Parce qu'elle est le contraire d'une écoute libre, il s'agirait finalement d'une façon assez problématique de communiquer, puisque rendant indisponible à l'autre[1942]. Le soignant en devient incapable d'apprécier ce que le malade peut ou pas entendre

---

[1930] Howie John G., Heaney David J., Maxwell Margaret, Walker Jeremy J., Freeman George K., Rai Harbinder. *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. BMJ 1999;319(7212):738-43. Wilson Andrew, Childs Susan. *The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review*. British Journal of General Practice 2002;(52):1012-20.

[1931] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 26.

[1932] Marvel M. Kim, Epstein Ronald M., Flowers Kristine, Beckman Howard B. *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA 1999;281(3):283-7.

[1933] Je renvoie notamment à : Stephan Hélène. *Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes*. Université de Toulouse : Thèse d'exercice en médecine générale; 2012.

[1934] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 20 : « Le malade s'adaptait à mes questions médicales et censurait ses propres sensations ».

[1935] *Ibid*., p. 24.

[1936] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*

[1937] Revah-Levy Anne, Verneuil Laurence. *Docteur, écoutez !* Paris: Albin Michel; 2016.

[1938] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25 : « Mon maître, Fed Siguier, me disait souvent : "Ecoutez le malade, il vous donne, vous offre généreusement le diagnostic" ».

[1939] *Ibid*., p. 26.

[1940] Mino Jean-Christophe, *Soins intensifs. Op. cit.*, p. 23.

[1941] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 27 : « donner des informations est parfois une façon de nier la parole et de l'empêcher d'advenir ».

[1942] *Ibid*., p. 26 : « *Il ne s'agit pas d'une question de temps* (bien souvent un alibi) mais *de façon d'être* disponible, pour permettre l'échange ».

et le niveau d'appropriations des informations transmises[1943]. Or, « Informer ne veut pas dire rencontrer. Ecouter, oui »[1944] rappelle Sicard, ce à quoi il ajoute, provocateur, qu'« Informer serait paradoxalement, avant tout, écouter »[1945].

Il semble alors assez évident que, dans une telle configuration, le langage du doute se trouve difficilement autorisé et risque de ne pas même trouver sa place dans la pratique du soignant. Pris lui-même dans ces rouages qui ne laissent plus de place qu'à une médecine de questionnaires, d'images, de dosages et d'algorithmes informatisés, le soignant n'est pas moins instrumentalisé que le patient. Sauf à faire dissidence, il n'est alors pas étonnant qu'il ne puisse déployer cette démarche clinique de détective douteur, et tout ouïe, en quête de ces précieux indices que l'écoute et le dialogue au cœur de la clinique sont seuls à même de démasquer. C'est pourquoi Sicard invite tant à ne pas perdre de vue et surtout à réinvestir pleinement ce qu'il qualifie d'évidence, à savoir la « parole comme source de l'art médical ! »[1946]. Or, cet art relève d'un véritable engagement. Il implique des efforts et du courage puisqu'il s'agit, pour le soignant, de se délester de sa rigidité de sachant[1947], d'accepter de « ne pas s'arrêter aux seuls signifiants, [de] se laisser entamer »[1948], de « se laisser embarrasser et non pas se débarrasser »[1949] du patient. Autant de qualités qui sont certes propres à l'écoute et au dialogue mais qui dépendent aussi directement de l'aptitude du soignant à pouvoir douter.

2.4.2.3 – La relégation du corps prive de ces indices qui excitent le doute et l'enquête clinique
Par-delà les effets de l'hyper-technicisation de la médecine aux dépends de la parole et de la rencontre interhumaine, il apparaît que le corps lui-même se voit aussi relégué. Constituant une forme de déni paradoxal, le corps tend à être oublié, voire impensé, au profit de la seule maladie. « Peut-être la mise à distance de la parole a-t-elle à voir avec la mise à distance du corps »[1950] suggère Sicard. En plus de la négation du sujet (dont les soignants sont aussi victimes) par l'effet de la primauté de l'objectivité scientifique, « le corps est devenu de plus en plus étranger à la médecine ; […] désormais transparent, il n'a plus besoin d'offrir son opacité »[1951] au clinicien enquêteur et donc douteur. Résultante des innombrables options possibles d'imagerie et d'endoscopie à même de dévoiler l'entièreté du corps jusque dans ses plus profonds méandres, cette recherche de visibilité jusqu'à la transparence qu'auparavant seule l'autopsie cherchait à produire – tend à désincarner la maladie en l'externalisant, ce que les patients ne déploreraient pas forcément. Si cet autre rapport à la maladie que la médecine contemporaine

[1943] *Ibid*. : « l'on sait, depuis toujours, qu'un sujet malade n'entend pas ce qu'on lui dit ou seulement une fraction, d'où le malentendu permanent : "je lui ai pourtant tout expliqué et il dit qu'il ne savait rien" ».
[1944] *Ibid*., p. 27.
[1945] *Ibid*., p. 26.
[1946] *Ibid*., p. 27.
[1947] Tamet Jean-Yves. *Op. cit.*, p. 33 : « Une définition de l'incertitude à usage personnel me vient : ne pas savoir ce que je sais ou ne sais pas ».
[1948] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 26 : « Savoir laisser venir, s'intéresser aux lapsus, ne pas s'arrêter aux seuls signifiants, se laisser entamer, attendre la parole de seconde ligne, qui peut révéler l'"arrière-pays". Le malade est toujours le premier, le seul, l'unique. Il ne s'inscrit pas dans une théorie sans fin ».
[1949] Je cite, en le remerciant, le propos du Docteur Jacques Afchain, médecin généraliste et addictologue.
[1950] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 27.
[1951] *Ibid.*, p. 25.

impose de plus en plus peut, à certains égards, faire écho à une demande sociétale, il semble pourtant qu'une telle évolution soit défavorable au doute clinique puisqu'elle dépossède la démarche médicale des apports de l'enquête clinique.

Ainsi que précisé plus tôt, « l'examen physique […] ne se pratique plus guère »[1952], non seulement l'interrogatoire du malade mais aussi ce qui relève de l'examen direct de la personne et de son corps par l'observation, la palpation, l'auscultation. En plus d'avoir le sentiment de parler dans le vide et précisément d'être invisible, il n'est plus que rarement demandé au patient de se dévêtir pour pouvoir être examiné[1953]. On est tenté d'associer ce constat à un dénigrement de la clinique considérée comme chronophage, manquant de fiabilité[1954], toujours à risque d'erreur, à tout le moins d'imprécision, par rapport à la finesse des examens paracliniques. Ce constat ne cesse de se renforcer puisque, en plus du défaut d'enseignement au lit du malade, les soignants pratiquant de moins en moins l'examen physique, perdent en apprentissage et en pratique. Mais cette réduction de la pratique de l'examen physique est aussi concomitante d'une évolution sociétale majeure, non sans lien avec l'émergence de la démocratie sanitaire et les manifestations de résistance au paternalisme ancestral. Les patients ne veulent plus se sentir dépossédés de leur corps ni subir la violence de son instrumentalisation par les soignants. « Il y avait de la violence dans cet affrontement du corps dévoilé à la vue de tous, de cette intimité sans cesse violée au nom de l'exigence médicale »[1955] écrit Sicard. Il fait ainsi écho à une critique de la clinique telle qu'elle se pratiquait, entre autres en gynécologie-obstétrique[1956], vécue comme violation de l'intimité, intrusion, violence physique autant que psychologique, et même sexuelle.

Pourtant, qu'il s'agisse de la relégation du corps par la biomédecine contemporaine ou bien du refus des patients de dévoiler leur corps, cette évolution n'est pas sans risque d'appauvrir drastiquement la démarche médicale de diagnostic et de soins. « Faire l'économie de parler de soi ou de montrer son corps permet de transférer sur l'extériorité sans dommage apparent [pour] son intériorité »[1957] analyse Sicard. Mais de cette extériorisation de la maladie résulte un éloignement tel du malade qu'il peut même en arriver à être exclu de l'expertise. Si l'examen clinique reste incontournable dans certaines spécialités (dermatologie) justifiant dès lors une rencontre minimale, d'autres peuvent s'en passer (pneumologie). Les causes des plaintes et/ou anomalies pulmonaires sont explorées par un scanner thoracique et des explorations

[1952] *Ibid.*, p. 9.
[1953] Un patient interrogé déclare, à propos de son suivi par un spécialiste hospitalier, que ce dernier ni ne le regarde ni ne lui parle, ni ne l'examine, n'étant manifestement en lien qu'avec son écran d'ordinateur, les résultats d'analyse et son dictaphone. Faisant d'année en année le même constat, ce patient est parvenu à relativiser cette situation en considérant l'excellence scientifique de ce professionnel et parce qu'il se dit suffisamment étayé par la qualité des échanges entretenus avec son médecin généraliste.
[1954] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 10 : « La médecine scientifique rêve d'éliminer la part d'incertitude qui affecte le recueil des observations et surtout la formulation d'hypothèses au cours du diagnostic ».
[1955] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25.
[1956] Malinconi Nicole, Klinkenberg Jean-Marie (Postface). *Hôpital silence. L'attente*. Bruxelles: Espace Nord; 2017
[1957] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 27.

fonctionnelles respiratoires, à l'extrême sans avoir même besoin de rencontrer la personne. Or ce principe d'accumulation de données purement objectives (taille lésionnelle, extension, histologie, grade, stade, déficit fonctionnel, etc.) n'est rien moins qu'une éradication du principe d'enquête clinique permettant de questionner, et donc soumettre au doute, l'ensemble des facteurs affectant le malade mais aussi la maladie elle-même. Aux antipodes du principe, décrit par Foucault, d'une approche clinique systématique, naturelle et aussi exhaustive que possible, l'écueil d'une expertise clinique qui n'interviendrait que de façon ponctuelle et opportuniste est de perdre l'essence de la clinique. Si « Le regard de surface porté sur le malade n'a d'utilité que s'il traduit le trouble anatomique intérieur »[1958], la clinique n'aurait dès lors plus d'intérêt. Alors que la technique ne devait intervenir qu'à visée de confirmation d'hypothèses formulées dans le cadre d'une approche clinique initiale, là voici devenant exclusive. Cela ne serait pas sans provoquer le retour à une vision purement théorique et strictement scientifique, c'est-à-dire propre à nier la singularité et la subjectivité ainsi que de réduire la personne malade dotée d'un « corps vivant humain individuel »[1959] à une machine.

2.4.3 – De nouvelles voies de doute pour les soignants à l'aune de la biomédecine contemporaine

Bien que dominées par la prééminence de la science (au prisme de l'*EBM*) et de la technique, certaines des évolutions qui ont accompagné l'émergence de la biomédecine contemporaine ne seraient peut-être pas systématiquement défavorables au doute des soignants. De même, puisque « la mort de la clinique n'est pas à l'ordre du jour »[1960], les mutations qui l'affectent pourraient même faire le lit de nouvelles voies d'expression du doute clinique.

2.4.3.1 – Vers un exercice collectif de la médecine qui favorise le partage du doute entre soignants

Une des évolutions marquantes de la biomédecine contemporaine est le « rôle croissant joué par les collectifs médicaux »[1961], que ce soit dans la gestion de l'incertitude médicale, le processus de décision thérapeutique, la relation de soin et plus globalement toutes prises en charge médicales. L'expression du doute des soignants se voit ainsi bouleversée puisqu'elle est précisément ce qui permet d'alimenter la discussion collégiale[1962]. Elle favorise aussi cette compréhension mutuelle seule à même de soutenir un travail réellement collectif de soins centrés sur la personne.

Le déplacement des cadres cognitifs de la décision médicale du singulier vers le collectif constitue une profonde mutation dans les modalités d'exercice de la médecine et dans les

[1958] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 32.
[1959] Lecourt Dominique, « Le corps évité ? » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 15.
[1960] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 29 : « J'affirme sans ambiguïté que la mort de la clinique n'est pas à l'ordre du jour ; en revanche, la clinique subit une mutation ».
[1961] Castel Patrick. *Op. cit.*
[1962] Feroni Isabelle. *Op. cit.*

interactions entre les différents professionnels de santé[1963]. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) – qui relève d'une obligation médicolégale dans certaines spécialités telle la cancérologie[1964] – concrétise au mieux cette évolution. La validation collective de l'expertise professionnelle permet d'en réguler, au moins en partie, la variabilité inter-individuelle, d'harmoniser les pratiques, et notamment d'éviter les traitements à la carte, selon une recette maison préconisée par tel ou tel professionnel qui pratiquerait en solitaire, sans être forcément à jour des dernières données physiopathologiques, des évolutions thérapeutiques et donc de l'actualisation des meilleures options de traitement. Outre le principe des RCP, des réseaux de soins et des dispositifs de collaboration interprofessionnelle (à l'instar des maisons de santé pluriprofessionnelles ou MSP[1965]) offrent des espaces de discussion collégiale des prises en charge et de réflexion collective aidant à la structuration des attitudes professionnelles[1966].

Il en est de même s'agissant de ce qui, dans la relation de soin, est qualifié de *colloque* avec le patient qui de singulier est désormais considéré comme pluriel. La formule « colloque singulier », mentionnée pour la première fois, avant-guerre, par le médecin et écrivain Georges Duhamel, aurait ensuite figuré à l'initiative du Professeur de médecine Louis Portes dans le code de déontologie médicale à partir de 1947. Le philosophe Jacques Ricot confirme qu'il s'agit d'« un acte de langage tenu entre […] un soignant et un soigné. Le mot venant du latin *cum* (avec) *loqui* (parler), c'est donc un entretien, une rencontre entre des sujets qui se parlent ». Le terme singulier a quant à lui « l'avantage de mettre en évidence la spécificité de cette rencontre à nulle autre pareille »[1967]. Le concept, qui n'apparaît plus dans la version actuelle du code de déontologie médicale[1968], est actuellement moins usité au motif des évolutions de la pratique médicale dont précisément l'accroissement de la collégialité, une équipe de coordination se substituant le plus souvent à l'interlocuteur singulier[1969]. Il n'en reste pas moins que le principe du colloque demeure auquel sont aussi attachés les dimensions d'intimité et de confidentialité[1970].

[1963] *Ibid*.

[1964] Je renvoie au code de santé public. En ligne : Article D6124-131 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 30 octobre 2024 : « Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge, ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique, dont l'arrêt de traitement du cancer, font l'objet d'une discussion collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire ». En complément, les recommandations et référentiels de l'institut national du cancer (version de décembre 2023 téléchargeable sur e-cancer.fr) précisent : « La RCP a été mise en place dès le premier plan cancer de 2003-2007, avec un objectif clair : constituer un temps formalisé d'échanges pluridisciplinaires pour adopter la proposition de prise en charge thérapeutique individualisée la plus adaptée à chaque patient, selon le meilleur état de l'Art (recommandations nationales si elles existent, recommandations et référentiels des sociétés savantes, etc.) ».

[1965] Site du ministère consulté en ligne le 28 décembre 2025 : Les maisons de santé - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et Exercice coordonné des soins de premier recours.

[1966] Bloy Géraldine. *Op. cit.*

[1967] Ricot Jacques, « Éthique de la décision médicale » in *La décision médicale sous pression*. Paris : Revue Laennec, 2014, Tome 62, Vol 4, p. 40-50. En ligne : Éthique de la décision médicale – Ricot J. 2014, consulté le 8 mars 2026.

[1968] Je renvoie au code de déontologie porté par le CNOM (version de février 2021). En ligne : codedeont.pdf (conseil-national.medecin.fr), consulté le 12 septembre 2024.

[1969] Hélardot Valentine, Mulot Stéphanie, « Les relations de soin : du colloque singulier au pluralisme médical » in Drulhe Marcel, Sicot François. *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin.* Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2011. p. 185-206.

[1970] Site du CNRTL consulté en ligne le 12 septembre 2024 : COLLOQUE : Définition de COLLOQUE (cnrtl.fr).

Même s'il serait abusif de parler d'identité collective, la collégialité semble désormais de rigueur dans l'exercice de la médecine, y compris en dehors des hôpitaux. Or, il se trouve que cette collégialité pourrait constituer une réelle ouverture à l'expression et au partage des doutes des soignants, y compris dans des spécialités aussi techniques que la réanimation. Dans un chapitre qu'il intitule opportunément *Savoir douter*[1971], le médecin et éthicien Jean-Christophe Mino va ainsi à contre-courant de l'idée d'une médecine techno-scientifique oublieuse du dialogue, intolérante à l'incertitude et défavorable au doute. Il s'appuie sur l'exemple d'une unité de soins intensifs dans laquelle « les interrogations du médecin responsable ont été à l'origine d'un fonctionnement d'équipe réflexif et d'un mode de *management* plus participatif »[1972]. Concrètement, il s'agissait de temps d'échange entre tous les membres de l'équipe, fondés sur la libre participation à la réflexion, la libre prise de parole et le dialogue. Les qualités, dont l'ouverture au doute et à la remise en cause, du médecin responsable ont été essentielles pour autoriser ce dispositif[1973]. L'échange consistait, par exemple, à « se demander ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, si l'on agit bien et à se donner les moyens de répondre à ces questions par l'échange de points de vue »[1974]. Les questions abordées pouvaient être de nature technique aussi bien qu'éthique. Mino a pu constater que le doute peut être pleinement autorisé et partagé entre tous. Il en a aussi observé les bénéfices pour l'équipe[1975] et sur la qualité des soins puisque cela enrichit les pratiques[1976]. C'est ainsi qu'en écoutant d'autres s'interroger, notamment les plus expérimentés, cela aide les plus jeunes à ne pas « s'enfermer dans de fausses certitudes […] à comprendre que leur propre questionnement et leurs propres doutes sont légitimes »[1977]. Il est aussi apparu qu' « autoriser le doute est à la racine d'un questionnement organisé »[1978], c'est-à-dire qu'il ne permet aucunement d'apporter des réponses définitives mais de réfléchir ensemble et plus en profondeur à certaines questions. Ce à quoi il ajoute que « le but n'[était] pas non plus d'aboutir à un consensus sur la conduite à tenir, ni de mettre en scène un accord, ni encore de faire plébisciter une décision déjà arrêtée »[1979]. Cette « réflexion collective », empreinte de tolérance et ayant l'ambition d'un débat démocratique, permet d'avoir connaissance des désaccords. Ils n'empêchent pas de s'accorder « sur une base minimale »[1980] et de proposer une ligne de conduite mais qui peut ainsi être étayée de la diversité des avis et explicitée à tous. En somme, ce principe de discussion collective conduit *in fine* à

[1971] Mino Jean-Christophe, *Soins intensifs. Op. cit.*, p. 39-44.
[1972] *Ibid.,* p. 41.
[1973] *Ibid.,* p. 47-48 : « Ici, certaines dispositions de la pratique du médecin responsable (capacité au doute et à la remise en question, volonté de progresser et de se former, tolérance et libre parole, débat collectif et prise de responsabilité) structurent et nourrissent cette dimension collective de prise en charge ».
[1974] *Ibid.,* p. 40 : « On s'interroge alors sur ce qu'il est bon de faire ou pas car savoir ne suffit pas ».
[1975] *Ibid.,* p. 50 : « ces pratiques permettent aux membres de l'équipe de prendre de la distance grâce à des situations souvent tragiques et émotionnellement difficiles ; elles contribuent à un épanouissement au travail ».
[1976] *Ibid.,* p. 40 : « Douter et s'interroger sur des cas complexes n'a pas déséquilibré son propre exercice professionnel mais, à l'inverse, a nourri sa pratique ».
[1977] *Ibid.,* p. 39.
[1978] *Ibid.,* p. 40.
[1979] *Ibid.,* p. 41.
[1980] *Ibid.* : « de rapprocher les points de vue et de s'entendre sur une base minimale […] de nourrir et de justifier différentes options, puis, pour les médecins, d'en tirer les conséquences. Car après avoir entendu les uns les autres, eux seuls décident » ; « Les échanges ouverts de l'équipe permettent aux médecins de déterminer une ligne de conduite ».

un dissensus consensuel qui permet de ne figer aucun jugement[1981] et de faire évoluer les décisions le cas échéant[1982]. Si l'intention est remarquable, on peut cependant questionner la transférabilité de cette démarche à des spécialités où les patients ne seraient pas inconscients, c'est-à-dire incapables de manifester la moindre résistance à l'égard des débats entre soignants sur leur situation et partant les décisions de soins qui les concernent directement.

2.4.3.2 – D'autres évolutions de la médecine moderne seraient favorables au doute des soignants

La reconnaissance du concept de démocratie sanitaire et de ses principes[1983] est une évolution notable soumettant les cadres cognitifs des professionnels de santé et les modalités de leurs pratiques soignantes à une remise en cause légitime. Les droits des malades, portés notamment par les associations de patients et protégés par diverses révisions de la loi[1984], ne cessent d'évoluer. C'est une opportunité pour les soignants de réfléchir à leurs prérogatives, à leurs attitudes, mais aussi de pouvoir mettre en doute et donc faire évoluer leur positionnement dans la relation de soin ainsi que je le développerai plus loin à travers l'exemple d'une relation de soin[1985].

Mino défend aussi une thèse contre-intuitive, à savoir que la hyper-technicité de la biomédecine contemporaine peut être envisagée comme pont relationnel[1986] plutôt que comme fermeture à l'écoute et au dialogue. Il apparaît que même dans un milieu en apparence aussi peu compatible avec la relation que la réanimation, « les possibilités techniques peuvent donner matière au travail relationnel »[1987] plutôt que lui être incompatibles. D'une part, « en traitant les malades dignement et avec attention, en particulier ceux qui sont dans le coma et environnés de machines, les professionnels les « humanisent » »[1988]. D'autre part, malgré leur état d'inconscience et d'extrême dépendance à la technique, il est possible d'« agir vis-à-vis d'eux en les traitant autrement que comme un corps ou la seule résultante d'une maladie »[1989], c'est-à-dire en les appréhendant au prisme d'une vie relationnelle que les soignants ont pour mission

---

[1981] *Ibid.* : « Aucun jugement, aucune manière de faire ne sont définitifs, individuellement ou collectivement ».
[1982] *Ibid.,* p. 41-42 : « un médecin peut légitimement revenir sur sa décision parce que la situation a changé, l'équipe peut amender sa manière de débattre ou d'informer les familles ».
[1983] Il s'agit notamment de la loi du 4 mars 2002 et particulièrement, dans son titre II, les articles 3 à 44 relatifs à la démocratie sanitaire. En ligne : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr). Il s'agit aussi de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En ligne : LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr). Documents consultés le 6 septembre 2024
[1984] La loi du 2 février 2016 crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. En ligne : LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024
[1985] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le contexte de Marinella Banfi, une patiente adulte souffrant d'un cancer*. Marinella Banfi est en phase avec les principes alors naissant de la démocratie sanitaire.
[1986] Mino Jean-Christophe, *Soins intensifs. Op. cit.*, p. 45 : « la technique ne s'oppose pas par nature à la relation ? Elle apparait plutôt comme un vecteur essentiel de la relation ».
[1987] *Ibid.,* p. 42.
[1988] *Ibid.,* p. 52.
[1989] *Ibid.* : « En dépit de leur état de santé critique et de la privation de leurs moyens corporels, ils leurs reconnaissent des émotions et une individualité, c'est-à-dire une histoire, un cadre de vie, un entourage, des relations sociales, un caractère, parfois une volonté ou une intention derrière leur mutisme, leur agitation, leurs refus ou leurs délires ».

de restaurer et qu'ils partagent provisoirement. Une telle perspective de « relation « médiée », c'est-à-dire provoquée et relayée par la technique »[1990], est une opportunité pour les soignants d'exprimer leurs interrogations et leurs doutes quant à la façon de faire au mieux pour chaque sujet et au gré de son évolution. La « réflexion collective » décrite plus haut s'y prête particulièrement.

En dépit de ses importantes mutations, certains auteurs sont donc convaincus de la possibilité d'une clinique renouvelée, attentive à la personne[1991]. La médecine scientifique, mais aussi l'approche clinique traditionnelle (au prisme de la *technê*[1992] et de l'enquête détective) sont à cet égard insuffisants et ne permettent notamment pas de reconnaitre pleinement l'expérience subjective du patient quant à sa situation telle que Canguilhem y invite, en la qualifiant d'expérience normative[1993]. Parvenir à cette clinique nouvelle, dotée d'une telle capacité d'écoute subjective, en plus d'être attentive et respectueuse de la personne dans son unité et sa singularité[1994], pourrait passer par l'accueil et le souci du récit du patient lui-même. Outre que cela implique une position déflationniste du soignant, cela sous-entend aussi de sa part une pleine posture de doute. Un tel récit viendrait compléter l'histoire de la maladie qui demeure l'apanage des soignants, y compris dans le cadre de la médecine narrative. En cohérence avec le principe de *narrative-based medicine*[1995], cette *clinique narrative* au lit du malade consisterait en l'écoute et la prise en compte du vécu de la personne au prisme de son propre récit de vie *avec* la maladie (et non pas uniquement de son récit *de* la maladie), autant que possible libéré des contraintes du contexte sanitaire et de l'influence des soignants. L'objectif étant de tendre à ne jamais séparer la maladie de la personne dans sa globalité. L'exemple d'un tel récit, ainsi que la relation de soin à laquelle cela a pu conduire, sera développé plus loin[1996].

2.5 – Des difficultés de la clinique et du courage d'être un clinicien qui doute

S'intéresser à ce que l'aptitude au doute des soignants a de bénéfique pour l'enquête diagnostique et la qualité des soins ne devrait pas négliger l'épreuve et les difficultés auxquels il confronte aussi. Etant donné la culture biomédicale actuelle dominée par l'hyper-technicité,

---

[1990] *Ibid.,* p. 47.
[1991] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25 : « Il nous fait inventer une clinique nouvelle, celle du respect de la personne dans cette approche attentive ».
[1992] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 25-48.
[1993] Sur cette question de l'expérience subjective appréhendée par Canguilhem comme normativité, je renvoie aux chapitres de la présente thèse suivants : *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet* et *Quand l'objectivité ne fait pas le poids face à la vérité de l'expérience subjective*.
[1994] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 25-26 : « cette approche doit être renouvelée, non pas tellement pour faire un diagnostic mais pour ne pas méconnaître une évidence clinique qui serait impardonnable : restituer l'unité de ce corps par un examen clinique doit devenir son objectif ; l'écoute de la parole doit tenter de saisir cette singularité toujours présente ».
[1995] Goyal Rishi K., Charon Rita, Lekas Helen-Maria, Fullilove Mindy T., Devlin Michael J., Falzon Louise*, et al. 'A local habitation and a name': how narrative evidence-based medicine transforms the translational research paradigm*. J Eval Clin Pract 2008;14(5):732-41. Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.*
[1996] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet*. Par son récit épistolaire Madeleine Lebouc a offert à Janet une opportunité à la fois de description nosologique inédite et d'évolution de son approche soignante.

les exigences juridiques, l'intolérance à l'incertitude, être un médecin qui doute exige une vertu médicale propre qui est le courage. Quand bien même le doute est consubstantiel à l'esprit scientifique autant qu'à la tradition clinique, il relève d'un engagement qui n'est ni naturel ni facile. Il exige le courage de ne pas être un simple ingénieur exécutant du corps humain, d'être soi-même, c'est-à-dire d'affirmer sa propre subjectivité à l'encontre de cette culture dominante. De plus, il confronte le soignant à la conscience de sa faillibilité. Pour toutes ces raisons, on comprend que le soignant puisse craindre et éviter d'être dans le doute.

Le témoignage de Claire Marin, certes empreint de désarroi et de colère à l'égard des soignants, n'en éclaire pas moins le difficile exercice de la pratique clinique :

> Ça a commencé par une petite chute. Bénigne, dans l'escalier. Du moins, c'est ce que l'on considère comme le début, même s'il y a eu auparavant d'autres signes, inhabituels, attribués à la fatigue, au stress, à la nervosité. […] C'est une chute idiote. Je manque une marche, me foule la cheville, me cogne la tête en tombant et m'évanouis. Par la suite, j'aurais d'autres troubles de l'équilibre, d'autres moments d'absence. Il faudra trois ans d'incertitudes, de doutes, la multiplication et l'aggravation des symptômes, pour que le diagnostic soit posé. Labyrinthe de pistes, arborescence d'hypothèses avortées, comme lancées au hasard, pour meubler le vide, faire semblant ou refuser de comprendre. Trois fois des médecins évoqueront le diagnostic d'une maladie auto-immune. Deux fois, il sera formellement démenti par d'autres confrères, plus savants qu'eux. La troisième fois, le bilan complet des tests de l'hospitalisation ne laissera plus de place au doute […][1997]

Par-delà les divers motifs de récrimination ici avancés à l'encontre des acteurs soignants (« hypothèses […] lancées au hasard », « meubler le vide », « faire semblant ») qui justifieraient une analyse spécifique distincte, ce récit relate aussi, indirectement, en quoi l'enquête clinique peut s'avérer longue (« trois ans d'incertitudes »), laborieuse voire périlleuse. Même s'ils semblent constituer des indices cliniques insuffisants (« petite chute. Bénigne »), de peu de valeur diagnostique (« chute idiote »), non spécifiques (« fatigue », « stress », « absence »), ils persistent et sont inhabituels. Ils peuvent certes ouvrir à une multiplicité d'hypothèses (« Labyrinthe de pistes, arborescence d'hypothèses »). Mais, en l'absence d'anomalies objectivables, de consensus médical (« formellement démenti par d'autres confrères »), de preuve à même de confirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses, celles-ci ne peuvent que rester en suspens. L'enquête piétine alors, au risque de la lassitude, de la défiance (réciproque) et de l'erreur. Parmi les écueils d'une telle situation, l'annonce prématuré d'un diagnostic incertain et la prescription de traitements inappropriés n'en sont pas les moindres. La pénibilité pour les patients est évidente (« la multiplication et l'aggravation des symptômes »), en plus du sentiment de n'être pas reconnus dans leurs plaintes. Mais de telles difficultés ne relèvent pas nécessairement de ce que Reach qualifie d'inertie clinique des soignants[1998], ni même d'une forme d'indifférence ou de mépris à l'égard de l'expérience subjective des patients (« refuser de comprendre »). En révélant qu'ils ne sont pas tout-puissants, ces difficultés les mettent, tout au contraire, à l'épreuve et dans l'embarras.

[1997] Marin Claire. *Hors de moi*. *Op. cit*., p. 34-35.
[1998] Reach Gérard. *L'inertie clinique*. *Op. cit*.

L'insidieuse et perfide maladie se joue parfois de tous, patients autant que professionnels. Qu'il n'y ait pas de diagnostic clé en main[1999] à même de produire, comme d'évidence, un projet de soin, rend l'art de la clinique d'autant plus difficile mais non moins essentiel. C'est dire si la clinique est un antidote aux moindres certitudes, combien le doute y est en fait omniprésent, y compris lorsqu'un diagnostic est posé[2000].

En miroir du propos de la patiente Claire Marin, le portrait du médecin généraliste anglais John Sassall confirme l'omniprésence du doute au cœur de la clinique. Il révèle tout à la fois les difficultés auxquelles un médecin peut être confronté dans sa pratique clinique et son sentiment d'incomplétude quant à sa mission de soignant auquel ce doute peut régulièrement le confronter. L'écrivain John Berger, qui le dépeint, écrit :

> Quand les patients parlent de leur état ou de leurs soucis à Sassall, celui-ci […] ne cesse de répéter « je sais, je sais ». […]. Certes, il sait déjà ce qu'on ressent à être ce malade-là dans cet état-là, mais il ne possède pas encore l'explication et ignore donc l'étendue de son propre pouvoir. En réalité, aucune réponse à ces questions ne le satisfera jamais. Quelque part en lui, il attend d'en savoir plus – à chaque consultation, à chaque visite, à chaque sonnerie du téléphone[2001].

Avec Sassall, c'est toute l'ampleur de la tâche du clinicien qui se révèle et le vécu déceptif qu'elle peut susciter (« ne le satisfera jamais »). Sa clinique témoigne d'une pratique du contact et de l'écoute au plus près de la personne humaine (« les patients parlent de leur état ou de leurs soucis »). Mais aussi assidue soit-elle (« je sais, je sais »), elle ne peut pourtant en épuiser la connaissance de l'autre dans son entièreté (« il ne possède pas encore l'explication », « aucune réponse […] ne le satisfera jamais », « en savoir plus ») ni l'assurer de la maitrise de son action soignante (« ignore donc l'étendue de son propre pouvoir »). La clinique est bien loin de se réduire à la seule aptitude à poser un diagnostic initial juste. Il ne s'agit pas non plus, tel un technicien scientifique, de se contenter de maitriser les rouages d'une entité bio-anatomique[2002] sans tenir compte de l'existence des personnes dans la diversité de ses déterminants. Elle relève, bien au contraire, d'un processus sans cesse renouvelé au contact des patients que Berger retranscrit au mieux (« à chaque consultation, à chaque visite, à chaque sonnerie de téléphone »). C'est une dynamique insatiable et sans limite puisqu'elle se doit d'être attentive à un *continuum* de situations vécues aussi diversifiées qu'évolutives. D'autres données descriptives

---

[1999] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating uncertainty. Op. cit.*: "We demand a differential diagnosis after being presented with few facts and exhort our trainees to "put your money down" on a solution to the problem at hand despite the powerful effect of cognitive biases under these conditions".

[2000] Jaume Jacques. *Op. cit.*, p. 40 : « Il ne faudra surtout pas se contenter de ce premier diagnostic et rester vigilant, le mettre en doute pour ne pas passer à côté de "quelque chose" ».

[2001] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 81.

[2002] Masquelet Alain-Charles, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens » in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 45-46. Masquelet rapporte le propos suivant de Canguilhem « La clinique n'est pas une science et ne sera jamais une science alors même qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus garantie. La clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration et de restauration du normal dont la fin, savoir que la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif ».

issues du portrait de Sassall illustrent à quel point l'exercice de la clinique peut être difficile et propice à un inépuisable état de doute du soignant[2003]. Le propos suivant en témoigne :

> Là, il se trouve presque toujours placé dans une situation absurde : à essayer de filmer sur le pont alors qu'une vague déferle sur lui ; perdu dans une ville qu'il ne connait pas ; maniant un marteau-piqueur qui lui échappe des mains[2004].

Les métaphores ici mobilisées pour illustrer l'activité clinique en révèlent toute la complexité et la difficulté mais aussi combien elle engage la responsabilité du soignant et partant l'état de doute réitéré auquel cela peut conduire. Le soignant peut être intensément mobilisé du fait du niveau d'urgence, de crise, de gravité des situations justifiant son intervention (« une vague déferle sur lui »). Ces mêmes facteurs rendent son travail d'autant plus ardu (« essayer de filmer sur le pont alors qu'une vague déferle ») puisqu'ils peuvent gêner sa juste perception de la situation par un effet de flou voire d'aveuglement. D'autant que le clinicien fait aussi très souvent face à de l'inconnu (« ville qu'il ne connaît pas »), qu'il s'agisse des malades, de leurs proches ou, en l'occurrence, de la communauté des forestiers, mais également des problèmes qui les amènent à solliciter une assistance médicale. Enfin, son activité clinique n'est pas sans risque. Outre le risque d'erreur d'interprétation, il peut être amené à mobiliser divers outils, diagnostiques autant que thérapeutiques, très puissants mais aussi dangereux (« marteau-piqueur »). Or l'instabilité de la situation et la multitude de facteurs susceptibles de troubler sa lisibilité et son évolution amplifient le risque de complication et d'iatrogénie (« marteau-piqueur qui lui échappe des mains »). Avec cette série de métaphores, Berger illustre le niveau de doute extrême auquel le clinicien doit parfois faire face, et ce de façon récurrente. Il montre aussi combien son activité clinique l'engage dans une épreuve qui peut être hautement périlleuse pour les patients autant que pour lui-même. La description des tempêtes que Sassall est amené à traverser au prisme de son activité clinique est en phase avec l'analyse de Jean-Christophe Weber, à savoir que « Par gros temps, la vertu requise est le courage »[2005].

Pouvoir douter en tant que soignant ne relève donc pas que des règles de la bonne pratique du scientifique et du clinicien qu'il suffirait de suivre religieusement. Cela passe également par une *disposition d'être* à l'égard d'une personne singulière qui n'est pas réductible à une entité pathologique extériorisable[2006] et facilement définissable et qu'il n'est ni simple ni évident de rencontrer. Chaque rencontre est à chaque fois une nouvelle expérience inédite confrontant à l'extrême diversité des situations, et parfois leur complexité (médicale mais aussi sociale, familiale, affective, etc.). Elle exige un effort d'attention singulière et donc de doute sans cesse renouvelé à l'égard de tout ce qui contribue à définir une personne donnée et sa situation. La

---

[2003] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.
[2004] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 81-82.
[2005] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 22.
[2006] Crookshank F.G., "The Importance of a Theory of Signs and a Critique of Language in the study of Medicine" in Odgen C. K., Richards I. A. *The meaning of meaning*. New York : Harcourt, Brace and Company, 1923, Suppl. 2, p. 342 : « C'est une erreur médicale grossière de dire, d'écrire et finalement de penser que ces *maladies* que nous nommons, ces *références générales* que nous *symbolisons*, sont des entités douées d'une existence externe ». En ligne: The Meaning of Meaning : C. K. Ogden & I. A. Richards : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive, consulté le 5 mars 2026.

réitération de cet engagement, par la disponibilité, la vigilance, le labeur, l'adaptabilité, la créativité ainsi que les difficultés auxquelles il peut aussi parfois confronter (à l'instar d'une enquête diagnostique infructueuse), peut être source d'épuisement[2007]. De même que cet embarras déjà évoqué, le fait d'accepter de se laisser déstabiliser et même entamer[2008] par ce que suscite et exige la situation de tel ou tel patient peut générer un inconfort récurrent et être vécu comme menaçant parce que constituant une trop fréquente mise à l'épreuve. Autrement dit, et même s'il s'épuise parfois, le clinicien qui doute ne peut être ni paresseux ni peureux. Il est tout au contraire un professionnel dont une des vertus essentielles est le *courage* parce qu'il ose la rencontre, la mise à l'épreuve de ses compétences biomédicales et de sa disposition d'être, dans l'infinie déclinaison des imprévus et déstabilisations à laquelle confronte la pratique clinique. Dans une telle configuration, il n'y a, en réalité, jamais de réponse suffisamment exhaustive ni définitive, mais une *attitude* d'être toujours en état d'accueillir, de s'étonner[2009], d'essayer de comprendre un peu plus et d'accompagner un peu mieux, autrement dit et si possible, d'agir au mieux dans les limites de son « propre pouvoir » soignant.

3 – Jacques Chauviré ou le doute existentiel du soignant

La médecine peut conduire les soignants à s'interroger sur la condition humaine. Elle ne consiste pas seulement à résoudre des problèmes assez prosaïques et souvent très techniques relatifs à la machinerie et la physiologie du corps ainsi qu'à traiter des maladies objectives via l'application méthodique de connaissances médico-scientifiques. C'est parce qu'elle relève fondamentalement aussi du souci de l'humain que la médecine mobilise des questions existentielles très profondes. Pour illustrer le concept de doute existentiel des soignants (aux antipodes d'un doute méthodique et désincarné), je m'appuierai sur le médecin Jacques Chauviré (1915-2005) et son *Journal d'un médecin de campagne*[2010]. Les réflexions qu'il y déploie sur la condition humaine se nourrissent continument de son expérience de médecin. Les questions qu'il y soulève, qu'elles portent sur le sens de la vie, de la mort comme sur le sens du métier de soignant, sont intemporelles et universelles. Elles peuvent en effet assaillir tout soignant œuvrant auprès et au bénéfice de personnes affaiblies, en souffrance, malades, au crépuscule de leur vie, ainsi que de leurs proches. « Il n'y a pas d'autre question que celles du mal, de la souffrance et de la mort »[2011] écrit ainsi Chauviré. Alors que le système de santé tend à dénier ces questions existentielles, Chauviré semble nous dire à la fois leur importance et combien la littérature, la philosophie, l'art, dont celui de l'écriture, sont essentiels pour pouvoir les aborder, tout en s'en nourrissant.

[2007] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *La tragédie de Sassall jusqu'à mourir d'une spirale de doute jamais remise en cause*.
[2008] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*., p. 26.
[2009] Je remercie Annette Mouret de m'avoir rapporté cette réflexion de son frère médecin, fruit de son expérience clinique : « être médecin c'est avoir une capacité toujours préservée d'étonnement ».
[2010] Chauviré Jacques. *Journal d'un médecin de campagne 1950-1959*. Mazères: Le temps qu'il fait; 2004.
[2011] *Ibid.*, p. 46.

3.1 – Le choix du *Journal d'un médecin de campagne* de Jacques Chauviré

Médecin et écrivain, Jacques Chauviré n'a jamais cessé d'écrire concomitamment à sa pratique de la médecine. Il fut reconnu comme un authentique écrivain-médecin[2012] et à ce titre comparé à Jean Reverzy[2013]. Après des études et un internat de médecine aux hospices civils de Lyon, Chauviré a pratiqué la médecine générale toute sa vie, soit près de 40 ans à compter de son installation après la seconde guerre mondiale, à Neuville-sur-Saône, une petite commune de la métropole lyonnaise. Il se qualifiait de médecin de campagne, ainsi qu'en atteste le titre de son *Journal*.

Le choix de traiter la question du doute existentiel des soignants en m'appuyant sur l'expérience de ce médecin qui est aussi un homme de lettres, et plus particulièrement sur son *Journal*, repose sur plusieurs raisons. Certes issu de la médecine occidentale, il n'en est pas moins une voix à part sur la médecine. Parce qu'il a pu s'extraire du carcan de l'institution hospitalière, il est indemne de ses tensions internes, enjeux de pouvoir et querelles intestines[2014]. Sa voix n'est ainsi pas contrainte par les discours d'autorité à l'œuvre dans les institutions sanitaires où la prééminence technoscientifique et la rationalisation économico-administrative éloignent de la médecine elle-même et plus encore des questions sur la condition humaine qu'elle suscite. Tout au contraire, Chauviré réfléchit et s'exprime depuis un cabinet médical de campagne en bord de Saône, d'où il n'a de souci que pour ses patients et les questions existentielles qu'ils lui inspirent, tandis que son regard peut se perdre dans le spectacle de la nature, très présente dans son texte. C'est aussi un homme doté d'une très grande ouverture d'esprit. Il est très cultivé ainsi qu'en témoignent les nombreux auteurs qui accompagnent sa réflexion (Kafka, Nietzsche, Kierkegaard, Camus, Molière, Vigny, Baudelaire) et qu'il cite abondamment. Il s'intéresse également à d'autres cultures (tel le bouddhisme) caractérisées par des approches de la vie et de la mort qui peuvent être très différentes de sa propre culture. Son propos est donc aux antipodes d'un discours convenu et fermé parce que façonné à l'aune de la rationalité scientifique occidentale.

Cette aptitude à une pensée plurielle sur ces questions existentielles aussi graves que la maladie, la souffrance, l'agonie, la mort auxquelles sa pratique médicale le confronte au quotidien, témoigne, en plus de son esprit d'ouverture et de tolérance, d'une propension naturelle pour le doute. La forme hétéroclite de son journal est à cet égard particulièrement intéressante. Il est constitué de notes, prises au jour le jour, datées, pas forcément dans la continuité les unes des autres ainsi qu'en témoignent les ruptures de thème et de style. Ces notes peuvent être, soit très brèves et spontanées, soit plus élaborées et étayées de nombreuses citations littéraires et philosophiques. Ses pensées et réflexions sur le sens de l'existence et de ses affres peuvent se nourrir de l'attention soucieuse portée à la situation de certains de ses patients, mais aussi des

[2012] Camus, avec lequel il entretenait une correspondance épistolaire et qu'il rencontra plusieurs fois, contribua à sa reconnaissance par la maison d'édition Gallimard qui publia tous ses romans.
[2013] Tous deux formés aux hospices civils de Lyon, ils furent collègues et amis, Chauviré restant proche de Reverzy jusqu'à sa disparition prématurée. Reverzy a obtenu le prix Renaudot pour : Reverzy Jean. *Le passage*. Paris: René Julliard; 1972.
[2014] Aïach Pierre, Fassin Didier. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos; 1994.

évènements sociaux et historiques ou encore des impressions que lui procurent l'observation de la nature changeante. Même s'il a pris soin de bien préciser *Journal d'un médecin de campagne*, il n'y a que très peu de données médicales à proprement parler et aucune référence scientifique. Il renonce ainsi au discours autant qu'à la logique de la médecine pour inscrire ces vies rompues autant qu'interrompues de ses patients dans un autre cadre, celui des injustices sociales et des tragédies perpétuellement renouvelées de l'Histoire du monde[2015]. Il mobilise ainsi régulièrement les métaphores historiques (la guerre) autant que climatiques[2016] (l'agitation, le reflux, la colère de la nature au prisme de ses mutations saisonnières) pour évoquer ce combat angoissé, chaotique et sans cesse réitéré contre la misère, la souffrance, la maladie, sans autre issue que la fin et le désastre de la mort. Preuve que ce n'est pas sur la discipline médicale proprement dite qu'il se penche dans son journal, mais bien sur la condition humaine et sur le sens du geste consistant à procurer assistance et soins à autrui. Cet ouvrage est ainsi particulièrement propice pour éclairer le doute existentiel des soignants. Bien que singulière (et ne prétendant donc pas à l'exhaustivité), la voix de Chauviré offre un écho possible à tous ceux de la communauté soignante qui partagent de similaires interrogations mais qui peuvent manquer de liberté, comme de mots ainsi que du pouvoir de l'écriture pour oser s'exprimer.

Le choix de Chauviré permet aussi de questionner l'importance pour lui cruciale de la littérature et de son travail d'écrivain pour pouvoir *penser* la médecine dans tout ce qu'elle mobilise et interroge, au point de sembler indissociables. On peut même se demander si la littérature ne serait pas première. Ainsi que l'illustrent la forme et le style de son *Journal*, la littérature (les nombreux auteurs et œuvres qu'il analyse) annonce tout en le suscitant le propos médical, et peut-être même l'autorise. Ce ne serait que grâce à la littérature que Chauviré serait parvenu à mettre en mots et en questionnement sa pratique soignante mais aussi tout ce à quoi elle confronte, l'angoisse de la mort, l'innommable souffrance, la difformité inconcevable des maladies. Par l'impossible mise en mots de ce *réel* qu'impose constamment la médecine, la littérature offrirait une langue à cette expérience – aux antipodes du langage technique et déshumanisé de la science médicale – et rendrait possible la construction d'une pensée sur ce qu'il vit et observe en tant que médecin. Il peut ensuite y revenir et l'actualiser au gré de nouvelles expériences et du déploiement progressif de sa réflexion autour de thématiques récurrentes dans son œuvre comme l'est particulièrement celle de la mort. *In fine*, cette intrication étroite entre littérature et médecine que l'œuvre de Chauviré permet de révéler ne lui est pas spécifique. L'œuvre littéraire est omniprésente à la médecine narrative, aux humanités médicales et dans bien des groupes de réflexion dans différents disciplines médicales[2017], preuve qu'elle constitue une aide inestimable pour penser les questions complexes auxquels les soignants sont confrontés.

[2015] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 26-27 : Il évoque ainsi cette famille de migrants espagnols (les P.) dont on « disait qu'ils étaient communistes » et dont le père fut arrêté et déporté à Dachau : « Ils furent mes premiers patients pendant la guerre et on ne peut s'imaginer la misère de ce temps ».

[2016] *Ibid.,* p. 13 : « 19 novembre. Dimanche noyé de pluie. La Saône grossit de plus en plus. […] 27 novembre. Il pleut chaque jour. J'aime la pluie parce qu'elle m'isole. 30 novembre. La guerre paraît imminente entre la Chine et les États-Unis en Corée ».

[2017] Koven Suzanne. *Reading Kafka in the Hospital Cafeteria*. N Engl J Med 2023;389(6):487-9. En ligne : Reading Kafka in the Hospital Cafeteria by Koven Suzanne NEJM, consulté le 4 mars 2024. Je renvoie aussi au *séminaire Babylone Psychanalyse et Littérature* organisé par le département de Psychiatrie de l'adolescent et du

3.2 – Une constante interrogation sur la mort au cœur du doute existentiel de Chauviré

La profession médicale confronte très concrètement à la mort. Tout dans la formation médicale, comme les attentes à l'égard des médecins, les conduit à appréhender la mort sous un angle strictement biologique (le raccourcissement des télomères lié au vieillissement cellulaire, l'arrêt de la vie biologique sous l'effet d'une défaillance d'organe). Mais, ainsi qu'en témoigne Chauviré, la mort est aussi un phénomène existentiel auquel les soignants ne peuvent être indifférents. On est dès lors porté à se questionner sur l'impact de cette expérience de la mort et des pensées qu'elle suscite sur le doute des soignants.

Le *Journal* de Chauviré en offre une illustration. Il y revient constamment sur « le problème fondamental de la condition humaine qui est celui de l'angoisse face à la mort »[2018]. La question de la mort et du sens de la vie est centrale dans les réflexions que suscite sa pratique médicale. Un texte intitulé *Funéraires*, relatant dix courts récits de morts à l'œuvre, fait d'ailleurs suite à son *Journal*. Il en émane un sentiment de tristesse sombre, de révolte impuissante, de dénuement. Plutôt que de l'en protéger, son statut de médecin et sa longue expérience auprès des patients semblent bien au contraire l'en éblouir d'autant plus douloureusement au point d'écrire « Je crois de plus en plus que la mort est un scandale »[2019]. Le fait de ne cesser de (ré)interroger le sens de la mort domine l'expérience de doute existentiel chez Chauviré mais ne paraît pas si distante de la question du sens de la vie.

3.2.1 – Aux antipodes d'une vision cadavérique de la mort

Chauviré est si préoccupé par la question de la mort qu'il pourrait en paraître hanté. Pourtant, la question qui le hante est peut-être d'abord de savoir où elle se situe précisément ainsi que le suggère son *Journal* de 1951 :

> 1er décembre : connaissance du cadavre. […]
> Cadavre point anonyme, étendu sur une table de métal ou de pierre dans une impudeur pitoyable.
> Il témoignait non pas tellement de la mort mais d'un au-delà charnel et froid.
> Alors commençait le long colloque entre l'apprenti et le corps inerte et roide.
> […]
> Dans un effort immense de toute sa jeunesse, l'apprenti tirait hors du corps les viscères partout adhérents. Ciseaux, ciseaux ! Et les étalait entre les jambes du cadavre[2020].

Avec un style glaçant, quasiment documentaire, comme pour tenter vainement d'en exclure tout affect (« impudeur pitoyable »), Chauviré donne à sentir la lourdeur et la froidure d'un corps inerte et livide à même la dureté glacée d'une table de dissection (« de métal ou de pierre »). Il

---

jeune adulte et coordonnée par Maurice Corcos. En ligne : «Babel 20 ans après» | Institut Mutualiste Montsouris Babylone, consulté le 5 mars 2026. Il est précisé en préambule qu'il s'agit de « questionner l'œuvre littéraire de certains, fruit singulier de leur expérience au monde, non pour débusquer leur fantasme et l'interpréter, mais bien pour prendre conseil… et parfois note ».

[2018] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 9.

[2019] *Ibid.,* p. 29-30.

[2020] *Ibid.,* p. 32.

fait entendre le cliquetis métallique des instruments qui découpent (« Ciseaux, ciseaux ! ») et percevoir la fuite de toutes part des fluides corporels et l'effondrement des chairs flasques (« les viscères […] entre les jambes ») tendant déjà vers la putréfaction. Style anatomique pour décrire une découpe charcutière (« tirait hors du corps ») avant que d'en proposer les morceaux (« les viscères ») sur l'étal, ainsi que cela se ferait dans une boucherie[2021] (« les étalait »). Pour Chauviré, cette épreuve de l'autopsie est non seulement propre à entamer passable une jeune personne en formation (« effort immense de toute sa jeunesse ») mais n'a rien à voir avec la mort (« témoignait non pas tellement de la mort »). Chauviré nous dit que le cadavre n'est tout simplement pas un mort tant les dimensions de personne, d'identité (« anonyme) et même de corps (« au-delà charnel et froid ») semblent l'avoir totalement déserté. Ce qui se joue là n'est, selon lui, pas de la médecine (au point de travestir ironiquement le terme « colloque »[2022]) mais relève d'une stricte procédure d'analyse scientifique de la matière (« connaissance du cadavre »). Rita Charon semble elle-aussi hantée par une expérience similaire[2023].

Situer un tel texte est difficile tant il contraste avec le reste de son *Journal*, à moins de considérer la marque à la fois d'une résurgence traumatique de cette pratique qui lui fut imposée durant sa formation à l'hôpital[2024] et d'un retour réflexif sur sa rencontre progressive avec la mort. A cet égard, il est notable que cet extrait est positionné dans son *Journal* après l'évocation d'un vécu postérieur. Par cette rupture de l'ordre chronologique, tel un irrépressible besoin de rappel des faits, Chauviré semble opérer une plongée mémorielle dans l'état le plus inorganique, hors l'homme, celui de cadavre, pour mieux le reléguer. Cette anatomie d'un cadavre, géologie bien plus qu'archéologie d'un corps et de ses viscères, raisonne avec l'idée de traces mentales (autant dire de séquelles traumatiques) d'une telle expérience. Dans le cours de sa réflexion sur la mort, il semble ainsi nous dire à quel point elle demeure trompeuse et surtout dénuée de sens à ses yeux.

3.2.2 – Apprendre la mort par sa proximité clinique avec les patients

En différenciant radicalement ce que représente la mort de ce qu'est un cadavre, Chauviré semble opérer une distinction tout aussi radicale entre connaissance scientifique et pratique de la médecine. Ce n'est pas la science biomédicale qui lui apprend ce qu'est la mort mais les malades qu'il rencontre dans sa pratique clinique. En témoigne son *Journal* de 1951 :

> 11 novembre : Je n'ai pas fréquenté la mort à l'hôpital ou, si je l'ai fréquentée, je n'étais pas seul avec elle. Médecin plus qu'homme.
> […]

[2021] *Ibid.,* p. 33 : « Ensuite, l'apprenti prélevait et présentait les organes sur une table après les avoir pesés ».
[2022] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Vers un exercice collectif de la médecine qui favorise le partage du doute entre soignants* où le principe du « colloque » entre patient et soignant(s) est développé.
[2023] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.* p. 59 : « Le jour suivant, je m'en souviens, toute l'équipe est obligée d'assister à son autopsie. L'anatomopathologiste montre les organes de mon patient dans des plats rectangulaires en inox ».
[2024] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 32 : « la pratique quotidienne de l'autopsie de malades que l'on avait rencontrés tous les matins pendant plusieurs jours ».

> Je n'ai su ce qu'était la mort que lorsque j'ai commencé à exercer la médecine, à assister des mourants, à être confronté à l'agonie, dans une chambre, auprès d'un lit, auprès du désarroi des proches et dans le mien[2025].

Bien que la pratique de l'autopsie, *a fortiori* systématique, ne soit plus d'usage, le propos de Chauviré n'est pas anachronique lorsqu'il estime n'avoir « pas fréquenté la mort à l'hôpital ». Les rôles qu'impose l'institution hospitalière, dont celui de bio-médecin (« Médecin plus qu'homme »), tendent à priver d'une expérience de la mort autre que purement biologique (et donc cadavérique), ce d'autant plus lorsque les enjeux de connaissance et de maitrise priment sur l'accompagnement (« assister des mourants »). C'est pourquoi, seule la pratique de la médecine de campagne l'a conduit à réellement rencontrer la mort (« su ce qu'était la mort »), étant alors à la fois un clinicien (« dans une chambre, auprès d'un lit ») et un homme délesté de ce fantasme de puissance scientifique et donc soumis à l'angoisse de la mort (« seul avec elle », « confronté à l'agonie », « désarroi … dans le mien »).

Chauviré affirme ainsi combien, bien plus que la médecine scientifique, la clinique au lit des malades et la proximité avec les proches ouvre des champs d'expérience et de réflexion bien plus riches et vertigineux s'agissant des questions relatives à la condition humaine et particulièrement la mort. Quel que soit la profondeur et l'acuité, même infinitésimale, de son regard, la science du corps humain mort en est déconnectée, si ce n'est futile. Usant d'une comparaison glaçante, il ajoute : « Même la guerre ne m'a rien appris sur elle [la mort] »[2026]. La mort lui apparait, par contraste, dans toute son évidence lorsqu'il écrit ceci :

> 23 mai. François P. est mort hier soir d'une hémoptysie. Lorsque j'ai vu sa mère courir sur le quai en criant, j'ai compris.
> Il avait dix-sept ans. Il n'a pu supporter sans doute cette première journée de chaleur annonciatrice de l'été[2027].

L'agitation comme le cri déchiré d'une mère sur un quai de gare lui en disent bien plus (« j'ai compris ») du choc et de la révolte que l'hôpital, la guerre et leurs cadavres. La médecine de campagne, dénuée de prestige et d'ambition scientifique, au plus près de la réalité de vie des personnes parmi les plus humbles, a conduit Chauviré au plus près de la mort, c'est-à-dire avant tout de son horizon existentiel. En se trouvant positionné à même hauteur que ses patients, la mort est ainsi devenue non pas la question d'un « médecin plus qu'homme » mais celle d'un homme, d'un médecin et d'un écrivain imprégné autant du souci de l'autre que de littérature et de philosophie. Il n'en est que mieux disposé pour réfléchir à ce sujet pour lui insatiable et fondamentalement source de révolte. Car, si ce questionnement sur la mort lui importe à ce point en tant que médecin c'est parce qu'il est, selon lui, intrinsèquement liée au sens de la vie elle-même. Le pourquoi vivre plutôt que mourir, en dépit de circonstances et de contraintes parfois épouvantables (tel qu'un traitement ou un handicap à vie) alimente ainsi inlassablement cet état de doute existentiel face à la mort.

[2025] *Ibid.,* p. 28.
[2026] *Ibid.,* p. 28.
[2027] *Ibid.,* p. 21.

3.2.3 – Une approche de la mort aux antipodes de la rationalité biomédicale

Ne cessant d'approfondir sa réflexion sur la mort, Chauviré en vient à se départir radicalement de la rationalité scientifique et de la définition biomédicale de la mort, laquelle se trouvait alors en pleine évolution[2028]. Fruit de l'observation et de l'accompagnement de ses patients, il écrit en novembre 1951 :

> 16 novembre. La mort est une parturition laborieuse qui se prolonge souvent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.
> Accoucher de son âme serait plus exact que rendre l'âme[2029].

Cette dissidence totale à l'égard de la théorie médicale sur la mort est caractéristique de ce doute existentiel qui est le sien en tant que soignant. Chauviré suggère si ce n'est la prévalence, du moins l'importance du combat morale sur la dimension physique de l'agonie. Il use pour cela de la métaphore de l'épreuve éminemment longue et douloureuse de l'accouchement (« parturition laborieuse »). Par ailleurs, il propose une version libératrice pour l'âme (« accoucher de son âme » renvoyant à la délivrance de la femme qui expulse le nouveau-né) tout à l'inverse de l'idée d'effacement définitif de l'âme que concrétise l'image des cadavres disséqués et déshumanisés. Mais par-delà le *travail* de l'âme et ses intenses souffrances à l'approche de la mort, la métaphore de la parturition est aussi promesse de naissance et de vitalité en dépit de la mort physique. *La vie des morts*[2030], film de fiction d'Arnaud Desplechin, concrétise magistralement une telle parturition. Un homme jeune est dans le coma après une tentative de suicide. Son état est hors de toutes ressources médicales, mais il tarde à mourir. L'une de ses cousines, qui pensait être venue veiller un mort, ressent des symptômes typiques de grossesse, ce qui est pourtant incompatible avec la date de ses dernières règles. Un matin, ses draps sont tachés de sang, mais il ne s'agit pas de règles. Elle expulse quelque chose de plus tandis qu'au même moment son cousin finit par mourir. Pour le réalisateur, usant lui aussi du mot *délivrance*, elle accouche de la mort de son cousin et ainsi le délivre. Le cycle habituel de la vie, qui implique d'accoucher de la vie et non de la mort, est donc inversé. Tout comme Desplechin dévoyant le mythe de la vierge Marie, Chauviré ne craint pas d'être sacrilège en exprimant son désaccord avec l'impératif catholique, et la réjouissance qu'elle est censée susciter, de la mort physique dans la continuité du principe de renoncement au corps[2031]. Selon lui, non seulement corps et âme sont intrinsèquement liés mais il n'y a pas de justification religieuse, et plus généralement spirituelle, à la mort. C'est pourquoi Chauviré se trouve perpétuellement bouleversé par la mort, tel un non-sens toujours aussi impensable, un « scandale » réitéré, sa plus grande source de doute existentiel.

[2028] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage. Op. cit.*
[2029] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 29-30.
[2030] Desplechin Arnaud, *La vie des morts* [Film, 50 min]. France : Odessa Films, RGP France et La Sept, 1991.
[2031] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 29-30 : « Impossible aussi d'adhérer au *Cantique à notre frère le Soleil* en raison de la dernière strophe : « *Loué sois-tu Seigneur, pour la mort corporelle* ». Tout mon être se hérisse contre cette nécessité ».

3.3 – Le sens du métier de soignant, une puissante source de doute existentiel

La profondeur des maux de l'existence, les maladies, le scandale de la mort mènent naturellement Chauviré à douter du sens de son métier de médecin. A s'interroger ainsi sur ce que soigner apporte réellement (aux autres comme à lui-même), la tentation déceptive et du renoncement risque toujours de poindre. Pourtant Chauviré écrit aussi : « Je me suis fréquemment interrogé sur mon métier. Je suis médecin et il me paraît que je n'aurais pas pu faire autre chose »[2032]. L'attachement indéfectible ne prive donc pas de pouvoir se questionner et peut-être même y invite.

3.3.1 – Le doute existentiel face aux difficultés d'être soignant

L'impuissance de la médecine et les difficultés auxquelles elle confronte dans son exercice constituent autant de sujets de doute quant à la condition de soignant. A ce propos Chauviré écrit en 1953 :

> 28 décembre. Les livres que je trouve importants, peut-être à tort, sont désespérants.
> […] « *Ne pas arriver à triompher d'une expérience est déjà le signe d'une décadence* ». Nietzsche, *La Volonté de Puissance*.
> J'ai conscience de ne pas triompher de mon expérience de médecin. Ou si j'y parviens, ce n'est pas sans épreuve.
> Je crois que la lecture du *Mythe de Sisyphe* m'y a aidé. Mais j'éprouve néanmoins la difficulté à me maintenir sur la corde raide[2033].

De son engagement, pourtant « corps et âme » dans ce métier de médecin de campagne dont il reconnaît les difficultés, émane un sentiment d'incomplétude et d'inquiétude. Il y a du désespoir ainsi qu'en témoignent les lectures qui s'invitent à lui comme étant les plus à même d'éclairer son expérience médicale (« Les livres […] sont désespérants »). Il y a aussi, si ce n'est un sentiment d'échec (« ne pas triompher de mon expérience de médecin »), du moins de vanité. Ses efforts lui semblent vains puisqu'il lui faut sans cesse remettre son ouvrage à l'épreuve. Malgré ses efforts, il se sent toujours en difficulté et incertain des bénéfices de ses actions ainsi que l'illustre le fait de se sentir constamment sur une « corde raide ». Autrement dit, rien de ce qu'il produit en tant que médecin n'est jamais, selon lui, acquis, assuré ni pleinement satisfaisant. En mobilisant le *Mythe de Sisyphe* Chauviré va jusqu'à questionner l'absurdité de ce métier. A plus d'un titre, l'expérience du métier de soignant constitue bien une épreuve existentielle.

Chauviré ne cherche pour autant pas à résoudre de tels questionnements. Les mots et formules « peut-être à tort », « si j'y parviens », « je crois que », « difficulté », autant que l'usage du conditionnel, soulignent une position réflexive et de retenue. Si ces questions sont posées, elles demeurent en suspens témoignant aussi de sa modestie, un trait saillant de sa personnalité. Il faut dire qu'il est assailli par cette conscience aiguë de l'impuissance fondamentale de la médecine face à la mort et face au destin de ses patients. Le thème existentiel de l'impuissance est central pour Chauviré ainsi qu'en témoigne cette réflexion de 1953 :

[2032] *Ibid.,* p. 59.
[2033] *Ibid.,* 59-60.

> Camus écrit : « Mais je sais aussi, avec quelques autres, ce qu'il faut faire, sinon pour dominer le mal, du moins pour ne pas y ajouter. Nous ne pouvons pas empêcher peut-être que cette création soit celle des enfants torturés. Mais nous pouvons diminuer leur nombre », je ne suis plus d'accord avec lui. Je ne crois pas que les hommes de bonne volonté manquent, je crains seulement qu'ils soient impuissants[2034].

L'impuissance n'est pas spécifique à la condition de médecin mais s'avère un enjeu d'autant plus important pour le soignant. Car c'est précisément là le sens de son engagement que de repousser l'impuissance face aux maladies, aux souffrances, à la mort. Or, Chauviré constate la vanité de ce projet (« dominer le mal », « ne pas y ajouter », « diminuer leur nombre ») puisqu'il ne relève pas, selon lui, d'une question de conscience, de volonté et de choix mais précisément de l'impuissance fondamentale de l'homme. Sa position face à Camus ne relève donc pas de la simple nuance, il est en désaccord. Pour Chauviré, les hommes de bonne volonté ne manquent pas, c'est leur pouvoir d'agir qui les met en défaut quand bien même ils seraient d'authentiques *hommes révoltés*[2035]. Cette impuissance fondamentale de l'homme, et plus particulièrement du soignant met constamment à mal le sens du métier d'assister et de soigner. Que la médecine soit impuissante (bien qu'elle refuse si souvent de l'admettre), inutile parfois, éventuellement encombrante et même coupable[2036], amplifie le sentiment d'isolement, de vacuité et de non-sens. Le soignant ne peut rien face à la mort, il n'est qu'un homme.

La confrontation à l'absurde est aussi au cœur du vécu d'impuissance et parfois même de désespoir des médecins, ainsi que Chauviré l'évoque dans son *Journal* de 1953 :

> J'ai conseillé un jour aux parents d'un enfant atteint de scoliose de lui faire pratiquer la natation. […] Je fus écouté. Son père a conduit Pierre à la rivière. Il y a disparu un dimanche soir […]. On a retrouvé le corps de l'enfant noyé à la tombée de la nuit. […] voici que Mme G. reproche à son mari d'avoir manqué de vigilance. Je crains qu'il ne devienne le responsable[2037].

Un conseil sanitaire aussi pertinent que bienveillant (la natation pouvant améliorer la musculature et le bien-être ainsi que réduire les douleurs) se transforme en la clé d'initiation d'un enchainement fatal. C'est le lot commun des interventions soignantes qui peuvent toujours se compliquer d'effets indésirables tragiques et parfois imprévisibles. Chauviré invoque ici l'effroi et le désarroi que peut envahir tout soignant, confronté au non-sens absolu dont son métier le rend témoin mais aussi acteur, précisément comme s'il était « complice du désastre »[2038]. L'absurdité déploie d'autant plus son poison qu'elle fait circuler la responsabilité de façon totalement incohérente. L'argument de l'accident ou de l'aléa thérapeutique ne résout en rien le malaise profond, la blessure dans l'âme, l'expérience écœurante de l'absurde que

---

[2034] *Ibid.,* p. 60.
[2035] Camus Albert. *L'Homme révolté*. Paris: Gallimard; 1951.
[2036] Charon Rita. *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires. Op. cit.* p. 60 : « inévitable culpabilité face l'impuissance de la médecine ».
[2037] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 56.
[2038] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 16-17 : « le docteur qu'ils connaissaient si bien leur semblait être le complice du désastre tandis que, sous l'arbre, il s'occupait de la jambe que le quatrième d'entre eux allait perdre ».

traverse alors un soignant. Le désarroi est absolu face au non-sens de ces injustices non maitrisables de la vie auxquelles il doit si souvent faire face. Chauviré est encore de ceux-là lorsqu'il écrit : « Une telle épreuve, la mort de François P., me marquent d'un pessimisme et finissent par m'interdire tout bonheur tant tout cela me paraît absurde et d'une effroyable stupidité »[2039]. L'épreuve existentielle du soignant est ainsi telle parfois qu'elle peut conduire au désespoir et au pessimisme le plus profond. Ne laissant donc plus de place qu'à un vécu d'impuissance face aux maux de l'existence, Chauviré, percuté par la conscience de la vanité de sa mission et les désillusions qui en résultent, écrit simplement : « Je ne peux rien »[2040].

3.3.2 – Au vécu d'impuissance des médecins, les patients peuvent opposer le destin

S'il peut être douloureux voire tragique pour les soignants[2041], le vécu d'impuissance est omniprésent à leur pratique[2042], ne serait-ce qu'au regard de la mort inéluctable. Parce que le sens de leur métier consiste à maintenir la vie, il semble qu'il leur soit impossible d'appréhender la mort autrement que comme un échec comme de concevoir que la vie puisse avoir moins de valeur que la foi[2043]. Or, c'est parce que, tout à l'inverse du *fatum*, la médecine est dotée d'une incroyable *puissance d'agir* et de changer le cours des maladies, que l'impuissance s'avère d'autant moins supportable pour eux. Il n'est alors que les patients ou leurs proches pour oser leur opposer le destin, tant connecté à leurs yeux aux notions de fatalité et de renoncement indissociable, et partant les rassurer si ce n'est les consoler. Cette question de la valeur de la vie propre à la profession soignante, et partant celle du sens de leur métier, peut susciter un doute existentiel (en plus d'un doute axiologique qui sera plus loin développé[2044]).

A propos de la mort qui soucie tant Chauviré, la médecine invite certes à situer le scandale dans les circonstances et la manière de mourir : à l'âge de l'enfance, à cause de la misère, de la guerre, d'une maladie éprouvante et incurable, dans de terribles et insolubles douleurs, avec d'épouvantables délabrements et/ou handicaps, etc. Autrement dit, le scandale ne se situerait pas tant dans le *pourquoi* (le fondant sur les raisons propres à la biologie du vivant) mais le *quand* et le *comment*. Cette liste est juste et contribue au tragique de chaque situation individuelle en rendant certaines d'entre elles bien plus scandaleuses[2045]. Pourtant Chauviré,

---

[2039] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 56.

[2040] *Ibid.,* p. 59 : « Elle [Mme G.] se rend compte que chacun est seul et que malgré ma sympathie, je ne peux pas grand-chose pour elle. Je ne peux rien ».

[2041] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le vécu d'impuissance se mue en jugement d'insuffisance à sa propre encontre*.

[2042] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 132 : « Tout médecin peut se sentir parfois impuissant : face une terrible maladie incurable ; face à l'obstination et aux préjugés qui contribuent à perpétuer la situation même qui se trouve à l'origine de la maladie et du mal-être ; face à certaines conditions de logement ; face à la pauvreté ».

[2043] Je pense à la configuration des témoins de Jéhovah qui, en cas d'hémopathie impliquant des transfusions sanguines, se voient constamment rejetés par les services d'hématologie s'estimant privés de pouvoir faire leur travail et refusant de se confronter à un tel dilemme. Je renvoie sur ce sujet à la littérature, notamment le roman suivant très documenté sur le plan médical et juridique : McEwan Ian, Camus-Pichon France (Trad.). *L'intérêt de l'enfant*. Paris: Gallimard; 2015.

[2044] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.

[2045] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 27 : La famille P. vivait dans la plus extrême pauvreté, dans une « pièce unique » de ces « maisons à la frontière du bourg et de la campagne où s'imbriquaient les fermes abandonnées et les ateliers désertés ». L'un des jumeaux souffrait d'« œdème de famine ». Il est probable que François P., l'autre jumeau, soit mort ensuite de tuberculose.

qui œuvre, ainsi qu'y invite la médecine, à modifier ce *quand* et ce *comment*, demeure opposé à toute catégorisation face à la mort. Elle est toujours, selon lui, un scandale, un non-sens, l'expression d'une impuissance fondamentale. Non que cette lutte pour la santé soit vaine mais elle ne répond au fond pas à la question de l'impuissance face à la mort ainsi qu'en témoigne son évocation renouvelée de François P. et sa famille :

> 20 octobre. Je reste bouleversé par la mort de François P. et par la douleur de sa mère. […]
> – Si vous saviez, Doctor …, me dit Mme P. en me prenant la main.
> Sa voix est la fois douce et rocailleuse[2046].

Tout serait dans cette réplique leitmotiv[2047] de Mme P., « Que voulez-vous, Doctor ! »[2048], si puissante par sa justesse et l'amabilité de la personne pourtant accablée qui la prononce mais renonce à toute rancœur. Marqué par son courage et sa dignité, Chauviré éprouve une telle proximité avec cette femme[2049] qu'elle transparait dans le style de son texte. Reprenant cette réplique, il la met en résonnance sobrement : « Pouvait-on quoi que ce fût contre le destin ? »[2050]. A la fatalité du destin, ce *fatum*, que lui propose inlassablement avec ses mots simples et son intonation tendre Mme P., Chauviré ajoute encore et encore du *pourquoi*. Dans son *Journal* de 28 décembre 1953, il cite Kafka : « *La justice ne veut rien de toi. Elle te prend quand tu viens et te laisse quand tu t'en vas* »[2051]. Il y a du destin, mais il y a dans ce destin autant d'impuissance que d'injustice. Là est peut-être une partie du scandale dont la mort est, à ses yeux, indissociable.

3.3.4 – De la puissance réflexive du doute vocationnel des soignants

Ainsi que l'exprime clairement Chauviré à travers son expérience de médecin en formation puis pratiquant en campagne, les difficultés concrètes et le désarroi existentiel sont tels qu'ils peuvent nourrir un état de doute vocationnel. La littérature et l'écriture ont pu être d'un grand secours, lui permettant peut-être de ne pas renoncer à l'épreuve d'*être* pleinement soignant. Inversement sa pratique médicale, y compris le doute existentiel qu'elle a pu régulièrement (ré)activer, ont pu nourrir sa réflexion sur la condition humaine et donc son œuvre.

La vocation médicale de Chauviré a d'abord été mise à mal par la prise de conscience du fossé le séparant de son propre *corps* de métier d'origine, de ses collègues portés par leur pulsion scopique et de découvertes nécropsiques, telle une opportunité de reconnaissance scientifique. Ainsi, sous son tablier d'apprentis aux autopsies, avait-il très vite éprouvé un sentiment d'écœurement, d'étrangeté, de non-appartenance, voire d'illégitimité lui révélant d'autant plus vivement sa solitude. Avant de pouvoir assumer ce fossé et de s'éloigner, il a ainsi pu écrire : « C'est pourquoi je cherche. Il faut en sortir. Mais qui pourrait m'admettre pleinement, tel que

---

[2046] *Ibid.,* p. 26-27.
[2047] *Ibid.,* p. 35 : *Journal* de début 1952 : « 8 février : Revu Mme P. Nous nous rencontrons sur le quai. Nous nous prenons les mains. Elle pleure et balbutie : "Si vous saviez, Doctor" ».
[2048] *Ibid.,* p. 21.
[2049] *Ibid.* : « Nous étions proches l'un de l'autre ».
[2050] *Ibid.*
[2051] *Ibid.,* p. 60. Chauviré s'appuie sur : Kafka franz, David Claude (préface), Vialatte Alexandre (Trad.). *Le Procès* Paris: Gallimard; 1987 [1925].

je suis secrètement ? »[2052]. Ce fut un constat lourd, autant qu'inavouable, de ne pas être des leurs (ceux qui décortiquent scientifiquement) et de ne pouvoir partager ce secret. Mais il marqua aussi une entrée assumée dans sa voie propre, celle d'un médecin de campagne imprégné de littérature et s'adonnant dans le même temps que la médecine à l'écriture autant qu'à l'observation de la nature. « Contrairement à ce que je croyais, mon métier de médecin m'enferme dans la solitude »[2053] a-t-il fini par accepter[2054].

Sa vocation médicale a aussi souffert de ce constat, déjà évoqué, d'impuissance fondamentale de la médecine par rapport au tragique de la condition humaine. Pourtant, alors même qu'il fut un grand écrivain, Chauviré ne renonça jamais à la médecine. Sa création littéraire n'est pas venue se substituer à sa pratique soignante ni même la surpasser, comme cela a pu être constaté chez d'autres auteurs qui ont fini par interrompre toute activité médicale. Il semble, au contraire, que la littérature lui ait été indispensable non seulement pour pouvoir réfléchir à tout ce à quoi la médecine confronte mais également pour pouvoir la pratiquer, en assumer les fins et en surmonter les limites. A ce sujet, Chauviré fait référence aux propos d'un ami chirurgien, Pierre Michaud, avec lequel il a passé son internat :

> 5 novembre. […]
> Il m'écrit : « *Tu sais que mon métier, si j'entends le faire aussi bien que possible et dans la voie que les circonstances plus que moi-même ont choisi, n'est pas vraiment pour moi un moyen d'expression et m'est parfois un obstacle et un déchirement.*
> *C'est malgré tout ce que je me souhaite pour toujours car c'est la preuve que survivent en moi des aspirations autres* ».
> […]
> Son interrogation est voisine de la mienne. Je ne sais pas si mon métier me suffira. […]
> Au contraire, je pense de plus en plus qu'il me faut conserver du temps pour m'élever au-dessus de mon métier pour mieux connaître ses fins et surtout ses limites, pour mieux supporter son poids[2055].

Avec ce propos, on constate combien Chauviré peut être une voix pour d'autres tant ses questionnements ne sont lui sont pas réservés. Ainsi, ce qui lie ces deux amis, en plus d'être tous deux médecins, se situe dans la pratique d'une activité « culturelle » autre que la médecine (« *aspirations autres* ») en tant qu'elle relève d'une nécessité manifestement impérieuse dans leurs vies respectives : « le dessin et la sculpture » pour Pierre Michaud qui dispose d'un atelier d'artiste à cet effet, l'écriture pour Chauviré avec l'ampleur d'un écrivain. Si l'un et l'autre expriment leur attachement à la profession médicale et se retrouvent dans la rigueur et la conscience de la responsabilité qu'ils y engagent (« *le faire aussi bien que possible* »), cette autre « aspiration » si chère à leur cœur s'avère indispensable à leur équilibre et leur identité

[2052] *Ibid.,* p. 34.
[2053] *Ibid.,* p. 17.
[2054] A l'inverse de Chauviré, le doute vocationnel de l'infirmière Valérie – sur laquelle je reviens dans le sous-chapitre *John Sassall ou le doute axiologique du soignant* – l'a conduite à un abandon de carrière. Plus prompte à analyser les signaux d'alerte que je n'ai pu l'être moi-même, et n'ayant pas identifié de modalité singulière d'exercice à même de lui convenir (ainsi que Chauviré y est parvenu), la profession médicale en vient en conséquence à perdre un nombre non négligeable de soignants.
[2055] *Ibid.,* p. 48.

(« *un moyen d'expression* »). Plus encore, elle leur est indispensable pour pouvoir pratiquer la médecine (« pour mieux supporter son poids ») sans être totalement engloutis dans sa pratique (« *preuve que survivent en moi des aspirations autres* »). Elle leur permet aussi d'en surmonter les insuffisances (« pour m'élever au-dessus de mon métier ») et les épreuves, dont celle de se trouver si tragiquement désarmé face aux détresses et injustices subies par les patients.

Si ces activités culturelles et artistiques constituent un soutien inestimable, telle une armure pour résister aux affres de cette vie professionnelle, la médecine en elle-même nourrit cette puissance créatrice par la diversité infinie des sujets qu'elle permet de convoquer. *Littérairement* soutenu (par Camus notamment[2056]), Chauviré produit non seulement une réflexion fertile sur la condition humaine mais ne sombre ni dans le désespoir, ni dans la décadence nietzschéenne évoquée plus haut. On peut dès lors douter qu'il s'accorde avec le propos de son ami chirurgien considérant la médecine comme « parfois un obstacle et un déchirement ». Il se pourrait, au contraire, que Chauviré se sente d'autant plus porté à continuer de pratiquer la médecine qu'elle nourrit sa pensée, son écriture, son œuvre. Il modère d'ailleurs les inquiétudes de son ami en précisant « qu'il n'a pas renoncé » et que son fantasme de la médecine comme empêchement à son expression artistique est sans objet, ne serait-ce que parce qu'il dispose de son propre atelier d'artiste.

4 – John Sassall ou le doute axiologique du soignant

Différentes formes de doute du soignant ont déjà été abordées (scientifique, clinique, existentiel). D'autres formes de doute du soignant doivent être interrogés. Ce chapitre introduit et développe un concept qui nous parait structurant : celui de *doute axiologique* entendu comme la capacité à pouvoir douter d'un système de valeurs. Il s'agit en l'occurrence de pouvoir douter au prisme d'un système de santé donné, des valeurs du soin et de la profession que ce dernier soutient et véhicule.

Un tel doute consisterait à pouvoir, non pas rejeter, mais mettre en discussion les cadres, les normes et les valeurs établis de la médecine telles qu'ils sont enseignés et appris, valorisés et souvent imposés au soignant. Pour illustrer cette dimension de doute axiologique, je propose de convoquer la figure et l'histoire du médecin John Sassall mises en lumière grâce à l'ouvrage *Un métier idéal : histoire d'un médecin de campagne*[2057]. D'une part, ce médecin illustre à lui seul tout à la fois les dimensions de doute expérimental, de doute clinique (Sassall, qui est essentiellement un clinicien, manifeste une particulière appétence pour ce type de doute jusqu'à même le surinvestir) et de doute existentiel (les questions relatives à la mort, la souffrance, la précarité sont pour lui très importantes). D'autre part, sa manière d'être médecin et son niveau

[2056] *Ibid.,* p. 103 : « Albert Camus. M'entretient du manuscrit que je lui ai adressé […] Il s'étonne. - Mais vous ne dites rien. - J'écoute, dis-je. Les rôles sont inversés par rapport à ce qu'ils sont pour moi d'ordinaire. Je vous consulte et vous me conseillez ».

[2057] La version originale est la suivante : Berger John, Mohr Jean. *A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor*. England: Vintage Books; 1997 [1967]. Sauf pour vérifier le sens original du propos de Berger et discuter éventuellement la traduction, nous mobilisons essentiellement dans cette thèse la version traduite en français : Berger John, Mohr Jean (Photo), Lederer Michel (Trad.). *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*. Paris: l'Olivier; 2009.

d'engagement, constituent un exemple particulièrement éclairant de défaut de doute axiologique du soignant et ses conséquences délétères. Par contraste la figure de Chauviré illustre le bien-fondé d'un tel doute en tant qu'il permet au soignant de formuler les conditions d'exercice de la profession à même d'entrer en cohérence avec les valeurs du soin auxquelles il adhère. A contrario, un *conflit de valeurs* devrait pouvoir être interrogé par un soignant grâce au doute axiologique. Il pourra s'agir, par exemple, de conditions d'exercice imposées (défaut de moyens, inadéquation de certaines organisations, etc.) ne permettant pas d'apporter les soins nécessaires à la préservation de la santé, de la qualité de vie et de la dignité des personnes ; d'actes médicaux n'ayant pas pour finalité la pertinence des soins mais des bénéfices financiers et/ou la promotion de produits issus de l'industrie pharmaceutique ; d'interventions sanitaires au seul bénéfice de la recherche ; etc. En ces cas, mobiliser le doute axiologique peut aider l'acteur de santé à prendre du recul ainsi qu'à questionner les conditions de son exercice et leur cohérence avec l'éthique et la déontologie médicales pour pouvoir choisir en conséquence d'en modifier éventuellement la configuration ou d'identifier des voies alternatives[2058].

La question se pose de penser le doute axiologique également comme une opportunité d'oser considérer ce sujet majeur, mais tabou, des limites de la puissance médicale. Façon de prévenir un vécu d'échec et de frustration des bio-soignants ainsi que les dissensions qui peuvent en résulter avec leurs patients, un tel doute pourrait leur permettre de s'ouvrir à un potentiel de créativité inattendu à même de surmonter ces limites. La puissance d'imagination de Sassall en sera une illustration. Pour autant, alors même que les limites et les écueils de la biomédecine sont parfois évidents (à l'instar de son impuissance à soulager certaines souffrances extrêmes ou à sauver de jeunes malades), oser discuter le système de valeur très ancré sur lequel elle s'appuie peut s'avérer particulièrement difficile et déstabilisant ; certains n'y parviennent pas, craignant le vide de repères consécutifs. Ainsi que l'analyse Fourneret, « [la] question de savoir comment juger de ce qu'il faut faire, comment résoudre des problèmes pratiques, se pose parfois avec la crainte qu'il n'existe pas de solution nette »[2059]. Pourtant se confronter aux interrogations que permet de soulever le doute axiologique porté sur un système médical dominant tel que la biomédecine n'est pas sans issue aucune ni garantie de rupture. D'une part, l'absence de réponse n'est ni une fatalité ni définitive, d'autre part elle n'empêche pas de découvrir et d'agir, y compris justement au-delà des périmètres inévitablement restreints (tel le périmètre de recommandations médicales). En restant vigilant, attentif et l'esprit ouvert le doute axiologique pourrait prévenir un vécu d'impasse et de renoncement risquant toujours d'alimenter chez les soignants un sentiment d'insuffisance et de culpabilité. Il pourrait, au contraire, les aider à toujours penser un au-delà des frontières du règlementé, du connu et du possible. Peut-être les autoriserait-il même à demeurer au plus près de leur raison d'être soignant, à savoir la réalité et les besoins singuliers des personnes.

Enfin, un autre enjeu fondamental que permettrait de soulever ce concept inédit de doute axiologique est celui de l'impact sur les patients mais aussi sur les soignants eux-mêmes de la

[2058] J'ai été personnellement confrontée à un tel conflit de valeurs mais je n'ai malheureusement pas pu m'autoriser suffisamment tôt un tel doute axiologique ce qui m'a conduite à une situation de souffrance au travail telle que la rupture fut inéluctable.
[2059] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p. 81.

façon de pratiquer le métier de soignant. Ce doute axiologique inviterait ainsi l'acteur de santé à questionner sa propre attitude soignante, en quoi elle est peut-être discutable (paternalisme, infantilisation, rigidité, froideur, indifférence, etc.) et perfectible. Malgré les meilleures intentions, le défaut d'attention, de compréhension, de respect de l'autonomie des patients guette toujours. Que les soignants puissent douter et se prêter à une lecture critique d'eux-mêmes parait essentiel sous peine de se trouver acteurs d'entorses éthiques incritiquées (ce que favorisent des dilemmes éthiques classiques tel celui qui oppose la bienveillance à l'égard des patients au respect de leur autonomie décisionnelle). Il permettrait aussi d'interroger l'impact de cet engagement professionnel et du sens accordé à ce métier sur la vie personnelle (parfois dévorée par le débordement d'obligations soignantes), l'équilibre psychique, le sens de l'existence. En clair, il s'agit de se demander comment faire un tel métier sans en pâtir, *a fortiori* sans en mourir. Ce type de doute inviterait ainsi à penser la nécessité d'un *juste équilibre*, notamment entre vie personnelle et vie professionnelle, comme d'une *juste mesure* propre à prévenir les écueils d'une empathie excessive ou d'un dévouement sans limites aux autres[2060]. L'histoire de Sassall ici analysée est à cet égard exemplaire en ce sens que son inaptitude à critiquer son degré et les modalités de son engagement en tant que soignant a pu avoir des conséquences tragiques pour lui-même.

4.1 – Le choix du médecin John Sassall

Médecin polyvalent, John Sassal est un homme engagé qui n'a cessé de pratiquer la médecine, dans des conditions toujours le plus souvent difficiles, et ce jusqu'à son suicide dont l'explication demeure non univoque.

4.1.1 - Sassall sous l'œil de John Berger et Jean Mohr

Dans les années 60, l'écrivain John Berger (1926-2017) et le photographe Jean Mohr (1925-2018) ont suivi dans ses moindres faits et gestes de médecin, durant deux mois, le docteur John Sassall, œuvrant alors comme médecin généraliste en zone rurale anglaise. L'aura particulièrement favorable de Sassall – très apprécié au sein de sa communauté d'exercice – ainsi que le mystère entourant sa personnalité, son histoire[2061] et sa façon de pratiquer la médecine ont intrigué Berger. Un projet d'enquête documentaire lui étant dédié en est né. Proche du récit d'investigation, mais intégrant une analyse réflexive, il en a résulté un ouvrage dont le titre originel, *A fortunate man*, souligne combien le propos porte, non pas d'abord sur une profession, mais sur un homme qui est un soignant, certes doté d'une personnalité singulière mais en lequel beaucoup d'autres peuvent se reconnaître. Si Berger reconnaît dans ce portrait toute sa part d'interprétation personnelle[2062], dont il faut effectivement tenir compte, il n'en est pas moins représentatif de certaines réalités inhérentes au métier de soignant. A cet égard, ce portrait s'avère particulièrement éclairant pour toucher du doigt les doutes que les soignants peuvent, ou pas, éprouver à l'égard de leur métier et de leur manière de le pratiquer.

[2060] Charon Rita. *Médecine narrative*. Op. cit., p. 77 : « Il n'y a aucune limite à ce qu'un médecin peut donner ».
[2061] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 171 : « Oui, sa mort a modifié l'histoire de sa vie. Elle l'a rendue plus mystérieuse ».
[2062] *Ibid.,* p. 107 : « Ce que je dis à propos de Sassall et de ses patients n'est pas à l'abri du danger qui accompagne tout effort d'imagination. Il se peut que ma subjectivité ait un effet déformant ».

« Seule sa vie professionnelle m'intéresse » précise Berger qui ne fait pas de digression sur sa vie familiale et intime[2063]. Berger et Mohr le suivent dans toutes ses rencontres de malades et de leurs proches, quelles que soient la nature et la gravité des situations (accident, fin de vie, détresse morale, suivi de routine, d'une femme enceinte, d'un nouveau-né, etc.[2064]). Comme Chauviré, Sassall fait partie de ces regrettés médecins de famille et de campagne qui, au gré de l'évolution des enseignements et des modalités d'exercice de la médecine ainsi que des organisations sanitaires, ont progressivement disparu[2065]. Cet anachronisme n'enlève rien au fond du sujet, d'autant que Sassall s'appréhende aussi comme un « médecin du futur »[2066]. Berger *raconte* Sassall tel un personnage auquel s'identifier, un héros solitaire mais intemporel dont l'aura des missions et des responsabilités, autant que des actions et des paroles, en dit long sur l'importance de ces acteurs de santé engagés. Que leurs conditions d'exercice puissent les mettre en difficultés, en plus de les rendre invisibles, s'avère d'une grande actualité et donne une portée éthique à cet ouvrage.

4.1.2 - Éléments de biographie professionnelle de Sassall

Berger propose de comparer le métier de médecin tel que John Sassall s'y emploie à la mission d'un *capitaine* en son navire. Le sachant très inspiré par Joseph Conrad[2067], il le qualifie de « capitaine au long cours »[2068] affrontant vents et tempêtes selon le modèle mainte fois décrit par l'écrivain anglais[2069]. Mobilisée dès l'Antiquité par Hippocrate[2070], une telle métaphore permet d'illustrer les difficultés de ce métier dans le sens où il impose de gérer beaucoup de choses et d'être sur le pont en toutes circonstances, autrement dit de guider le navire contre vents et marées, quitte à devoir faire parfois avec les moyens du bord. Elle demeure pertinente en dépit des évolutions dans le parcours professionnel de Sassall, raison de son évocation en propos introductif.

[2063] *Ibid.,* p. 52 : « Je n'ai pas l'intention dans cet essai de parler du rôle de la femme de Sassall ou de ses enfants ».
[2064] *Ibid.,* p. 64 (Photo : Suivi de routine) ; p. 75 (Photo : Suivi d'une femme enceinte). Les photos sont disponibles en annexe.
[2065] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?* Lancet 2022;399(10332):1296-7: "Sassall's round-the clock, cradle-to-grave single-person responsibility will strike contemporary doctors as an unsustainable way of working; yet future generations, working in an anodyne world of multidisciplinary teams and protocolised care, may come to envy the deep, almost mystical, bond with 'his' patients".
[2066] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 153 : « quelle part de moi est le dernier médecin de campagne dans la vieille tradition et quelle part de moi est un médecin du futur. Peut-on être les deux à la fois ? ».
[2067] *Ibid.,* p. 50 : « pourquoi Conrad plaisait tant à un garçon en révolte contre son milieu familial bourgeois mais que la vie de bohème n'intéressait pas. Il admirait les prouesses physiques. Il aimait faire preuve d'esprit pratique et se servir de ses mains. […] Comme nombre de garçons de sa classe sociale et de sa génération, l'idéal consistant à offrir un exemple moral capable de faire honte à l'opportunisme de ses aînés l'exaltait ».
[2068] *Ibid.* : « Cependant, on peut fort bien imaginer qu'un docteur est l'équivalent d'un capitaine au long cours ».
[2069] Conrad Joseph, d'Humières Robert (Trad.). *Le nègre du Narcisse*. Paris: Le livre de poche; 1965 [1897]. Conrad Joseph, Gide André (Trad.). *Typhon*. Paris: Le Club du meilleur livre; 1955 [1903].
[2070] Hippocrate, Jouanna Jacques (établi et Tard.). *L'ancienne médecine*. Paris: Les Belles Lettres; 1990, p. 118 : « Le médecin auquel j'adresserais, pour ma part, de vifs éloges est celui qui ne commettrait que de petites erreurs, la précision parfaite étant un spectacle rare. C'est que la majorité des médecins me paraissent subir le même sort que les mauvais pilotes des navires. De fait ces gens-là, quand ils commettent une erreur en pilotant par temps calme, le font sans que l'on s'en aperçoive ; mais quand ils sont pris par une forte tempête et un vent qui fait dériver, désormais il est bien clair aux yeux de tous que c'est par leur ignorance et leur erreur qu'ils ont perdu le navire ».

Sassall a d'abord été attiré par les terrains de guerre (« dans la Navy »), les situations d'urgence vitale (« des détresses très réelles »), les blocs opératoires complexes (« grosses opérations »), autrement dit une médecine de catastrophe avec des enjeux immédiats de sauvetage[2071]. Être chirurgien dans la Navy durant la guerre fut selon lui « la meilleure période de [sa] vie ». Suivant la métaphore marine, il affectionnait donc les situations de grande tempête, à savoir les difficultés et l'instabilité les plus extrêmes, les sensations fortes où la mise à l'épreuve et l'incertitude dominent, les *challenges* compliqués et à haut risque. Dès le début de sa carrière, entre médecine de guerre et médecine d'urgence, Sassall a d'emblée manifesté un goût pour les situations empreintes d'un haut niveau de doute et dont l'issue n'était jamais ni balisée ni garantie. A cet égard, Sassall se comparait à « un homme omniscient à l'air défait […] maître de la situation et parfaitement calme – alors que tout le monde autour de lui s'énervait et s'agitait »[2072]. Signifiant tout à la fois la revendication du savoir (« omniscient ») et le caractère compliqué et éprouvant des situations rencontrées (« l'air défait »), Sassall affirme son aptitude à toujours pouvoir faire face. Il se positionne ainsi fermement en homme doté de maitrise (« parfaitement calme ») et apte à assurer sa mission soignante de sauvegarde de l'intégrité des personnes.

Après cette première étape professionnelle, fougueuse et nimbée de l'aura d'un sauveur, Sassall a opéré un virage radical en choisissant un poste reculé de médecin généraliste dans la campagne anglaise, le confrontant à des questions d'une toute autre nature. Ce choix, qui est une étape de sa vie de portée existentielle, rappelle celui de Chauviré. Sa patientèle est en situation de grande précarité sociale[2073], subissant pauvreté, conditions de vie difficiles, travaux physiques éprouvant parfois dangereux de la campagne[2074], isolement, défaut d'éducation. Il désigne ses patients comme les « villageois », les « paysans » ou de façon plus distinctive encore les « forestiers ». Éloigné géographiquement, isolé matériellement, dépourvu de toute possibilité de soins aux effets spectaculaires comme aux urgences, étant données les carences et affections chroniques dans souffre cette population miséreuse, son activité s'est de fait radicalement transformée. Berger précise à ce propos :

> Sassall était toujours extrémiste. Il avait troqué une forme simple et juvénile d'extrémisme contre une forme plus complexe et plus mature : les interventions d'urgence contre le pressentiment que le malade devait être traité comme une personnalité entière et que la maladie était souvent une forme d'expression plutôt qu'une capitulation devant les périls naturels[2075].

En passant d'une zone de guerre à un territoire déshérité, les nouvelles modalités d'intervention de Sassall nourrissent tout autant son appétit de difficultés et de tempête. Bien que très différentes (la blessure de guerre d'un côté, les effets de l'extrême misère de l'autre), ces situations n'en sont pas moins extrêmes. Elles témoignent, de la part de Sassall, d'une recherche

---

[2071] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 52.
[2072] *Ibid.,* p. 50.
[2073] *Ibid.*, p. 98 : « La région où exerce Sassall est culturellement très déshéritée, même selon les critères anglais ».
[2074] *Ibid.,* p. 13-19 : L'ouvrage s'ouvre sur l'accident d'un bûcheron pris sous un arbre, ayant « la jambe écrasée pareille à un chien tué sur la route » ; p. 108 : « les graves accidents dans les carrières ou dans les champs à l'époque des moissons ».
[2075] *Ibid.,* p. 60.

constante de mise à l'épreuve en tant que soignant (« toujours extrémiste »), mais au prisme d'une évolution personnelle, peut-être même un travail autoréflexif, en accord avec ses valeurs dans le soin[2076]. De la radicalité de la jeunesse (« forme simple et juvénile »), que symbolisent « les interventions d'urgence », il évolue vers une forme de sagesse (« plus mature »). Or, ce qui semblait relever d'une résolution n'est pas un assagissement, mais une variante d'un extrémisme toujours aussi vif. Aussi réfléchi soit-elle, cette nouvelle tempête qu'il choisit d'affronter n'est plus la guerre mais la misère dont la maladie est « une forme d'expression ». Il passe alors de la spontanéité de l'agir dans l'immédiateté d'urgences vitales et d'interventions réparatrices ponctuelles à la prise en compte de chaque personne sur le long terme et dans son entièreté (« être traité comme une personnalité entière ») ainsi qu'au projet d'un cheminement commun contre les effets de la misère (« extrémisme […] plus complexe »). Le patient n'est plus conçu telle une victime passive de « périls naturels » mais comme un être à part entière dont la compréhension et l'accompagnement doivent intégrer tous les déterminants de son existence. Il est tel un navire dont il faut appréhender et maintenir l'ensemble des constituants au gré des tempêtes, ce qui impose de pouvoir toujours et inlassablement se remettre en cause.

4.1.3 - De la place singulière de Sassall au sein de la communauté

Si, bien qu'apprécié et intégré[2077], Sassall ne peut pas être « traité comme un égal » des forestiers, ce n'est pas du fait de son origine sociale (« milieu familial bourgeois »[2078]), de son éducation, de ses privilèges matériels, de son statut d'intellectuel, de sa fonction de médecin[2079]. Le fait qu'il soit considéré comme un être bien à part dans cette communauté rurale, qui lui fait pourtant complètement confiance[2080], est « inhérent au genre de médecin qu'il est »[2081]. Ce n'est donc pas tant parce qu'il est un médecin, leur médecin, se tenant en cela « derrière le rideau »[2082], c'est-à-dire là où se joue au cœur des foyers, au plus près des habitants, la carte du *care*. Mais parce qu'il est ce médecin-là. Sassall n'est pas un médecin comme les autres, ce que Berger (qui s'est intéressé à lui précisément du fait de cette aura singulière) a formulé de la façon suivante : « Il est privilégié à cause de sa manière de penser et de parler ! »[2083].

[2076] *Ibid.,* p. 53 : « Après quelques années, il commença à changer. Il avait dans les trente-cinq ans, cette période de la vie où, au lieu d'être spontanément soi-même, il est nécessaire, afin de demeurer honnête, de se confronter à soi et de juger d'un nouveau point de vue ».

[2077] *Ibid.,* p. 99 : « le médecin est accepté par les villageois et les forestiers comme un homme qui, dans toute l'acceptation du terme, vit avec eux ».

[2078] *Ibid.,* p. 50.

[2079] *Ibid.,* p. 100-103.

[2080] *Ibid.,* p. 99 : « Il ne représente aucun intérêt extérieur – dans une région pareille, tout intérêt extérieur évoque l'idée d'exploitation. On a confiance en lui. Mais ce n'est pas pour autant qu'il est considéré ou traité comme un égal ».

[2081] *Ibid.,* p. 99.

[2082] *Ibid.,* p. 8-9 : « un rideau derrière lequel se déroulent leurs combats, leurs réussites et leurs malheurs » ; p. 10-11 : « Pour ceux qui se tiennent derrière le rideau en compagnie des habitants, les points de repère ne sont plus seulement géographiques mais également biographiques et personnels ».

[2083] *Ibid.,* p. 100 : « C'est pourquoi les villageois lui parlent, pourquoi ils lui racontent les nouvelles locales, pourquoi ils l'écoutent, pourquoi ils se demandent si ses opinions bizarres sont justes, pourquoi certains disent "C'est un médecin formidable, mais pas comme on pourrait s'y attendre" ».

4.2 – Le doute axiologique, une aptitude à questionner les valeurs véhiculées par la médecine et ses écueils

Entre certaines des théories biomédicales qui fondent la médecine conventionnelle promue par les instances de régulation sanitaire et les réalités très concrètes de terrain (ce que vivent les patients autant que les soignants dans leur pratique), il y a parfois un fossé. Cette déconnexion peut, entre autres, être la résultante d'une foi inébranlable en la méthode (en l'occurrence, les principes de l'*EBM*). Le fait que la médecine en vigueur puisse être appréhendée telle une religion non critiquable, faisant donc l'objet d'une croyance absolue, est une réalité qui n'est pas sans danger et dont peut témoigner, par exemple, le rejet systématique de certaines pratiques soignantes qui ne bénéficient justement pas de validation *EBM* alors que des patients peuvent en tirer bénéfice et s'y adonnent alors secrètement. L'objet du doute axiologique n'est certes pas la promotion des soins complémentaires. Son intérêt est alors de pouvoir questionner le modèle, les normes, les limites, les règles, les conditions qu'impose la biomédecine sous couvert d'un discours d'autorité implicite qui empêche les soignants de pouvoir légitimement interroger ce qu'ils sont amenés à mettre en pratique, les modalités de cette mise en œuvre ainsi que son périmètre qui n'est pas illimité. Or, alors que la prééminence de sa dimension scientifique continue de croître, la biomédecine tend de plus en plus à se présenter comme une forteresse inattaquable, du moins hermétique à d'autres valeurs du soin que celles fondées sur la science. La vie et la mort peuvent pourtant être appréhendées de façon non moins valable qu'au seul prisme d'une définition exclusivement biologique. Sans remettre en cause un diagnostic ou des traitements fondés sur la rationalité scientifique, une lecture plus ouverte de la maladie (par exemple anthropologique) peut aussi apporter un éclairage dont la relation de soin est susceptible de tirer bénéfice. Il s'agirait simplement d'oser interroger le modèle biomédical dominant et par trop exclusif à l'aune du constat pragmatique des insuffisances de la biomédecine à répondre à l'ensemble des besoins en matière de soins. Bien plus qu'un manque de rigueur ou qu'un état d'ignorance, cette fausse dissidence relèverait d'une ouverture d'esprit et d'une tentative d'être au plus près des personnes : la puissance d'imagination de Sassall en constituera une illustration. Car si, ainsi qu'y invite Fourneret, « Ne pas sacrifier sa propre pensée au mode de penser d'un autre, tout en restant attentif à ce qui nous différencie des autres est sans doute le plus important »[2084], il importe au soignant de ne pas s'adonner à une foi aveugle en la biomédecine, donc de s'autoriser un regard critique sur son discours, ses normes et ses valeurs, c'est-à-dire autant sur ses richesses que ses écueils.

Au prisme des histoires singulières de ces soignants (Chauviré, Sassal, l'infirmière Valérie) le doute axiologique apparaît comme essentiel au bien-être des soignants. Se soumettre sans réserve au discours biomédical, aux normes et aux valeurs qu'il véhicule, donc ne pas pouvoir en douter, peut priver d'une appréciation éclairée de ce métier et de la justesse du choix de s'y engager ou de s'y maintenir ainsi, surtout, que des possibilités de pouvoir respecter sa propre singularité sans forcément y renoncer. L'histoire de Chauviré est exemplaire d'une telle approche critique du métier de soignant et de l'adaptation favorable qui a pu en résulter. Pouvoir questionner les représentations à l'œuvre concernant le métier de soignant permettrait ainsi de poser un regard critique sur son idéalisation (dont les nombreux éloges du comportement de

[2084] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 121

Sassall témoignent) alors même qu'il est réputé infaisable[2085]. Il est notable que Chauviré qui a été capable d'un tel doute axiologique a poursuivi une carrière médicale conforme aux valeurs qu'il associait à ce métier, tandis que Sassall qui n'y est pas parvenu meurt. Le doute axiologique permettrait ainsi non seulement de questionner les valeurs de la médecine mais aussi les valeurs personnelles du soignant, sans quoi il risque de se sentir emprisonné voir de s'autodétruire.

4.2.1 - Oser douter des limites de la médecine et mobiliser l'imagination

Sassall, comme Chauviré, sont des hommes de terrain. Dans leur pratique, la clinique au lit du malade prend tout son sens. Pleinement connectés à la réalité des besoins de leurs patients, ils ont pu éprouver de façon très concrète, parfois tragique, les situations où les dogmes scientifiques, les préceptes médicaux, les conduites validées de soins s'avèrent inadaptés aux situations rencontrées. L'un et l'autre se sont trouvés naturellement portés dans leur jugement médical et leur pratique soignante vers un au-delà de la science biomédicale, un au-delà du seul diagnostic « & » traitement d'une maladie donnée tel un kit clé en main du bon praticien qu'il s'agirait simplement de suivre à la lettre. Tout comme le doute clinique, l'imagination s'est ainsi imposée à Sassall comme un outil majeur de sa pratique clinique. Pourtant considérée comme incompatible avec la rigueur biomédicale et non dénuée d'écueils (divagation, déconnexion du réel) imposant de la canaliser, l'imagination n'en est pas moins un élan naturel propre au chercheur scientifique comme au clinicien engagé au plus près de l'expérience et des besoins de ses patients. Sous couvert de la maitriser, elle n'est donc pas incompatible avec la rationalité scientifique et la pratique médicale mais peut au contraire s'y inviter comme une faculté essentielle.

4.2.1.1 – Quand la médecine manque de repères et ne permet pas un accompagnement suffisant

En plus du contexte qui en définit par avance la nature, les blessures de guerre ont cela de rassurant qu'elles sont facilement reconnaissables et finalement restreintes dans leur diversité et leurs modalités thérapeutiques. Le nouveau territoire d'exercice de Sassall le confronte à une infinie diversité de situations, pour certaines inédites, ainsi que l'illustrent les nombreux exemples cliniques mentionnés par Berger dans son ouvrage. Dans certains cas, Sassall a pu se trouver tout à fait inexpérimenté et sans repères, ainsi qu'en témoigne ce propos :

> Et eux, tandis qu'ils s'habituaient à lui, ils se livraient parfois à des confessions pour lesquelles il n'existait, pour autant qu'il le sache, aucune référence médicale. Il commença à interpréter différemment le terme de « situation critique »[2086].

Parmi les problèmes soumis par les forestiers à Sassall, il en est certains pour lesquels il a pu constater qu'il ne disposait d'aucun repère antérieur issu de sa propre expérience et que la médecine elle-même ne les avait pas non plus répertoriés (« aucune référence médicale »). Pour

[2085] Freud Sigmund. *Œuvres complètes. Psychanalyse, Volume XVII, 1923-1925.* Paris : Presses Universitaires de France, 1992, p. 161-163 : « Très tôt j'avais fait mienne la boutade des trois professions impossibles – à savoir : éduquer, soigner, gouverner » ; Aichhorn August, Freud Sigmund (préface), Jugend Verwahrloste (Trad.) *Jeunesse à l'abandon*. Toulouse: Privat; 1973 [1925], p. 9-10. Dans sa préface Freud écrit : « Il y a très longtemps déjà, j'ai fait mien le mot plaisant qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles : éduquer, guérir, gouverner ».

[2086] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 54-55.

inédites qu'elles soient, certaines de ces situations n'en demeuraient pas moins à la fois urgentes et extrêmement sérieuses[2087]. Il en est ainsi venu à appliquer le terme « situation critique » à bien d'autres évènements que seulement l'urgence vitale ou traumatique immédiate, tel l'accident de carrière ou de moissonnage. S'il n'était donc pas rare que ses référentiels habituels d'évaluation se trouvent bousculés, inapplicables voire inopérants, une telle configuration n'était en réalité pas sans lui déplaire. Elle nourrissait son appétence pour l'inconnu, l'inexploré, le fait de se trouver en pleine situation d'incertitude et de doute, en somme de retrouver le vertige grisant du capitaine de navire qui repart en mer. Le propos suivant tend à l'illustrer :

> [Sassall] tire toute satisfaction des cas où il est confronté à des forces qui ne se situent pas tout à fait dans un cadre répondant à des explications antérieures, parce qu'ils reposent sur la personnalité propre du malade[2088].

Sassall aime lâcher les amarres (« tire toute satisfaction ») et prendre le large par rapport aux cadres nosographiques existants. Manifestement, il fuit la routine médicale, ce qui est déjà bien connu et balisé (« explications antérieures »), telle qu'une affection somatique facilement identifiable, objectivable, délimitable et bien sûr traitable. Au contraire, Sassall s'intéresse à la complexité et à l'inédit, tout particulièrement à ce qui, chez la personne malade qui le sollicite, relève de sa singularité propre (« personnalité ») et qui viendrait, si ce n'est alimenter du moins colorer le processus pathogène. Cette coloration, ce sont justement ces « forces qui ne se situent pas tout à fait dans un cadre ». Ce sont de telles forces qui conduisent Sassall à mettre en doute implicitement le périmètre, les règles et les limites de la pratique médicale conventionnelle (fondée sur les preuves scientifiques et les recommandations de bonne pratique validées). Non qu'il néglige ou méprise le contenu de ces cadres fort utiles, mais il constate qu'ils s'avèrent tout simplement insuffisants pour pouvoir prendre réellement soin de la personne, en plus du traiter sa maladie. *In fine*, la médecine conventionnelle ne permettant pas toujours à Sassall de se repérer, *a fortiori* de répondre à certains besoins de ses patients, plongé dans le doute il s'est mis à faire appel à son imagination.

4.2.1.2 – Le support inestimable de l'imagination dans la pratique clinique de Sassall

Sassall mobilise l'imagination de plusieurs façons au point qu'elle en vient à faire partie intégrante de sa pratique clinique. S'il faut d'abord l'entendre dans sa définition usuelle, à savoir cette « faculté que possède l'esprit de se représenter des images »[2089], elle n'est cependant ni débridée, ni une sorte de vague rêverie artistique déconnectée de sa mission de soignant et de ses outils habituels de médecin. Ce propos vient l'illustrer :

> […] il n'arrête pas de s'interroger, d'élargir et de corriger sa connaissance du possible. C'est en partie le résultat de sa lecture théorique de la médecine, de la science et de l'histoire ; et en partie

[2087] *Ibid.,* p. 108 : « [le] désespoir d'une jeune femme qui veut tuer son enfant illégitime ou les lentes souffrances suivies du délabrement d'un pasteur à la retraite qui a perdu la foi ».
[2088] *Ibid.,* p. 60-61.
[2089] Site de CNRTL consulté en ligne le 03 janvier 226 : IMAGINATION : Définition de IMAGINATION : « Faculté que possède l'esprit de se représenter ou de former des images » ; « Faculté de former, de créer des images d'objets non perçus ou d'objets irréels, de faire des combinaisons nouvelles d'images ».

> le résultat de ses observations cliniques […] Mais surtout, c'est le résultat de sa « prolifération » imaginative qui le pousse à « devenir » un malade après l'autre[2090].

Sassall ne se départit pas de ses acquis en matière biomédicale (« sa lecture théorique de la médecine, de la science »). Il prend donc appui sur ses connaissances médicales fondées sur des preuves scientifiques et sur son savoir empirique (« ses observations cliniques »). Preuve de sa capacité à prendre du recul par rapport à ces acquis et à en dépasser les limites, l'imagination intervient en surplus dans sa clinique comme un moyen d'avancer au cœur de cette intense activité de doute qui est la sienne. Non seulement il aspire à cet état de doute (« il n'arrête pas de s'interroger ») mais, ainsi que déjà précisé, les forestiers le confrontent à bien des situations pour lesquelles il n'y a « aucune référence médicale ». Ce « possible », à propos duquel Sassall ne dispose d'aucune connaissance biomédicale, ni il ne le néglige ni il ne le rejette. Tout au contraire, tel l'horizon que le capitaine de navire aspire ardemment à explorer, porté par son appétit de découverte (« élargir et de corriger sa connaissance du possible »), Sassall investit pleinement cet espace empli de doute. L'imagination, le fait de se figurer les êtres et les situations sur lesquels il ne dispose d'aucune réponse préétablie ni d'aucun savoir, est alors un support inestimable dans sa démarche médicale de diagnostic et de soin. Elle lui permet de se projeter au plus près des malades, quasiment de se fondre en eux pour tenter de comprendre exactement ce qu'ils vivent (« "devenir" un malade après l'autre »). Support d'une forme extrême d'empathie, puisqu'elle lui permet de ressentir exactement ce qu'éprouve le malade, l'imagination est un pont vers l'autre. Elle le met littéralement en relation avec l'autre. Pour Sassall, l'imagination relève ainsi, fondamentalement, d'une dynamique de rencontre au plus près de la singularité et de la réalité vécue par chaque patient. Il rencontre l'autre dans l'imagination. C'est pourquoi, à l'aune de l'extrême diversité des personnalités auxquelles il a à faire et de leur mystère si épais parfois, Sassall en vient à déployer une véritable « "prolifération" imaginative ». En se fondant, jusqu'à s'oublier lui-même, dans la singularité unique, la profondeur et le mystère de chaque être, Sassall parvient, grâce à cette imagination proliférante, à éprouver plus finement la plainte de ses patients ainsi qu'accroître son acuité diagnostique et la pertinence de ses soins. Il en arrive aussi à surmonter certaines des limites de la médecine. Il parvient ainsi à soigner certains de ces maux qui paraissaient pourtant inaccessibles, impalpables, non identifiés. Alors qu'ils sont si souvent négligés et méprisés au titre de plaintes superflues, ces maux n'en sont pas moins réels et éprouvants pour les patients.

Accueillir un tel pouvoir de son imagination et lui octroyer une place si importante ont constitué une étape importante dans la métamorphose progressive de Sassall qui s'est opérée lors de sa prise de fonction en territoire rural et au gré des nombreuses découvertes qu'il a pu y faire. Il n'a pas manqué de réfléchir à la place de cette imagination et d'en peser les conséquences ainsi qu'en témoigne cette analyse :

> Il réalisa que la manière dont les capitaines au long cours de Conrad s'accommodaient de leur imagination – lui niant tout droit d'expression mais la projetant tout entière sur la mer qu'ils affrontaient ensuite comme si c'était dans le même temps leur propre justification et leur propre

[2090] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 143.

> ennemi – ne convenait pas à un médecin de sa position. Il n'avait fait que se servir de la maladie et des dangers de la médecine comme ils se servaient de la mer. Il réalisa qu'il devait affronter son imagination, l'explorer même[2091].

Sassall est bien conscient que son usage de l'imagination entre en résonnance avec ces portraits de marins qu'il admire tant, bien plus qu'avec le profil d'un médecin. Il est vrai qu'il a toujours aspiré à vivre avec la mer et ses aléas imprévisibles. Mais puisqu'« à l'âge de quinze ans, il avait décidé d'être médecin plutôt que marin »[2092], il s'est mis à faire son métier comme ces « capitaines au long cours » qui mènent leurs navires en affrontant nombre d'intempéries et qui, pour ce faire, usent beaucoup de leur imagination. Or, tel un support indispensable à leur navigation (« la projetant tout entière sur la mer »), leur imagination est aussi non seulement une sorte de tabou mais une attitude à réprimer (« lui niant tout droit d'expression »). Tout comme le marin, Sassall est conscient d'être porté par une ambivalence, le fait que son imagination est indispensable – puisqu'elle soutient pleinement son aptitude à affronter l'inconnu, comme le marin le large et les tempêtes – mais qu'en même temps elle peut le desservir (« leur propre justification et leur propre ennemi ») étant données ses prérogatives (« ne convenait pas à un médecin de sa position »), de même qu'au regard des fondements de la pratique médicale. En effet, il s'ajoute pour Sassall que l'imagination est réputée incompatible avec la rationalité médicale. Fondée sur l'objectivité et les rapports de causalité validée (à l'instar du déterminisme bernardien), cette rationalité est supposée mal s'accorder avec la liberté créative sous-jacente au principe d'imagination, parce que jugé et stigmatisé comme un défaut de compétence et de rigueur ainsi qu'une source d'erreur. Par son comportement, Sassall réalise ainsi à quel point il brouille les frontières de la pratique médicale telle qu'elle lui a été apprise, combien il introduit ainsi du doute et du désordre à ce sujet (« Il réalisa qu'il devait affronter son imagination, l'explorer »).

4.2.1.3 – L'imagination médicale de Sassall n'est ni irrationnelle ni déraisonnable

Grâce à son ouverture d'esprit sur d'*autres possibles* ainsi qu'aux aspirations qui sont les siennes, entre autres celle que « le malade [doit] être traité comme une personnalité entière »[2093], Sassall s'est mis à mobiliser l'imagination comme un outil indispensable à sa pratique clinique afin de répondre au doute qu'elle ne cesse de susciter. Il ne s'agit nullement pour Sassall de produire de la poésie ou de réagir à ses émotions mais bien d'œuvrer à sa mission soignante, tout comme la marin cherche à mener son navire à bon port. Loin de trahir l'orthodoxie biomédicale, cette faculté particulière de l'esprit dont est doté Sassall, et que l'on pourrait donc qualifier d'*imagination médicale*, inclut certes les capacités d'intuition et de créativité mais elle n'est pas forcément exclusive de toute rationalité, y compris scientifique. Sa manière de pratiquer la médecine, notamment en usant de l'expérimentation, en témoigne. « Il ne cesse jamais de spéculer, d'expérimenter, de comparer »[2094], écrit Berger, autant de traits propres au médecin physiologiste tant valorisé par Claude Bernard[2095]. Berger ajoute, pour le

[2091] *Ibid.,* p. 55.
[2092] *Ibid.,* p. 50.
[2093] *Ibid.,* p. 60.
[2094] *Ibid.,* p. 102.
[2095] Je renvoie au présent chapitre de cette thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*, qui y est consacré.

distinguer des forestiers[2096], que Sassall est capable d'« émettre des théories », de proposer des généralisations et de prendre des décisions[2097]. Or il ne décrit là rien moins que les qualités propres à l'esprit scientifique lesquelles font pleinement écho avec l'extension de la définition de l'imagination, à savoir la « faculté de raisonner, de spéculer, d'inventer, d'élaborer de nouveaux concepts, de nouvelles théories »[2098]. Si l'imagination médicale constitue donc un outil pour les soignants, encore faut-il qu'elle puisse être maitrisée

4.2.1.4 – De l'importance de ciseler l'imagination comme outil médical

L'ambivalence déjà signalée qui accompagne le principe de l'imagination (« dans le même temps leur propre justification et leur propre ennemi ») n'échappe manifestement pas à Sassall, instruit en cela aussi par ses lectures de Conrad[2099]. L'imagination n'est donc pas sans écueil, notamment celui d'outrepasser les limites du raisonnable et de manquer de cibler correctement ses objectifs. D'un outil utile à la démarche médicale, ce qui la fait craindre (défaut de rigueur, ignorance, erreur) se verrait justifié. La citation suivante précise les inquiétudes de Sassall en la matière :

> Elle ne devait plus conduire chaque fois à l'« inimaginable » comme pour le capitaine au long cours envisageant l'éventuelle fureur des éléments – ou, dans son cas, n'envisageant que le combat entre les griffes de la mort. […] Il réalisa qu'il fallait à tous les niveaux vivre avec l'imagination : d'abord la sienne – sinon son observation risquait de s'en trouver déformée –, et ensuite celle de ses patients[2100].

Tout d'abord, ce propos rappelle le bien-fondé de l'imagination en ce qu'elle contribue à la justesse de l'approche clinique (« sinon son observation risquait de s'en trouver déformée »). Ainsi que déjà précisé, elle permet à Sassall d'être au plus près de l'expérience traversée par les patients. Cependant, l'excès possible de l'imagination, opportunément qualifié d'« inimaginable », peut être problématique. L'imagination excessive du marin le conduit certes à projeter son naufrage sous le coup de la pire « fureur des éléments », ce qui est effectivement toujours possible mais n'altère *a priori* pas sa capacité de naviguer. Pour le médecin, l'imagination débordante et non raisonnée le conduirait à être obnubilé par l'inimaginable de la mort (« n'envisageant que les griffes de la mort ») comme si, paradoxalement, seule la confrontation avec la mort devenait imaginable. Or, en ne tendant que vers le pire, sans autre alternative, le médecin se verrait alors privé de sa capacité de penser et d'agir. Alors qu'au contraire, l'imagination est précisément là pour préserver le doute et ainsi autoriser l'espoir. Par sa puissance d'étonnement et de créativité, elle aide aussi à penser l'incompréhensible autant que l'inaccessible (ainsi que Sassall a pu s'y employer auprès de certains forestiers).

[2096] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 103 : « personne de la forêt n'a le pouvoir ou les moyens de théoriser ».

[2097] *Ibid.,* p. 102-103 : « Un tel mode de pensée nécessite le droit d'émettre des théories et de se préoccuper de généralisations. Pourtant, les théories et les généralisations sont par nature du domaine des villes ou de la lointaine capitale où sont prises les grandes décisions d'ordre général ».

[2098] Site de CNRTL consulté en ligne le 03 janvier 2026 : IMAGINATION : Définition de IMAGINATION.

[2099] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 49 : « La qualité contre laquelle Conrad ne cesse de mettre en garde est celle-là même à laquelle il fait appel : la qualité de l'imagination. C'est presque comme si la mer était le symbole de cette contradiction ».

[2100] *Ibid.,* p. 55.

Reçue de plein fouet, dans son état brut, non circonscrite par une démarche clinique conventionnelle et des objectifs définis, *a fortiori* sous-tendue par l'émotion, l'imagination ne peut qu'être délétère. C'est pourquoi en user comme un outil clinique implique un ciselage de l'imagination. Sassall l'a compris puisqu'il précise devoir « à tous les niveaux vivre avec l'imagination ». Il sous-entend par-là, ainsi que précédemment évoqué, « affronter son imagination, l'explorer même », composer avec elle pour en définir le périmètre, ne pas s'égarer, rester dans les limites du raisonnable. Ce point est d'autant plus important qu'il lui faut non seulement vivre avec sa propre imagination mais aussi « ensuite celle de ses patients ». Or, son usage de l'imagination, qualifiée de proliférante (« "prolifération" imaginative »), le conduit à risquer de se laisser envahir par la vie de ses patients (« "devenir" un malade après l'autre »), de fusionner avec leurs souffrances et d'en être personnellement affecté.

4.2.2 - Oser douter des bienfaits de l'empathie

Seamus O'Mahony, médecin irlandais, revisite dans une récente analyse l'ouvrage de Berger et Mohr[2101], s'étonnant des éloges qui l'accompagnent depuis sa publication, ce qui au passage en souligne l'actualité. Rappelant l'hypothèse du lien que formule Berger lui-même entre les accès de dépression de Sassall (peut-être même son suicide en 1982) et son empathie à l'égard des patients[2102], il s'inquiète de voir l'empathie considérée, tel un mot d'ordre, comme une qualité incontournable des soignants. « L'empathie est souvent de peu d'intérêt pour le patient et pourrait même être délétère au médecin »[2103] avance-t-il en ce sens. Le propos est provocateur et n'a pas manqué de susciter des réactions de désaccord rappelant combien l'ouvrage de Berger permet au contraire de mettre en lumière le rôle crucial de l'empathie[2104]. De telles divergences sont intéressantes.

Les travaux de philosophes comme Martin Buber et Paul Ricœur, qui se sont penchés sur la question de la relation à autrui, confortent l'importance accordée à l'empathie dans la relation de soin. Buber la positionne comme étant au fondement de la réciprocité[2105]. Pour Ricœur, avec l'empathie il ne s'agit pas d'une simple reconnaissance que l'autre existe mais d'une reconnaissance de l'autre comme soi-même[2106], laquelle conditionne la possibilité d'une compréhension mutuelle autant que d'une responsabilité partagée. Les penseurs de la relation de soin, y compris soignants de profession, mobilisent ce type d'approche philosophique[2107]. C'est pourquoi, à rebours de l'analyse d'O'Mahony, l'aptitude à l'empathie des soignants demeure très globalement valorisée en médecine. En leur permettant de mieux comprendre les sentiments éprouvés (la peur, la détresse, l'angoisse) et l'expérience traversée par leurs patients,

---

[2101] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?. Op. cit.*

[2102] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 145 : « Les dépressions de Sassall sont entretenues par […] la souffrance de ses patients » ; p. 150 : « il est de plus en plus sensible à la souffrance des autres. Et cette souffrance, appelant la question de la valeur de l'instant, lui révèle le vide relatif de sa propre existence ».

[2103] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?. Op. cit.:* "In my view, empathy is often of little benefit to the patient and might even injure the doctor". (Traduction personnelle)

[2104] Heath Iona, Gray Denis Pereira. *The importance of empathy*. Lancet 2022;400(10348):271-2.

[2105] Buber Martin. *Op. cit.*

[2106] Ricoeur Paul *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990

[2107] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Op. cit.*

l'empathie des soignants améliorerait à la fois la qualité des soins et la qualité de la relation de soin. Les soins seraient moins vécus comme chosifiants et déshumanisants[2108]. Il y aurait moins de complications et même une réduction de mortalité selon des études menées en soins primaires[2109]. Cela favoriserait aussi la confiance des patients[2110]. En médecine narrative, le concept d'empathie est également central[2111]. Même si la distinction entre comprendre et éprouver la souffrance d'autrui n'y apparaît pas très nette[2112], l'effort de reconnaissance du vécu des patients contribue à réduire le fossé qui les sépare des soignants et améliore la qualité de vie des professionnels de santé. L'empathie des soignants serait ainsi associée à une moindre incidence de *burn-out*[2113].

Aussi dérangeant et clivant soit-il au regard de l'avis demeurant majoritairement en faveur de l'empathie et de la compassion[2114] au sein de la communauté soignante[2115], le propos d'O'Mahony consiste à mettre en garde contre les risques encourus par les soignants à trop s'identifier à la détresse de leurs patients[2116], ainsi que l'illustrent, selon lui, l'histoire de Sassall et sa fin tragique. Sans être aussi radical, Decety suggère que « l'empathie n'est pas optimale pour guider nos décisions morales » la qualifiant de « volatile, fragile et limitée par des biais cognitifs »[2117]. Puisque selon lui « la portée morale de l'empathie est ambiguë »[2118], source par exemple de discrimination affective, il invite à ce qu'elle puisse être guidée par la raison et non l'émotion. Hochman souligne quant à lui la perte de sens d'un terme selon lui galvaudé[2119]. En

---

[2108] Gaille Marie, Foureur Nicolas, « "L'humanité ", enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y-a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? » in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010, p. 189-204.

[2109] Del Canale Stefano, Louis Daniel Z., Maio Vittorio, Wang Xiaohong, Rossi Giuseppina, Hojat Mohammadreza*, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy*. Acad Med 2012;87(9):1243-9. Dambha-Miller Hajira, Feldman Adina L., Kinmonth Anne Louise, Griffin Simon J. *Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study*. Ann Fam Med 2019;17(4):311-8.

[2110] Wu Quing, Jin Zheyu, Wang Pei. *The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust*. J Gen Intern Med 2022;37(6):1388-93.

[2111] Charon Rita. *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. JAMA 2001;286(15):1897-902.

[2112] Charon Rita. *To See the Suffering*. Acad Med 2017;92(12):1668-70.

[2113] Wilkinson Helen, Whittington Richard, Perry Lorraine, Eames Catrin. *Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review*. Burn Res 2017;6:18-29.

[2114] Bégué Pauline, Zaric Zona, Fleury Cynthia. *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique ?* Paris: Hermann; 2021

[2115] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Op. cit*. Reach estime même que l'empathie ne suffit pas et devrait être complété par la sympathie.

[2116] Rogers Carl R., Kinget G. Marian (Trad.). *Psychothérapie et relations humaines*. Louvain : Publications universitaires - Béatrice Nauwelaerts, 1962, Vol 1, 333, p. 197 : « La capacité empathique implique que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification ».

[2117] Decety Jean. *L'empathie nous lie aux autres autant qu'elle nous aveugle*. AOC [Société], publié le 19 avril 2024. En ligne : L'empathie nous lie aux autres autant qu'elle nous aveugle - AOC media, consulté le 16 mars 2026.

[2118] *Ibid*.

[2119] Hochmann Jacques. *Une histoire de l'empathie. Connaissance d'autrui, souci du prochain*. Paris : Odile Jacob; 2012, p. 11 : « L'empathie a été promue, depuis peu, bonne à tout faire du mangement, du marketing, de la

faire injonction en toutes circonstances lui semble discutable[2120]. O'Mahony est de cet avis qui s'inquiète également de la confusion sémantique qui l'entoure. Il s'attache ainsi à souligner que les concepts d'empathie, de sympathie et de compassion ne sont pas interchangeables alors même qu'ils sont très souvent confondus et sources de biais de désirabilité et d'interprétation dans les études scientifiques[2121]. Or, la compassion des soignants (le fait de vouloir soulager la souffrance d'autrui[2122]) n'implique pas nécessairement l'empathie (le fait d'éprouver soi-même ce que l'autre ressent) précise-t-il. De même qu'être empathique n'induit pas forcément de compassion. Finalement, si l'on s'autorise à modérer quelque peu son propos, O'Mahony invite à oser mettre en doute cette injonction à l'empathie systématique formulée à l'attention des soignants, au regard des risques inhérents à ses excès[2123]. Il s'agirait en somme, non pas d'en condamner définitivement le principe, mais de pouvoir se questionner en tant que soignant afin d'être au plus clair possible quant à son comportement. Relève-t-il, ou pas, de l'empathie ? de la sympathie ? de la compassion ? de façon isolée ou associée ? avec quelle intensité ? Mettre en doute le degré d'empathie mobilisée pourrait ainsi permettre au soignant de mieux apprécier comment cela l'affecte et ce que cela apporte réellement, ou pas, aux patients et à la relation de soin. Oser douter de l'empathie serait alors, non pas y renoncer mais précisément y tendre en visant la juste distance. Tout en favorisant une plus juste compréhension de l'autre – sans forcément « "devenir" un malade après l'autre »[2124] – et en suscitant sa confiance, cela éviterait une trop grande proximité à risque de surcharge émotionnelle et d'épuisement[2125]. Or la question que l'on peut se poser est la suivante : Sassall était-il en capacité de se questionner sur son degré de proximité et l'intensité du lien instauré avec ses patients ? Rien n'est moins sûr[2126].

Tout comme l'excès d'empathie a pu affecter négativement son humeur, la situation de Sassall permet aussi de questionner le principe de dévouement qui, bien qu'étroitement lié à la profession soignante, n'est pas sans écueil. Le philosophe Eric Fourneret pose le problème en ces termes :

> Mais le médecin peut être mis en danger dans la relation de soins lorsqu'il se sent obligé d'aider le malade, sans se donner de limites. Se pose légitimement la question de savoir si le devoir de ne pas abandonner le malade implique celui de l'abandon de soi[2127]

L'obligation déontologique d'assistance à la personne (« ne pas abandonner le malade ») tire avantage à laisser peser un grand flou sur la notion d'assistance. Les valeurs du soin (dont le respect, l'attention, la dignité) s'ajoutent en effet au devoir d'assistance qui ne saurait donc se

médecine, du travail social ou de l'éducation. Tandis que les psychologues la placent à la racine du développement du nourrisson, que les psychothérapeutes de tous bords en font leur atout essentiel, les neurosciences essaient de déterminer ses fondements biologiques ».

[2120] *Ibid*., p. 12: « Ce déferlement empathique pose question ».

[2121] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?. Op. cit.*

[2122] Bégué Pauline, Zaric Zona, Fleury Cynthia. *Op. cit*.

[2123] Huang Chaoli, Wu Zifeng, Sha Sha, Liu Cunming, Yang Ling, Jiang Peng*, et al. The Dark Side of Empathy: The Role of Excessive Affective Empathy in Mental Health Disorders*. Biol Psychiatry 2025;98(5):404-15.

[2124] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 143.

[2125] Greenmyer Jacob R., Montgomery Michelle, Hosford Charles, Burd Michael, Miller Vanessa, Storandt Michael H.*, et al. Guilt and Burnout in Medical Students*. Teach Learn Med 2022;34(1):69-77.

[2126] Je renvoie au sous-chapitre à suivre, intitulé *John Sassall ou le doute axiologique du soignant*.

[2127] Fourneret Eric. *Op. cit*., p76-77.

réduire au fait de relancer un cœur à l'arrêt ou de prescrire un antibiotique pour une infection bactérienne. Pourtant cette porosité des frontières d'une mission strictement sanitaire n'est pas sans risque de surinvestissement (« sans se donner de limites »). Fourneret rappelle ici qu'un dévouement total du soignant à ses patients peut être à risque d'oubli de soi, de surdité à l'égard des signaux d'alerte émanant de son propre corps, de perte de réflexivité quant à son degré d'engagement. Le qualifiant globalement d'« abandon de soi », cet état est à risque de *burn-out*[2128], s'il n'en est pas déjà les prémices. Plus encore, cet « abandon de soi » relève de l'absurde. Les personnes concernées sont des soignants. Or, tellement attentives à la souffrance des autres, elles oublient justement d'être attentives à leur propre souffrance et de prendre soin d'elles-mêmes. Peut-être est-ce d'ailleurs ce caractère absurde qui devrait alerter. Il est là aussi possible que Sassall n'ait pu porter un regard critique sur l'intensité de son dévouement qui paraissait effectivement sans limite.

4.2.3 - A fortunate man ? Un métier idéal ? En douter ?

Le titre original anglais *A fortunate man*, tout autant que sa traduction française *Un métier idéal*, méritent d'être interrogés. Bien que de signification très différente, autant l'un que l'autre mobilise des représentations sociétales en lien avec la médecine et avec le métier de soignant. Ces représentations favorables (« *fortunate* », « idéal ») questionnent. Oser les mettre en doute pourrait permettre, non seulement de réfléchir au mystère Sassall[2129], mais aussi aux effets délétères d'une vision trompeusement idéalisée de la médecine.

4.2.3.1 – Un métier idéal pour Sassall ?

Le choix de questionner d'abord la version française de ce titre est en cohérence avec le sujet de ce chapitre centré sur la médecine. Celle-ci est appréhendée, d'une part en tant que discipline ayant pour objet la connaissance de la santé, des maladies et de leurs traitements, d'autre part en tant que modalité pratique d'exercice d'une profession mobilisant des savoir-faire visant la préservation ou la restauration de la santé. Ce titre invite à questionner en quoi le métier de médecin, tel que le pratique Sassall ou plus généralement, serait idéal mais aussi en quoi, tout au contraire, cette représentation pourrait n'être que trompeuse.

Le constat qui s'impose d'emblée est celui de conditions particulièrement rudes et dégradées d'exercice en tant que généraliste dans la campagne anglaise déshéritée de l'époque. Sassall subissait isolement, surmenage, manque de moyens sur le terrain, inadéquation entre les besoins réels décuplés du fait de la précarité et les décisions prises par des pouvoirs publiques distants et déconnectés. Sur ce point, rien ne permet donc de parler de « métier idéal ». Par ailleurs, l'important décalage temporel de la traduction française, effectuée en 2009 soit plus de 40 ans après la première édition anglaise, ainsi que l'admiration que continue de susciter cette façon qu'avait Sassall de pratiquer la médecine soulèvent une autre hypothèse. Ce titre traduirait la nostalgie de ces temps révolus du médecin de famille accompagnant chacun de la naissance

[2128] Chabot Pascal. *Global burn-out*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013, p. 8-9 : « Elles se sont souvent oubliées, sans toujours avoir le choix de faire autrement ».
[2129] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 171 : « Oui, sa mort a modifié l'histoire de sa vie. Elle l'a rendue plus mystérieuse […] plus violemment mystérieuse ».

jusqu'à la mort, se déplaçant au domicile, disponible nuit et jour et en toutes circonstances. Ainsi que déjà précisé, outre que ce type de médecin n'existait peut-être déjà plus en 2009, une telle vision repose sur la croyance en une utopie, un idéal inaccessible quand bien même le portrait de Sassall permet d'y croire. En somme, ce « métier idéal » n'existe tout simplement pas. Car ce qu'il y aurait d'*idéal* reposerait en réalité sur les qualités et la manière dont ce médecin pratique son métier, en dépit de conditions très dégradées. Or, dans le sillage des inquiétudes formulées par O'Mahony, un tel niveau d'engagement, selon lui immodéré, est non seulement irréaliste mais dangereux, n'hésitant pas à en faire la cause du suicide de Sassall[2130]. Si un tel engagement peut certes paraître idéal pour les patients, mais aussi pour les gouvernants défaillant à déployer des moyens sanitaires en adéquation avec les besoins réels de leurs populations, il peut pourtant constituer une mise en danger pour le soignant. C'est pourquoi un tel titre est peut-être critiquable puisqu'en survalorisant, jusqu'à l'idéalisation, le métier de médecin, il nourrit une représentation trompeuse autant pour les patients que les soignants. Or, en cherchant à atteindre un idéal inatteignable, de jeunes médecins, du coup insatisfaits et frustrés, se jugeant insuffisants et coupables (précisément comme Sassall s'est lui-même jugé[2131]), pourraient se brûler les ailes. Car cette limitation de leurs aspirations en matière de soins, du fait même des conditions d'exercice de la médecine, peut provoquer un douloureux conflit de valeur dont O'Mahony a précisément pu souligner le danger en s'appuyant sur l'histoire singulière de Sassall.

4.2.3.2 – Sassall, *a fortunate man* ?

En qualifiant Sassall de « *fortunate man* » au point d'en faire le titre de son ouvrage[2132], Berger en propose une vision idéalisée, celle d'un homme comblé sous-entendu par son métier de médecin de campagne. Or ce n'est pas sans provoquer une franche dissonance avec ses conditions difficiles d'exercice et l'issue tragique de sa vie. De nouveau se pose la question de l'écueil de représentations trompeuses à l'égard des soignants, au risque de nier les épreuves et souffrances spécifiques qu'ils traversent dans l'exercice de leur métier.

L'adjectif « fortunate » peut être traduit par : heureux, chanceux, comblé[2133]. Afin de ne pas abandonner au hasard d'un concours de circonstances favorable le cheminement de Sassall, mettons de côté le sens « chanceux » pour considérer le libre arbitre de Sassall dans le choix de la médecine et sa manière de la pratiquer. Ce serait ainsi en âme et conscience que Sassal aurait choisi d'être un médecin conforme à l'image qu'il s'en faisait, basée sur une dimension d'autorité et un « idéal de responsabilité »[2134], celui de servir ceux qui dépendent de lui. Non seulement rien ne permet d'affirmer qu'il fut comblé, y compris à l'époque de l'investigation menée par Berger, en trouvant notamment dans l'épreuve de cette pratique difficile en territoire rural de quoi nourrir son goût pour les situations difficiles voire extrêmes, pour des engagements aventureux et même à risque. Mais pour avoir suscité (auprès de tous, y compris Berger) autant

[2130] O'Mahony Seamus. *The importance of empathy - Author's reply*. Lancet 2022;400(10348):272.
[2131] Je renvoie au sous-chapitre à venir, intitulé *Quand le sentiment d'impuissance se mue en jugement d'insuffisance à sa propre encontre*.
[2132] Berger John, Mohr Jean. *A fortunate man. Op. cit.*
[2133] Harrap. *Harrap's bibliothèque : français-anglais, anglais-français*. Edinburgh: Chambers Harrap; 2009, p. 135.
[2134] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 52.

d'étonnement que de respect son attitude a pu passer pour « mystérieuse », s'agissant de son rapport si particulier au métier de soignant ainsi que cela sera approfondie dans un chapitre à suivre. Se bercer de ces représentations habituelles nimbant la profession médicale d'une aura favorable, socialement valorisante et rassurante, peut conduire à oublier la personne derrière le rôle soignant et à passer à côté de ce qu'elle vit réellement et qui ne s'avère pas forcément si favorable.

4.3 – De l'importance de mettre en doute son propre rapport au métier de soignant

Sassall s'est suicidé et un lien avec son activité professionnel n'est pas exclu. Les risques psychosociaux encourus par les professionnels de santé (épuisement, dépression, troubles de l'anxiété et du sommeil, suicide) ont fait l'objet d'une attention accrue ces dernières décennies[2135], qui s'est accentuée lors de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19[2136]. Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* n'était certes pas encore formalisé[2137] à l'époque de Sassall. Pourtant, son histoire mérite d'être relue au prisme du vécu déceptif qui fut le sien à l'égard d'un engagement particulièrement intense et singulier dans une activité soignante constamment difficile (précarité de la population, manque de moyens, isolement). Le peu d'impact de ses interventions sur la santé globale des forestiers en dépit d'efforts considérables n'est pas la moindre de ces difficultés. Or l'absence apparente de doute critique et de recul autoréflexif sur un tel niveau d'investissement ainsi que sur les sentiments éprouvés (d'impuissance, d'insatisfaction mais aussi d'insuffisance) a pu lui être délétère. Cette situation de défaut de doute axiologique souligne l'importance qu'il pourrait revêtir en matière de prévention des risques psychosociaux au sein de la profession soignante.

4.3.1 – Désidéaliser le portrait de Sassall pour en éclairer les dangers possibles

Ainsi que déjà mentionné, le très critique O'Mahony propose une lecture de Sassall radicalement opposée à celle de Berger[2138]. Il bat en brèche l'encensement général dont continue de bénéficier ce médecin. Bien que n'ayant jamais rencontré Sassall, O'Mahony critique les modalités de son engagement médical, comme autant de défauts ou d'erreurs qu'il estime dangereuses pour les soignants. Il ne met donc pas en cause ses compétences médicales mais sa manière d'être médecin, dont il paraît effectivement légitime d'interroger les écueils autant que les atouts.

[2135] Ramirez A. J., Graham J., Richards M. A., Cull A., Gregory W. M., Leaning M. S., *et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. Br J Cancer 1995;71(6):1263-9. Shanafelt Tait D., Bradley Katharine A., Wipf Joyce E., Back Anthony L. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. Ann Intern Med 2002;136(5):358-67. Woo Tiffany, Ho Robert, Arthur Tang, Tam Wilson. *Gobal prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis*. J Psychiatric Res 2020;(123):9-20.

[2136] Sovold Lene E., Naslund John A., Kousoulis Antonis A., Saxena Shekhar, Qoronfleh M. Walid, Grobler Christoffel, *et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority*. Front Public Health 2021;9:679397. Martínez-Arriaga Reyna Jazmín, Dominguez-Rodriguez Alejandro, Herdoiza-Arroyo Paulina Erika, Robles-Garcia Rebeca, de la Rosa-Gómez Anabel, Figueroa González Jairo Alejandro, *et al. Suicide risk and associated factors in healthcare workers seeking psychological support during COVID-19: a cross-sectional study,* . Psychol Health Med 2023;28:3076-90.

[2137] Freudenberger Herbert J. *Staff Burn-Out*. Journal of Social Issues 1974;50(1):159-65.

[2138] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?*. *Op. cit.* O'Mahony Seamus. *The importance of empathy – Author's reply. Op. cit.*

Les écueils de ce qu'O'Mahony considère comme une empathie excessive ont déjà été discutés. Par ailleurs, parce qu'il se rendait constamment disponible (à toute heure et en toutes circonstances) et qu'il se trouvait isolé (étant le seul médecin de la communauté), O'Mahony avance l'hypothèse invérifiable d'une indistinction entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. En se basant sur un propos de Sassal[2139], O'Mahony suspecte Sassall d'avoir usé de son activité professionnelle pour lutter contre ses démons et ses peurs, particulièrement celle de la mort. Or la question de la mort hantait aussi Chauviré, ce qui ne l'a pas conduit au suicide[2140]. Berger rappelle, quant à lui, que « le médecin est un familier de la mort »[2141], quelque discipline que ce soit, ce qui peut effectivement l'inciter « à travailler plus dur encore »[2142] et en tout cas à ne pas la dénier. O'Mahony invoque enfin la dépression de Sassall, apparemment connue et étayée par Berger[2143] et suggère que Sassall aurait pu tirer bénéfice d'une médicalisation de sa souffrance psychologique. Il critique ainsi, en citant le texte de Berger, la posture de Sassall à l'égard de la psychiatrie :

> [Sassall] considère de son devoir d'essayer de traiter au moins certaines formes de mal-être. Il est fort rare qu'il envoie un patient à l'hôpital psychiatrique, car il estime que c'est une sorte de renoncement[2144].

Les positions de Sassall et d'O'Mahony quant à l'apport de la psychiatrie sont manifestement opposées. S'il n'y est pas fermement opposé (« certaines formes de mal-être », « fort rare »), Sassall l'appréhende comme une faiblesse voire un échec (« renoncement »), règle qu'il s'est sans doute appliqué à lui-même autant qu'à ses patients. Rien ne permet d'exclure aussi de la peur et de la suspicion à l'égard de la psychiatrie. Mais surtout Sassall rappelle ainsi que le mal-être n'est pas nécessairement de nature psychiatrique et partant l'importance d'accompagner chaque personne en tenant compte de l'entièreté de sa personnalité et des circonstances qui sont les siennes. Plutôt que d'invoquer un fond endogène renvoyant sur la personne concernée l'entière causalité de ce qui lui arrive, l'attitude de Sassall suggère ainsi l'impact dépressogène d'un environnement (l'extrême misère des forestiers) et d'un contexte sociétal. Or, cet enjeu majeur s'applique à Sassall lui-même. C'est peut-être sur ce point qu'O'Mahony voit particulièrement juste, à savoir la possible incapacité de Sassall à pouvoir appréhender pour lui-même l'impact de ses conditions d'exercice de la médecine et de ses modalités d'engagement,

---

[2139] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 168 : « Chaque fois qu'on me fait penser à la mort – et ça se produit tous les jours – je pense à la mienne, ce qui m'incite à travailler plus dur encore ».
[2140] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une constante interrogation sur la mort au cœur du doute existentiel de Chauviré*.
[2141] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 66 : « Le médecin est un familier de la mort. Quand nous le faisons venir, nous lui demandons de nous guérir et de nous soulager de nos souffrances, mais s'il ne peut pas nous guérir, nous lui demandons d'être témoin de notre mort. […] Il est l'intermédiaire vivant entre nous et les innombrables morts ».
[2142] *Ibid.,* p. 168.
[2143] *Ibid.,* p. 144 : « De temps en temps Sassall sombre dans une profonde dépression. Elle peut durer un, deux ou trois mois. Il n'en connaît pas précisément les raisons. Ses dépressions peuvent être d'origine organique ; en théorie, elles pourraient découler d'une structure névrotique récurrente mais en grande partie enfouie dans l'enfance ».
[2144] *Ibid.,* p. 111.

ainsi que plus généralement la civilisation dans laquelle s'inscrit cette activité[2145]. Le fait de ne jamais quitter le navire et les tempêtes qu'il affectionne tant, ces plongées récurrentes dans le doute suscité par une activité clinique débordante d'inconnus et de lourdes responsabilités ont pu avoir un effet dépressogène et d'épuisement (désormais qualifié de *burn-out* des soignants). Peut-être est-ce bien cette inquiétude majeure qui a poussé O'Mahony à son analyse si critique. L'idée n'étant donc pas forcément de critiquer Sassall lui-même dans sa conduite (encore qu'il faille discuter l'impact des modalités de son engagement sur lesquelles je reviendrai) mais d'ébranler et corriger cette idée trompeuse et dangereuse que l'on se fait d'un métier supposément idéal, en oubliant les difficultés que peuvent rencontrer les soignants. Si la critique d'O'Mahony rappelle ainsi utilement l'importance de se soucier de l'impact potentiel sur l'humeur des contraintes et des épreuves inhérentes au métier de soignant, Berger lui-même en était déjà soucieux. « Que ressent-on à affronter, à tenter de comprendre et à espérer vaincre l'angoisse de tierces personnes […] Je parle de l'angoisse à l'idée de la mort, de la perte, de la peur, de la solitude »[2146] écrivait-il avec lucidité. Si rien ne permet d'affirmer un lien direct entre les sentiments éprouvés par Sassall dans sa pratique médicale (vécu d'impuissance, de désarroi, d'absurdité) et ses épisodes dépressifs[2147], il est légitime d'en interroger l'impact. A cet égard, l'ajout par Berger en 1999 d'une postface mentionnant son suicide est très important. Car le modèle professionnel qu'illustre le portrait de Sassall n'est pas forcément à considérer comme idéal ni donc à suivre sans un regard averti et critique quant aux risques d'un tel niveau d'engagement.

4.3.2 – Être soignant : ambivalence et aliénation ?

Le livre de Berger permet d'entrevoir le lien fort et singulier qu'entretient Sassall avec son métier de soignant. Bien loin du principe d'une activité purement rémunératrice ou dont la valeur ne serait que symbolique, la mission sanitaire de Sassall est essentielle pour l'intégrité de la communauté dont il est responsable. Mais, cet engagement semble aussi revêtir pour Sassall lui-même une ampleur existentielle, suggérant qu'il pourrait exister un rapport de codépendance entre lui et ses patients. Le propos suivant est à cet égard éclairant :

> Il se considérait comme quelqu'un qui sauvait des vies. Il s'était prouvé qu'il avait la capacité de le faire et de prendre des décisions. Cela s'accompagnait de la conviction que ceux qui vivaient simplement, ceux qui dépendaient de lui, possédaient des qualités et un secret sur la manière de vivre qu'il n'avait pas. Ainsi, tout en ayant autorité sur eux, il avait le sentiment de les servir[2148].

Auprès des forestiers, comme c'était déjà le cas en terrain de guerre, Sassal pouvait être considéré et en était lui-même arrivé à se considérer (« Il s'était prouvé ») comme un acteur sanitaire essentiel (« sauvait des vie »). Aucun doute ne pesait sur l'importance et l'impact de sa mission sanitaire. Ce pouvoir de Sassall sur la vie des forestiers (« dépendaient de lui »)

[2145] Rollot Jérémie. *Pascal Chabot. Global Burn-out*. Lectures [En ligne] 2013. En ligne : Lectures - Pascal Chabot, *Global Burn-out* – Par Rollot 2013, consulté le 5 mars 2026.
[2146] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 111.
[2147] Une composante dépressive endogène n'a jamais été élucidée, de même qu'une détresse réactionnelle au décès de son épouse (son suicide étant survenu un an après) reste une supposition.
[2148] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 52.

actait leur lien de dépendance à son égard et conséquemment d'allégeance (« autorité sur eux »). Pourtant, si par le fait de pouvoir les soigner et même sauver leurs vies, Sassall disposait d'un rapport de pouvoir évident sur les forestiers, toute la singularité de leur relation est qu'il se trouvait lui-même assujetti à eux (« sentiment de les servir ») et donc en situation de soumission. En fait, Sassall apparait comme un homme nourri de contradictions. L'ambivalence fonctionne à plein ainsi que tend à l'illustrer cette suite oxymorique visant à caractériser sa situation : être dominant et serviteur tout à la fois, sauver des vies tout en devant être soutenu dans sa propre existence par ceux-là même qu'il sauve, savoir mais aussi devoir être instruit (« secret sur la manière de vivre qu'il n'avait pas »), pouvoir « prendre des décisions » tout en ne cessant de douter à l'aune des constantes difficultés et de l'imprévisibilité des situations rencontrées.

Toute l'ambivalence qui caractérise son rapport au métier de médecin consiste à, d'un côté se rendre indispensable aux autres (et de se vivre pleinement comme tel), de l'autre se trouver lui-même en situation de dépendance à l'égard des forestiers (« possédaient des qualités et un secret sur la manière de vivre qu'il n'avait pas »). Or cette situation produit une double aliénation. Il ne peut se soustraire à sa responsabilité de soigner et sauver des vies et, dans le même temps, il ne peut se détacher de ses patients dont il dépend lui-même pour exister en tant que soignant (peut-être même pour exister simplement). S'il a la capacité de sauver leurs vies, il n'en connait pourtant pas le secret qu'eux seuls possèdent. Il ne peut donc les sauver que grâce à eux. Sassall dépend d'eux tout autant qu'ils dépendent de lui. Cette position singulière en tant que soignant le conduit à être dans un rapport de dépendance réciproque. Cette révélation d'une dépendance réciproque, vitale pour les uns (malades et accidentés), existentielle pour l'autre (Sassall en tant que médecin), est d'autant plus troublante que Berger use pour qualifier son comportement d'un vocabulaire suggérant force, confiance et même certitude : « [il] sauvait des vies », « il se considérait », « il s'était prouvé », « prendre des décisions », « conviction », « autorité ». Une telle assurance contraste avec une posture de servitude (« les servir »), d'ignorance s'agissant d'« un secret […] qu'il n'avait pas » et lui imposant un état de sujétion paradoxale à l'égard de « ceux qui vivaient simplement, ceux qui dépendaient de lui ». En somme, Sassall demeure pétri de doute.

4.3.3 – Heurs et malheurs d'un insatiable appétit de doute clinique

Ainsi que l'a souligné O'Mahony, en le critiquant sévèrement[2149], Sassal est un médecin qui surinvestit son activité clinique auprès des malades. Ce qui se cache derrière cet engagement indéfectible pourrait bien être un appétit de doute, entendu par-là ce doute clinique qu'il rencontre et mobilise au gré des enquêtes qu'il doit incessamment mener pour comprendre et accompagner ses patients. La métaphore maritime choisie par Berger, parlant de Sassal comme d'un capitaine au long cours, étaye une telle hypothèse, celle d'un appétit insatiable de doute. Tel un capitaine toujours tendu vers l'horizon incertain et les tempêtes qu'il couve, Sassall semble tout autant mu par une puissante aspiration à de tels états d'instabilité, d'incertitude, de danger, voire de crise, et donc fondamentalement de doute. De fait, il ne cesse jamais d'œuvrer

[2149] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?. Op. cit.*

pour sauver, soutenir, guider chaque patient tel un navire[2150], au gré des évènements (parfois physiologiques comme l'accouchement) et des épreuves plus ou moins difficiles que les forestiers traversent. Fondamentalement instable, incertaine, capricieuse, et menacée de tempête, la mer est toujours à risque de mettre en péril l'ensemble du navire. C'est à cette aventure-là, incessamment renouvelée que s'adonne le capitaine de navire. Sassall ne fait rien de différent auprès de ses patients, dont la santé et l'existence même sont toujours menacées du fait de leurs carences, leurs maladies, leurs accidents, leurs conditions de vie. Chez les forestiers, les tempêtes s'avèrent particulièrement fréquentes et sérieuses tant la misère, le défaut d'éducation, l'injustice les accablent. Porté par le désir autant que le courage d'assumer l'ampleur de la tâche qui est la sienne au sein de cette communauté, Sassall est donc un homme constamment confronté au doute. Qu'il ne cherche jamais à l'esquiver ou à y renoncer est un fait *a priori* honorable. Pourtant, il ne devrait pas conduire à éluder la question de son degré d'engagement pointé par O'Mahony. L'hypothèse que Sassall ne veuille vivre que sur la mer du doute, qu'il ne quitte jamais le grand large et ses aléas imprévisibles tel un horizon éternel, invite à réfléchir aux dangers encourus d'une telle situation.

4.3.3.1 – Le soulagement éphémère lié à la dissipation du doute dans l'action

Dans cet océan de doute dans lequel navigue inlassablement Sassall, il se trouve quelques rares instants, qualifiés d'exceptions, où il peut se dissiper éphémèrement. La preuve que le doute est un état inconfortable, y compris pour Sassall, est donné par le « soulagement » qu'il en éprouve alors ainsi que l'illustre ce propos :

> C'est quand il pratique des opérations chirurgicales relativement mineures. Par exemple, réduire une fracture dans son cabinet […]. Là, ses deux yeux se concentrent sur sa tâche et une expression de soulagement se lit sur son visage. […] C'est comme si le vide se faisait dans son esprit (d'où le soulagement) afin qu'il puisse se consacrer exclusivement au seul acte à accomplir. »[2151].

Par son travail d'enquête perpétuellement renouvelée, la démarche clinique confronte en permanence au doute. Sassall y est d'autant plus attaché qu'il fuit le repos, la routine et les certitudes. Pourtant, au gré de certaines de ses gestes techniques effectués au lit du malade[2152] (« opérations chirurgicales », « réduire une fracture »), le doute est mis de côté temporairement (« ses deux yeux se concentrent sur sa tâche »). A ce moment-là, il cesse de penser (« le vide se faisait dans son esprit ») et se concentre sur l'action à mener (« se consacrer exclusivement au seul acte »). Les chirurgiens connaissent bien cet état. Certains témoignent de leur façon

[2150] D'autres auteurs utilisent la même métaphore dans leur autopathographie : Brun Danièle. Op. cit., p. 38 : « ce navire qu'était désormais à mes yeux mon corps ». Je renvoie aussi à : Ceccatty René, *Dans la vallée des larmes* par Autréaux Patrick, Le Monde des livres, publié le 2 juillet 2009. En ligne : "Dans la vallée des larmes", de Patrick Autréaux : rescapé du naufrage, consulté en ligne le 10 janvier 2026 : « Or ce n'est pas à *Mars* ni à *Si c'est un homme* que l'on pense vraiment en lisant ce beau livre, fort et lyrique, analytique et honnête, noble et cru. C'est à Conrad ou à Melville, car d'abondantes métaphores maritimes comparent cette épreuve à une lente et hasardeuse traversée, que guette le naufrage ».

[2151] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 84.

[2152] *Ibid.,* p. 85 (Photo : Une ponction lombaire). La photo est disponible en annexe.

d'exclure le doute de leur esprit lorsqu'ils doivent opérer[2153], sous peine d'être gênés ou même empêchés dans leur action. Durant le temps de l'action le doute peut donc disparaître, ce qui ne signifie pas pour autant que le doute empêcherait d'agir. Au gré de l'enquête qu'il soutient et nourrit, il contribue à l'établissement d'un jugement et d'une décision (ce que Peirce qualifie de croyance[2154]) propres à permettre sa mise en œuvre et donc précisément l'action qui en découle. Simplement, dans l'action, la pensée réflexive qui soutient le doute du soignant s'interrompt. Pour Sassall, comme pour les chirurgiens, l'action immunise ainsi temporairement contre le doute. Bien que de façon fugace, ce temps de l'action, *sans doute*, est manifestement éprouvé par Sassall comme un soulagement. Cela est aisément perceptible pour son entourage[2155].

Au prisme de l'action comme un temps possible libéré du doute, Berger fait aussi référence à la dialectique du doute et de la certitude (« L'espace d'un moment il y a une certitude »). Non que l'état de certitude soit l'antonyme du doute (qui, suivant la logique peircienne, est en fait l'état de croyance), mais l'un et l'autre sont étroitement liés. En l'absence de doute, Sassall peut éprouver une sensation de certitude, même éphémère. La métaphore visuelle est ici d'autant plus intéressante qu'elle rejoint celle du capitaine de navire, gardant toujours un œil sur l'horizon instable et trompeur. C'est aussi le cas de Sassall qui, à l'exception de ces brefs instants durant lesquels « ses deux yeux se concentrent sur sa tâche », demeure imprégné par cet océan de doute tout aussi instable et trompeur que l'horizon éternel du marin. « On perçoit cette différence dans chacun de ses yeux : le droit sait quoi attendre […] ; le gauche n'arrête presque jamais de peser les témoignages diffus et de chercher »[2156] écrit Berger opposant par-là, d'un côté le savoir et la maitrise, de l'autre l'incertitude, le doute, la désillusion. Avec cet œil gauche, tout comme le marin, Sassall est toujours sur la mer, il ne la quitte pas. Ces états ponctuels de certitude et de maitrise[2157] (son œil droit), presque ridicules tant ils sont passagers, discontinus, presque imperceptibles, ne sont que d'infimes instants dans cet océan continu de doute que représente la clinique auprès des malades qu'affectionne tant Sassall.

4.3.3.2 – De l'insatisfaction à la désillusion, Sassall n'en demeure pas moins accro au doute

Le sentiment constant d'insatisfaction de Sassall[2158], quelle que soit l'ampleur des investigations menées auprès de ses patients, questionne. Un part au moins de cette déception proviendrait de son besoin de savoir. Ainsi que le précise Berger, « quelque part en lui, il attend toujours d'en savoir plus »[2159]. Sassall serait taraudé par une impression de n'en savoir jamais assez. Cet appel du savoir, qui est donc tout autant un moteur qu'un désenchantement, ne se réduit pas à la compréhension clinique et l'explicitation scientifique des situations médicales

[2153] Je m'appuie notamment sur le témoignage de Geneviève Guillaume, spécialiste de chirurgie vasculaire en Belgique et préparant par ailleurs une thèse de doctorat en éthique médicale.
[2154] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*, qui y est consacré.
[2155] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 82 et 84 : « Dès qu'il enlève sa veste, retrousse ses manches, se lave les mains, enfile des gants ou un masque, son soulagement se voit ».
[2156] *Ibid.,* p. 82.
[2157] *Ibid.* : « Ainsi déguisé et armé contre les désillusions, il peut se rapproprier la réalité dans le but non comique de la maitriser et de mieux comprendre ».
[2158] *Ibid.,* p. 81 : « En réalité, aucune réponse à ces questions ne le satisfera jamais ».
[2159] *Ibid.* : « il attend d'en savoir davantage. Certes, il sait déjà ce qu'on ressent

auxquelles Sassall est confronté. Il s'agit aussi de cette tendance à vouloir en connaître toujours plus sur une personne, sur une situation, sur un environnement, sur des circonstances, sur un faisceau infini d'éléments certes indissociables mais inatteignables en totalité. Une telle entièreté du savoir n'est pas accessible et elle n'est pas forcément nécessaire pour œuvrer efficacement au bénéfice des patients, ni même peut-être souhaitable. Il n'empêche, selon Berger, Sassall est de ces médecins qui « veulent connaître tout ce qui est possible […]. Le malade est leur matière »[2160]. A cet égard, Sassall serait représentatif de cette aspiration prométhéenne à la complétude du savoir et de leur pouvoir[2161] qui anime bien des soignants.

Mais plus encore que l'appel irrésistible des sirènes de la connaissance, peut-être faudrait-il voir dans cette constante insatisfaction un effet de ce doute insatiable qui anime Sassall. La métaphore de l'horizon du capitaine au long cours trouve de nouveau ici toute sa valeur. Il s'agirait ainsi pour lui de ne jamais cesser de (re)voir l'horizon, mais toujours différemment. Le doute perpétuel de Sassall se voit imagé grâce à cet horizon illimité, inatteignable et surtout perpétuellement changeant, vers lequel le capitaine de navire ne cesse jamais de tendre et attestant de l'impossible fixation d'un savoir définitif le concernant. Cette aspiration de Sassall témoignerait alors d'un regard évolutif, sans cesse renouvelé, c'est-à-dire rafraichi autant qu'enrichi sur ce qui est *su* mais demeure toujours changeant et donc révisable. Tout comme le capitaine renouvelle à l'infini sa confrontation aux éléments et partant les redécouvre inlassablement, Sassall demeure inlassablement attentif et dans le doute à l'égard de ses patients, telle une expérience de l'*infinitude* et une capacité toujours vive d'étonnement[2162].

Mais comment comprendre cette posture de Sassall consistant à fuir les certitudes, à mépriser le bon sens[2163], à s'obstiner dans le doute, en le réactualisant sans cesse, à n'opter donc que pour la fluidité et l'imprévisibilité de la mer plutôt que la terre ferme et assurée, à ne jamais cesser de tendre vers l'horizon sans jamais l'atteindre. Comment comprendre une telle persévérance dans le doute, en dépit de l'épreuve récurrente d'insatisfaction jusqu'à la désillusion qu'il lui fait subir. Il semblerait peut-être que se rejoue là cette ambivalence déjà évoquée. Si le doute assouvit son désir de grand large et d'horizon infini, la mer ne cesse pourtant pas de lui tenir tête ni ne lui épargne ses déferlantes. Si le doute peut constituer une source de jouissance par ses effets intellectuellement stimulants (poussant ainsi à en renouveler inlassablement l'expérience), il n'est pas sans effets exactement inverses d'amertume, de frustration, de répulsion. Si le doute clinique est cette expérience à la fois stimulante et valorisante en tant que soignant, elle est en même temps une épreuve particulièrement douloureuse dans laquelle, pourtant, il persévère, rumine, s'enlise parfois et désespère. « Comme tout Faust privé de l'aide du diable, c'est un homme qui souffre souvent d'un sentiment de déception »[2164] écrit Berger à ce propos. La référence est forte et en dit long sur le

---

[2160] *Ibid.* : « veulent connaître tout ce qui est possible, motivés par la curiosité. Encore que « curiosité » soit un terme trop faible et « esprit d'investigation » trop institutionalisé. Ils sont motivés par le besoin de savoir ».
[2161] *Ibid.* : « Certes, il sait déjà ce qu'on ressent à être ce malade-là dans cet état-là, mais il n'en possède pas encore l'explication et ignore donc l'étendue de son propre pouvoir ».
[2162] Ainsi que déjà précisé, je remercie Annette Mouret de m'avoir rapporté cette réflexion de son frère médecin, fruit de son expérience clinique : « être médecin c'est avoir une capacité toujours préservée d'étonnement ».
[2163] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 100-101.
[2164] *Ibid.,* p. 81.

désespoir et la dureté de l'épreuve qu'il semble traverser en s'exposant à ce point au doute, passant de doute en doute sans ne jamais tirer satisfaction de sa résolution possible (même provisoire).

L'idée émerge alors que Sassall ne serait peut-être pas capable de prendre de recul et d'élaborer à partir de sa situation, qu'il ne pourrait donc pas réfléchir aux effets délétères possibles d'une réexposition incessante au doute et de son indéfinie irrésolution, entre autres son effet possiblement dépressogène. A-t-il même conscience de sa situation, en vient-on à se demander au regard du défaut apparent de retour autoréflexif sur les raisons de cet éprouvé déceptif et ces accablements qui l'envahissent parfois. Si l'on s'en tient à l'analyse de Berger, Sassall se serait contenté d'ironiser : « il met l'accent sur les désillusions et se présente délibérément sous les traits d'un petit homme comique »[2165]. Si être à ce point aspiré par l'horizon sans jamais l'atteindre et pourtant rejouer sans cesse l'épreuve de la navigation pour y parvenir consiste pour Sassall à être constamment aspiré par le doute sans jamais le résoudre définitivement tout en rejouant sans cesse l'épreuve, sa situation tire effectivement vers l'absurde et le tragi-comique. Ne jamais vouloir, ni surtout pouvoir, mettre fin à l'état de doute du fait de l'émergence continue de nouveaux motifs d'interrogation et d'attente de réponses[2166] peut certes paraitre légitime et même hautement louable en dépit de la dureté de l'épreuve que cela représente[2167]. Or cette situation extrême de doute rejoué en permanence, dont Sassall fait à ce point preuve, n'est pas tenable. C'est pourquoi, on est tenté d'invoquer les hypothèses suivantes. Soit il se conduit comme un surhomme idéaliste, sourd aux limites qui sont les siennes tel un capitaine jusqu'au-boutiste ne craignant pas le naufrage (à l'instar du capitaine Achab décrit par Melville[2168]), soit il est dans une sorte d'addiction au doute, incapable d'en réfréner l'usage. Ces deux hypothèses ne sont en fait pas exclusives l'une de l'autre et pourraient effectivement s'appliquer à ces différentes disciplines médicales (médecine de guerre, d'urgence, des plus déshérités) auxquelles Sassall s'est, de fait, dévoué corps et âme, en n'en percevant peut-être pas les risques pour lui-même.

4.3.3.3 – Sassall ou la religion du doute

Cette façon qu'a Sassall d'être tout le temps dans le doute, d'en renouveler à l'infini les occurrences, comme s'il ne pouvait s'abstenir de toujours douter donne l'impression qu'il en est parvenu au point d'en faire une religion. Le propos suivant pourrait éclairer cette hypothèse :

> La tragédie majeure de la condition humaine est de ne pas savoir. Ne pas savoir ce que nous sommes et pourquoi nous sommes – avec *certitude*. Ça ne m'a pas conduit à la religion. La religion ne répond pas à la question »[2169].

[2165] *Ibid.,* p. 82.
[2166] *Ibid.,* p. 136 : « Il a beau s'en défendre, les questions dérangeantes reviennent. Plus dur il travaille, plus elles se posent avec insistance ».
[2167] *Ibid.* : « il souffre de doute et jouit de la réputation d'un idéaliste dans le cadre de sa profession ».
[2168] Melville Herman, Giono Jean (Trad. et préface), Jacques Lucien (Trad.), Smith Joan (Trad.). *Moby Dick*. Paris: Folio; 1996 [1851].
[2169] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 80.

Dans ce propos, Sassall est comme imprégné de scepticisme radical[2170]. L'absence de complément d'objet à l'assertion « ne pas savoir » suggère l'impossibilité de toute « *certitude* » mais plus encore de toute connaissance. Le fait que rien ne puisse jamais être considéré comme certain soit qualifié par Sassal de « tragédie » montre l'importance que revêt à ses yeux cette question. Même la religion est impuissante. « Ne pas savoir […] pourquoi nous sommes » rend vaine toute croyance, un constat en cohérence avec l'analyse peircienne opposant doute et croyance. Sassal en est ainsi arrivé au point où il n'y a que le doute possible, où celui-ci domine alors de façon absolue. C'est en somme la religion du doute, un oxymore rappelant la position auto-contradictoire des sceptiques. Pour Sassall, il ne semble en effet même plus possible de douter du doute dans sa permanence et son omniprésence, ni *a fortiori* de douter qu'il puisse être déraisonnable et même délétère. Or, contrairement au doute raisonnable qui s'avère favorable à l'imagination et donc à une clinique au plus près des réalités de ses patients et de leur vécu, ce doute est déraisonnable en ce qu'il n'offre pas d'issue au sentiment d'impuissance de Sassall, à cette idée qui le taraude – sorte de douleur et de culpabilité – de ne pouvoir être à la hauteur de l'ensemble des besoins des forestiers. Or, derrière cette idée de ne pouvoir sauver les forestiers on retrouve cette tonalité messianique déjà évoquée.

4.3.4 – De l'écueil du surinvestissement humain des soignants

La situation de Sassall permet d'illustrer les dangers d'une appréhension extensive et sans frein de la mission soignante. Les risques inhérents au dépassement de leurs prérogatives montre à quel point il peut être important pour les soignants de poser des limites à leur engagement. L'histoire singulière de Sassall a ainsi une portée universelle, car elle permet de signifier à la fois les risques de l'excès d'empathie et du surinvestissement et surtout d'affirmer l'importance pour la qualité de vie et même la survie des soignants de développer un doute axiologique. Or, ainsi que l'analyse Charon, « il n'y a aucune limite à ce qu'un médecin peut donner »[2171] ; cela rend d'autant plus difficile ce travail autocritique visant à raisonner et modérer cet engagement.

4.3.4.1 – L'excès de proximité et d'empathie

Même s'il se questionnait beaucoup ainsi que l'illustre la richesse de l'ouvrage de Berger, l'hypothèse que Sassall n'a peut-être pas pu, ou pas voulu, porter un regard critique sur la nature et le degré de son investissement auprès de ses patients court en filigrane. En résulte l'idée qu'il n'a peut-être pas été capable d'apprécier et de mettre en doute son degré de proximité avec les patients, portée par son inébranlable empathie et sa prolifique imagination[2172]. Le propos suivant le suggère :

> Sassall est plus sensible aux intérêts de ses patients que les patients eux-mêmes. L'échec le trouble d'avantage que le patient n'en subira les inconvénients[2173].

[2170] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme*.
[2171] Charon Rita. *Médecine narrative. Op. cit.*, p. 77.
[2172] Je renvoie au chapitre à suivre de la présente thèse, intitulé *Oser douter des limites de la médecine et mobiliser l'imagination*.
[2173] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 146.

De ce propos, on comprend que Sassall fait plus pour les patients qu'ils n'en attendent eux-mêmes. Il espère plus pour eux qu'eux-mêmes n'y aspirent et ne l'espèrent. Son attention à leur égard en vient à dépasser l'idée qu'ils peuvent eux-mêmes se faire de leurs propres besoins. Sa proximité et son implication sont telles qu'il en vient même à souffrir, comme par procuration (« L'échec le trouble d'avantage »), lorsqu'il ne parvient pas à obtenir ce qu'il espérait pour eux, même si cela ne leur crée, quant à eux, pas autant d'« inconvénients ». Cette proximité fusionnelle à l'autre, signe d'une totale empathie, questionne. Sassall est tellement attentif aux autres qu'il s'est peut-être oublié lui-même. S'étant tellement mis dans la peau de l'autre, il en aurait été comme dépossédé de lui-même.

Son engagement, sa proximité et son empathie sont tels qu'il semble pris dans une spirale de dévouement jusqu'à l'oubli de soi. Ne parvenant manifestement pas à prendre du recul, à scinder son moi propre du vécu d'autrui, il semble ne plus pouvoir distinguer sa propre existence de celle de ses patients. O'Mahony analyse cette situation comme relevant d'un glissement de posture et partant d'une confusion entre une empathie souhaitable, qui ne serait donc pas excessive[2174], et une attitude irraisonnée de compassion[2175]. Ressentir à ce point la souffrance de ses patients – *a fortiori* de façon réitérée et dans la diversité des maux qui sont les leurs – et s'engager démesurément à la résoudre risquent, selon lui, d'emporter le soignant bien au-delà du périmètre de sa mission et notamment de générer une implication émotionnelle exagérée et délétère. A cet égard, l'excès de posture soignante de Sassall est à interroger et aurait mérité d'être mise en doute, tant elle a pu sembler prendre l'allure d'une mission christique, jusqu'à possiblement y avoir sacrifié sa vie.

4.3.4.2 – Des risques de s'engager au-delà du périmètre sanitaire

Sassall s'est beaucoup impliqué dans la vie communautaire de son territoire d'exercice[2176]. En témoigne ce projet visant la transformation de douves abandonnées à l'état sauvage en un « jardin municipal », il œuvra à la création d'« une « société » dont il fut élu président »[2177]. Cet engagement questionne la porosité des frontières entre mission de soin et rôle social.

En notant que « L'homme-médecine primitif […] était souvent prêtre, sorcier et juge »[2178], Berger nous rappelle que, de tous temps, la place du médecin a dépassé celle de technicien réparateur du corps mais aussi même celle de soignant[2179]. Sassall n'aurait pas échappé à cette règle. Même si cela souligne « l'importance des besoins qu'il [le médecin] satisfait » [2180], l'ajout de cet engagement social à sa mission sanitaire peut, tout autant que son excessive empathie, être interrogé. On peut se demander notamment s'il ne s'agirait pas là d'une déclinaison de son excessive empathie, au risque d'un surinvestissement émotionnel comme

---

[2174] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Oser douter de l'empathie*.
[2175] O'Mahony Seamus. *A fortunate man?*. *Op. cit.* O'Mahony Seamus. *The importance of empathy – Author's reply. Op. cit.*
[2176] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 105 (Photo : Participation de Sassall à la vie communautaire).
[2177] *Ibid.,* p. 97.
[2178] *Ibid.,* p. 61-62.
[2179] *Ibid.,* p. 106 : « Quand ils sont malades, il fait davantage que les traiter : il est le témoin objectif de leurs vies ».
[2180] *Ibid.,* p. 61-62.

déjà qu'évoqué. C'est ainsi qu'il a pu se désoler devant les grandes difficultés d'expression des forestiers en raison de leur « lourde carence culturelle »[2181] et se soucier de les représenter :

> Il les représente, il devient leur mémoire objective (au sens opposé à subjective), car il représente leur possibilité perdue de comprendre le monde extérieur et de s'y rattacher, tout comme il représente aussi une partie de ce qu'ils savent mais ne peuvent pas penser[2182].

Sassall est ici présenté comme un sauveur, celui seul qui pourrait donner une voix, un écho et partant une représentativité aux forestiers (« Il les représente »), notamment au niveau de « la lointaine capitale »[2183] auprès du pouvoir central régulateur ignorant des réalités véritablement vécues aux confins de certains territoires. Si « le médecin est accepté par les villageois et les forestiers comme un homme qui, dans toute l'acceptation du terme, vit avec eux »[2184], il n'en représente pas moins à leurs yeux « l'intellectuel » et partant « l'appareil d'état qui les contrôle »[2185], son simple prolongement relativement aux politiques sanitaires. Or, ce n'est précisément pas ainsi que Sassall s'appréhende et cherche à être appréhendé puisqu'il se pense allié et représentant du pauvre, défenseur des injustices qu'ils subissent, aux antipodes d'un pouvoir étatique distancié, déconnecté, indifférent. C'est pourquoi, « [il] n'est pas le représentant d'un être omniscient et tout-puissant. Il est leur représentant à eux »[2186] écrit Berger. La posture, qui n'est pas dénuée de paternalisme (« ce qu'ils savent mais ne peuvent pas penser »), (re)joue ainsi pleinement la carte de l'ambivalence et de l'aliénation déjà évoquée. Plus encore, elle est aussi empreinte d'une tonalité messianique (« leur possibilité perdue de comprendre le monde extérieur et de s'y rattacher »). Sassall semble alors se penser comme un médecin *total*, qui tend vers tout et veut tout soigner. Cherchant constamment se dépasser et à dépasser le rôle de médecin, il devient une sorte de catalyseur de tous les besoins et toutes les souffrances de la société, inconscient de l'irréalisme d'un concept de santé aussi vaste.

4.3.5 – La tragédie de Sassall jusqu'à mourir d'une spirale de doute jamais remise en cause

Des qualifications de *fortunate man* et de métier idéal, il apparaît finalement que la situation de Sassall ne cesse de les contredire. A plus d'un titre, et sans même invoquer son issue fatale, sa situation tend à se révéler tragique. Illustrant la frustration d'aspirations soignantes pourtant légitimes, Sassall donne voix à ceux qui subissent de mêmes empêchements. Que leurs raisons multiples (rationalité instrumentale, incohérences organisationnelles, etc.) aillent à l'encontre du bien des personnes (patients autant que soignants), voire témoigne de leur négation, rend l'épreuve d'autant plus vive. Mais, le cœur de la tragédie de Sassall se situe aussi dans ce décalage qui va de plus en plus le séparer de ceux-là même qu'il aspire à aider. En surinvestissant exagérément sa mission d'assistance des forestiers, qui du périmètre sanitaire s'étend aux dimensions sociale, éducative, culturelle, politique, Sassall sombre dans une utopie de médecin total voire une sorte de délire messianique. Or ce qui fonde cet engagement, un

[2181] *Ibid.,* p. 97.
[2182] *Ibid.,* p. 106.
[2183] *Ibid.,* p. 103.
[2184] *Ibid.,* p. 99.
[2185] *Ibid.,* p. 103.
[2186] *Ibid.,* p. 106.

doute insatiable toujours tendu vers l'horizon de tous les possibles, aura raison de son équilibre et même de son existence.

4.3.5.1 – L'injonction contradictoire, un drame structurel inhérent au système de santé

Sassall souffre de l'inadéquation entre ses aspirations et ses valeurs orientées vers le bien de ses patients et ce qu'il peut vraiment faire pour eux. Berger écrit à ce propos : « ce qu'il peut faire, si l'on prend la communauté dans son ensemble, est ridiculement insuffisant »[2187]. L'origine en est, au moins en partie, structurelle au système de santé. Le décalage entre ce à quoi il aspire pour ses patients et la réalité de ce qu'il peut réellement faire résulte notamment du manque de moyens matériels et humains mis à disposition par les instances décisionnaires et des troubles organisationnels consécutifs. L'antagonisme entre son niveau d'engagement auprès de ses patients et l'obligation, multifactorielle et plus ou moins explicite, qui lui est opposée d'y renoncer est une puissante source d'insatisfaction, de conflit interne, de fatigue morale. L'exemple suivant relatant l'expérience d'une jeune infirmière (Valérie) travaillant dans une unité de soins spécialisés de l'hôpital publique d'une grande ville où les conditions de travail se trouvaient dégradées en est une illustration :

> Elle a expliqué à sa cadre de soins son angoisse de ne pas répondre aux appels répétés des malades lorsqu'elle passait dans les couloirs. Elle a confié sa fatigue.
> La cadre de soins a répondu : « Ecoutez, mademoiselle, si vous ne supportez pas, faites comme tout le monde, achetez-vous des boules Quies, vous n'entendrez plus rien »[2188].

Cette histoire vraie illustre de façon caricaturale les injonctions contradictoires (« achetez-vous des boules Quies ») qui peuvent être opposées aux acteurs de santé dans la réalisation de leur mission soignante, même la plus élémentaire (répondre à l'appel de patients). Comme Sassall, Valérie est une soignante « amoureuse du métier d'infirmière »[2189] et pleinement engagée. En rupture avec sa formation (« on lui a appris que le patient est au centre de tout »[2190]), ses motivations à exercer ce métier et les valeurs du soin, ces manifestations de maltraitance institutionnelle[2191] avérée ont eu raison de sa vocation[2192]. Valérie n'a pas pu retourner à son travail[2193]. Quand bien même un tel comportement pourrait être qualifié de « réaction parfaitement inhabituelle »[2194], le docteur Alain Gérard, psychiatre l'accompagnant dans cette épreuve, la qualifie d'*adaptée*[2195], ajoutant qu'elle « s'est protégée à temps d'une dégradation

---

[2187] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 144 et aussi p. 132-136.
[2188] Gérard Alain. *Op. cit.*, p. 81.
[2189] *Ibid.,* p. 79 : « Elle aime ce mélange entre technique des gestes et accompagnement humain […] écouter les patients et apaiser leurs souffrances psychologiques la passionnent ».
[2190] *Ibid.*
[2191] de Becker Emmanuel *La maltraitance institutionnelle en temps de crise*. Bruxelles: yapaka.be; 2022.
[2192] Gérard Alain. *Op. cit.*, p. 92 : « La seule voie qui est apparue pour sortir Valérie d'affaire a été une voie de secours […]. Valérie s'est reconvertie et va bien. Elle a abandonné un métier noble pour lequel elle était formée ».
[2193] *Ibid.,* p. 83-84 : « un voyant rouge s'est allumé avant qu'elle ne tombe vraiment malade. […] Elle ne voulait pas s'arrêter, elle s'est arrêtée comme une montre qui n'a plus la force de faire tourner ses aiguilles ».
[2194] *Ibid.,* p. 80.
[2195] *Ibid.,* p. 84 : « sur la feuille de maladie à la rubrique "motif de l'arrêt" : "mécanisme de défense adapté dans un contexte de dysfonctionnement hospitalier sévère" » ; p. 89 : « elle ne s'adapte pas – et je suis tenté d'ajouter : heureusement ! – à une situation professionnelle inacceptable ».

prévisible »[2196] sur un mode dépressif. On voit ici combien, dans un contexte de travail dégradé (qui n'est spécifique ni à un pays, ni à une région, ni à une structure sanitaire, ni à une époque), le métier de soignant ne saurait être considéré comme idéal puisque, précisément, il prive les acteurs de leurs idéaux, même les plus basiques (l'écoute et la présence), en matière de soins. La profondeur du désarroi des soignants n'est parfois que la conséquence d'un décalage insupportable entre un idéal soignant et leurs conditions d'exercice.

4.3.5.2 – Le dilemme de Sassall

Le décalage éprouvé par Sassall ne résulte pas seulement de moyens insuffisants et d'injonctions contradictoires. Il peut aussi relever de facteurs inhérents au type d'engagement qui lui est propre en tant que soignant.

Passionné altruiste, aspirant toujours au mieux pour ses patients, Sassall est un homme qui souffre de devoir se contenter du *minimum*[2197]. Il souffre de la médiocrité et de son accointance avec l'absurdité. Son surinvestissement, ses questionnements sans fin, cette tendance à l'accumulation hyperbolique d'expériences et de savoirs, qui n'éteignent pourtant jamais ses doutes, trouvent peut-être là aussi une explication. Or la condition même des forestiers vient s'opposer à son aspiration au maximum pour eux. Non qu'ils symbolisent cette médiocrité, puisqu'ils en sont victimes. Mais à l'aune de l'engagement qui est le sien, que ces personnes se voient imposées une moindre éducation, de moindres moyens matériels, de moindres désirs, une moindre conscience de leurs besoins, plonge Sassall dans un dilemme[2198]. Berger écrit à ce sujet :

> […] plus il pense à les éduquer – selon les exigences de leur esprit et de leur corps avant qu'ils ne deviennent résignés […] –, plus il se demande : de quel droit fais-je cela ? Ce n'est pas sûr que cela les rende plus heureux socialement[2199].

Dans ce maximum auquel aspire Sassall pour les forestiers, il n'y a pas que le strictement sanitaire, à savoir soigner des blessures, des carences (nutritionnelles) ou des maladies. Il y a aussi, ainsi que déjà évoqué, ce qui dépasse ce périmètre, notamment l'éducation telle que Sassall l'appréhende (« il pense à les éduquer ») comme facteur de meilleures santé et qualité de vie (« les exigences de leur esprit et de leur corps »). Or, non seulement il est conscient du caractère paternaliste d'un tel élan (« de quel droit fais-je cela ? »), mais son dilemme se situe alors aussi dans « le contraste constant entre les attentes globales de ses patients et les siennes »[2200], dans ce décalage qui s'opère entre lui et les forestiers. De fait, Sassall semble bien

---

[2196] *Ibid.,* p. 84.

[2197] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 142 : « Il [le minimum] vide presque de leur contenu des concepts […] comme ceux de Renouveau, Changement Soudain, Passion, Plaisir, Tragédie, Compréhension. Il réduit le sexe à une envie passagère, un effort nécessaire pour maintenir le statu quo, l'amour devenu affection, le confort devenu habitude. Il nie l'efficacité de la pensée, le pouvoir des besoins méconnus, la pertinence de l'Histoire ».

[2198] *Ibid.,* p. 140.

[2199] *Ibid*.

[2200] *Ibid.,* p. 141 : « Je crois que le trouble de Sassall est provoqué non par les problèmes ou les cas individuels, parce que alors il consacre toute son attention à "avancer à tâtons" et à déterminer jusqu'où il peut aller, mais par le contraste constant entre les attentes globales de ses patients et les siennes ».

plus conscient et préoccupé qu'eux-mêmes des injustices qu'ils subissent et des améliorations dont ils pourraient bénéficier (en termes de logements, de services sociaux, d'équipements culturels, etc.) mais auxquelles ils ne songent même pas. Ce constat qu'« au contraire des forestiers, Sassall attend le maximum de la vie [parce qu'il] vise à l'Homme universel »[2201] est propre à l'affecter profondément. Il se voit obligé de renoncer à nombre des aspirations qu'il projette pour ses patients, s'agissant d'améliorer leurs conditions d'existence, afin de respecter leurs attentes et leurs choix. Or, si dans cette impossible rencontre entre les attentes de Sassall et celles des forestiers, il ne faut certes pas négliger la part de dissensions, une autre hypothèse s'impose. Les choix des forestiers ne peuvent pas être pleinement éclairés puisqu'ils sont justement déterminés par leur condition sociale et les injustices qui la fondent. Ainsi se voit-il accablé par cette question quasi-immorale : « jusqu'à quel point doit-on aider un patient à accepter des conditions qui sont pour le moins aussi injustes et aussi fâcheuses que le patient est malade ? »[2202]. Dans ce dilemme éthique qui affecte Sassal, il y a donc l'idée insupportable qu'en respectant la voix des forestiers, il contribuerait aux injustices qu'ils subissent. C'est dire combien le conflit intérieur qui l'anime est cruel et le désespère, amplifiant d'autant son sentiment d'impuissance.

4.3.5.3 – Quand le sentiment d'impuissance se mue en jugement d'insuffisance à sa propre encontre

Nombre de situations attestent régulièrement des limites de la médecine voire de son impuissance (maladies incurables et évolutives, certains handicaps, certaines souffrances, notamment en fin de vie), non sans effet sur les soignants[2203]. Alors même qu'ils ne cessent d'œuvrer à repousser ces limites, et en y parviennent souvent, le vécu d'impuissance médicale peut paradoxalement en venir à les affecter douloureusement et notamment altérer leur estime d'eux-mêmes.

Chez Sassall, le vécu d'impuissance face à la condition des forestiers et à leurs nombreux problèmes s'est révélé de plus en plus envahissant. Il semble même s'être retourné contre lui-même :

> Nous pouvons à présent définir ce terrible paradoxe qui suscite le trouble agitant Sassall devant le contraste entre ses patients et lui, et qui, parfois, transforme son trouble en sentiment de ses propres insuffisances[2204].

Ainsi que déjà précisé, le décalage entre son niveau d'investissement professionnel et les résultats qu'il peut en attendre sont, pour Sassall, sources d'un grand désarroi. Mais son sentiment d'impuissance est d'autant plus troublant, qu'outre le manque de moyens et l'injustice sociale, il résulte aussi du contraste entre ses propres attentes pour ses patients et ce qu'eux-mêmes espèrent (« terrible paradoxe »). Loin de l'apaiser, il semble au contraire que

[2201] *Ibid.,* p. 142.
[2202] *Ibid.,* p. 141-142.
[2203] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 80 : « On croit d'abord que la perte de puissance concerne le malade et paradoxalement, la situation du "puissant" fait éclater la frontière entre les forts (ceux qui ont le pouvoir), et les faibles (ceux qui en sont privés) ».
[2204] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 143.

cela alimente sa propre auto-critique (« transforme son trouble »), la muant en jugement de culpabilité et d'insuffisance (« sentiment de ses propres insuffisances »). C'est ainsi qu'à « chaque fois qu'il fait l'effort de reconnaître un patient, il est obligé de reconnaître ses capacités non exploitées »[2205], c'est-à-dire qu'il s'engage à devoir faire toujours plus, analyse Berger en ce sens. Alors qu'il est donc surinvesti, qu'« il n'arrête pas de s'interroger, d'élargir et de corriger sa connaissance du possible »[2206], l'impression d'échec et de manquement de sa part n'en est que d'autant plus marquée jusqu'à se retourner, de façon aberrante, contre lui-même. En somme, alors que tout contredit une telle condamnation, Sassall se vit insuffisant au lieu de se sentir tout simplement impuissant.

C'est là que Sassall se distingue nettement de Chauviré. Par cette simple formule : « Je ne peux rien »[2207], ce dernier se dit certes impuissant mais ne se juge pas insuffisant. Même s'il a pu lui aussi se sentir accablé, cela ne s'est pas retourné contre lui en mode auto-accusatoire ni n'a viré en pathologie de l'humeur, comme le suggère Berger à propos de Sassal. « Les dépressions de Sassall sont entretenues par le matériel provenant des deux problèmes […] : la souffrance de ses patients et le sentiment de ses propres insuffisances »[2208] a-t-il affirmé en ce sens. C'est dire si l'impuissance éprouvée par les soignants peut avoir des effets délétères sur leur bien-être au travail et même sur leur santé. L'histoire de l'infirmière Valérie qui, au bord de la dépression, a pu bénéficier d'une protection de sa situation avant qu'elle ne soit elle-aussi en situation d'autodépréciation et de culpabilisation[2209], en est une autre illustration.

4.3.5.4 – Mourir de n'avoir que le doute pour horizon ?

Inhérent au métier de soignant, le doute est essentiel à la démarche clinique et à la qualité de l'accompagnement. Si le doute en médecine a pour objectif d'être attentif, de se méfier des évidences, d'interroger pour mieux comprendre et éclairer, il doit pouvoir être résolu même de façon partielle et temporaire. Cela est d'autant plus important en médecine qu'il s'agit d'une discipline fondamentalement tournée vers l'action. Deux attitudes excessives à l'égard du doute sont alors possibles. La mise en sourdine du doute au prétexte de devoir décider et de pouvoir agir peut s'avérer par trop systématique et excessive, privant ainsi le soignant de cette aptitude indispensable à la qualité de sa démarche réflexive autant que de sa pratique. Inversement, mobiliser le doute sans mesure et sans interruption ne serait pas moins risqué en ce qu'il condamnerait le soignant à un état de permanente instabilité et d'insatisfaction.

Les qualités médicales de Sassall (ses compétences ainsi que ses performances pratiques et techniques) sont reconnues. A aucun moment, elles ne sont remises en cause, y compris par O'Mahony. En plus de son usage pertinent du doute clinique, celui-ci le dispose aussi à une aptitude inestimable d'imagination médicale grâce à laquelle il ne laisse aucun patient au bord du chemin et œuvre au plus près de la singularité de chacun. Mais les ambitions de Sassall pour

[2205] *Ibid.,* p. 36.
[2206] *Ibid.,* p. 143.
[2207] Chauviré Jacques. *Op. cit.*, p. 59.
[2208] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 145.
[2209] Gérard Alain. *Op. cit.*, p. 83 : « Elle est un peu découragée, mais ne se fait pas de reproches » ; p. 86 : « J'ai essayé de la rassurer sur ses capacités, dont heureusement elle ne doutait pas encore ».

ses patients sont telles que sa manière de pratiquer la médecine, faisant du doute une religion, a pu finalement le conduire à une spirale et une impasse. S'y employant au-delà du raisonnable, puisque (re)mobilisant le doute en permanence, il ne trouve plus de moyens intellectuels, émotionnels, existentiels de faire face à ce qu'il estime être les besoins essentiels mais insolubles de ses patients. Suivant la métaphore marine, Sassall ne quitte plus son navire, il ne revient donc jamais sur terre, le doute étant devenu son seul horizon, un horizon inatteignable et sans fin. Un tel doute est déraisonnable et même toxique puisqu'il rend vaines (tant elles s'avèrent, à ses yeux, « ridiculement insuffisant[es] ») et épuisantes, non seulement ses nombreuses interventions[2210] mais même les questions qu'il mobilise se trouvent vidées de sens. On peut supposer qu'un tel doute poussé à l'extrême, en plus d'être pérenne et omniprésent, puisse affecter la santé mentale. C'est ainsi que toujours perdu en haute mer, ne voyant plus jamais la terre ferme, Sassall ne parvient plus à appréhender aucune sortie possible du doute. Il n'est plus que cette impuissance qui le renvoie à sa propre condamnation, celle de se juger, au prisme de ses propres insuffisances, coupable de l'impuissance médicale. C'est dire si une telle spirale infernale est à risque de désagréger la structure psychique et d'effondrer la solidité de l'existence. Sassall s'est peut-être ainsi progressivement noyé dans le désarroi du doute et dans une souffrance existentielle telle qu'elle a pu le conduire à l'issue tragique du suicide.

Si à l'époque de Sassall la question du *burn-out* ou syndrome d'épuisement professionnel (qui est historiquement récente) n'était pas encore conceptualisée[2211], elle se pose le concernant, son histoire pouvant en constituer une description phénoménologique[2212]. Différents critères évocateurs peuvent être identifiés comme le fait de travailler en permanence, d'être confronté au sentiment d'impuissance et d'échec, de souffrir d'une perte d'estime de soi dont témoigne son jugement d'insuffisance[2213]. Entre autres symptômes, ceux « de dépersonnalisation et de sentiment d'incompétence dressent le portrait de personnes qui ont trop donné, sans recevoir ce dont elles avaient besoin »[2214] explique le philosophe Pascal Chabot. Or, il semblerait bien qu'en plus du surinvestissement (« trop donné »), de la déception et la désillusion (« sans recevoir ce dont elles avaient besoin ») ainsi que du dénigrement de soi (« sentiment d'incompétence »), Sassall ait aussi souffert, au moins à certains moments, de dépersonnalisation. Ce pourrait être le cas lorsque, par l'effet de son empathie excessive, il a fait l'expérience subjective des carences et de la souffrance des forestiers, se trouvant alors comme dans une pure projection délirante puisqu'eux-mêmes ne s'en plaignaient pas ou pas toujours. Alors dissocié de sa propre réalité interne, Sassall fusionnait avec un vécu supposé qu'il projetait sur les forestiers et qu'il percevait intérieurement. Or, en plus de cet état d'effacement de soi et de décollement de la réalité, il a aussi semblé être porté par une sorte d'utopie christique propre à sauver l'humanité – son aspiration à changer la vie des forestiers impliquant nécessairement de changer le monde – y compris au sacrifice de sa vie. Si donc suffisamment de symptômes semblent réunis pour pouvoir formuler l'hypothèse d'un *burn-out*

[2210] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 140-144.
[2211] Freudenberger Herbert J. *Staff burnout*. *Op. cit*. L'ouvrage de John Berger et Jean Mohr à propos de John Sassall date effectivement de la décennie précédente.
[2212] Freudenberger Herbert J., Pelletier Marc (Trad.). *L'épuisement professionnel. La brûlure interne*. Québec: G. Morin; 1987.
[2213] *Ibid*.
[2214] Chabot Pascal. *Op. cit.*, p. 8.

chez Sassall, il est aussi très intéressant, comme le fait Chabot de revenir à l'origine même du terme utilisé pour qualifier ce concept. D'un point de vue phénoménologique, cette phrase de Freudenberger décrivant cet état dont il a lui-même souffert[2215] : « Je devrais en faire beaucoup plus, il y a des centaines d'enfants qui n'ont même plus de toit »[2216] s'applique parfaitement au niveau d'engagement de Sassal auprès des forestiers. D'un point de vue des mécanismes à l'œuvre, les similitudes sont aussi très nettes. D'une part, Sassal a semblé entretenir un rapport *addictif* non seulement à son travail mais aussi au doute[2217]. D'autre part, sa manière de mobiliser le doute est devenue véritablement « toxique » puisque source d'épuisement, de désillusion, d'autodénigrement. On retrouve bien ici l'origine première du terme *burn-out* consacré aux toxicomanes avant qu'il ne s'étende aux professionnels souffrant d'épuisement à force de tenter de soigner de telles personnes[2218] puis à l'ensemble des soignants se trouvant « comme ravagés par des forces qu'il faut bien appeler "toxiques" pour respecter l'analogie inaugurale »[2219]. Ainsi, exactement comme un toxicomane ne parvient pas à interrompre son addiction en dépit des effets délétères subis, peut-être que Sassall n'a jamais cessé de (re)mobiliser le doute, restant sourd aux conséquences pour lui-même, comme enfermé dans la spirale d'une dépendance addictive au doute[2220], jusqu'à en mourir. Or, le *burn-out* n'est pas une fatalité

4.3.5.5 – De l'importance du doute axiologique pour survivre à sa condition de soignant

Le doute axiologique invite donc tout soignant à pouvoir mettre en discussion son propre rapport à ce métier. Cela ne signifierait pas le remettre totalement en cause mais de pouvoir se questionner, quasiment de façon intime, sur soi-même en tant que soignant, sur les raisons d'un tel choix et des modalités de son engagement. Si Chauviré a pu favorablement traverser une période de doute vocationnel qui lui a permis de s'émanciper du modèle en vigueur durant sa formation médicale[2221], cela n'a jamais été le cas chez Sassall. Par ailleurs, s'agissant de pouvoir prendre du recul et de réfléchir à la nature et l'intensité de son implication professionnelle, il apparaît que Sassall n'a pas pu non plus critiquer et partant modérer le surinvestissement, y compris humain, qui fut le sien auprès des forestiers. Sa situation est d'ailleurs d'autant plus troublante qu'il n'a pas même pu critiquer sa propension à son usage systématique et hyperbolique du doute tel qu'il le mobilise dans sa pratique clinique. Ne cessant de le rejouer à l'infini jusqu'à sembler en perdre, si ce n'est la raison, du moins tout repère, y

---

[2215] *Ibid.*, p. 9 : « les recherches que le psychiatre américain Herbert Freudenberger fit sur son propre état d'épuisement lorsqu'il travaillait dans une clinique newyorkaise pour toxicomanes ».

[2216] *Ibid.*, p. 12.

[2217] *Ibid.*, p. 12-13. Le terme *Burn-out* était utilisé pour décrire les toxicomanes comme « des patients vaincus par l'usage trop intense de drogues dures ». Or cela est d'autant plus troublant que, s'agissant de son application à des professionnels en situation d'épuisement de leurs ressources internes (celles-ci étant comme brûlées et remplacées par une sensation de vide), elle a d'abord concerné les acteurs de l'addictologie. L'addiction, qui confronte fréquemment à l'échec de ses prises en charge, est de fait particulièrement propice au sentiment d'impuissance des soignants impliqués, par ailleurs souvent très investis. Ces précisions sont importantes car elles font écho à la situation de Sassall.

[2218] *Ibid*., p. 13.

[2219] Rollot Jérémie. *Op. cit*.

[2220] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *De l'insatisfaction à la désillusion, Sassall n'en demeure pas moins accro au doute*.

[2221] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *De la puissance réflexive du doute vocationnel des soignants*.

compris celui du principe même de douter pour en sortir, il a ainsi semblé sombrer dans un océan de doute irrésolu et déçu quant à son accompagnement des forestiers. Autrement dit, Sassall n'aurait pas pu faire ce nécessaire cheminement autoréflexif sur son mode de travail centré sur le doute clinique, tel un puits sans fond. Il n'aurait donc pas pu questionner un système de valeur fondant sa manière d'être engagé dans le soin et donnant certes du sens à sa vie mais en la mettant en péril.

L’EPREUVE DU DOUTE DES PATIENTS

Le doute des patients est particulièrement craint et contesté par les soignants. L'interprétant d'abord comme un état de défiance risquant de freiner et dégrader le déroulement d'un projet de soin, ils sont sur la défensive, parfois hermétiques. Or cette vision réductrice, et propice au conflit, n'est peut-être que la conséquence d'une méconnaissance et d'une inattention des soignants quant à ce que vivent les patients en matière de doute. L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin ne relèverait alors pas tant d'un rapport de force que de l'effet d'une dissension fondamentale entre patient et soignant tant leur expérience respective du doute serait différente.

A rebours des idées reçues en matière de doute, l'expérience du doute éprouvé par les patients pourrait être tout à fait à part en ce sens qu'elle répondrait à l'irruption du réel de la perte capacitaire, de la souffrance (liée à la maladie et à ses traitements) et de la mort possible à travers l'évènement de santé et l'expérience des soins. Un tel doute devrait alors être d'emblée distingué de l'usage volontaire, intellectuel et méthodique du doute scientifique comme méthode rationnelle de recherche et de production de connaissances mobilisée par les bio-soignants. Le doute des patients serait aussi à distinguer du doute comme outil clinique d'enquête diagnostique et d'élaboration d'un projet thérapeutique. Suivant Charles Sanders Peirce, le doute du patient s'imposerait d'abord comme une épreuve viscérale d'ébranlement au plus intime de l'être[2222]. Son irruption dans le cours de l'existence se ferait parfois de façon si explosive qu'il aurait l'ampleur d'une *crise*. Il s'agit selon Peirce, au gré de la rupture des repères et des habitudes, d'un effondrement des croyances stabilisées, en l'occurrence, puisqu'il s'agit d'un évènement de santé, de l'effondrement de l'état de confiance en la vie[2223]. L'émergence de sensations et d'évènements inconnus, la menace de changements et de contraintes inédites, ainsi que la prise de conscience d'une vulnérabilité jusqu'alors inexplorée alimentent un état de stupeur propre à générer incrédulité, incompréhension, défiance, peur ainsi qu'une foultitude de questions des plus prosaïques aux plus existentielles. L'intensité de cette crise de doute et l'angoisse qui en résulte sont parfois si délabrantes qu'elles peuvent générer des contre-réactions défensives (entre autres de déni), telle une tentative de l'éradiquer en annihilant tout questionnement authentique à l'égard des changements induits par les perturbations de l'état de santé. Au gré de son vécu subjectif anticipatoire de la moindre expertise médicale, la personne n'ignore en effet pas que quelque chose lui arrive[2224]. Car ce doute viscéral qui l'étreint s'origine bien avant toute intrusion médicale par le biais des signaux

[2222] Bigiaretti Libero, Pisetta Jean-Pierre (Trad.). *La maladie*. Paris: Allia; 2021, p. 9 : « […] cette transpiration et le tremblement de ses mains étaient le reflet de la peur qui l'agitait. Peur d'être déjà la proie d'une maladie grave et incompréhensible ».

[2223] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*, plus particulièrement le sous-chapitre intitulé *Le doute comme situation concrète de crise humaine*.

[2224] Giroux Elodie (invitée), Le Blanc Guillaume (invité), Aïda N'Diaye [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Et surtout, la santé ! Le corps, une philosophie à fleur de peau », deuxième épisode intitulé *La santé est-elle normale ?*], France culture, 25 avril 2023. En ligne : La santé est-elle normale ? : épisode 2/4 du podcast Et surtout, la santé ! (radiofrance.fr), consulté le 12 août 2025. « Alors que la maladie relève d'une définition médicale, la définition de la santé reste imprécise, sauf à la considérer de façon négative comme une absence de maladie. L'OMS évite certes cet écueil en proposant une définition à vocation universelle : "La santé est un état de complet bien-être physique, moral et social ne consistant pas seulement en l'absence d'infirmité ou de maladie. On perçoit ainsi qu'un tel bien-être ne peut que relever d'une appréciation individuelle et subjective" ».

qui émanent de son propre corps avant que d'être interprétés, et même surinterprétés, au travers de multiples interfaces relationnelles spontanées ou provoquées de son environnement.

Je proposerai d'aborder dans ce chapitre la diversité des circonstances, par ailleurs étayées du facteur d'incertitude, et les différentes déclinaisons de doute éprouvés par le patient (ou par ses proches). En découvrant combien cela fait écho au caractère multiple, protéiforme, intriqué des déstabilisations traversées, se révèle l'insuffisance de la biomédecine à en apprécier la teneur et l'ensemble des enjeux. Car sa puissance d'analyse de la physiologie et de résolution des maladies ainsi que de réparation du corps malade, ne suffisent pas tant les bouleversements à l'œuvre dans ce contexte dépassent la seule dimension organique et sanitaire. Leur résolution ne saurait être réduite à la remise en fonctionnement d'un corps machine. C'est pourquoi, parce qu'une personne humaine est aussi à la fois socialisée et dotée d'affects, cette épreuve pour sa santé, d'abord au sens de processus vital ou *zôè*, vient aussi affecter la vie de la personne en tant que *bios*. En dépit de l'importance de ce choc organique venant ébranler le cours pratique de l'existence, il ne saurait jamais s'agir seulement d'une panne d'ordre technique mettant plus ou moins gravement, et temporairement ou pas, en déroute le cours matériel des choses. Toutes les dimensions de l'existence qui font identité, sens et valeur pour la personne, participant ainsi à son bien-être et son appétit de vie, peuvent aussi être éprouvées de façon critique. C'est pourquoi je proposerais ici de qualifier ces états – parfois si critiques qu'ils génèrent l'intensité d'un choc – de doute identitaire (ou choc identitaire) et de doute existentiel (ou choc existentiel). Le corpus littéraire ici mobilisé pour les éclairer a été choisi pour le caractère exemplaire des situations qu'il illustre. L'objectif est de mettre clairement en lumière cet état de doute du patient car s'il n'a pas toujours autant d'intensité et s'il n'est pas toujours aisément perceptible et compréhensible pour les soignants, il peut pourtant être bien présent – y compris dans des situations en apparence anodines – et impacter la relation de soin. D'autre part, le choix de récits ne traitant pas de personnes souffrant d'affections psychiatriques est volontaire. Il vise à éviter l'écueil d'interpréter leurs doutes comme des symptômes psychopathologiques (délires, hallucinations) ou relevant d'une altération du jugement alors même qu'elles traversent les mêmes questionnements que les personnes affectées par des maladies somatiques.

Dans un même ordre de réflexion, chez Canguilhem, la santé et la guérison correspondent à la capacité à produire de nouvelles normes[2225], c'est-à-dire à s'adapter en restructurant son existence par-delà les effets de rupture et de déstabilisation provoqués par la maladie et tout ce qu'elle charrie (examens parfois innombrables et leurs résultats parfois difficiles, interventions diverses qu'elles soient médicamenteuses ou instrumentales et leurs effets éventuellement délétères, consultations médicales et leur lot d'annonces douloureuses et d'informations complexes qui y sont transmises, etc.). La philosophe Elodie Giroux questionne cette définition canguilhemienne de la santé dans la mesure où, après une maladie et tout ce qu'elle implique, l'état de santé peut s'avérer (bien que non systématiquement) de moindre qualité qu'antérieurement, à tout le moins n'être plus le même qu'avant, quand bien même le patient a pu (r)établir de nouvelles normes. Peut-on réellement parler de santé, s'interroge-t-elle, tant ces

[2225] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*. : « La guérison est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques. Elle est d'autant plus voisine de la maladie ou de la santé que cette stabilité est moins ouverte à des remaniements éventuels. […] Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie ».

nouvelles normes peuvent être de qualité très dégradée[2226]. Sans faire référence à ce *bien* qu'est la santé, la définition peircienne de résolution d'un état de doute permet de penser de façon très concrète la restauration d'un équilibre, le recalibrage et la stabilisation (même provisoire) de repères eu regard aux changements induits par la maladie et imposant de fait de nouvelles normes, le retour d'un état de tranquillité et de confiance fondé sur des habitudes de vie. Cette approche rejoint Canguilhem en ce qu'« être malade c'est d'abord à des degrés divers faire l'expérience d'un changement de vie »[2227]. Soignants et pair-aidants y aident, ne serait-ce qu'en préparant les patients aux évènements inédits et symptômes inéprouvés (puisqu'en amont de tout savoir expérientiel) qu'ils peuvent être amenés à traverser. On est porté à supposer que prévenir ou du moins accompagner l'effet de *surprise* et de « crise de la pensée » que la maladie risque toujours de susciter[2228] permettrait d'amortir la crise de doute consécutive et d'aider à sa résolution. Encore faudrait-il que les soignants soient au fait de ce que vivent les patients en matière de doute.

1 – Le doute comme effet des évènements et des épreuves affectant la santé

Dans ce chapitre, le préjugé conduisant à reléguer les doutes que pourraient exprimer les patients au registre de l'ignorance ou de la défiance à l'égard des acteurs de santé se voit pleinement contredit. L'épreuve du doute des patients est d'un tout autre ordre. Sortir de la méconnaissance de cette épreuve est d'autant plus important qu'elle atteste les bouleversements subis par les patients et constitue à ce titre un déterminant essentiel de leur accompagnement.

1.1 – L'évènement de santé comme mode d'émergence du doute chez le patient

S'agissant de la question du doute du côté des patients, je propose de m'appuyer sur certains récits (y compris fictionnels) d'expérience de la maladie et des soins pour développer l'hypothèse suivante. En provoquant une rupture dans le cours de l'existence, l'évènement de santé constitue pour les patients une modalité d'entrée dans le doute. Un tel état de doute ne partage aucune communauté avec le doute méthodique utilisé par les bio-soignants comme un outil pour la réflexion et la recherche scientifiques et médicales. Conformément à la définition peircienne du doute comme constituant l'alternative opposée à la stabilité de l'état de croyance, l'état de doute vécu par les patients relèverait de l'épreuve de l'instabilité, de la perte des repères, de la rupture des habitudes. Tout à l'opposé de l'usage volontaire, maitrisé et méthodique du doute scientifique, les patients subissent le doute comme une épreuve d'ébranlement de leur existence. L'émergence de l'inconnu en matière sanitaire est d'autant plus vécue comme une menace qu'il éveille ou amplifie la conscience de sa vulnérabilité, le sentiment d'une irréductible précarité que les progrès et la puissance de la biomédecine tendent

[2226] Giroux Elodie (invitée), Le Blanc Guillaume (invité), Aïda N'Diaye [Entretien radiophonique : La santé est-elle normale ?]. *Op. cit*.
[2227] de Fornel Michel, Verdier Maud. *L'épreuve de la douleur. Quel accompagnement pour les enfants polyhandicapés et non parlants ?* Le sujet dans la cité 2014;N°5(2):99-108.
[2228] Depraz Natalie. *La surprise. Crise de la pensée*. Paris: Seuil; 2024.

à faire oublier[2229]. L'impréparation et l'effet de surprise face à ce qui est vécu comme une menace inédite pour sa santé et son existence tendent alors à susciter un état de stupeur et d'inquiétude jusqu'à la terreur.

« Il s'était couché comme d'habitude, avec son aspect et son humeur de tous les jours, et il s'était réveillé … ainsi … »[2230]. Telle se présente elliptiquement la quatrième de couverture du livre *La maladie* de Libero Bigiaretti. Fiction dystopique, cet ouvrage offre une description emblématique (presque caricaturale) de l'irruption d'un état critique de doute sous l'effet du choc de la maladie. Parce qu'elle peut en accentuer le trait, la littérature donne accès à ce qui sans elle pourrait échapper, c'est-à-dire au plus près de la réalité d'un tel vécu de doute. C'est ainsi que si le titre de cette fiction dystopique annonce d'emblée le sujet de l'ouvrage, à savoir « la maladie », l'idée majeure qui émerge de cette simple phrase est celle d'un effet de rupture des habitudes, celles de « tous les jours », tel un coup de tonnerre dans le ciel serein d'une existence apparemment stable (si l'on s'en tient à l'aspect physique et l'humeur du protagoniste). Les premières pages de l'ouvrage vont dans le même sens. Le protagoniste, Gino Rovelli, un homme jeune, actif et jusque-là en très bonne santé, « comprit qu'il n'allait pas très bien, ou plutôt qu'il ne se sentait pas comme les autres jours. […] tenant sa tête, qu'il sentait bringuebalante et confuse, entre ses mains. […] il ne parvenait pas à accomplir les gestes les plus habituels »[2231]. Rien n'est comme « les autres jours ». Il ne pourra, de fait, pas aller à son travail. Un évènement manifestement de santé (« tête […] bringuebalante et confuse ») fait effraction dans le cours machinal de son existence et vient effectivement en rompre « les gestes les plus habituels ». Si, à ce stade, aucun indice ne permet de préjuger de son origine et de sa gravité potentielle – puisqu'il pourrait tout aussi bien s'agir d'une banale virose passagère, d'une intoxication plus ou moins grave comme de l'entrée dans une maladie très inquiétante (leucémie aiguë, malaise cardiaque, etc.) –, il n'en demeure pas moins que l'évènement de santé en question fait rupture et met à mal tous les repères plongeant ainsi la personne dans le doute quant à sa situation et quant à ce qui va advenir.

Peirce définit le doute comme l'état inconfortable et instable de trouble lié à l'ébranlement, parfois la rupture, d'une croyance stabilisée[2232] et par ailleurs justement source d'un sentiment de stabilité, de confiance, de sécurité pour la personne concernée[2233]. Sortir du doute implique

---

[2229] Lefilleul Alice, Beressi Julie (réalisation) [émission radiophonique], *LSD. La série documentaire* [Série « Maladies chroniques. Ce qui nous traverse », premier épisode intitulé *Être malade*], France culture, 9 juin 2025. En ligne : Être malade : épisode 1/4 du podcast Maladies chroniques. Ce qui nous traverse | France Culture, consulté le 29 juin 2025. Au temps 48 min : « On s'est construit, en particulier dans notre culture, sur l'autonomie, le contrôle, la maitrise de soi, sur l'idée de la santé aussi, en tout cas pour nos générations. Cela faisait partie de la promesse de la technique et de la science, qu'on allait vivre plus longtemps, en meilleure santé. Donc toutes ces représentations-là elles sont mises à mal assez violemment par l'expérience de la maladie. Donc il y a quelque chose de l'ordre un peu de l'effondrement d'une croyance très contemporaine en une qualité de vie et en particulier de vie au sens physiologique ».

[2230] Bigiaretti Libero. *Op. cit*., 4e de couverture.

[2231] *Ibid*., p. 7-8.

[2232] Je renvoie chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*, en particulier le sous-chapitre intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.

[2233] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. La revue philosophique de la France et de l'étranger, 1878, année 3, Tome VI, p. 553-569 : « Le doute est un état de malaise

alors pour Peirce de rétablir un état de croyance dont la « marque essentielle […] est l'établissement d'une habitude »[2234] et il complète en soulignant le rôle des habitudes dans l'action, à savoir que « les différentes espèces de croyance se distinguent par les divers modes d'action qu'elles produisent »[2235]. Autrement dit, outre l'inconfort mental il importe aussi de sortir de l'état de doute du fait de l'empêchement de l'action qu'il est toujours susceptible de provoquer[2236]. C'est pourquoi « L'irritation produite par le doute nous pousse à faire des efforts pour atteindre l'état de croyance »[2237] précise-t-il dans une formulation synthétique. L'évènement de santé, *a fortiori* l'émergence d'une maladie, par l'effet de déstabilisation voire de rupture des repères et des habitudes qu'il provoque, fragilise certaines croyances, plonge dans l'inconfort du doute (parfois jusqu'à la crise) et altère le pouvoir d'agir des personnes concernées. Par ailleurs, tout à l'inverse d'une activité intellectuelle volontaire ayant pour projet bien réfléchi et donc maitrisé de douter de telle ou telle situation, idée ou concept – précisément comme la déploie Descartes dans son entreprise de doute hyperbolique –, le doute au sens peircien relève d'une expérience non anticipable, qui n'a pas pu être réfléchie en amont et dont il n'est donc pas possible de se distancier. Parce qu'il fait donc l'effet d'un choc et qu'il ébranle la personne dans son être même, le doute peircien s'impose à la personne dans son entièreté et d'abord au corps. Cette plongée dans le doute est une expérience viscérale de déséquilibre, de désorientation, de malaise. Et puisque la personne n'a pu se préparer à ce qui lui arrive, c'est aussi une expérience de confusion mentale. Elle se trouve alors contrainte de résoudre cet état de doute pour se libérer de cet inconfort global[2238]. Après l'apprentissage, les habitudes génèrent un certain confort en structurant l'existence en termes de comportements comme de pensées. Cela rend la nécessité de les modifier difficile à concevoir et à mettre en œuvre. La survenue inattendue d'un évènement médical, quel qu'en soit la nature, peut, avec plus ou moins d'intensité, générer un tel état de doute et toutes les perturbations qui l'accompagnent. Telle est l'expérience d'émergence brutale et massive de doute dont témoigne Clémentine Vergnaud à l'annonce d'un possible cancer et secondairement la confirmation qu'il affecte les voies biliaires[2239].

---

et de mécontentement dont on s'efforce de sortir pour atteindre l'état de croyance. Celui-ci est un état de calme et de satisfaction qu'on ne veut pas abandonner ni changer pour adopter une autre croyance ».

[2234] Peirce Charles Sanders, *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. *Op. cit.*

[2235] *Ibid.*

[2236] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Le sentiment de croyance est une indication plus ou moins sûre, qui s'est enracinée en nous, une habitude d'esprit qui déterminera nos actions ».

[2237] *Ibid.*

[2238] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. Séminaire « Santé démocratique » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 06 Octobre 2020. En ligne : Douter de tout - Marilyn Maeso - Chaire de Philosophie à l'Hôpital, consulté le 21 aout 2025 : « Peirce a reproché à Descartes d'avoir présenté de manière totalement désincarnée alors que lui, il n'y a rien de plus viscérale que l'expérience du doute. Et il pose un certain nombre de principes pour fonder sa pensée. Il considère que douter c'est toujours avoir une raison de douter. Autrement dit, on ne se met pas à douter du jour au lendemain parce qu'on a décidé de douter mais parce que l'on se retrouve, au contraire, subitement le doute au ventre. Le doute n'est pas une démarche intellectuelle que l'on choisit, que l'on mène d'un point A à un point B avec une totale maitrise. C'est un accident de la vie, un accident de la pensée qui fait que l'on avait des certitudes mais, d'un seul coup, les certitudes s'effondrent malgré nous et non pas grâce à un travail sceptique volontaire. A partir de là, s'impose une démarche obligée de doute jusqu'à son aboutissement, non pas par souci intellectuel mais au contraire par souci de s'en débarrasser le plus vite possible pour pouvoir retomber sur une nouvelle certitude qui ramènera à la stabilité de l'habitude ».

[2239] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*.

Cette émergence du doute comme choc et ébranlement massif des repères est d'autant plus lisible dans l'histoire de la jeune femme d'à peine trente ans qu'effectivement rien ne la préparait à une telle annonce. Jeune et en bonne santé, ne cochant aucune des cases de la longue liste des facteurs de risque pour la santé, elle venait avec un diagnostic, porté avec force assurance[2240] par deux médecins, de déchirure musculaire. Dans le fond, elle-même se disait aussi qu'elle n'avait d'abord eu qu'« un peu mal sous les côtes »[2241]. Et puisque ce diagnostic clinique avait été conforté par l'absence d'anomalie visible sur une radiographie et une échographie[2242], elle ne s'est pas inquiété lorsqu'un troisième médecin lui a prescrit un scanner. Seul lui importait alors que sa douleur persistante puisse enfin être entendue. La médicalisation croissante de sa situation n'a pas plus éveillé de soupçon. Il faut dire que forte d'« une certaine habitude du monde médical », « ne compt[ant] plus les heures passées dans la salle d'attente du médecin de famille » pour de pénibles mais classiques soucis ORL (« sinusites, otites, pose de diabolos, retrait de végétations … »), ayant déjà « aussi eu droit aux scanners et IRM », c'est en toute confiance qu'elle est partie passer cet examen qu'elle connaissait bien, et donc à ses yeux anodins, ainsi que l'illustre ce propos :

> Bref, quand j'entre dans la salle de scanner du centre de radiologie de Meudon, je suis une habituée. Un scanner, c'est quelques minutes. Hop, un scan sans produit, hop le produit, hop un scan avec produit. Emballé c'est pesé[2243].

En se rattachant à tout ce qui avait force d'habitude dans sa vie et au fait que l'univers médical fasse justement partie des évènements qui ne lui étaient pas étrangers (« habitude du monde médical », « je suis une habituée »), l'attitude de Clémentine Vergnaud n'a fait que témoigner d'un besoin fondamental, universellement partagé, de croyance. Par contraste avec le doute, tel que Charles Sanders Peirce conçoit une polarité entre doute et croyance, l'état de croyance procure, ou du moins participe des sentiments de stabilité, de sécurité, de tranquillité, de confiance. La force de l'habitude aidant, Clémentine Vergnaud s'est donc sentie en confiance, peut-être même a-t-elle été rassurée de multiplier les visites médicales et d'effectuer un scanner.

Pourtant différents indices contrastaient avec l'habitude qui était la sienne et l'ont rendue progressivement de plus en plus suspicieuse. Alors que d'habitude « un scanner, c'est quelques minutes », il se trouve que « ce jour-là, [elle] passe et repasse dans le tube pendant de longues minutes », elle « sen[t] les minutes s'écouler » et lorsque son « nom est enfin appelé [c'est] bien plus tard que les autres » [2244]. Ce temps anormalement long n'ayant, de fait, cessé de se confirmer, il a viré à la pesanteur insupportable. La décrivant comme une « attente longue comme cette journée d'intense chaleur qui s'abat sur la région parisienne »[2245], ses repères se mettent à vriller, l'angoisse s'immisce progressivement, elle commence à pressentir que quelque chose va s'effondrer sur elle. A ce stade, Clémentine Vergnaud est déjà dans l'étreinte

[2240] *Ibid*., p. 20 : « Oui, c'est une déchirure, vous avez toute ma compassion. Et ensuite ? ».
[2241] *Ibid.* : « J'ai un peu mal sous les côtes » est le titre du premier chapitre de son livre.
[2242] *Ibid.*
[2243] *Ibid.*, p. 23.
[2244] *Ibid.*
[2245] *Ibid.*, p. 24.

du doute. En état d'hypervigilance, elle subit à plein les effets physiques de l'énervement, de la colère, de l'incompréhension, en plus de la chaleur. Elle n'est déjà plus qu'oppression contenue mais prête à s'effondrer. Et surtout, elle ne peut plus réfléchir, elle est dans « un brouillard total »[2246]. Si le moindre élément devient effectivement signifiant, sa logique d'interprétation est hasardeuse, versatile et parfois contradictoire. Elle est prise dans le piège d'un « ascenseur émotionnel [qui] se produit à une vitesse folle »[2247]. Parce que le radiologue ferme la porte derrière lui, elle s'effondre : « Immédiatement, un frisson me parcourt le bras et je sens l'adrénaline monter. « *Il ferme la porte. Ce n'est pas bon.* » »[2248]. Tout aussi brutalement, elle se rassure au motif qu'il lui pose une question banale, considérant que lorsqu'un « radiologue cherche à comprendre ce qui se passe en interrogeant le patient, c'est qu'il n'a rien vu à l'image »[2249]. Alors que rien n'a encore été dit des hypothèses diagnostiques, parce que ses repères traditionnels sont mis à mal (entre autres celui qu'un scanner ne prend que quelques minutes ou qu'un radiologue ne se questionne que s'il n'a rien trouvé), le socle de ses habitudes à l'égard du milieu médical s'effondre. Et lorsque sa croyance en une déchirure musculaire se voit rompue, le sol se dérobe sous ses pieds, elle sombre dans les affres du doute.

Outre son inscription corporelle aux antipodes d'une pure activité distanciée de l'esprit, ce que l'histoire de Clémentine Vergnaud permet ici d'éclairer au mieux, est cette temporalité bien particulière du doute au sens peircien d'expérience viscérale d'ébranlement de l'être. Parce qu'il survient en l'absence de toute anticipation, un tel doute se vit dans le présent immédiat avant même toute possibilité de réflexion compréhensive, *a fortiori* avant même toute projection d'impact éventuel sur l'avenir. Cet état de doute advient *par surprise* et se situe donc dans l'instantanéité du vécu expérientiel. Cette temporalité du doute – telle une déflagration – contribue autant à son incarnation par la personne qui s'en trouve charnellement imprégnée, qu'à son intensité. De cet état de choc pour la pensée[2250], il importe que la personne, pourtant prise de cours, puisse s'extraire de sorte à pouvoir réagir, réfléchir, tenter de retrouver un certain nombre de repères à même d'étayer et s'inscrire dans la nouvelle configuration qui lui est imposée. D'autant que tout en se trouvant encore dans le temps présent – qui peut être plus ou moins long – de la stupéfaction, c'est déjà un effet d'avant et d'après qui s'impose inexorablement. Ce propos de la philosophe Claire Marin tend à le suggérer : « Une autre vie apparaît. Comme par érosion. […] Les chemins d'avant sont abandonnés. On brûle sa vie antérieure. Il faut s'en construire une autre »[2251]. Nombreuses sont les situations à même d'illustrer la contrainte d'un tel mouvement non seulement de rééquilibrage mais de reconfiguration propre à accueillir des perspectives tournées vers un avenir différent de celui vers lequel la personne avait pu jusque-là se projeter au regard des repères qui étaient alors les siens. Une telle projection est d'autant plus nécessaire qu'elle conditionne des prises de décisions importantes et relevant parfois de délais contraints, à l'instar de la découverte d'une grossesse non anticipée, éventuellement non désirée et dans un contexte qui peut être difficile.

[2246] *Ibid.*, p. 26.
[2247] *Ibid.*, p. 24.
[2248] *Ibid.*
[2249] *Ibid.*
[2250] Depraz Natalie. *La surprise. Op. cit.*
[2251] Marin Claire. *Hors de moi*. Paris: Allia; 2018, p. 15.

Si les services de protection maternelle et infantile (PMI) peuvent apporter un soutien et des aides ayant force de repères possibles, il revient à la personne de décider à l'aune de la reconfiguration inattendue de son existence et de ses propres critères de référence. Un autre exemple pourrait être celui d'un patient dont l'état cardiaque impose un pontage aorto-coronarien le plus rapidement possible, les techniques endovasculaires (pose de stent) se révélant insuffisantes. L'urgence imposée à la décision au regard de la gravité de ses enjeux (la lourdeur et la dangerosité de l'intervention chirurgicale, dont le risque de mortalité opératoire) peut naturellement plonger la personne dans ce même état de sidération et de doute intense. Il importe pourtant que, retrouvant quelque peu ses esprits ainsi que sa capacité à réfléchir et discuter (y compris avec sa famille), elle puisse décider. S'agissant de Clémentine Vergnaud, sa situation s'avère elle aussi particulièrement complexe et cruelle. Non seulement elle est encore sous le choc d'une hypothèse diagnostique vertigineuse, mais elle est aussi dans l'impossibilité de pouvoir amorcer la moindre tentative de rééquilibrage puisque ne disposant d'aucuns repères stabilisés sur lesquels elle pourrait s'appuyer. D'un côté, la seule imagerie est insuffisante pour porter un diagnostic définitif. Combien d'images radiologiques inquiétantes se révèlent par la suite non seulement curables, mais d'une autre nature que l'étiologie prioritairement suspectée. Infection, processus inflammatoire, ou même incidentalome peuvent mimer un cancer semblant attester du principe qu'en médecine le pire n'est jamais certain. De l'autre côté, le radiologue lui a transmis (volontairement ou pas) des informations (y compris non verbales) redoutablement inquiétantes. Tandis que son attitude (« Il est grave, il est silencieux, il est inquiet »[2252]) prouve qu'il est lui-même inquiet de son ignorance, l'expression de son visage trahit qu'il pressent le pire. Alors que jusque-là il avait été imposé beaucoup d'attente à Clémentine Vergnaud, sa programmation d'une IRM dans la même semaine fait rupture et introduit une dimension d'urgence. Enfin, lorsqu'il use de la formule « perte de chances », Clémentine Vergnaud ne manque pas de perspicacité en considérant que « c'est ce qu'on dit aux gens qui risquent leur peau »[2253]. Engloutie dans les affres de cette indétermination tragique, elle se trouve au comble atroce d'un état de doute qu'il n'est alors pas excessif de qualifier de crise. L'histoire de Clémentine est aussi une déclinaison de cette épreuve qu'est l'« inconnu médical ».

1.2 – Face à l'inconnu médical, une inévitable perte des repères

Un évènement de santé, une maladie, un traumatisme, la rencontre avec des acteurs de santé, des soignants, la découverte du milieu médical (en ville comme à l'hôpital), la confrontation à des soins (dans toute leur diversité, curative autant que préventive), autant de situations qui constituent toujours plus ou moins une plongée dans l'inconnu. Dans *De la maladie*, Virginia Woolf évoque la banalité de cet effet de dépaysement en convoquant la métaphore d'un voyage dans l'inconnu. « Considérant combien les maladies sont répandues, le chamboulement spirituel qu'elles entrainent, la stupéfaction que nous cause, en cas de santé déclinante, la découverte de contrées jusqu'alors inexplorées » écrit-elle en ce sens[2254].

[2252] Vergnaud Clémentine. Op. cit., p. 25.
[2253] *Ibid.*
[2254] Woolf Virginia. *Op. cit*., p. 23-24.

En dépit de la grande fréquence des évènements de santé (« combien les maladies sont répandues »), considérant autant les plus bénins que les plus graves, et malgré l'occurrence non moins courante des rencontres avec le système de santé tout au long de l'existence (puisqu'incluant aussi les interventions préventives et de suivi routinier), l'inconnu médical – et l'appréhension craintive qu'il peut susciter – demeure irréductible. L'âge avancé comme l'historique plus ou moins dense des antécédents médicaux n'y changent rien. L'effet de surprise et de découverte comme la déstabilisation, parfois jusqu'à la rupture, des repères ne disparaissent jamais complètement. Aucun patient, quel que soit son passé médical, ne saurait se dire blasé, indifférent à quelque nouvel évènement de santé que ce soit, quand bien même il s'agirait d'un énième épisode médical estimé être du même ordre que d'autres antérieurement vécus. C'est pourquoi, l'étonnant propos de Clémentine Vergnaud – celui de se dire une « habituée » du milieu médical – ne doit pas faire oublier l'effet de réécriture *a posteriori* d'un vécu dont il importe de faire saillir la spécificité, en l'occurrence la profondeur du bouleversement éprouvé à l'annonce des résultats de son scanner et l'intensité de l'effet de rupture dans le cours de sa vie. Si le fait de dire « Je suis une habituée »[2255] permet de banaliser l'acte même d'effectuer un scanner (étant entendu qu'il est fort probable qu'elle n'en avait sans doute pas mesuré l'enjeu), une telle formule n'en témoigne pas moins aussi d'une tentative de se rassurer et d'étouffer toute peur à l'égard du milieu médical. C'est pourquoi le propos de Virginia Woolf importe tant, car il rend au contraire universel cet effet d'émergence de l'inconnu – constitué à la fois d'étonnement jusqu'à la stupeur et de crainte jusqu'à la peur – que secrètent invariablement (bien qu'à des degrés divers) l'évènement de santé et donc aussi la médecine, quel que soit la situation singulière d'une personne. C'est, non seulement sans précision de quelque *maladie* précise que ce soit – sans donc introduire de notion de type, de temporalité, d'intensité ni même de gravité d'un quelconque état de santé (qu'il soit pathologique ou physiologique à l'instar des effets du vieillissement) –, mais aussi sans précision de quelque *malade* que ce soit – puisqu'elle utilise le pronom personnel pluriel « nous » et son effet englobant de la communauté des humains –, que Virginia Woolf signifie l'invariant fondamental qu'est l'effet de « stupéfaction que nous cause » l'évènement de santé.

A l'étonnement face à l'inattendu s'ajoute – et l'on ne saurait en nier l'effet amplificateur – le sentiment de dépaysement face à l'inconnu, jusqu'à même s'en trouver désorienté. Car, quel que soit le passé médical d'une personne et l'éventuel effet de répétition (par exemple en lien avec les crises d'une affection chronique donnée telle que l'épilepsie), chaque évènement de santé n'en est pas moins toujours nouveau puisque n'ayant, pour ainsi dire, jamais été vécu auparavant. Lorsque Virginia Woolf parle de « la découverte de contrées jusqu'alors inexplorées », elle souligne à quel point, par l'absence d'expérience antérieure à laquelle se référer, il n'y a pas de repère auquel se raccrocher, pas de support mémoriel ni d'élément de reconnaissance possible. La métaphore des « contrées […] inexplorées » introduit quant à elle la dimension de crainte et de peur puisqu'elle vient signifier le caractère sauvage, inhospitalier voire hostile de ces territoires inconnus auquel une personne malade peut être confrontée. Si le corollaire logique, pour sortir de l'étonnement et de la peur, implique de défricher de tels

[2255] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 23.

territoires et de tenter de les rendre familiers, l'entreprise est loin d'être évidente. L'analyse suivante de la philosophe Claire Marin vient illustrer cette difficulté complémentaire :

> C'est une maladie sans raison. On ne sait pas pourquoi elle apparaît. On sait à peine qu'elle frappe surtout les femmes, jeunes et noires. Je suis blanche. On constate quelques liens généalogiques. On observe des prédispositions. On note l'importance du stress comme facteur déclencheur. Le rôle de certains vaccins aussi, peut-être. Des milliers de peut-être pour des questions en cascade, des peut-être qui ne savent pas rassurer. L'étendue de notre ignorance s'accroît à mesure que nos connaissances se développent. On ne sait presque rien. On prétend limiter les effets. On ne sait évidemment pas comment la guérir[2256].

Claire Marin semble ici nous expliquer que la peine que peuvent se donner certains patients pour rendre l'inconnu médical un tant soit peu familier et réduire ainsi leur état de doute, en s'adonnant par exemple à un effort de compréhension de la maladie dont ils souffrent, peut être mis en échec par la méconnaissance qu'en ont les soignants eux-mêmes. Car il est encore bien des maladies pour lesquelles la science médicale reste prise en défaut quant à leur connaissance, en autres de leurs causes (« une maladie sans raison », « On ne sait pas pourquoi elle apparaît »). S'agissant de sa propre maladie, Claire Marin souligne ainsi, d'une part la fragilité des hypothèses quant à leurs facteurs de risques (« On sait à peine qu' », « quelques liens généalogiques », « le rôle de certains vaccins aussi, peut-être », « l'importance du stress » lequel s'avère pourtant totalement aspécifique et pourrait tout aussi bien être une cause qu'une conséquence), d'autre part l'impuissance thérapeutique (« on ne sait évidemment pas comment la guérir »). L'inconnu effrayant des maux auxquels est confrontée la personne malade peut ainsi être redoublée par l'ignorance de la médecine elle-même lorsqu'elle n'en « sait presque rien ». Outre que cette situation d'ignorance démasque le défaut irréductible d'exhaustivité des connaissances médicales comme l'impossible complète maitrise des soignants, ceux-ci ont les plus grandes difficultés à parler de ce qui leur échappe, multiplient les maladresses langagières et comportementales, suscitent des malentendus. Ne sachant comment s'y prendre ou pour tolérer l'inacceptable, ils usent de divers mécanismes de défense tels l'esquive, la fuite, les non-dits, mais également la fausse réassurance, voire le mensonge, ou encore la rationalisation qu'amplifie l'usage d'un langage médical abscons[2257]. Se trouvant alors au comble de l'incompréhension, privé de tout explication justificative cohérente (« surtout les femmes, jeunes et noires. Je suis blanche »), sans aucune amarre à laquelle se raccrocher – du moins n'y en a-t-il aucune pour Claire Marin dans la présente analyse, hormis le fait d'être une femme jeune – la patiente qu'elle est, se sentant à la fois soumise à l'aléa le plus total et sans défense, fait l'expérience de l'absolue non-maitrise.

Si la maladie dysimmunitaire rare dont souffre la philosophe confronte de façon extrême à la double épreuve de l'inconnu de la maladie et de l'ignorance médicale, une telle situation n'est cependant pas généralisable. Le niveau de connaissances biomédicales peut bien au contraire s'avérer extrêmement élevé et précis dans d'innombrables situations de santé. Et beaucoup

[2256] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 12.
[2257] Ruszniewski Martine, « Les mécanismes de défense » in Jacquemin Dominique, De Broucker Didier. *Manuel de soins palliatifs. Clinique, psychologie, éthique.* Paris : Dunod, 2014, p. 543-551.

d'informations sanitaires peuvent être transmises aux patients pour les aider à mieux comprendre la maladie (dont les raisons de son émergence ou de son évolution), ses traitements ainsi qu'appréhender leur situation singulière de ce point de vue. Pourtant, même en considérant que de telles informations puissent être transmises en quantité suffisante et de façon accessible et appropriable (c'est-à-dire dans le respect du niveau de littératie en santé des personnes concernées[2258]), l'épreuve de l'inconnu est loin de s'épuiser pour autant pour les patients. Ils restent bien souvent submergés d'interrogations, que l'information médicale peut d'ailleurs parfois elle-même susciter, aggraver ou flouter les rendant d'autant plus critiques. La confrontation à la maladie, à quelque moment de son évolution que ce soit, ne cesse donc d'ouvrir à des questionnements multiples et inédits puisque tout est toujours plus ou moins nouveau pour la personne. Quoi qu'on ait pu lui en dire, elle est sans expérience et se sent démunie. Claire Marin utilise la formulation imagée des « questions en cascade »[2259]. Or la cascade c'est le fracas, le bruit assourdissant, la violence de l'eau glaciale, qui écrase et qui éclabousse. C'est une épreuve physique et mentale. Cette « cascade » fait pleinement écho au vécu de la journaliste Clémentine Vergnaud, celui de « ces questions qui [l]'assaillent »[2260]. C'est ainsi qu'il lui arrive d'en égrainer plus d'une dizaine coup sur coup dans la même page de l'un des chapitres de son journal :

> Combien de temps vais-je encore tenir ? Que ferai-je du temps restant quand le moment sera venu ? Est-ce que je continuerai ma vie normale ? Voir des amis, regarder une série le soir sur le canapé dans les bras de mon cher et tendre ? Ou est-ce que je vais littéralement « péter un boulon » et vouloir partir plusieurs semaines à l'autre bout du monde […] ? Quel sens donner à sa fin ? Comment avoir le sentiment qu'on ne gâche rien […] ?[2261]

Pour Clémentine Vergnaud aussi, le malade est une personne qui a « une foule de questions »[2262]. C'est comme si tout devenait source d'interrogations, y compris ce qui jusque-là était soit évident soit incorporé tel un automatisme de l'existence, soit enfin parce que cela n'avait pas lieu d'être questionné (« quand le moment sera venu », « sa fin »). Certaines de ces questions peuvent ainsi, en apparence du moins, être très prosaïques[2263] (« que ferai-je du temps restant », « regarder une série le soir »), tandis que d'autres sont profondément existentielles (« quel sens donner à sa fin »). Or, quand bien même certaines sont adressées aux soignants, nombre de ces questions ne sont pas de nature purement sanitaire et n'appellent de fait pas une réponse de cette nature. Non seulement la biomédecine n'est pas exhaustive sur l'ensemble des enjeux qu'appellent la santé, le bien-être, la qualité de vie, mais elle risque de détourner l'essence de certaines questions ou de les priver de leur ampleur. Si le soignant peut ainsi apporter des éléments de réponse de nature pratique et sécuritaire à la question « Est-ce que je continuerai ma vie normale ? » – par exemple, en précisant les précautions à prendre en

---

[2258] Nutbeam Done, Lloyd Jane E. *Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health*. Annu Rev Public Health 2021;42:159-73.
[2259] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 12.
[2260] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 149.
[2261] *Ibid.*, p. 149.
[2262] *Ibid.*, p. 88.
[2263] Je développe dans deux chapitres distincts à venir, d'une part une forme de doute dit prosaïque au sens où la maladie déstabilise ce qu'il y a de plus élémentaire et matériel de la vie, d'autre part un doute existentiel.

prévention des infections durant une période de chimiothérapie –, le périmètre de cette question s'avère bien plus vaste et moins prosaïque qu'il n'y parait. De même, si d'un point de vue morpho-fonctionnel la médecine a considérablement progressé en matière de prise en charge de la douleur physique et même psychologique, le champ qu'ouvre la souffrance ne saurait être appréhendé uniquement sous l'angle de cette seule approche ni par la seule médecine étant donné ses partis pris épistémologiques historiquement et culturellement ancrés[2264].

Si les soignants ne peuvent répondre à toutes les questions des patients, non seulement ils peuvent apporter des éléments de réponse à certaines, mais leur accueil accordé à d'autres (à condition qu'ils puissent se délester de tout agacement ou déconsidération) aura aussi des effets déterminants sur la relation de soin. Clémentine Vergnaud a ainsi été très touchée et aidée par le comportement d'un médecin surnommé « Eagle 4 »[2265]. « Il m'encourage beaucoup quand je doute »[2266] insiste-t-elle. Autrement dit, le soignant a un rôle à jouer face au doute des patients, ne serait-ce que pour les détails très pratiques d'organisation de la vie quotidienne (telle la gestion d'un traitement dans ses modalités, dont les horaires de prise, par rapport aux repas, au coucher, aux effets secondaires potentiels). Informer, expliquer, accompagner sont des mots d'ordre activement relayés par les instances sanitaires de régulation en charge des recommandations pour les professionnels de santé. Ils visent une meilleure compréhension et appropriation de la maladie et des traitements. Le soignant peut donc clairement aider à sortir d'un état de doute, en l'occurrence aider Clémentine Vergnaud dans le choix impossible pour elle, tant il la confronte à l'inconnu, de l'immunothérapie ou pas. En ce sens, il aide la personne à mettre des mots, à *dé*construire[2267] des repères, à trouver une cohérence et une nouvelle organisation de son existence. Mais il peut tout aussi bien rester simplement à l'écoute sans forcément apporter quelque élément de réponse que ce soit, *a minima* donc convenir que telle ou telle interrogation puisse effectivement générer du vide sous les pieds. Il en est de ces questions existentielles (« Que ferai-je du temps restant quand le moment sera venu ? », « Quel sens donner à sa fin ? »). Clémentine Vergnaud s'est bien rendu compte de l'embarras et des réactions de fuite qu'elles provoquent autant chez les soignants que dans son entourage. Elle a aussi réalisé qu'il était possible d'y faire face, sans forcément chercher à les résoudre, en les partageant entre pairs ainsi qu'elle en témoigne : « Avec Gabriel nous avons beaucoup parlé de

---

[2264] Ogien Ruwen. *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris: Librairie générale française; 2018. Ogien souligne dans cet ouvrage les écueils d'une interprétation doloriste de la souffrance au sein du milieu médical ainsi qu'il le précise, en convoquant divers auteurs pour l'argumenter, notamment en p. 12-13 : « Dans son *Histoire de la douleur*, Roselyne Rey se demande très justement si des "attendus doloristes obscurs et inavouables" ne continuent pas d'exercer une influence pernicieuse dans la pratique médicale d'aujourd'hui » ; p. 211 : « Personnellement, je reste sceptique à l'égard de cette conception de l'éthique [de la vulnérabilité], car je vois en elle une expression de ce nouveau dolorisme qui m'inquiète. En effet, elle donne à la souffrance, la faiblesse, la dépendance le statut d'éléments constitutifs de la "condition humaine" et ravale au rang d'illusions les idéaux de liberté individuelle et d'autodétermination ». Ogien fait donc référence à l'ouvrage suivant : Rey Roselyne, douleur Société française de la. *Histoire de la douleur*. Paris: La Découverte; 1993

[2265] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 35-36.

[2266] *Ibid*., p. 45.

[2267] Je m'appuie ici sur l'enseignement de Tiphaine Samoyault dans le cadre de sa chaire « *Littérature et autorité : la moindre autorité* » à l'EHESS, particulièrement les séminaires de l'année 2025. A l'instar du mot « déconstruction » mobilisé par Derrida pour désigner non pas une destruction (en tant qu'exact opposé de la construction) mais un mouvement, le préfixe « dé » a pu être appréhendé non pas en tant que négativité pure mais comme processus. Il a ainsi été mobilisé pour l'élaboration créative d'un « *dé*ctionnaire » collectif, avec ou sans néologisme, mais dans l'objectif de raviver ou de changer le sens.

toutes ces choses. Comment nous envisageons la fin ? Jusqu'où sommes-nous prêts à aller ? »[2268]. Par cette communauté d'expérience entre pairs, il devient possible de se trouver quelques repères. Parce que, selon les mots de Clémentine Vergnaud, « ce qu'on ressentait et ce qu'on vivait étaient similaires »[2269], le « je » devient un « nous » brisant l'isolement, apaisant cette terreur de la solitude absolue, de l'abandon et du néant de sens. Si elle n'en demeure pas moins une interrogation sans réponse, *a fortiori* sans réponse définitive et assurée, la question ainsi posée ensemble « Comment nous envisageons la fin ? » vient se substituer de façon heureuse à celle-ci que Clémentine Vergnaud n'osait jusque-là se poser qu'à elle-même, cette question intérieure, solitaire, déliée des autres parce que tabou voire interdite, « Que ferai-je du temps restant quand le moment sera venu ? ». De ce vécu commun, non qu'elle résolve et évacue le doute angoissant face au vertige de ce type d'inconnu, mais elle l'apprivoise … un peu. Il est notable enfin que cet inconnu affecte les repères de base de la vie quotidienne eux aussi massivement affectés.

1.3 – Derrière le doute des patients, une foule de questions prosaïques envahissantes

Il n'est pas rare d'entendre des témoignages puissants relatant combien la maladie est susceptible de provoquer un mouvement d'interrogation existentielle[2270] et de cheminement personnel. La maladie offrirait ainsi l'opportunité de questionnements quasiment philosophiques sur le sens de la vie et de sa propre vie. Elle permettrait de poser les jalons d'une vie nouvelle que la maladie aurait contribué à transformer. Que vais-je devenir et même que suis-je en train de devenir se demandent certains patients avant de pouvoir dire voilà ce que je souhaite devenir. Par contraste avec ces dimensions identitaire et existentielle du doute vécu par les patients[2271], il apparaît que l'épreuve de la maladie peut aussi provoquer un doute très pragmatique et même prosaïque, au sens où il se trouve centré sur les contraintes matérielles ordinaires de la vie quotidienne dont le cours habituel et l'équilibre sont bouleversés par la nouveauté et les exigences organisationnelles induites par l'état pathologique et les soins. A l'inverse d'un cheminement existentiel et donc singulier, un tel doute s'associe au sentiment d'une existence figée par les contraintes matérielles de la vie au sens de *zoé*[2272], c'est-à-dire cette vie biologique commune à l'ensemble du vivant. La maladie ne cesse en effet de renvoyer au caractère vital, et partant la fragilité, de cette *zoé* tant elle imprègne, enraye, rend opaque et

---

[2268] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 150.

[2269] *Ibid.*, p. 147.

[2270] De façon non exhaustive d'autres personnes, pour l'immense majorité anonymes auraient pu être indiquées au titre d'exemples d'un tel vécu. Parmi eux, je mentionne l'expérience de Philippa Motté : Motte Philippa. *Le jour où ma mère m'a tout raconté*. Paris: Stock; 2021. Motte Philippa. *Et c'est moi qu'on enferme*. Paris: Stock; 2025. Ainsi que son intervention du 11 décembre 2019 à la Fondation de France, en ligne : « Le trouble psychique par lequel je me suis d'abord sentie détruite et avilie, est devenu un chemin qui m'a permis de grandir et de me construire » - Fondation de France, consulté le 21 juin 2025. Je mentionne aussi l'expérience de Dimitri Poffé : En ligne : Le présent, la traversée à vélo de l'Amérique latine de Dimitri Poffé pour faire parler de la maladie de Huntington, consulté le 21 juin 2025.

[2271] Je renvoie aux sous-chapitres de la présente thèse, intitulés *Le doute identitaire du patient* et *Le doute existentiel du patient*.

[2272] Agamben Giorgio. *Homo sacer*. Paris: Seuil; 1997, p. 9. : « Les Grecs ne disposaient pas d'un terme unique pour exprimer ce que nous entendons par le mot *vie*. Ils se servaient de deux mots […] : *zôê*, qui exprimait le simple fait de vivre, commun à tous les êtres vivants (animaux, hommes ou dieux), et *bios*, qui indiquait la forme ou la façon de vivre propre à un individu ou à un groupe ».

complique le moindre acte, même le plus élémentaire de la vie quotidienne. J'en propose pour illustration la citation suivante :

> Après avoir péniblement quitté son lit, il s'apprêta à se livrer, avec son habituelle et prompte méticulosité, à toutes les opérations complexes de la toilette : dents, barbe, ablutions, habillage, quand tout à coup la fatigue et la nausée ressenties lorsqu'il avait ouvert les yeux s'accentuèrent, accompagnées d'une douleur indéfinissable[2273].

Gino Rovelli, ce personnage de fiction déjà évoqué, se trouve ici en difficulté pour faire simplement sa toilette. Voilà que son « habituelle et prompte méticulosité » lui fait brutalement défaut. De-là apparaît que la toilette, comme les autres activités visant à subvenir aux besoins primaires de tout individu (capacité dont seul le nouveau-né est physiologiquement dépourvu), relève en réalité d'« opérations complexes » lesquelles peuvent perdre de leur évidence et de leur aisance lorsque la santé est affectée. Ce qui est habituellement naturel et automatique, éventuellement une source de plaisir, devient une difficulté voire une impossibilité et parfois une souffrance. Plus ou moins intense et prolongée, cette atteinte à l'autonomie élémentaire d'un individu quant à la préservation de la *zoé* peut être commune à toute situation médicale, sans préjuger de la gravité (incluant son intensité comme sa durée) de la pathologie et/ou ou du handicap, y compris psychique, sous-jacents. Suscitant dès lors un état de doute quant aux conditions matérielles de sa propre subsistance, tout ce qui était simple, évident et tellement intégré dans les habitudes de vie qu'il n'était pas même besoin d'y réfléchir pour pouvoir s'en acquitter sans effort conséquent (hormis y consacrer un peu de temps), devient une question de survie et pour certaines aussi de dignité[2274]. Toutes ces charges matérielles récurrentes, qu'elles soient inédites et/ou liées à la perte (transitoire ou permanente et parfois aggravative) d'une aptitude à les assurer, viennent entraver les déterminants les plus ordinaires de la vie quotidienne ce qui conduit la personne à douter constamment d'elle-même et à ne cesser de s'interroger sur comment (sur)vivre très concrètement.

C'est le cas du philosophe Ruwen Ogien. S'appuyant sur sa propre expérience d'un cancer du pancréas dont il n'ignorait pas l'issue fatale, il publie à peine quelques mois avant son décès en 2017 l'essai *Mes Mille et Une Nuits*[2275]. Le ton y est engagé et parfois tout de colère à peine contenue tant il s'étonne et se trouble de certaines thèses à propos de l'expérience du cancer qui ne reflètent pas la réalité de ce qu'il vit. C'est ainsi que s'opposant à « certains penseurs [qui] prétendent tout savoir de la condition humaine sans avoir jamais ressenti le besoin de vérifier empiriquement leurs considérations »[2276], il rejette l'assertion qui est la leur « que les malades

---

[2273] Bigiaretti Libero. *Op. cit*., p. 7.
[2274] Sur ce point, je renvoie à : Chaudet Emilie, Laffon Cécile. *Des vivants jusqu'à la mort* [série documentaire radiophonique, épisode 1/4]. France Culture, 2024. En ligne : Anatomie d'un tabou : épisode 1/4 du podcast Fin de vie, des vivants jusqu'à la mort | France Culture, consulté en ligne le 28 juin 2025. La question de la dignité est un enjeu si puissant qu'il constitue pour certaines personnes un critère décisif de choix d'une aide active à mourir ainsi que l'illustrent l'intitulé de l'association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD) mais aussi divers témoignages médiatisés dont celui du docteur Antoine Mesnier. Atteint de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), il estime que ne plus pouvoir faire seul sa toilette intime serait une limite indépassable d'atteinte à sa dignité.
[2275] Ogien Ruwen, *Op. cit.*
[2276] *Ibid.*, p. 205.

en traitement perpétuel hors de l'hôpital se posent en permanence des questions existentielles »[2277]. Bien au contraire, le malade est, selon lui, accablé de questions prosaïques. C'est ainsi qu'il précise :

> De nombreux témoignages, auxquels je pourrais ajouter le mien, montrent pourtant que les préoccupations quotidiennes des malades sont, la plupart du temps, infiniment plus terre à terre. Ai-je pris mes cachets au bon moment ? Les ai-je pris, d'ailleurs ? Comment se débarrasser de ces fichues nausées ? Comment apaiser ces affreuses douleurs ? Comment m'organiser pour m'alimenter correctement ? Qui peut m'aider à faire les courses ou à nettoyer mon appartement ? Comment travailler en dépit de la fatigue, des somnolences, des suées ? Quand dois-je passer le prochain scan ? Faudra-t-il que je sois à jeun ? Ai-je fait mes prises de sang à temps ? Les résultats seront-ils faxés ? Etc.[2278]

Par cette liste de questions à l'allure de litanie interminable et qui pourrait d'ailleurs bien se poursuivre (« Etc. ») tant les considérations et tracasseries matérielles sont à la fois innombrables, récurrentes, envahissantes au point d'accaparer l'espace mental et même vital de la personne, Ogien signifie la condition prosaïque du malade à laquelle il se sent personnellement réduit. Condamné à ce qu'il qualifie de « préoccupations quotidiennes […] terrer à terre », le malade qu'il est voit la gestion et la satisfaction de ses besoins primaires – alimentation (« fichues nausées », « comment […] m'alimenter », « les courses »), hygiène (« nettoyer mon appartement »), mobilité (« qui peut m'aider à faire les courses ? »), gestion du temps (« au bon moment », « quand dois-je passer le prochain scan ? »), communication (« seront-ils faxés ») – prendre une place considérable. Au regard de la « fatigue », des « douleurs », « nausées », « suées » et autres désagréments liés à la maladie et à ses traitements, cette gestion, et les interrogations anxieuses qu'elle soulève, sont en effet devenues de plus en plus difficiles au point de devoir mobiliser un temps et une énergie décuplés. Sans compter que conditionnant à la fois le bon déroulement et la tolérance des traitements, il s'agit de fait d'un enjeu de soins et de survie ainsi qu'en témoigne le propos suivant :

> Bref, les patients atteints d'une « affection de longue durée », qu'ils soient hospitalisés ou pas, qu'ils soient philosophes ou non, sont souvent accaparés par la recherche de moyens de survie matérielle[2279].

Il est notable qu'étant lui-même « philosophe », Ogien argumente sur le fait que la condition *hautement* intellectuelle associée à ce statut ne change rien à l'épreuve (que l'on imagine à ses yeux et sans pour autant présager par là une quelconque blessure d'orgueil) *bassement* matérielle qu'impose *à tous* la maladie. Celle-ci confronte sans distinction aucune, et notamment sans distinction de statut de la personne, à ce que la vie a de plus prosaïque. Parce que « les patients […] sont souvent accaparés » par ces « préoccupations […] terrer à terre », la philosophie ne trouverait même plus sa place, ni même peut-être sa justification, pour être mobilisée et apporter quelque aide semble nous dire Ogien. La philosophie n'est d'aucune aide

[2277] *Ibid.*
[2278] *Ibid.*, p. 205-206.
[2279] *Ibid.*, p. 207.

pour la personne quand tout devient une question de « survie matérielle », quand sa condition physique comme sa charge mentale la débordant bien trop elle est trop épuisée, accaparée et donc privée, empêchée de tout autre chose.

La journaliste Clémentine Vergnaud, décédée en 2023 d'un cholangiocarcinome à l'âge de 31 ans, fait aussi écho aux propos prêtés au personnage Gino Rovelli comme au témoignage de Ogien s'agissant des difficultés de gestion des choses les plus basiques de la vie courante et de sa crainte des conséquences d'une telle situation pour son traitement comme sa survie. Tout comme eux, elle est envahie par un doute très pratico-pratique et notamment elle se demande comment s'alimenter quand on ne peut rien avaler, autrement dit comment faire pour que cela ne devienne pas une montagne, *a fortiori* infranchissable. Dans son livre publié par son mari de façon posthume, *Le Journal de Clémentine*, complétant son podcast *Ma vie face au cancer*[2280], elle relate ainsi comment une aide-soignante lui conseille et même lui achète elle-même en lui apportant jusque dans sa chambre « la soupe à la tomate de la machine du rez-de-chaussée, près des consultations » ce qui lui évite l'épreuve de ne rien pouvoir avaler et notamment pas « le bouillon absolument imbuvable » de l'hôpital[2281]. Clémentine Vergnaud évoque elle aussi la lourdeur des traitements de son cancer et leurs effets de remise en cause voire d'empêchements multiples sur sa vie courante parmi lesquels : une « espèce de brouillard », un « énorme nuage », le fait d'être « tout le temps fatiguée »[2282], auxquels elle ajoute « je n'arrive pas à me concentrer et je ne mémorise plus rien »[2283]. Loin se trouve alors la possibilité d'assumer une activité de journaliste (comme pour l'écrivain une activité d'écriture, et pour le philosophe celle de philosopher) quand il n'est pas même possible de se concentrer et de pouvoir subvenir pleinement à ses besoins primaires.

Le film *La chambre d'à côté*, réalisé par le cinéaste Pedro Almodovar en 2024, est consacré au vécu de la maladie en stade terminal (première partie du film) ainsi qu'au cheminement et à l'accompagnement de l'héroïne, Martha, dans son choix du suicide assisté (seconde partie). Ainsi que le contraste radical entre ces deux parties le suggère, ce choix de mourir est motivé par tout ce qui est décrit dans la première partie et relève précisément de cette extrême réduction de la vie sous l'effet du « caractère prosaïque de la maladie ». Martha ne peut plus rien faire de ce qu'elle aime et particulièrement écrire. Tout dans son attitude, ses mouvements, ses paroles, signifie le désespoir et l'accablement sous le poids de ce réel très terre à terre de la maladie et de ses conséquences sur la vie dans sa dimension la plus matérielle. Elle aussi a été prise de doute, ayant bien essayé de s'interroger et de trouver une issue autre. Mais toute sa vie s'est refermée sur les contraintes matérielles. La première partie est donc lente, pénible, saturée d'une logorrhée plaintive autour de la perte et de la souffrance, tandis qu'avec la seconde « le film change de cap pour s'acheminer vers l'extase »[2284]. Ainsi que le précise la spécialiste de cinéma

---

[2280] Vergnaud Clémentine (autrice), *Ma vie face au cancer : le journal de Clémentine* [Podcast – 16 épisodes], France info. En ligne : Ma vie face au cancer : le journal de Clémentine, consulté le 21 juin 2025.
[2281] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 48.
[2282] *Ibid.*, p. 53.
[2283] *Ibid.*, p. 53.
[2284] Dubreuil Maroussia, L'avis du « Monde » sur *La chambre d'à côté* par Almodovar Pedro, publié le 11 janvier 2025. En ligne : Dans « La Chambre d'à côté », Pedro Almodovar filme une amitié complice au seuil de la mort, consulté le 22 juin 2025.

Maroussia Dubreuil dans sa critique, pour Martha, la maladie n'est plus le sujet, « dès lors qu'elle fait le choix de partir, […] s'ouvre un horizon du sublime », « la mort devient un paysage d'une beauté déconcertante »[2285], une issue à la matérialité mortifère.

C'est que le parcours thérapeutique en lui-même ajoute considérablement à la *dé*stabilisation et à la charge de réorganisation d'une vie quotidienne devant désormais intégrer la maladie et tenir compte de l'accroissement inévitable des soucis prosaïques liées aux contraintes du statut de patient. Comment ne pas alors douter d'y parvenir et s'interroger sur ses modalités pratiques. Les contraintes matérielles et organisationnelles multiples induites par la gestion des traitements (leurs modalités dont la prise bien ordonnée des « cachets » et leur suivi dont la réalisation d'examens tel « le prochain scan » ou « les prises de sang » ainsi que la transmission de leurs résultats « seront-ils faxés ») sont d'autant plus complexes à assumer qu'elles sont nouvelles, non intuitives, absolument pas naturelles (« Ai-je pris mes cachets au bon moment ? », « Faudra-t-il que je sois à jeun ? »). C'est même sans compter sur l'inquiétude jusqu'à l'angoisse des « résultats » en eux-mêmes. Les efforts supplémentaires – d'attention, de compréhension, d'implication, de mise en œuvre – que la gestion des traitements impose peuvent ajouter à un sentiment d'étouffement sous la matérialité accablante de l'existence.

C'est ainsi qu'au gré de ces questions prosaïques (par leur caractère ordinaire), récurrentes (puisqu'elles s'invitent au jour le jour), se renouvelant sans cesse (privant ainsi de toute maitrise par l'apprentissage), accablantes au point que certaines paraissent insurmontables (« Comment travailler en dépit de la fatigue »), bien des patients en arrivent à se sentir réduits à leur seule condition d'immédiate matérialité et à vivre cette situation comme une déréliction. La formule vulgaire « la tête dans le guidon » pourrait bien résumer cet état qui, non seulement implique l'effort douloureux de devoir continuer de pédaler pour ne pas tomber, mais empêche aussi de prendre du recul et de voir au-delà. Dans un tel état (quand bien même il ne serait que transitoire), il n'y a pas de possibilité d'élévation par-delà cette irréductible et universelle matérialité, il n'y a pas de possibilité de sublimation ni de projections d'avenir, ainsi que ce propos tend à l'illustrer : « il n'est plus possible de dessiner des projets, cocher des dates, prévoir les évènements lointains […] L'horizon d'un malade comme moi, c'est la prochaine cure. Point à la ligne »[2286]. Emanant de l'un des oncologues de Clémentine Vergnaud, la valeur de ce propos tient précisément au fait qu'il a lui-même traversé l'épreuve d'une hémopathie maligne. Dans un même mouvement de partage expérientiel ayant force de communauté de patients, Ogien cite aussi le propos du célèbre champion de cyclisme Laurent Fignon, décédé d'un cancer à l'âge de 50 ans, à savoir que « le monde des personnes gravement malades se rétrécit vite et ne laisse pas trop de place aux interrogations existentielles »[2287].

Rejetant de fait résolument cette idée que la maladie constituerait une opportunité d'« interrogations existentielles », Ogien avoue avoir pensé à un titre alternatif pour son livre *Mes mille et une nuits*. Celui-ci aurait apparemment pu s'intituler « La maladie sans

[2285] *Ibid.*
[2286] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 74.
[2287] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 206.

métaphysique »[2288]. Ainsi que développé jusque-là, un tel titre se serait d'abord justifié par le constat que les patients sont bien plus assaillis de questions pratiques que métaphysiques. C'est aussi pourquoi Ogien se qualifie avec humour de « malade professionnel en CDI avec les hôpitaux de Paris »[2289]. Mais il invoque deux autres ordres de raisons qui lui sont personnelles : d'une part son désir de réfléchir à la maladie sans chercher à lui donner un sens (position tranchée et faisant rupture avec celle plus classique considérant la nécessité de donner un sens existentiel à la maladie), encore moins à en faire une vocation, d'autre part sa conviction que seule l'expérience réellement vécue de la maladie peut donner accès à une telle réalité, bien souvent taboue s'agissant de ses aspects les plus prosaïques. Ogien estime ainsi que, sans cette expérience très concrète et pratique du prosaïsme de la maladie, toute pensée sur la maladie étant désincarnée, elle ne peut qu'être éthérée, source d'interprétations erronées et délétères (dont celle de l'amélioration de soi par la souffrance, tel un mythe conforme à l'idéologie doloriste qu'il réprouve[2290]). Surtout, une telle pensée est inopérante en ce qu'elle empêche de comprendre réellement et d'aider concrètement les personnes soumises à un tel accablement, ainsi que le sentiment de perte de dignité, d'instabilité et d'errance qu'il provoque, y compris jusqu'aux gestes les plus élémentaires de la vie courante. Ce faisant tout dans la rencontre avec le milieu médical semble susceptible de provoquer du doute chez les patients.

1.4 – La rencontre de la médecine et du système de santé comme source inévitable de doute pour le patient

La rencontre avec le milieu médical ne se fait le plus souvent pas de façon sereine et spontanée. Même lorsqu'elle ne résulte pas d'un problème de santé (pressenti ou déjà avéré), comme lors d'une visite de routine programmée ou d'un examen de dépistage, une telle rencontre suscite toujours plus ou moins d'inquiétude. A moins d'être dans un suivi très régulier (à l'instar de soins rapprochés ou d'une psychothérapie de soutien) et donc dénué de l'effet de *surprise* que peut susciter la confrontation à l'*inconnu médical*, la rencontre avec un acteur de santé tend à faire *évènement* et provoque ainsi de l'appréhension du fait de l'efflorescence d'interrogations et d'interprétations projectives autant que des perturbations concrètes qu'elle peut susciter.

Si la moindre rencontre avec le milieu sanitaire, *a fortiori* tout évènement de santé aussi bénin soit-il (ainsi que déjà développé), est vécue comme déstabilisante et source de doute, c'est peut-être non pas seulement par peur, mais aussi – et l'une et l'autre ne sont pas exclusives – à cause

[2288] Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle - *La Grande Librairie*]. *Op. cit.*
[2289] *Ibid.*
[2290] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 114 : « Par conséquent, il serait raisonnable d'adopter une attitude sceptique à l'égard des conceptions du monde qui placent ceux qui souffrent ou ont souffert au-dessus des misérables bien-portants, superficiels et ignorants ». Ogien s'est aussi exprimé directement dans les médias contre le dolorisme. Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle, *La Grande Librairie*], *Op. Cit.* : il est contre l'idée que « la maladie peut rendre plus intelligent et meilleur moralement, [qu'elle] donnerait un avantage, celui d'être plus lucide sur soi-même et de mieux connaitre la condition humaine. De même qu'ayant vécu dans une certaine forme de souffrance, l'individu serait plus empathique, plus compatissant, plus capable de comprendre celle d'autrui ». Selon lui, d'une part « En tant que généralité, il est absurde de prétendre que c'est toujours le cas », d'autre part « C'est agressif pour les patients qui n'arrivent pas à se mobiliser ». Il estime enfin que le dolorisme est aussi « une idéologie politique qui est appliquée comme une critique dans nos sociétés dans lesquelles on n'a plus le sens du sacrifice, le sens de la souffrance », qu'ainsi il favoriserait « les tendances autoritaires, paternalistes et donc dangereuses politiquement ».

de sa potentialité à produire du déséquilibre voire de la rupture dans le cours de l'existence. Source d'informations propices à la santé, la consultation médicale de routine peut inviter à être attentif à sa santé, éventuellement à faire évoluer certains comportements (en termes d'activité physique, d'alimentation, d'usage d'alcool, de médicaments ou d'autres substances, etc.), autrement dit à modifier ses habitudes autant de pensée que d'agir en lien avec sa santé. Ce type de perspective, éventuellement vécue comme intrusive, contraignante[2291] voire délétère[2292], pourrait contribuer au défaut d'adhésion au suivi médical, notamment aux consignes préventives promus par nos instances sanitaires. Mais il s'agit aussi de la crainte des bouleversements multiples que pourraient charrier un diagnostic (incluant les innombrables diagnostics complémentaires d'un éventuel diagnostic principal d'une maladie donnée qu'ils viennent complexifier et donc perturber dans son cours) et ses conséquences thérapeutiques. Il arrive d'ailleurs que cette crainte d'une déstabilisation émane moins d'un problème de santé en lui-même (hypertension artérielle, diabète) que de l'intervention médicale consécutive (consignes de régime alimentaire et de perte pondérale, prescription médicamenteuse, suivi clinique et par analyses sanguines). En somme, aller chez son médecin ce n'est pas si simple, encore moins forcément rassurant. Rencontrer la médecine c'est accepter de se risquer à un certain nombre d'interrogations, d'ébranlements et de décisions relativement à sa santé, en plus de prendre conscience de certaines de ses vulnérabilités. C'est donc risquer de voir bien des habitudes fragilisées ou même être complètement remises en cause. Or, parce qu'elles constituent des repères stables dans l'existence, renoncer à certaines de ses habitudes, devoir éventuellement les faire évoluer n'est pas chose facile[2293]. Dans un monde toujours mouvant, les habitudes sont rassurantes et stabilisantes parce qu'elles apportent confort et tranquillité. Cela rejoint l'analyse peircienne d'un besoin fondamental de croyance[2294] habitant chaque être, un tel besoin sous-tend ce mouvement naturel de sortie de l'état de doute au profit de l'état de croyance. C'est pourquoi la moindre déstabilisation relativement à sa santé pousse l'individu soit à persévérer dans ses habitudes soit à retrouver un état de stabilité à travers de nouvelles habitudes intégrant de nouveaux enjeux pour sa santé et honorant les contraintes qui y sont associées.

Il n'est pourtant pas évident de consentir à subir quelques changements que ce soient dans ses habitudes et ses repères lorsque l'on n'en éprouve pas l'impérative nécessité. Comme le précisait George Canguilhem, « C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades

[2291] En situation de surpoids et d'obésité, une consigne d'activité physique formulée sans précaution ni avis spécialisé peut être vécue comme insultante et agressive.
[2292] Certains comportements considérés comme nocifs pour la santé (telle la consommation de substances psychoactives) ont pourtant des effets de réconfort et soulagent les personnes de certains de leurs maux (s'agissant par exemple d'angoisse, de douleurs physiques, d'insomnie, de phobie sociale). De tels comportements ne peuvent être corrigés sans une parfaite compréhension des raisons les motivant ainsi qu'un suivi spécialisé sous peine de risquer la décompensation d'un trouble psychologique et de (re)plonger la personne dans des affres de souffrance.
[2293] Montaigne Michel de, Céard Jean (dir.), Bjaï Denis, Boudou Bénédicte, Pantin Isabelle. *Les Essais*. *Op. cit.*, p. 1682 : « Je ne crois plus certainement que ceci : que je ne saurais être offensée par l'usage des choses que j'ai si longtemps accoutumées. C'est à la coutume de donner forme à notre vie, telle qu'il lui plaît, elle peut tout en cela ».
[2294] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Celui-ci [l'état de croyance] est un état de calme et de satisfaction qu'on ne veut pas abandonner ni changer pour adopter une autre croyance ».

qu'il y a une médecine »[2295], autrement dit c'est parce qu'il y a une expérience subjective d'un dérèglement de la santé, voire déjà des troubles maladifs menaçant le cours de l'existence, qu'ils s'adressent au médecin. Par contraste, le défaut d'une telle expérience n'y incite naturellement pas et rend inévitablement suspect un quelconque diagnostic, tout des mesures préventives à l'égard d'un état inexistant et non garanti d'advenir. La médecine moderne peut alors être accusée de créer abusivement des besoins sanitaires à partir de diagnostics de pathologies qui n'en seraient pas ou pas encore[2296]. En phase avec le plaidoyer d'Ivan Illich, c'est comme si le moindre contact avec la médecine risquait invariablement de révéler une problématique de santé, comme si la médecine disposait d'un pouvoir performatif pathogène (par-delà la seule question des incidentalomes considérés comme bénins et que donc elle néglige). Pourtant, si les personnes sont si troublées, effrayées et fuyantes à l'égard de la médecine, c'est aussi parce qu'elles n'ignorent pas les progrès en matière de précocité diagnostique (inversant ainsi le théorème canguilhemien[2297]) et de médecine préventive, pressentant d'elles-mêmes que certaines maladies peuvent longtemps rester silencieuses tout en produisant beaucoup de dégâts quand d'autres peuvent être efficacement empêchées ou réduites dans leur gravité. Elles craignent que ce qui n'aurait alors pour elles que l'allure d'un rien, tout au plus de vagues patraqueries, ne relève en réalité d'une pathologie sérieuse qui, une fois démasquée, bouleverserait leur vie. Du coup, c'est parfois comme si la menace éventuelle pour leur santé ou leur vie comptait moins que le renversement dans leurs repères et habitudes qu'une telle découverte risquerait de provoquer jusqu'à même conduire à des rationalisations morbides. Par exemple, face à la crainte de l'ébranlement et de la mise en cause de leur cadre de références, certains optent pour une habituation au fil du temps à divers maux en dépit des risques.

Les personnes usagères du système de santé ne seraient donc peut-être pas si sereines vis-à-vis du principe de veille sanitaire dont celui de la visite régulière chez leur médecin traitant. D'autant qu'il ne s'agit bien évidemment pas que d'un simple contrôle technique. Une telle visite ne saurait être dénuée d'une approche individualisée mobilisant l'histoire personnelle, les affects et tout ce qui relève des conditions d'existence. Cette visite est ainsi une opportunité de faire circuler la parole sur la qualité de vie au travail, le climat familial, les difficultés éventuelles d'un couple, la vie intime, tout ce qui fait partie intégrante de l'équilibre de vie d'une personne. Pourtant, par-delà l'indispensable repérage des situations de souffrance au travail, de violences intra-familiales, de conduites à risque, il apparaît qu'aussi louable qu'elle soit, et justifiée d'un point de vue sanitaire, une telle intervention peut être vécue comme surprenante et menaçante par le voile de doute qu'elle peut risquer de faire planer sur sa propre existence, son environnement, ses choix de vie, ses repères. La juste frontière entre une saine interrogation sur sa situation, son contexte, ses habitudes de vie et une excessive médicalisation – qui peut être source de surinterprétations pathologisantes et de ruminations anxieuses relatives à la santé – n'est pas simple à trouver. Sans compter que les réactions des personnes peuvent

[2295] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*., p. 205 : « C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades ».
[2296] Illich Ivan, Dupuy Jean-Pierre (Trad.). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1981.
[2297] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*., p. 69 : « Si aujourd'hui la connaissance de la maladie par le médecin peut prévenir l'expérience de la maladie par le malade, c'est parce qu'autrefois la seconde a suscité, a appelé la première ».

être très contrastées et parfois délétères à type d'hypochondrie ou bien tout à l'inverse incrédulité, banalisation, déni, fuite.

C'est là un difficile exercice d'équilibriste pour les professionnels de santé que d'informer, conseiller, accompagner vers la préservation ou le rétablissement de la meilleure santé possible sans effrayer ni trop ébranler une personne dans ses croyances comme dans ses habitudes. A défaut d'un tel équilibre, le lien thérapeutique et de confiance peut s'en trouver fragilisé voire rompu. C'est pourquoi la résistance à l'égard des consignes émises par les acteurs de santé mérite d'être entendue car elle peut d'abord relever d'une réaction naturelle et légitime[2298]. Un temps de compréhension et d'appropriation de l'information sanitaire (par exemple des risques à long terme de l'hypertension artérielle), éventuellement aussi un temps de contrôle de la véracité et de la justesse d'une préconisation (par exemple de la vaccination contre le papillomavirus[2299]) participent de ce temps plus global, et propre à chacun, d'ajustement avant une prise de décision personnelle et un éventuel engagement dans une intervention préventive, des soins, un suivi, un changement de comportement, etc. La temporalité du doute peut cependant être beaucoup plus contrainte jusqu'à prendre l'ampleur d'une crise.

1.5 – Quand le doute du patient revêt l'ampleur et les enjeux d'une *crise*

A force d'en généraliser l'usage, le terme de crise tend aujourd'hui à s'éroder, à se vider de son sens originel et surtout de sa profondeur[2300]. Un état de crise systémique et permanente (à l'échelle politique, économique, écologique, sociale, sociétale, etc.) conduirait ainsi à ne plus permettre d'en apprécier l'intensité (notamment temporelle) autant que la réalité même. Le sens médical du mot crise émanant de l'Antiquité n'aurait, quant à lui, peut-être pas perdu de son acuité et pourrait ainsi rester d'actualité ainsi que l'essai simplement intitulé *La crise* du Jackie Pigeaud, philologue, historien et professeur de lettres latines, vient l'illustrer[2301]. Ce sens est donc à distinguer de la notion de crise sanitaire en lien avec des perturbations de l'organisation du système de santé soit par défaillance propre de ce système soit par l'inadéquation entre les besoins et l'offre sanitaires (à l'instar de ce qui s'est produit durant la pandémie liée à la Covid-19) soit par les deux au point là aussi de constituer une situation de crise sanitaire permanente. Elle n'a pourtant rien à voir avec la *crise* en son sens médical, c'est-à-dire au plus près des malades eux-mêmes et de leurs maux. A cet égard, ce que vivent les patients semble être l'expression la plus pure de la crise en médecine.

Une autre distinction fondamentale doit être clairement signifiée. L'évènement de santé, qu'il s'agisse d'un traumatisme, de l'émergence d'une maladie, sa progression et/ou ses complications, est parfois vécu par la personne qui le subit comme une situation de *crise*. Il

---

[2298] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.

[2299] Joshi Riaya, Kilinsky Alexandra. *HPV vaccine hesitancy in the United States*. Curr Opin Pediatr 2025;37(2):198-204.

[2300] Morin Edgar. *Pour une crisologie*. Communications 1976;25(1):149-63 : « La notion de crise s'est répandue au XXe siècle à tous les horizons de la conscience contemporaine. Il n'est pas de domaine ou de problème qui ne soit hanté par l'idée de crise. Mais cette notion, en se généralisant, s'est comme vidée de l'intérieur ». Je renvoie aussi à : Klein Alexandre, *De la crise*, Histoire engagée, publié le 17 juin 2020. En ligne : De la crise | Histoire Engagée, consulté le 4 mars 2026.

[2301] Pigeaud Jackie. *La crise*. Nantes: Cécile Defaut; 2006

importe de bien distinguer cette crise vécue par le patient de ce qui est entendu par crise dans son sens purement médical et donc restreint au seul périmètre de la maladie. Du point de vue de la personne, il s'agit d'un ébranlement massif de ses repères qui dépasse largement le paradigme médical puisqu'il affecte sa vie bien au-delà de sa seule dimension biologique et sanitaire. Le philosophe Canguilhem semble se concentrer sur cette dernière dimension lorsqu'il en propose la définition contemporaine, et *a priori* consensuelle pour les soignants, suivante : « un changement survenant dans le cours d'une maladie, annoncé par certains symptômes et dans lequel va se décider effectivement la vie du patient »[2302]. Si, grâce à l'équivocité du terme de *vie*, cette définition est suffisamment ouverte pour pouvoir faire écho au vécu de crise des patients – en ce qu'il s'agit bien aussi pour eux d'un « changement » relatif à leur santé et de ses effets décisifs pour la suite de leur existence au sens large – elle ne leur fait pas complètement honneur. Elle ignore la profondeur (dont l'ensemble des déterminants et effets) de ce vécu de crise et néglige les conséquences des divergences et déphasages entre patients et soignants à ce sujet. Qu'ils ne parlent pas de la même chose et/ou qu'ils ne tiennent pas compte du même ordre de facteurs et d'enjeux n'est pas sans effet sur la qualité de la relation de soin et le rapport de confiance. A cet égard, il est intéressant de relever que, d'une part le terme de *crise*, dans son sens de *jugement*, a originellement été usité par les patients. Son appropriation par les médecins n'est donc que secondaire[2303]. D'autre part, il s'agit effectivement d'une notion polysémique et évolutive ainsi qu'en témoigne la « diversité [de ses] interprétations, liées aux évolutions de la médecine »[2304]. Le doute qu'éprouvent les patients au gré des épreuves qu'ils traversent peut en lui-même relever d'un état de *crise*.

1.5.1 – Omniprésence de la potentialité de crise

De la simple rupture d'équilibre au doute et au vécu de crise, il n'y a parfois qu'un pas pour le patient. Je reprends volontairement cette citation déjà mentionnée : « Il comprit qu'il n'allait pas très bien, ou plutôt qu'il ne se sentait pas comme les autres jours. […] tenant sa tête, qu'il sentait bringuebalante et confuse, entre ses mains »[2305]. L'occurrence et la nouveauté d'une telle rupture de continuité dans l'état habituel du protagoniste ne présagent en rien de sa signification médicale ni de ses conséquences pour sa santé et son avenir. Un tel signal n'a pas de spécificité particulière. Il peut témoigner d'une situation, certes pénible, mais la plus bénigne et ponctuelle qui soit, éventuellement même de l'ordre du physiologique (à l'instar des menstruations et de leur impact sur la continuité de vie des femmes du fait de la fatigue, des douleurs, de l'éventuelle baisse de l'humeur, de la carence en fer voire de l'anémie induite), tout autant que de l'entrée dans une maladie grave. Quoi qu'il en soit, ce qui prévaut à l'instant des tout premiers signes de perturbation de l'état habituel (tel qu'ici évoqué dans cet extrait) n'est même pas encore la question d'une maladie éventuelle, encore moins d'un pronostic, mais bien l'effet et le vécu de rupture. Les habitudes et les repères de vie sont brutalement bouleversées sans préavis, y compris et surtout ce qui relève des gestes les plus simples et

[2302] Canguilhem George, « Le problème des régulations dans l'organisme et la société » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil, 2002, p. 104.
[2303] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 12 : « Ainsi la métaphore serait née du *pathos*. Ce n'est pas, d'abord, une affaire de professionnel ; l'expression vient spontanément à un particulier, mais elle est adoptée par la médecine. Cette remarque est importante pour ce qu'on appelle la rhétorique médicale ».
[2304] *Ibid.*, p. 8.
[2305] Bigiaretti Libero. *Op. cit*., p. 7-8.

courants de la vie quotidienne : se lever, faire sa toilette, aller à son travail. D'un coup, plus rien n'est simple, plus aucune activité ne peut se faire naturellement et comme sans y penser. Le cours habituel de l'existence est interrompu. C'est de fait une situation de *crise* et une plongée dans le doute quant à ce qui constitue l'existence d'un individu, dans ses modalités les plus élémentaires. Le terme de crise n'est pas excessif. Le sens s'effondre au point de dérouter le projet si ce n'est d'une vie à l'œuvre, du moins de la journée à venir (en l'occurrence une journée de travail auquel le protagoniste est particulièrement attaché) vers des projections morbides de délabrement, d'incapacité et de perte. L'ébranlement conduit à la dramatisation. Quand bien même il ne s'agirait finalement que d'un rhume passager et spontanément résolutif, le cours de l'existence en a tout de même été perturbé et, à tout le moins, menacé. Car il eut pu en être autrement et l'évolution prendre le cours d'un drame véritable. C'est pourquoi, il n'y a pas un évènement de santé qu'il faille banaliser comme s'il ne s'agissait de rien pour la personne. Et c'est bien là qu'un décalage manifeste avec l'appréciation médicale peut d'emblée se faire jour. S'il est certes légitime pour un professionnel de santé de dédramatiser, voire de banaliser un évènement de santé objectivement bénin d'un point de vue médical, la notion de crise n'en est pas moins très différemment appréciée selon que l'on est un patient ou un soignant. Une approche strictement médicale ne reflète pas la dimension de crise telle qu'un évènement de santé, pourtant non défini comme une *crise* au sens médical, puisse pourtant faire rupture et déstabiliser parfois massivement l'existence et les repères d'une personne qui y est confrontée au point justement de faire crise.

1.5.2 – La crise du point de vue de la médecine et des soignants

La notion de *crise* est complexe. Un retour historique sur l'appréhension de la crise du point de vue de soignants aide à mieux comprendre cette notion et notamment ce que le discours contemporain tend à occulter alors que cela reste caché dans la conscience des patients. Son usage traverse les époques et les disciplines (justice, médecine, art militaire, économie, politique) offrant ainsi à son usage médical un champ fertile pour les métaphores, dont celle guerrière du combat contre la maladie. Outre que c'est un terme polysémique, son sens médical a notablement évolué dans le temps. Ainsi que le propose Pigeaud dans son ouvrage, parler de crise et en retracer l'histoire implique de retourner aux origines antiques de la médecine et notamment au *Corpus hippocratique*[2306]. Dans son *Histoire de la médecine*, Daniel Leclerc précise : « Hippocrate appelait *crise*, c'est-à-dire *jugement*, tout *changement subit qui arrive dans les maladies, soit en mieux, soit en pis, soit que la guérison suive immédiatement, un peu de temps après* »[2307]. Mettant temporairement de côté le sens de jugement pour pouvoir le reprendre plus tard, la *crise* selon Hippocrate correspond donc à « tout changement qui arrive à une maladie »[2308] et va en décider l'issue. Dans la mesure où il n'y avait pas à cette époque de thérapeutique médicale et conformément à la doctrine de l'hippocratisme reconnaissant en la Nature une puissance médicatrice[2309], la crise bénéficiait d'une aura positive. Parce qu'elle est

[2306] Jouanna Jacques. *L'histoire textuelle du Corpus hippocratique*. Journal des savants 2017;2(1):195-266.
[2307] Le Clerc Daniel. *Histoire de la médecine* Amsterdam: Aux dépens de la Compagnie; 1723, p. 151-152.
[2308] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 59.
[2309] Selon la définition de l'hippocratisme fournie par le CNRTL : « Doctrine, méthode d'Hippocrate, consistant essentiellement à observer l'évolution naturelle des maladies et à agir dans le sens de la nature ». En ligne : HIPPOCRATISME : Définition de HIPPOCRATISME, consulté le 05 juillet 2025.

cause de changement dans la maladie, « ce changement se fai[san]t, selon lui par la Nature »[2310], la *crise* permettait d'envisager la guérison comme l'une des alternatives possibles (« *que la guérison suive* ») quant à son issue. La crise était donc considérée comme un évènement favorable, associé à l'idée de la solidité de la santé et comme l'opportunité la plus sûre de guérison[2311] par rapport au risque certes toujours possible d'une issue défavorable (« *soit en mieux, soit en pis* »). Cette issue favorable considérée comme l'issue la plus commune d'une crise, outre qu'elle était associée à l'idée que la solution d'une maladie ne pouvait que s'annoncer bruyamment, se manifestait sous les diverses modalités d'une évacuation rejoignant en cela l'une des significations du terme de crise fondée sur son étymologie qu'est l'excrétion ou encore la séparation[2312]. Si sa forme la plus explicite consistait en l'évacuation d'un abcès[2313], elle pouvait aussi bien s'agir de vomissements, de sueurs, d'écoulements, de saignements, etc., à l'égard desquels une attention toute particulière était ainsi portée[2314]. Inversement l'absence de crise, ou son incomplétude, était associée à la crainte de l'accumulation et avait une valeur péjorative puisque que « Quand la crise n'est pas complète, c'est-à-dire quand les évacuations ne sont pas suffisantes, rechutes. "Ce qui reste après la crise produit les *récidives*" »[2315].

Si à l'époque hippocratique, la crise au sens médical est donc quasiment synonyme de résolution de la maladie, il n'en est plus du tout de même à notre époque contemporaine. René Laennec (1781-1826) a certes encore pu être considéré comme un « défenseur convaincu de la *crise* »[2316] au point de déclarer, dans l'une de ses leçons du Collège de France, que « dans le langage vulgaire, *crise* est devenue souvent synonyme de grand trouble dont on attend un résultat »[2317], autrement dit on en espère une solution. Désormais la *crise* au sens médical n'est plus du tout jugée comme un évènement positif, mais comme la survenue brutale d'une évolution à la fois intense et décisive de la maladie au sens de sa décompensation ainsi que des complications (éventuellement ultimes) et séquelles qui peuvent en résulter, péjorer le pronostic, rendre plus difficile sa prise en charge[2318]. Qu'il s'agisse d'un mode d'entrée dans

---

[2310] Leclerc Daniel. *Op. cit*., p. 152.

[2311] *Ibid*. : « Mais comme dans leur combat [celui entre la Nature et les maladies], ou dans le différend qu'elles ont ensemble, la Nature est comme *juge et Partie*, elle doit avoir le plus souvent le dessus, et c'est par cette raison que le mot de *crise* se prend le plus ordinairement pour un jugement favorable, et qui termine heureusement la maladie ».

[2312] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 15 : « Identifiée le plus souvent à l'excrétion, *crise* veut dire aussi *séparation* ».

[2313] *Ibid.*, p. 17-18 : « […] jamais personne n'a été guéri radicalement, sans qu'il se soit fait un abcès ou une évacuation remarquable. C'est pourquoi il dit qu'il s'est fait une crise toutes les fois que la maladie se termine par un abcès ».

[2314] *Ibid.*, p. 15.

[2315] Hippocrate, Jouanna Jacques (établi, traduit, annoté), Anastassiou Anargyros (collab.), Gardasole Alessia (collab.). *Épidémies. Tome IV* Paris: Les Belles lettres; 2016, 28 V L 172.

[2316] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 63.

[2317] *Ibid.*, p. 65 : Pigeaud se réfère aux manuscrits de Laennec conservés à la bibliothèque universitaire de Nantes et cite des notes subsistantes (p. 246) de sa 34e leçon au Collège de France (1822) intitulée *Doctrine de la coction et des crises*.

[2318] Cette approche est cohérente avec la définition d'une crise au sens médical fournie par le CNRTL : « Ensemble des phénomènes pathologiques se manifestant de façon brusque et intense, mais pendant une période limitée, et laissant prévoir un changement généralement décisif, en bien ou en mal, dans l'évolution d'une maladie », et aussi : « Manifestation brusque et intense, de durée limitée (d'un état ou d'un comportement), pouvant entraîner des conséquences néfastes ». En ligne : CRISE : Définition de CRISE, consulté le 5 juillet 2025.

une maladie ou bien d'une de ses poussées évolutives, l'occurrence d'une crise signifie l'emballement et le non-contrôle d'un processus pathologique. L'évolution de la médecine tout au long de son histoire pourrait expliquer cette réorientation radicale du sens de la crise tel qu'entendu par les soignants. Même s'il est des situations d'abstention thérapeutique volontaire et éclairée, la biomédecine actuelle n'a plus rien à voir avec la médecine expectante de l'Antiquité fondée sur la Nature médicatrice. Continuant de reposer sur une part inévitable d'empirisme, elle se caractérise surtout désormais par son assise scientifique et l'ambition de pouvoir agir efficacement pour préserver ou rétablir la santé dans la majorité des cas. C'est pourquoi il n'est pas possible d'approuver le propos de Pigeaud estimant que « les médecins d'aujourd'hui ne se préoccupent plus beaucoup de la crise [au motif] qu'une thérapie rapide et efficace interdit heureusement à la médecine d'être trop expectante »[2319]. Bien au contraire, les médecins sont très préoccupés par les crises[2320]. Ils sont très au fait de la valeur pronostique péjorative des crises qui émaillent et caractérisent le cours évolutif de certaines maladies et peuvent en conséquence en déterminer l'évolution[2321]. Une crise urémique compliquant un lupus érythémateux disséminé, un épisode délirant en contexte de bipolarité, une poussée inflammatoire dans le cadre d'une sclérose en plaques, une crise cardiaque en contexte de cardiomyopathie chronique, autant d'épisodes critiques à très haut risque médical. Témoignant d'un mauvais contrôle de la maladie, chaque crise est à risque de progression (spirale aggravative de celle-ci), de complications, d'évolution déficitaire, de séquelles définitives voire de décès. En ce sens, et à tout l'opposé du sens hippocratique de créativité curatrice qui passerait nécessairement par une phase critique d'instabilité et d'insécurité, la crise médicale est désormais bien plutôt de l'ordre de la créativité morbide. Elle produit du monstrueux, de la souffrance et provoque un sensible rapprochement de la mort[2322]. Les soignants sont donc très attentifs aux moindres signaux prémonitoires de crise et font beaucoup d'efforts pour les prévenir, que ce soit grâce à la médecine préventive (par exemple via la vaccination), par le suivi en consultation (parfois sous couvert d'examens bio-morphologiques répétés de surveillance) de sorte à pouvoir agir en amont (traitement dit préemptif) mais aussi en usant de traitements dits d'entretien au long cours à même d'éviter les poussées évolutives d'une affection donnée. Il est évident que la crise est un évènement médical particulièrement craint. Dans la mesure où elle constitue un critère de gravité, elle met au défi l'efficience médicale et ses effets peuvent être irrémédiables. De fait, si une crise n'a pu être évitée, même une guérison en apparence complète et sans séquelles d'un évènement médical critique n'est jamais une restitution *ad integrum*[2323] ni sans conséquence aucune, ne serait-ce qu'en termes de mémoire

[2319] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 67.
[2320] La crise relève d'ailleurs d'un vocabulaire technique de la médecine définissant et distinguant spécifiquement la phase aiguë d'une maladie et ses implications autant d'un point de vue thérapeutique que pronostique. Dans quasiment chaque situation de crise, le pronostic fonctionnel (par les séquelles et l'accumulation déficitaire qui en résultent), voire vital, peut en effet être engagé.
[2321] Ce point de la valeur pronostique d'une crise tendrait à rejoindre l'aspiration des médecins de l'Antiquité à prédire l'avenir en se basant sur les caractéristiques de la crise (son intensité, son acmé, sa complétude). Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 17 : « Dans son traité *Sur les crises*, Galien essaie moins de définir la crise que de comprendre par quel moyen diagnostiquer le présent et prévoir le futur. Le meilleur point de départ du pronostic est aussi celui de la futur akmè ».
[2322] Grossman Evelyne. *La créativité de la crise*. Paris: Minuit; 2020, p. 89-90.
[2323] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine.* Paris : Seuil, 2002, p. 69-99, ici p. 77 : « aucune guérison n'est un retour ».

immunitaire (par exemple après un épisode infectieux) ou traumatique. Quand bien même elle resterait un épisode unique et complètement résolutif médicalement parlant, une bouffée délirante aiguë ne saurait être considérée dans la vie d'une personne comme un évènement aussi anodin et oubliable qu'une angine, un coup de chaleur ou une épistaxis passagère[2324].

Si tout à l'inverse d'Hippocrate, la crise n'est donc plus appréhendée comme opportunité de résolution mais au prisme de ses conséquences néfastes, ce qui reste communément partagé tout au long de l'histoire de la médecine est le fait d'avoir toujours considéré la *crise* comme un évènement qui fait rupture dans un équilibre donné[2325]. C'est ce qui a conduit Jackie Pigeaud à préciser que « la notion de crise et son caractère dramatique subsistent comme problème, au cours du temps »[2326]. Cela permet de comprendre en quoi, même aujourd'hui, le critère de gravité peut parfois s'effacer au profit de la seule dimension d'évènement défini, à travers son intensité, comme marquant une séparation, rompant un équilibre antérieur ainsi que l'illustre particulièrement la crise d'adolescence. C'est aussi pourquoi, dans le langage populaire, des évènements très ordinaires (mais toujours en lien avec la santé et donc susceptibles de mobiliser les soignants) peuvent être qualifiés de crise à l'instar de la crise de foie (pour une indigestion), la crise d'angoisse, d'hystérie ou de nerf (pour signifier un état de stress et d'emportement), la crise d'urticaire (pour qualifier au sens figuré une réaction d'intolérance). Tout comme l'abcès était qualifiable de *crise* grâce à l'imagerie d'antan de l'abcès comme ce qui permet la collection puis l'évacuation du mal rongeant la personne malade, bien des évènements sont qualifiables de crise alors qu'ils ne mettent pas objectivement en jeu la vie de la personne, ni même sa santé, mais parce qu'ils font rupture d'équilibre et de continuité. Cette dissociation par rapport à l'expertise médicale contemporaine au profit du vécu subjectif de crise conçue comme rupture d'équilibre peut être source de dissension entre soignants et patients, fragilisant d'autant la relation de soin. Si elle s'inscrit dans la polysémie et les évolutions sémantiques du terme de *crise*, elle relève aussi de son usage différencié en fonction du contexte sociohistorique, de la posture et de l'économie morale des acteurs en présence. C'est pourquoi la *crise* telle qu'elle est vécue du point de vue du patient peut complètement échapper aux bio-soignants de notre médecine scientifique moderne, que ce soit par cécité ou par indifférence.

1.5.3 – La crise du point de vue des patients

Pour comprendre ce que peut être l'expérience d'une *crise* du point de vue des patients et en quoi cela est intrinsèquement lié à l'état de doute dans lequel les plonge la confrontation à des évènements de santé et au milieu médical, il est très éclairant de se positionner au plus près de leurs témoignages, au plus près de ce que leurs auteurs ont voulu signifier avec les mots qu'ils ont choisis. En cohérence avec les définitions déjà précisées, ce qui permet de parler de crise

---

[2324] Si certaines données estiment à 25% le pourcentage de bouffées délirantes aiguës (BDA) qui ni ne se reproduiront ni n'évolueront vers une maladie psychiatrique, le pronostic est toujours incertain. En ligne : Bouffée délirante - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL, consulté le 05 juillet 2025. Je renvoie aussi à : Provenzani U., Salazar de Pablo G., Arribas M., Pillmann F., Fusar-Poli Paolo. *Clinical outcomes in brief psychotic episodes: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiol Psychiatr Sci 2021;30:e71.

[2325] Cette signification rejoint l'une des autres définitions de la crise proposées le CNRTL : « Situation de trouble, due à une rupture d'équilibre et dont l'issue est déterminante pour l'individu ou la société ». En ligne : CRISE : Définition de CRISE, consulté le 6 juillet 2025.

[2326] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 29.

relève des caractéristiques d'un évènement qui, par son intensité et sa brutalité, provoque un effet de rupture, de déstabilisation ainsi qu'une potentialité de remaniements très importants. Lorsque, pour un motif sanitaire, une personne doit faire face à la nouveauté et à l'imprévu, se trouvant soudainement privée de ses repères, ne sachant plus à quoi se fier ni ce qui l'attend, elle plonge dans le doute. Pour peu que cela soit vécu comme étant de grande intensité, elle vit alors une *crise de doute*. Que ce soit dans le temps immédiat d'une journée alors que tout est brutalement chamboulé, bouleversant un quotidien habituel et programmé, ou que ce soit dans le constat du temps long à venir durant lequel l'horizon risque de rester bien voilé, cette crise de doute est éprouvée comme une déflagration, avec l'impression que tout vole en éclat, qu'il n'y a plus ni repères ni amarres. La crise que vivent les patients serait donc bien une crise de doute. Je propose d'en déployer différentes phases telles qu'elles me sont apparues à la lecture du récit émanant de différentes personnes ayant traversé cette épreuve.

1.5.3.1 – La crise comme destruction d'un état antérieur

A partir de son propre vécu de patiente et de ses réflexions quant aux effets de l'émergence de la maladie, Claire Marin témoigne d'un tel vécu de crise. « La maladie a déjà fait de mon existence une catastrophe. Au sens littéral. Tout est renversé »[2327], écrit-elle. En usant, sans détour, du mot « catastrophe »[2328], elle souligne la gravité de cette effraction et de ses conséquences dans le cours de son existence, l'intensité du bouleversement éprouvé et de ses effets destructifs[2329]. En insistant sur le « sens littéral » du mot « catastrophe », Claire Marin assume les métaphores qui y sont associées, telles celle d'un tremblement terre ou d'une bombe qui seraient venus tout détruire. Il se pourrait qu'elle se soit sentie non seulement comme au milieu d'un champ de ruine, mais elle-même brisée et éparpillée en mille morceaux. Et par le constat aussi lapidaire qu'angoissant, « Tout est renversé », Claire Marin use d'un « tout » globalisant signifiant l'atteinte de l'entièreté de son être, dès lors non seulement brisé dans ses fondements mais privé de tous repères. Car pour Claire Marin, ce n'est pas seulement sa santé qui se trouve affectée par la « catastrophe » mais bien toute son « existence » (« La maladie a déjà fait de mon existence une catastrophe »), c'est-à-dire précisément dans toutes ses dimensions. Elle semble ainsi nous dire que l'effondrement est d'une telle ampleur pour la personne qu'il vient dérouter le projet d'une vie à l'œuvre, faisant écho à ce que le philosophe Jean-Luc Nancy qualifie de « suspension du continuum d'être »[2330].

Une telle catastrophe peut naturellement faire penser à certains états médicaux extrêmement critiques par leur allure explosive et l'immédiateté de la menace qu'ils font peser sur la vie. C'est par exemple le cas de la crise blastique qui peut être un mode d'entrée très violent dans une leucémie aiguë (en à peine quelques heures), la personne pouvant décéder même si un traitement spécifique a pu être instauré en urgence. C'est aussi le cas de la crise psychotique qui peut se manifester de façon fracassante par l'intensité de l'agitation psychomotrice, la richesse du délire, la gravité des prises de risque, l'intensité du contraste avec l'équilibre mental

[2327] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 16-17.
[2328] Je m'appuie sur la définition du CNRTL. En ligne : CATASTROPHE : Définition de CATASTROPHE, consulté le 22 juin 2025.
[2329] Marin Claire. *La maladie, catastrophe intime*. Paris: Presses universitaires de France; 2014
[2330] Nancy Jean-Luc. *L'intrus*. Paris: Galilée; 2000, p. 25.

antérieur. Pourtant ce n'est pas du tout le propos de Claire Marin qui évoque son entrée dans une maladie chronique comme un processus très progressif et même insidieux tant elle fut longue et difficile à diagnostiquer. Ce qu'elle a vécu comme relevant d'une explosion dans sa vie, et de sa vie même, est indépendant des critères biomédicaux qui permettent aux soignants de parler de crise et d'en préciser la gravité depuis le seul angle d'appréciation médicale. Le philosophe Canguilhem l'avait déjà explicité de façon limpide : « Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames dans son histoire »[2331]. Mais ce qu'ajoute l'expérience de Claire Marin est ce contraste flagrant entre les critères subjectifs de la personne malade et ceux objectifs de la biomédecine. Ces critères sont d'ailleurs parfois complètement dissociés, à l'instar des troubles fonctionnelles qui peuvent eux-aussi être vécus comme catastrophiques. Ne parvenant à identifier aucune entité pathologique, ni même à reconnaître ces plaintes au motif qu'elles sont non objectivables, le corps médical se trouve en situation de négliger la crise telle qu'elle peut être vécue par ces patients.

1.5.3.2 – La crise comme basculement

Parmi d'autres témoignages d'un vécu de crise, celui de la journaliste Clémentine Vergnaud rend palpable la déflagration concomitante de l'annonce du diagnostic de son cancer dont elle va quant à elle qualifier l'effet subjectif comme étant celui d'un « naufrage »[2332]. Comme Claire Marin elle témoigne de la brutalité destructrice inhérente à l'émergence de la maladie et à son annonce. Elle aussi n'est plus qu'une matière brute éparpillée en mille éclats de dévastation. Elle complète par des adjectifs qui témoignent de son état de sidération face à la dévastation éprouvée. C'est ainsi qu'elle se dit « hagarde », « hébétée »[2333], dans un « un brouillard total »[2334], et même, non sans une sombre ironie, « malade »[2335]. Elle est alors de fait incapable de réagir, de réfléchir, simplement effondrée et sans voix. Il n'empêche qu'elle écrit aussi coup sur coup mais selon une logique des conséquences : « mon monde s'écroule »[2336] et, à peine quelques lignes plus loin, « Mon monde vient de basculer »[2337]. Un peu plus tard, bien qu'encore sous le choc du traumatisme, il lui sera possible de retrouver ses pensées, de mieux comprendre et de chercher à élaborer autour des déterminants de ce vécu de crise, notamment lorsqu'elle écrit : « quand votre monde bascule, quand vos certitudes n'existent plus, quand votre ventre se serre à l'idée de mourir »[2338]. Ce propos rejoint l'analyse peircienne de l'expérience du doute comme état de crise de la personne confrontée à un effondrement de ses certitudes, de ses repères, de ses habitudes, dont résulte un vécu de déséquilibre massif. Clémentine Vergnaud n'a effectivement, à ce moment-là, plus rien à quoi se raccrocher de connu

[2331] Canguilhem George, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 89.
[2332] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 26 et p. 87 : « L'annonce […] reste une véritable effraction psychique dans le réel bien organisé ».
[2333] *Ibid.*, p. 85.
[2334] *Ibid.*, p. 53.
[2335] *Ibid.*, p. 85.
[2336] *Ibid.*, p. 25.
[2337] *Ibid.*, p. 26.
[2338] *Ibid.*, p. 49.

et de stable[2339], ses repères dans la vie sont pulvérisés par l'ampleur de la menace de mort[2340] que revêt un diagnostic de cancer *a fortiori* s'il est porté durant le jeune âge, il n'y a plus rien qui puisse la retenir d'une plongée dans le vide. De là de nouveau cette signification de la crise fondée sur l'étymologie comme *séparation*. En évoquant à la fois un « deuil de soi »[2341] et un « naufrage »[2342], elle signifie une séparation inéluctable d'elle-même avant la maladie et de sa vie antérieure. C'est pourquoi elle écrit aussi : « L'annonce, si douce soit-elle, reste une véritable effraction psychique dans le réel bien organisé que je m'étais créé. Il y aura toujours un « avant » et un « après » »[2343]. De cette séparation advient donc aussi un mouvement de l'être qu'est le basculement, selon cette logique des conséquences de l'écroulement puis du basculement puis encore de la réorganisation. Car si le basculement est d'abord un mouvement de chute (le chavirement comme prélude au « naufrage »), il ne saurait aussi être entendu comme la possibilité de se mouvoir, de passer d'une position à une autre, d'un « avant » à un « après » et donc potentiellement de se relever. Le propos reste en cohérence avec l'analyse peircienne qu'il permet d'illustrer à savoir que le basculement est annonciateur de cet inéluctable mouvement de sortie du doute. Il est impossible selon Peirce de rester dans cet état de crise liée au doute et dans son insupportable instabilité. Quand bien même Clémentine Vergnaud serait encore sidérée, en train de sombrer, de s'abîmer dans le vide et sans aucune visibilité sur l'après, le mouvement est déjà là qui permettra de retrouver des repères (certes nouveaux parce qu'adaptés aux nouvelles circonstances), de la stabilité (parce qu'elle est impérative et même si, à bien des égards, elle pourra sembler fragile) et de décider de la suite.

1.5.3.3 – La crise comme changement

En suivant autant Hippocrate que Canguilhem, le concept médical de crise renvoie à tout « changement survenant dans le cours d'une maladie ». Suivant cette définition sans la restreindre à la seule condition sanitaire du patient, il s'ensuit que pour ce qui relève de l'expérience subjective du patient, ce qu'il vit comme un état de crise est source de changement plus ou moins intense dans son existence. Par-delà la déflagration, la dévastation, le basculement, c'est donc un *changement* dans la vie du patient qui s'opère et qui implique le passage d'un état à un autre, d'un avant à un après. Cette étape est celle qui s'apparente au mieux à la signification juridique de la crise comme *jugement*[2344].

Il est notable de constater la similitude entre les différents témoignages des patients et particulièrement combien la crise qu'ils traversent s'avère être en réalité bien plus qu'un intense état d'ébranlement et d'instabilité. Elle est aussi un *moment décisif* en ce qu'il conduit à autre chose. Ainsi le témoignage de Patricia Blanc, maman de Margaux décédée d'un glioblastome à

[2339] *Ibid.*, p. 26-27 : « dans ce naufrage, j'ai désespérément besoin de me raccrocher à quelque chose – ou plutôt à quelqu'un ».

[2340] Canguilhem George, « Les maladies » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil, 2002, p. 33-48, ici p. 47 : Le vécu de Clémentine Vergnaud est une illustration concrète de l'analyse de Georges Canguilhem lorsqu'il invoque « l'expérience, à proprement parler mortifiante, de la maladie » et explique que « La mort est dans la vie, la maladie en est le signe ».

[2341] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 84.

[2342] *Ibid.*, p. 26.

[2343] *Ibid.*, p. 87.

[2344] Causse Jean-Daniel. *Krisis : jugement et promesse*. Revue d'éthique et de théologie morale 2013;n° 276(HS):295-302.

l'âge de 14 ans (et depuis totalement engagée dans la lutte contre les cancers pédiatriques), illustre à la fois le moment de crise et l'entrée fracassante dans les soins : « En quelques heures à peine, nous avons plongé dans l'abîme du monde médical »[2345]. Toute l'intensité du temps raccourci autour de l'urgence médicale (« En quelques heures ») et puis la plongée presque immédiate, inimaginable, ahurissante dans un univers à nul autre pareil, celui de l'oncologie pédiatrique, sont réunies dans cette courte phrase de moins de quinze mots. Tout y est, à savoir la crise comme déflagration, comme basculement et comme résolution vers une issue, aussi tragique puisse-t-elle paraitre. Les mots de Margaux elle-même, sur son blog, sont certes à l'unisson de ceux de Clémentine Vergnaud (reprenant en particulier la notion de basculement), mais ils ouvrent aussi d'emblée sur l'issue de la crise, c'est-à-dire le changement inéluctable qu'elle provoque : « Bonjour, je m'appelle Margaux, j'ai 14 ans. Du jour au lendemain, sans prévenir, ma vie a basculé. On m'a diagnostiquée une tumeur agressive au cerveau qui s'appelle un glioblastome (Tumeur Glio Neuronale Maligne). Je dois maintenant me battre chaque jour avec cette chose dans ma tête »[2346]. Il est notable que n'apparaît pas dans ce propos la tourmente paralysante du vide de repères. Cela donne l'impression d'une immédiateté (« maintenant ») dans le jugement de la situation autant que dans la décision qui en découle, celle de « [s]e battre », comme d'évidence. La crise de doute a été si vertigineuse et douloureuse qu'elle a imposé d'en sortir aussi brutalement qu'elle était advenue. En la jugeant telle l'unique issue non négociable de cette crise, l'affirmation « Je dois maintenant me battre » semble agir de sorte à résoudre le moindre doute de la plus résolue des manières. Dans son récit, Clémentine Vergnaud témoigne plus longuement de cette crise massive de doute avant que de pouvoir en sortir. Démunie, tragique, dans la tourmente de la perte de tous ses repères, elle cherche désespérément à sortir de cet état, à redonner du sens, à comprendre ce qui se passe. A l'affut du moindre indice, signe, mouvement, elle analyse et interprète chaque parole, chaque intonation, chaque attitude, chaque silence[2347]. Aussi douloureuse puisse être la réalité pressentie, elle cherche à tout prix, comme malgré elle, à savoir quitte à en subir la violence puisqu'il s'agit de la plus terrible des condamnations. Il n'empêche que c'est l'issue qui l'amène vers un ordre nouveau.

Pour Margaux comme pour Clémentine Vergnaud, la crise a donc l'allure d'un jugement, en l'occurrence tragique puisqu'il consiste en l'entrée dans la maladie cancéreuse et en une plongée vertigineuse « dans l'abîme du monde médical ». Autant dire qu'un tel jugement est vécu comme une condamnation. Ce constat rejoint non seulement l'appréciation qui était celle-là même d'Hippocrate de la crise comme d'un *jugement*[2348], mais aussi l'analyse approfondie qu'en propose Jackie Pigeaud. Celui-ci explique l'origine, inspirée du monde juridique, de cette signification de la crise comme jugement :

[2345] Blanc Patricia, Schaedelé-Giroire Emmanuelle. *A la petite fille que tu étais*. Neuilly-sur-Seine: Et ma plume; 2024.
[2346] Je renvoie au site de l'association *Imagine for Margo*. En ligne : Le combat courageux de Margaux - Imagine for Margo, consulté le 23 juin.
[2347] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 23-28.
[2348] Leclerc Daniel. *Op. cit*., p. 151 : « Hippocrate appelait *crise*, c'est-à-dire *jugement* ».

> Car ce n'est assurément pas un médecin qui, à titre particulier (i.e. en tant que personne privée), a donné nom à l'évènement. Mais il fallut absolument qu'un individu fût là et fût troublé, et qu'il donnât à la chose elle-même le nom de *jugement* (crise)[2349].

Avant que les médecins ne se la soient eux-aussi appropriée, cette signification de la crise comme jugement est d'abord fondée sur une expérience vécue, celle d'un individu particulier se trouvant bouleversé (« qu'un individu fût là et fût troublé ») par le spectacle des divers maux affectant les malades. Ce que vivent les patients comme ce qui va advenir d'eux lui sont alors apparus comme relevant d'un jugement. Cependant, ce ne serait pas seulement ce dont les malades souffrent ou que leur vie soit en jeu, mais surtout aussi parce qu'ils se sentent jugés comme au tribunal – ce qui sous-entend des notions de faute et de culpabilité – que la crise a ainsi été nommée *jugemen*t (« nom à l'évènement »). Que la crise soit affaire de jugement est sous-tendu par son étymologie, à savoir le crible, l'idée de passer au crible, de trier[2350]. Galien le résumera explicitement ainsi : « C'est la vie du malade qui est jugée. (ou le malade est jugé à propos de sa vie) »[2351], apportant une comparaison supplémentaire avec ce qui se joue au sein d'un tribunal s'agissant d'apprécier les responsabilités et fautes éventuelles ainsi que l'issue qu'il convient d'en donner (à savoir un changement « *soit en mieux, soit en pis* »). Car ce jugement en quoi consiste la crise est aussi son issue puisqu'il va en décider le type de résolution. C'est pourquoi on en arrive effectivement à la proposition synthétique et définitionnelle du terme crise suivante, à savoir que la crise est jugement. Et Jackie Pigeaud complète encore son analyse en questionnant « Jugement donc. Mais qui juge quoi ? »[2352] pour intituler l'un de ses chapitres d'ouvrage. Au temps de la médecine expectante hippocratique ce « *changement subit qui arrive dans les maladies, soit en mieux, soit en pis,* […] se fait, selon lui [Hippocrate], par la Nature, qui *juge* de cette manière le malade, en l'absolvant ou en le condamnant »[2353] confirmant ici pleinement l'assertion comme quoi c'est la crise qui juge. Avec l'évolution de la médecine, c'est ensuite au médecin que tend à revenir le rôle de juge et au malade celui d'accusé[2354]. Pourtant on ne saurait nier combien le malade lui-même peut être son propre juge. Comment ne pas lire par exemple, dans le propos de Margaux « Je dois maintenant me battre », un jugement dont le verdict est une injonction de combattivité, c'est-à-dire de courage, de dignité, de verticalité et lui imposant un plein engagement dans un traitement aussi redouté et en réalité vain soit-il quant à son issue. Clémentine Vergnaud ne se juge elle-même peut-être pas différemment lorsque, à peine est-elle éclairée de son diagnostic, elle considère déjà sa propre mort[2355]. C'est pourquoi un tel jugement peut aussi faire résonnance avec « l'art militaire »[2356]. La terminologie du « combat subit et violent » par lequel se

[2349] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 11-12.
[2350] Klein Alexandre. *Op. cit.*
[2351] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 11. Pigeaud traduit ce propos de Galien qu'il référence ainsi : *De crisibus* III, c.2 IX K 704.
[2352] *Ibid*., p. 10.
[2353] Leclerc Daniel. *Op. cit*., p. 151-152.
[2354] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 12-13. Sur la rhétorique juridique et la métaphore du tribunal, Pigeaud renvoie à la glose de Francisco Valleriola (*Loci Medicinae communes*, 1571) où il est mentionné que l'accusé est le malade, l'accusateur est la maladie, les témoins et témoignages sont les signes et symptômes de la maladie, l'avocat est la Nature et enfin le juge est le médecin.
[2355] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 49 : « quand votre monde bascule, quand vos certitudes n'existent plus, quand votre ventre se serre à l'idée de mourir ».
[2356] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 15.

manifeste concrètement la crise est à même de décider « de la mort ou de la guérison du malade » tout comme une lutte militaire se termine par la victoire ou par la défaite. Si donc la crise est jugement, c'est parce qu'elle est l'issue de ce combat.

1.5.3.4 – La crise comme *Kairos*

Si la crise est jugement c'est bien parce que le devenir de la maladie doit se décider, et donc aussi celui du malade. Juger c'est conclure pour permettre ce passage, c'est donc opter pour une certaine voie, statuer de la suite, un nouvel état, une nouvelle norme de vie, un nouveau projet quand bien même il serait centré sur la thérapeutique. Parce que le changement qu'implique la crise, ce passage vers un après, relève d'un moment *décisif* (que d'aucuns qualifient d'instant et même de « point décisif »[2357]) mais fugitif, Jackie Pigeaud en souligne et développe la dimension de *kairos*. L'acmé de la crise, par-delà sa potentialité destructrice et de basculement, se voit condensée dans l'opportunité de cet instant où tout se décide et concrétise le changement. Mais jusqu'à ce qu'il advienne, ce « point décisif » demeure dans l'incertitude la plus totale. L'issue du combat n'est jamais garantie. Rien ne permet d'en assurer définitivement l'orientation ce qui rend le propos suivant d'Evelyne Grossman d'autant plus pertinent :

> […] dans la médecine hippocratique en Grèce antique, la crise (*krisis*) désigne la phase cruciale d'évolution d'une maladie vers l'aggravation ou la guérison, le moment où l'équilibre bascule sans qu'on discerne encore dans quel sens : moment décisif d'incertitude[2358].

Si elle reprend, dans cette définition de la crise, le *Corpus hippocratique*[2359], elle y ajoute des précisions fondamentales qui ont l'intérêt de mettre en lumière une contradiction dans les termes. En associant au « moment décisif » la notion « d'incertitude » elle révèle cette tension ultime et effarante entre l'inconnu abyssal de l'avenir (celui de la guérison ou de la mort pour ne considérer que ces deux alternatives extrêmes) et ce qui est quasiment déjà l'effet concret d'un jugement acté en quoi consiste précisément la crise. Pourtant si l'incertitude est décisive, serait-ce parce que la crise permet justement de rebattre des cartes et une réorientation. Dans l'Antiquité cette réorientation était d'ailleurs estimée comme étant la plus sûre opportunité de guérison dans le combat opposant la maladie à la Nature. C'est donc possiblement entre l'incertain et ce qui est déjà décidé que se trouve le *kairos* traditionnellement entendu dans la culture grecque antique comme le moment opportun mais qui est aussi la juste mesure.

[2357] *Ibid.*, p. 7 : Jackie Pigeaud cite en épigraphe de son ouvrage le propos suivant issu du fragment 117 de Diogène d'Œnoanda : « Moi Diogène […] Vu que je suis si malade que j'arrive au point décisif (Krisis) où, soit que je vis encore, soit que je meurs […] » tiré de : d'Œnoanda Diogène, Etienne Alexandre (Trad.), O'Mara Dominique (Trad.). *La philosophie épicurienne sur pierre. Les fragments de Diogène d'Œnoanda*. Fribourg : Editions universitaires de Fribourg, 1996, p. 163.

[2358] Grossman Evelyne. *Op. cit*., p. 85.

[2359] Littré Émile. *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : Baillière, 1849, vol. VI, p. 216 : *Affections* 8 : « Il y a *crise* dans les maladies, quand elles augmentent, s'affaiblissent, se transforment en une autre maladie ou se terminent ». Cité par Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 9.

Si Jackie Pigeaud insiste pour ne « pas aller trop vite pour traduire le *kairos* »[2360], il en souligne tout de même la dimension temporelle, en tant qu'occasion, « présent fugitif »[2361], autrement dit l'acuité du temps (par opposition à la chronicité, ou plus exactement au temps continu) au point de le qualifier de « *kairos* aigu (ou pointu) »[2362]. La crise serait donc cette acmé d'incertitude médicale, un *entre-deux* de temps impalpable entre deux évolutions possibles, incluant celle du non-retour, et l'aggravation pouvant être fatale. C'est pourquoi le *kairos* s'applique particulièrement à la pratique médicale, ainsi qu'il le précise dans ce propos :

> Le *kairos* nait de la nature des choses, leur labilité par exemple, de l'urgence d'agir, et du coup d'œil, de la pratique, de l'expérience du technicien, qui est seul capable de le reconnaître pour agir. Ainsi le médecin, l'orateur, l'agriculteur, le navigateur, le meneur d'armées, sont-ils hommes du *kairos*[2363].

Parce que le médecin a remplacé la Nature en tant que juge et puissance d'agir contre la maladie, il est un fait que si la crise n'est pas traitée à temps et efficacement, elle peut effectivement conduire à l'aggravation et au décès. Parce que c'est le médecin qui doit agir, donc décider, dans le souci de l'efficacité, parce qu'aussi la crise est jugement en ce qu'elle impacte le pronostic du malade, c'est dire s'il fait effectivement partie de ces « hommes du *kairos* ». Des qualités qui sont requises, il ne s'agit pas seulement de maitrise du temps, au sens d'intervenir au meilleur moment, parfois celui de « l'urgence d'agir ». Il s'agit tout autant d'expérience et des compétences techniques (« l'expérience du technicien »), d'habileté et de perspicacité (« coup d'œil »), de justesse et de pertinence, donc d'adéquation à « la nature des choses ». Le *kairos* n'est donc pas seulement un moment opportun mais aussi la « mise en œuvre d'une technique » visant « à l'efficacité, à la réussite de l'acte »[2364]. C'est pourquoi Jackie Pigeaud résume son propos de façon magistrale en disant que le *kairos* « c'est un espace d'action, et une valeur : c'est *le bien dans le temps* »[2365].

Mais si le *kairos* du soignant est indispensable, il n'est pas suffisant car il ne saurait se faire sans celui du patient. A ce sujet, Jackie Pigeaud convoque le premier aphorisme d'Hippocrate :

> La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent[2366].

[2360] Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 37.
[2361] *Ibid.*, p. 39 : « Il semblerait qu'avec la réflexion sur les techniques, le *kairos* fut passé dans l'ordre du temps, et qu'on pût le confondre avec le présent fugitif ».
[2362] *Ibid.*, p. 36.
[2363] *Ibid.*, p. 39.
[2364] *Ibid.*, p. 38.
[2365] *Ibid.*, p. 39.
[2366] Littré Émile. *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Op. cit., p. 459 : *Aphorismes*, I, 1. Cité par Pigeaud Jackie. *Op. cit*., p. 36.

Jackie Pigeaud propose une nouvelle traduction de la première phrase[2367], sans doute plus explicite quant aux termes. Il invite ainsi à entendre explicitement « l'occasion » comme le *kairos* et « le jugement » comme la *crise*. Cette nouvelle version a le mérite de souligner toute la difficulté de l'art médical ainsi qu'en témoignent aussi les qualificatifs « fugitif », « trompeuse », « trébuchante », « difficile ». Comment le médecin ne serait pas lui-même pris dans un moment critique de doute tant devoir s'occuper d'un malade dont la maladie est en crise constitue une mise à l'épreuve de ses qualités d'expertise (ne pas manquer de repérer une crise), de promptitude (éviter le retard voire l'inertie), de pertinence (le bon moment et la juste mesure), d'efficience. Il importe donc qu'il ne rate pas cette opportunité d'être au plus juste, autant d'un point de vue temporel qu'interventionnel, dans son repérage, son analyse, son intervention de sorte à accompagner la personne vers le meilleur traitement puis rétablissement possible. S'y ajoute que le *kairos* du soignant, aussi optimal soit-il (« faire soi-même ce qui convient »), risque fort d'achopper s'il ne rencontre pas celui du malade et plus généralement des conditions et un environnement (« les assistants et les choses extérieures ») qui le favorisent. Le *kairos* relève aussi du malade. Si le patient ne dispose certes pas de la technique et de l'aptitude à la mettre en œuvre, lui seul fait l'expérience de la maladie. Dans l'épreuve qui est la sienne, de la nouveauté, de l'instabilité, parfois jusqu'à vivre sa situation comme une « catastrophe », il n'est pas simple pour le malade, alors privé de bien des repères et dérouté dans son existence, d'être lui-même dans le *kairos*. Contrairement au soignant, il ne traverse pas seulement une crise médicale liée au changement brutal et intense de la maladie et de son état de santé, il traverse aussi une crise de doute affectant toute son existence, bouleversant l'ensemble de ses repères. Il s'agit dès lors pour le malade de trouver son propre *kairos* mais aussi d'être en adéquation avec le *kairos* médical. Trouver son propre *kairos* implique pour le malade de retrouver, malgré les ruines et l'effondrement, son propre pouvoir de décider et agir de façon opportune pour lui-même, en cohérence avec lui-même. Mettre en adéquation le *kairos* du patient et celui du soignant implique une coopération réciproque. Si la temporalité et les objectifs du patient ne coïncident pas toujours avec ceux du soignant, il importe pourtant d'en favoriser l'adéquation pour ne pas mettre en péril et la relation de soin et l'efficience des soins. Cela implique d'aider le soignant à comprendre l'importance, à chaque fois que la situation médicale le permet, de ne pas imposer son propre agenda ni ses propres objectifs. Cela implique aussi d'accompagner le patient à prendre conscience de l'importance du *kairos* soignant, au regard des conséquences pronostiques pour sa santé et dans la mesure où il ne dispose pas lui-même d'un savoir technique pour traiter les maux dont il souffre. C'est pourquoi, par-delà les dimensions de temps, d'action et de valeur, le *kairos* relève aussi fondamentalement de la relation. Comme pourrait l'être l'art de gouverner de façon authentiquement démocratique dans un monde politique idéal, le *kairos* en médecine pose la question d'une rencontre opportune entre patient et soignant. Tout l'enjeu en situation de crise, parce qu'elle concerne à la fois la maladie et la personne malade, et parce que la menace peut être forte et l'urgence d'agir importante, est de permettre cette rencontre. Si, comme précédemment étayé à partir de l'analyse peircienne de l'épreuve du doute, œuvrer à sa résolution permet de restaurer des

[2367] Pigeaud Jackie. *Op. cit.*, p. 36 : « Je préfèrerais, quant à moi une traduction de ce type : « La vie est courte, l'art est long, le kairos aigu (pointu), l'expérience trébuchante, la crise difficile ».

repères, de rétablir un équilibre, cette épreuve du doute favorise donc aussi le *kairos* et par voie de conséquence également cette rencontre opportune propice aux meilleurs soins possibles.

2 – Le doute identitaire du patient

En jetant un voile d'incertitude angoissante sur son existence et sur l'ensemble de ses repères personnels, les bouleversements provoqués par la maladie et ses traitements peuvent constituer une menace pour l'identité de la personne. L'ébranlement des repères et des habitudes est parfois si brutal ou massif que la personne en arrive à ne plus se reconnaitre jusqu'à même éprouver un sentiment de dépossession absolue de soi. « Avec la maladie, le corps change, les repères ne sont plus les mêmes et le rapport au monde est différent. La familiarité de ce dernier a été perdu »[2368]. Plus encore, la personne peut aussi ne plus être reconnue. Ainsi lorsque le regard de l'autre se détourne, signifiant qu'elle n'est plus la même personne. « Qui suis-je maintenant que je suis malade ? »[2369] en vient-elle à se demander, ce qui suppose de disposer de repères antérieurs auxquels se référer et de constater à quel point ils sont mis à mal par l'évènement de santé et le contexte médical. En m'appuyant sur le récit de différents patients, j'envisage ici plusieurs déclinaisons possibles de ce que je propose de qualifier de *doute identitaire*. Avec Clémentine Vergnaud, j'aborderai la dimension de perte d'identité, avec Jean-Luc Nancy celle d'étrangeté identitaire, avec Antoine Percheron celle d'une transformation jusqu'à la métamorphose identitaire. On perçoit d'emblée à quel point, par son intensité, l'ébranlement et la frayeur suscités, ce doute identitaire peut constituer un véritable choc de l'identité[2370] et prendre ainsi la dimension d'une *crise*. Je mobiliserai enfin l'histoire personnelle de Philippe Forest, en tant que parent d'une enfant malade, pour montrer en quoi l'effet de réification des procédures médicales génère une inattention fondamentale à l'égard de la personne en tant que sujet et par conséquent néglige les atteintes identitaires qu'elle peut subir. Cette situation alimente d'autant plus la défiance à l'égard du système de santé que les perturbations identitaires induites par la maladie sont courantes et ne relèvent pas uniquement de ses conséquences physiques, puisqu'elles peuvent affecter toutes les dimensions de l'existence (psychologique, affective, familiale, sociale, professionnelle).

2.1 – Clémentine Vergnaud ou le vécu de perte d'identité

A l'annonce de son diagnostic de cancer, Clémentine Vergnaud s'est immédiatement projetée dans l'effraction identitaire que les traitements anti-cancéreux risqueraient de provoquer[2371]. C'est ainsi qu'elle écrit dans un chapitre qu'elle a intitulé « J'ai l'air d'un clown » :

[2368] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p. 25.
[2369] *Ibid*.
[2370] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*. p. 134 : « le malade perd sa figure, l'identité qui habitait son corps » ; « [un] sentiment d'altérité intérieur produit en premier lieu par la maladie ».
[2371] Je renvoie au témoignage de Clémentine Vergnaud [émission radiophonique, 7/9.30], France Inter, 20 juin 2023. En ligne : Clémentine Vergnaud – Fr Inter, consulté en ligne 13 juillet 2025. Au temps 48 minutes : « Oui, cela peut paraître futile les cheveux quand on apprend que l'on a un cancer à 30 ans et qu'on pense aussi tout de suite à la mort. Mes cheveux c'était quelque chose de précieux […] J'avais peur de perdre mon identité ».

> Je ne vais plus avoir de cheveux, je vais être chauve, je ne vais plus avoir de sourcils. Mon moi, mon visage vont changer. C'est bête mais je ne voyais que le changement d'identité par le physique[2372].

Elle n'est pas même encore dans la rupture de ses repères esthétiques (au sens de l'image de soi qu'elle souhaite pour elle-même et offrir à l'extérieur), que le doute identitaire s'est violemment immiscé en elle. Avant même de se voir concrètement transformée dans sa chair, elle pré-écrit à l'avance son histoire du cancer. En usant de l'effet de répétition de ses prémonitions (« je ne vais plus », « je vais », « je ne vais plus », « je ne voyais que ») elle souligne l'état d'anticipation anxieuse jusqu'à la terreur dans lequel elle se trouve. Accablée par le poids du diagnostic et par l'effet des représentations sociétales associées au cancer, elle ne parvient qu'à s'appréhender au travers de l'esthétique la plus habituelle du cancer qu'est, de la façon la plus évidente, l'alopécie chimio-induite. Pourtant, nombre de traitements innovants (dont les immunothérapies) ne génèrent plus ce type d'effet indésirable au point, pour les patients qui en bénéficient, de passer inaperçus. Cette invisibilité ne serait pas sans susciter cette même crainte de la solitude et de l'effacement que celui qu'éprouve Clémentine Vergnaud. Car, même si effectivement elle reconnaît ne *voir* d'abord que « le changement d'identité par le physique » au travers de l'impact d'une alopécie sur son visage, c'est aussi la crainte que son « moi » ne se dilue dans la masse anonyme des cancéreux. Il est un fait indéniable que cette identification aux cancéreux provoque très fréquemment de l'isolement social[2373], auquel l'alopécie ou pas ne change rien. Pour cause d'intolérance à l'immunothérapie qui lui imposa d'en passer aussi par la chimiothérapie, Clémentine Vergnaud finira d'ailleurs par perdre ses cheveux et par éprouver durant cette période un sentiment qu'il n'est pas excessif de qualifier de perte d'identité : « C'est obligatoire. J'ai besoin de retrouver mes cheveux. C'est mon identité »[2374] écrit-elle avec un ton dont on sent poindre l'amertume et la colère. Elle étaye d'ailleurs son propos comme s'il importait de le justifier pour pouvoir en percevoir au mieux l'enjeu identitaire :

> Mais je ne me suis jamais totalement acceptée ainsi. Parce que ce n'est pas toi, ce ne sont pas tes cheveux. Tu ne peux pas te passer la main dans les cheveux quand tu as une perruque. Rien que ça, c'est terrible. Je l'ai toujours beaucoup fait et, aujourd'hui encore, il m'arrive d'amorcer le geste […] Alors je m'arrête. La main en suspens[2375].

Quand bien même elle a pu reconnaître et se dire que « sincèrement, avec le recul, mes cheveux, ce n'était rien à côté du reste »[2376], l'atteinte identitaire a été vécue comme massivement délabrante. Pour Clémentine Vergnaud, cette transformation a toujours relevé de l'inacceptable (« jamais totalement acceptée »). La rupture avec son identité était si importante qu'elle ne la vivait pas autrement que comme une perte pure et simple de son identité (« ce n'est pas toi »). A cet égard, il est notable que l'usage du pronom personnel de la seconde personne du singulier

---

[2372] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 105.
[2373] Vickers Neil, Bolton Derek. *Being Ill. On Sickness, Care and Abandonment*. Unites States: Reaktion Books; 2024.
[2374] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 109.
[2375] *Ibid.*, p. 107.
[2376] *Ibid.*, p. 105.

« toi » plutôt que « moi » dans l'affirmation « ce n'est pas toi » renvoie à l'idée qu'elle parle alors d'une personne qui n'est plus elle, comme si elle s'adressait à quelqu'un d'autre et témoignait pour elle. Sans compter que dans cette mise en doute des repères identitaires il ne s'est pas seulement agi d'une question d'esthétique (et donc du seul retentissement physique) mais aussi d'une gestuelle si habituelle et intégrée qu'elle en était devenue automatique (« te passer la main dans les cheveux »). C'est donc tout un *mode d'être* soi-même et dans le monde qui s'est vu massivement attaqué et qui doit être revisité. Sous l'effet de la maladie et de ses traitements, tout peut devenir source de doute identitaire. Tout ce qui relève du quotidien, des habitudes de vie, des automatismes même les plus inconscients, subit cette mise en doute et peut conduire à devoir y renoncer ou du moins à les mettre en suspens. Lorsqu'il arrive à Clémentine Vergnaud « d'amorcer le geste » si habituel de se « passer la main dans les cheveux » et qui lui correspond tellement qu'il contribue même à définir son identité, elle doit l'interrompre et ce faisant c'est une mise en suspension d'elle-même qui se joue. Elle ne sait alors plus si elle est elle-même. Le doute identitaire est à son apogée. « La main en suspens », elle interrompt ce mouvement naturel vers elle-même puisque c'est précisément d'elle-même qu'elle doute. Elle ne sait tout simplement plus si c'est d'elle-même qu'il s'agit. C'est pourquoi une conclusion s'impose à elle : « Je veux les laisser pousser. J'ai trop besoin de passer la main dans mes cheveux. C'est obligatoire. […] C'est mon identité »[2377]. C'est dire s'il lui importe de récupérer son identité subjective temporairement perdue.

En plus de l'impact de la maladie et des traitements, la perte ou du moins l'effacement de l'identité subjective peut aussi être le fait à la fois de l'institution sanitaire et de la rationalité scientifique à l'œuvre dans les soins tels qu'ils se pratiquent en Occident. La première réduit la personne à une identité administrative visant la seule conformité aux contraintes institutionnelles, la seconde à une entité biomédicale (celle d'un cas médical parmi tous les autres). Dans son essai *Tous les enfants sauf un*, Forest aborde la question de la maladie et des logiques à l'œuvre dans notre système de santé qui influent sur la façon de la reconnaître et d'accompagner les patients dans leur parcours de soins. Il en vient à la conclusion qu'« Il n'y a pas de sujet de soins. Car le principe même du traitement médical réifie celui qui s'y trouve soumis. Alors le malade découvre sa nouvelle condition d'objet »[2378]. Forest n'affirme ici rien moins que l'éviction du sujet[2379]. Pour éclairer la systématisation de ce processus de réification et combien elle efface en effet tout trace d'identité subjective, le propos de Nancy est particulièrement frappant :

> Je suis la maladie et la médecine, je suis la cellule cancéreuse et l'organe greffé, je suis les agents immunosuppresseurs et leurs palliatifs, je suis les bouts de fil de fer qui tiennent mon sternum

[2377] *Ibid.*, p. 109.
[2378] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. Paris: Folio; 2017, p. 41.
[2379] *Ibid*., p. 42 : L'analyse de Forest l'a conduit à conclure que « L'objectivation nécessaire du mal que produit le regard médical se paie ainsi, pour le patient, au prix d'une dépossession subjective de son être ». Mais ce constat n'est pas nouveau et fait écho à ce propos de Georges Canguilhem : « On comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective » in Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique*. *Op. cit*. Je renvoie aussi au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*

> et je suis ce site d'injection cousu en permanence sous ma clavicule, tout comme j'étais déjà, d'ailleurs, ces vis dans ma hanche et cette plaque dans mon aine[2380].

Cet écrit est d'autant plus puissant que Nancy éprouve directement, dans sa propre chair, cette condition médicale aliénante qui fait complètement disparaitre la personne derrière la machinerie d'un corps dé-subjectivé. La maladie en tant qu'elle appartient à la médecine, et non pas au malade, est une dépossession de l'être. Le « je » est absent, éradiqué, puisque l'individu n'est plus que « la maladie et la médecine » avec ses effets de déshumanisation que concrétisent les traces de ses actes purement techniques (« bouts de fil de fer », « site d'injection », « vis », « plaque ») donnant du corps l'image d'une carcasse osseuse rafistolée (« sternum », « clavicule », « hanche ») et d'un amoncellement de matériaux. Quant à la matière organique, elle apparait inlassablement morcelée en des constituants épars (sains, pathologiques ou de substitution) qu'il s'agisse de « cellules cancéreuses » ou de parcelles de chair (« organe greffé », « aine »). Et Forest d'aller peut-être encore plus loin lorsqu'il écrit :

> Les résultats des analyses, avec leur théorie de statistiques, les clichés radiographiques, tout l'échantillonnage de l'imagerie médicale façonnent de lui une figure fantôme : reflet dématérialisé de soi qui finit par acquérir une plus grande réalité que la perception immédiate que l'individu a de lui-même puisque c'est ce seul reflet qui lui révèle la vérité dérobée de sa vie[2381].

Passé au filtre des examens médicaux (« analyses », « clichés », « imagerie ») et de la norme statistique uniformisante, le patient subit de fait non seulement l'extinction de toute identité subjective mais plus encore la dématérialisation de son propre corps, c'est-à-dire à peu près tout ce qui lui restait de matière vivante. Ajoutant à l'effacement du sujet celui du corps même, il n'apparaît plus que comme un avatar (« figure fantôme », « reflet dématérialisé »), au prisme donc de son irréalité, du flou et de l'illusion de son existence. N'étant plus même réduit à la réalité matérielle, brute et organique de son corps chosifié, il vit une sorte d'expérience ultime de *déréalisation*. Les dosages d'innombrables substances et les images tout aussi variées au gré de toutes leurs déclinaisons possibles (dont ultra-sons, rayons X, champs magnétiques), entérinent la négation (toujours possible si ce n'est constante) de l'*expérience subjective* du patient[2382]. Parce que ces examens ne cherchent que l'anomalie bio-anatomique objective, ils conduisent à mettre en doute son vécu, ses perceptions sensorielles et plaintes fonctionnelles, renvoyant la personne au statut si ce n'est de non-être, du moins d'être fantomatique (« reflet », « fantôme »), d'être *non-reconnaissable* dans la vérité, c'est-à-dire la réalité, propre qui est la sienne. Mais parce que la vérité bien distincte dont est porteuse la médecine (par ailleurs très variable selon les spécialités médicales, selon que celles-ci traitent du psychisme ou du corps, de l'un ou l'autre organe, ou encore des cellules, des tissus, des gènes) ne recoupe par toujours et au mieux imparfaitement celle du patient, ce dernier est par principe habituellement discrédité, suspect de manquer de fiabilité et donc tend à être nié dans la vérité qui est la sienne et qu'il offre pourtant en partage. Se mettant lui-même dans la peau d'un patient, Forest projette

[2380] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 42-43.
[2381] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 42.
[2382] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 40-41.

les conséquences de cette situation : « Un dédoublement s'opère qui place sous mes yeux et en dehors de moi la représentation donnée pour vraie de ce que je suis »[2383]. Silencié, le patient doit accepter de n'être reconnu qu'au prisme d'un reflet de lui-même (« représentation donnée pour vraie ») qui le dédouble en effet mais ne saurait être qu'une vision extérieure, approximative, incomplète (« en dehors de moi »). Le patient ne peut qu'en être témoin (« sous mes yeux ») et consentir à n'être appréhendé que par « ce seul reflet qui lui révèle la vérité dérobée de sa vie ». Parce que cette « vérité dérobée » est la « mauvaise moitié de lui-même »[2384], constituée d'images et de résultats biomédicaux, « de connexions chimiques, institutionnelles, symboliques »[2385], elle le réduit à un corps dépossédé autant qu'instrumentalisé, un être abstrait, fondamentalement amputé de son soi, dépossédé de son identité propre.

2.2 – Jean-Luc Nancy ou l'expérience d'intrusion et de l'étrangeté de soi

Greffé cardiaque, le philosophe Jean-Luc Nancy a aussi subi nombre de complications médicales liées à l'immunosuppression indispensable à la prévention du rejet de sa greffe. La survenue d'un lymphome du transplanté[2386] n'est pas la moindre de ces complications. La transplantation d'un organe solide issu d'un donneur par lui inconnu et l'occurrence d'une prolifération tumorale maligne de type PTLD constituent deux évènements particulièrement graves de santé par lesquels il décrit les notions d'*étrangeté* à lui-même et d'intrusion d'un *autre en lui*, c'est-à-dire en lieu et place de son propre organisme, de son propre soi. Pourtant si ces deux sujets très spécifiques de santé vont permettre de mobiliser, d'une part le substrat immunitaire, d'autre part la prolifération néoplasique, comme modèles explicatifs scientifiquement étayés d'une expérience de l'étrangeté en soi, il importe de souligner combien la notion même d'étrangeté a connu chez Nancy un développement hyperbolique. Ce propos tiré de *L'Intrus* en constitue une première illustration :

> Une étrangeté se révèle « au cœur » du plus familier – mais familier est trop peu dire : au cœur de ce qui jamais ne se signalait comme « cœur ». Jusqu'ici, il était étranger à force de n'être même pas sensible, même pas présent. Désormais, il défaille, et cette étrangeté me rapporte à moi-même. « Je » suis, parce que je suis malade. […] Mais celui qui est fichu, c'est cet autre, mon cœur. Ce cœur désormais intrus, il faut l'extruder[2387].

[2383] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 42.

[2384] *Ibid.*, p. 43 : « Le discours médical induit cette représentation […] faisant de son organisme une entité double en guerre avec elle-même. Et pour que le partage soit possible entre la bonne et la mauvaise moitié de lui-même […] le corps doit se soumettre à la technique et consentir à son avenir machine, devenant la pièce d'une mécanique à laquelle il s'adapte […] Ainsi, il devient comme une prothèse périphérique de la grande usine médicale mondiale à laquelle le relient les instruments de sa guérison supposée ».

[2385] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 40-41 : « […] ce sentiment général de ne plus être dissociable d'un réseau de mesures, d'observations, de connexions chimiques, institutionnelles, symboliques, qui ne se laissent pas ignorer comme celles dont est toujours tissée la vie ordinaire, mais qui, tout au contraire, tiennent expressément la vie sans cesse avertie de leur présence et de leur surveillance. Je deviens indissociable d'une dissociation polymorphe ».

[2386] La dénomination reconnue par la communauté scientifique internationale pour désigner une telle complication est l'ensemble syndromique dit *post-transplant lymphoproliferative disorders* ou PTLD : Je renvoie à une revue de la littérature scientifique sur le sujet : Dierickx Dan, Habermann Thomas M. *Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders in Adults*. N Engl J Med 2018;378(6):549-62. Article aussi en ligne le: Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders in Adults | New England Journal of Medicine, consulté le 23 juillet 2025.

[2387] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 17-18.

La complexité de ce propos est liée à l'intrication de la notion d'« étrangeté » avec ce qui est considéré comme « étranger ». Pour Nancy qui souffre d'une affection cardiaque, le silence des organes (« ce qui jamais ne se signalait ») ne revoie pas tant à la santé[2388] qu'à l'ignorance de ce qui est soi et par conséquent la non-appropriation (« il était étranger à force de n'être même pas sensible, même pas présent »). Son cœur sain lui était étranger par le fait même de ne pas le percevoir, ni le connaître, ni donc s'en préoccuper. Autant dire qu'il lui indifférait. C'est comme si l'individu non malade du cœur s'ignorait détenir un cœur comme partie intégrante de soi. Ce n'est que parce qu' « il défaille » – cette défaillance étant vécue comme « étrangeté » – , que ce « cœur » se révèle à lui comme lui appartenant et le définissant (« cette étrangeté [qu'est ce cœur malade] me rapporte à moi-même », « "Je" suis, parce que je suis malade »). Tant que le « cœur » de Nancy ne se manifestait d'aucune façon sensible, il lui était totalement étranger. A partir du moment où son cœur est malade, il devient une étrangeté qui se signale en lui comme un « intrus » qu'il faudrait extraire de soi (« l'extruder »[2389]). Malade, son « cœur » ne lui est plus tant un étranger dont il découvre la présence, qu'un intrus dont l'étrangeté le ramène à sa propre identité (« me rapporte à moi-même ») dès lors mise en doute.

2.2.1 – Le substrat immunitaire du vécu d'étrangeté

La transplantation d'organe ou de moelle osseuse mobilise inévitablement la question de l'étrangeté en soi et peut ainsi générer un vécu de flou identitaire plus ou moins intense et déstabilisant. Le propos de Nancy est, à cet égard, très clair : « jamais l'étrangeté de ma propre identité, qui me fut pourtant toujours si vive, ne m'a touché avec cette acuité »[2390]. Le principe même de la greffe allogénique, c'est-à-dire issue d'un donneur de la même espèce mais qui n'est pas soi, confronte très concrètement à la question de l'étrangeté en soi. Le receveur ne manque pas de se poser maintes questions sur le donneur qui dépassent les seules considérations biomédicales relatives à l'histocompatibilité du greffon[2391] ainsi qu'aux risques de conflit et de rejet immunitaires. L'anonymat étant la règle entre donneur et receveur, ce dernier ignore *a priori* tout du premier, à l'exception peut-être de sa tranche d'âge que les médecins s'autorisent parfois à dévoiler pour signifier la qualité du greffon (si, en somme, le greffon est plus jeune que son receveur[2392]). Cependant, ce dernier restera dans l'ignorance de toutes les autres caractéristiques du donneur, entre autres la cause de son décès, son origine ethnique et géographique, son sexe, son mode de vie, sa profession, sa religion éventuelle, son histoire personnelle et intime, ses affinités, etc. Autant de considérations qui préoccupent le receveur,

---

[2388] Leriche René. *Encyclopédie française*. Paris : Comité de l'encyclopédie française, 1936, Tome VI, p. 6.16-1. Je paraphrase en l'inversant l'aphorisme daté de 1936, proposé par le chirurgien René Leriche (1879-1955) pour définir la santé et très largement repris depuis : « La santé, avons-nous dit, c'est la vie dans le silence des organes ». Je renvoie aussi à : Bézy Olivier. *« La santé c'est la vie dans le silence des organes »*. La revue lacanienne 2009;n°3(1):47-50.

[2389] Site du CNRTL consulté en ligne le 26 juillet 2025 : EXTRUDER : Définition de EXTRUDER

[2390] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 36.

[2391] Pour limiter les risques de conflit immunologique et en l'occurrence, dans le cadre d'une transplantation d'organe, le risque de rejet de greffe, l'analyse du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) aussi appelé système HLA (*human leucocyte antigens*) a pour objectif d'assurer une proximité maximale entre les CMH du donneur et du receveur.

[2392] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 41. Jean-Luc Nancy en a manifestement eu connaissance puisqu'il précise : « Mon cœur a vingt ans de moins que moi ».

tant elles peuvent alimenter l'idée d'une incompatibilité d'une autre nature que seulement immunitaire. Le sentiment d'étrangeté en soi est d'ailleurs d'autant plus cohérent et compréhensible que le rejet immunitaire est inhérent au principe même de la greffe allogénique puisqu'elle entend faire cohabiter « deux identités immunitaires »[2393] immanquablement différentes l'une à l'autre[2394]. L'enjeu est donc de taille pour les médecins et les patients. Malgré une incompatibilité irréductible, il s'agirait pour le patient transplanté de faire soi l'organe greffé, c'est-à-dire que l'organisme hôte puisse accueillir cet organe étranger comme du soi. En dépit de tous les efforts de correspondance optimale entre les CMH, celle-ci ne saurait être parfaite étant donné donnée la complexité du système HLA constitué d'une multitude d'antigènes majeurs mais aussi mineurs d'histocompatibilité. Et malgré les progrès en matière d'immunosuppression, il y a donc toujours, plus ou moins, du rejet puisque les cellules du greffon sont inévitablement considérées comme étrangères par le système immunitaire du receveur. L'objectif visé est donc, au mieux, celui d'un état de tolérance immunitaire stable à l'égard de ce tissu irrémédiablement étranger, au prix d'une toxicité de la procédure, dont les immunosuppresseurs, aussi limitée que possible.

Nancy témoigne à quel point cette procédure est en réalité une source démultipliée d'étrangéité. D'une part, « Le moyen de survie, lui-même, lui d'abord, est d'une étrangeté complète : qu'est-ce que cela peut être de remplacer un cœur ? La chose excède mes possibilités de représentation »[2395] énonce-t-il. Par-delà la seule prouesse technique, dont on ne saurait nier les accents frankensteiniens, il exprime cet impensé de la greffe. S'il peut se représenter un pansement, une perfusion, des sutures et bien d'autres actes de soin, imaginer ne serait-ce que « l'ouverture de tout le thorax »[2396] puis la couture du sternum avec « des bouts de fil de fer tordus »[2397] lui demeure à ce point stupéfiant qu'il ne pourra dès lors plus se penser autrement qu'« ouvert fermé » et surtout ouvert à « un flux incessant d'étrangeté »[2398]. D'autre part, « la transplantation impose l'image d'un passage par le néant, d'une sortie dans un espace vidé de toute propriété ou de toute intimité »[2399]. En dépit des explications les plus rationnelles et claires sur la circulation extra-corporelle, d'aucuns ne peuvent appréhender un corps sans cœur autrement que mort, ou du moins dans l'abstraction d'une vie purement artificielle et donc dénuée de son essence d'être. Enfin et surtout, Nancy révèle toute l'ampleur des effets

[2393] *Ibid.*, p. 30 : « Très vite cependant, l'autre comme étranger peut se manifester : ni la femme, ni le noir, ni le jeune homme ou le Basque, mais l'autre immunitaire, l'autre insubstituable qu'on a pourtant substitué. Cela se nomme le "rejet" : mon système immunitaire rejette celui de l'autre ».
[2394] Quand bien même des jumeaux homozygotes ont un CMH génétiquement identique, leurs systèmes immunitaires respectifs vont très vite se diversifier différemment au gré des leurs rencontres antigéniques. Ils diffèrent donc immunologiquement mais aussi épigénétiquement (modulation de l'expression des gènes) au gré de leurs environnements respectifs. Si cela impacte peu la tolérance d'un organe greffé qui est optimale dans cette configuration, cela a des conséquences sur les effets immunologiques en matière de greffe de moelle osseuse.
[2395] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 25.
[2396] *Ibid.*,
[2397] *Ibid.*, p. 35.
[2398] *Ibid.*,
[2399] *Ibid.*, p. 26.

transformants[2400] et des bouleversements identitaires que peuvent générer les complications et les traitements qui accompagnent la procédure de greffe. C'est ainsi qu'il écrit :

> La possibilité du rejet s'installe dans une double étrangeté : d'une part, celle de ce cœur greffé, que l'organisme identifie et attaque en tant qu'étranger, et d'autre part, celle de l'état où la médecine installe le greffé pour le protéger. Elle abaisse son immunité, pour qu'il supporte l'étranger. Elle le rend donc étranger à lui-même, à cette identité immunitaire qui est un peu sa signature physiologique[2401].

Ce n'est pas seulement un conflit immunitaire à l'origine de toutes les déclinaisons possibles de rejet[2402] du « cœur greffé », c'est aussi une attaque en règle contre l'immunité même du « greffé », contre « sa signature physiologique », qui se joue. Quand bien même il s'agit de « le protéger » (le rejet d'une greffe cardiaque pouvant être mortel)[2403], une telle procédure ne peut être entendue par le patient que comme un *Pharmakon* tant les complications iatrogènes peuvent être nombreuses, graves et récurrentes malgré la lourdeur des traitements préventifs et du suivi. Il n'est qu'à considérer le lymphome, quand Nancy rappelle également, entre autres exemples de complication infectieuse, « la douleur hurlante du zona »[2404]. Mais surtout, le patient subit une profonde crise identitaire, puisque « pour qu'il supporte l'étranger » il doit lui-même être réduit à l'étrangeté, à être « étranger à lui-même ». C'est à se demander qui du greffé et du greffon est alors le plus étranger. C'est pourquoi le doute identitaire est intense et omniprésent ainsi qu'en témoigne ce propos :

> On sort égaré de l'aventure. On ne se reconnaît plus : mais « reconnaître » n'a plus de sens. On n'est, très vite, qu'un flottement, une suspension d'étrangeté entre des états mal identifiés, entre des douleurs, entre des impuissances, entre des défaillances. Se rapporter à soi est devenu un problème, une difficulté ou une opacité : c'est à travers le mal, ou bien la peur, ce n'est plus rien d'immédiat[2405].

Nancy « ne se reconnaît plus » tant les multiples maux – ici très imprécis (« états mal identifiés », « douleurs », « impuissances », « défaillances ») – qui l'accablent, en plus des complications spécifiques de la greffe (lymphome, infections), suscitent des effets récurrents d'étrangeté. Dès lors plongé en plein flou identitaire, ainsi que le soulignent les notions de « flottement », d'égarement, d'« opacité », il considère non seulement la perte de tout pouvoir de se reconnaître mais également le non-sens qu'il y aurait à se reconnaître dans l'état qui est le sien traversé par « le mal, ou bien la peur ». Se « « reconnaître » n'a plus de sens » écrit-il, puisque se reconnaître serait ne reconnaître que de l'étrangeté (« suspension d'étrangeté »),

---

[2400] *Ibid.*, p. 41 : Nancy évoque la confusion des âges de la vie et l'effet vieillissant de la procédure : « Mon cœur a vingt ans de moins que moi, et le reste de mon corps en a une douzaine (au moins) de plus que moi. Ainsi rajeuni et vieilli à la fois, je n'ai plus d'âge propre et je n'ai plus proprement d'âge ».
[2401] *Ibid.*, p. 31.
[2402] Depuis le rejet suraigu au rejet chronique, en passant par le rejet aigu, tous les intermédiaires et variantes sont possibles.
[2403] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 30 : « Bien des gens croient que le rejet consiste littéralement à recracher son cœur, à le vomir : après tout, le mot parait choisi pour le faire croire. Ce n'est pas cela, mais il s'agit bien de ce qui est intolérable dans l'intrusion de l'intrus, et c'est très vite mortel si on ne le traite pas ».
[2404] *Ibid.*, p. 33-34.
[2405] *Ibid.*, p. 39.

accroissant d'autant le doute identitaire. Appréhender la dimension de reconnaissance sous l'angle de la perte de cette capacité est d'autant plus intéressant qu'elle renvoie aussi au principe de la reconnaissance du soi et du non-soi qui est central en immunologie. Dans la situation de Nancy, dans la mesure où il ne se sent plus qu'étrangetés sans cesse renouvelées dans la multiplicité de ses déclinaisons possibles[2406], l'étrangeté devient indistingable du soi au point même de le définir (« on n'est, très vite, qu'un flottement, une suspension d'étrangeté »). Le voici faisant l'expérience de l'étranger au plus profond de lui-même comme partie intégrante de cette étrangeté qui l'accable et l'indifférencie. La confusion identitaire est alors à son comble qui ne permet plus de distinguer l'étranger, le soi du non-soi, l'intrus de l'hôte. On comprend qu'il en arrive donc à se demander « A travers tout ça, quel "moi" poursuit quelle trajectoire ? »[2407] et jusqu'à même conclure : « L'intrus n'est pas un autre que moi-même »[2408].

De l'indistinction sous l'angle immunologique entre soi et non-soi – configuration tant souhaitée par les greffeurs puisqu'elle résoudrait le problème du conflit immunitaire et du rejet – à l'effacement de soi en tant que subjectivité propre, il n'y a qu'un pas. Nancy écrit ainsi :

> L'identité vide d'un « je » ne peut plus reposer dans sa simple adéquation (dans son « je = je ») lorsque s'énonce : « je souffre » implique deux « je » l'un à l'autre étrangers (se touchant pourtant)[2409].

Le doute confine ainsi à la perte identitaire (« identité vide ») tant l'éloignement d'avec soi-même se manifeste dans le constat que « je » n'est plus « je », qu'il « ne peut plus reposer dans sa simple adéquation ». Dans la mesure où « je » est un autre, Nancy est conduit à user de la troisième personne « il » pour le désigner. Son « je » s'efface au profit d'un « il », devenant en quelque sorte un sujet autre et pourtant indistinct. Concrétisant l'étrangeté jusqu'à la rupture de contact avec soi-même, il ne peut dès lors plus parler de soi en tant que *« je » suis* mais de cette manière impersonnelle *« je » est*. Il en arrive même à les indifférencier en dépit de leur étrangeté même, c'est-à-dire à renoncer à l'(ad)équation « je = je » au profit d'une non moins (inad)équation *je/il*, « l'un à l'autre étrangers (se touchant pourtant) ». A cet égard, si dans « je souffre » semble se jouer une parfaite fusion du « je » et du « il » (je/il), y compris dans la conjugaison, ils n'en demeurent pas moins étrangers l'un à l'autre dans leur proximité même puisque « dans "je souffre", un "je" rejette l'autre »[2410]. On ne s'étonne plus guère qu'il puisse s'exclamer « Quel étrange moi ! »[2411] puisqu'il ne s'agit plus de questionner « qui suis-je ? » mais qui est-il ce je/il ? Et, pour Nancy, de tenter de répondre : « Je finit/s par n'être plus qu'un fil ténu, de douleur en douleur et d'étrangeté en étrangeté »[2412].

[2406] *Ibid.*, p. 33-34 : « Mais des traitements qui déportent encore dans des étrangetés » jusqu'à se demander « A travers tout ça, quel "moi" poursuit quelle trajectoire ? » ; p. 35 : « un flux incessant d'étrangeté : les médicaments immunodépresseurs, les autres médicaments chargés de combattre certains effets dits secondaires, les effets qu'on ne peut pas combattre […], les contrôles renouvelés, toute l'existence mise sur un nouveau registre, balayée de part en part ».
[2407] *Ibid.*, p. 34.
[2408] *Ibid.*, p. 45.
[2409] *Ibid.*, p. 39.
[2410] *Ibid.*
[2411] *Ibid.*, p. 35.
[2412] *Ibid.*, p. 40.

On ne peut ici éluder à quel point ce vécu de confusion identitaire décrit par Nancy et concrétisée dans l'équation *je/il* fait pleinement écho avec ce que rapportent des patients allogreffés de moelle osseuse[2413]. Se distinguant radicalement de la greffe d'organe en ce que ce n'est pas le rejet du greffon qui constitue l'essentiel du conflit immunitaire mais tout l'inverse, à savoir la réaction du greffon contre l'hôte (GVH pour *graft versus host disease*). L'allogreffe de moelle osseuse tend ainsi à renverser le paradigme de la notion d'hôte. Alors que l'hôte en tant que receveur est normalement celui qui accueille ou pas (et donc possiblement rejette), c'est en l'occurrence précisément cet hôte qui est ici rejeté par le greffon issu du donneur. Le système immunitaire contenu dans ce greffon, tout en reconnaissant la leucémie du receveur comme une cible à éradiquer (tel est l'objectif de ce type de greffe), reconnait aussi l'hôte receveur comme étranger. L'identifiant comme l'intrus, le greffon attaque le receveur pour le rejeter. C'est à se demander qui est ici véritablement l'intrus, à savoir celui qui est rejeté ou bien celui qui rejette. Si la GVH consiste à reconnaître immunologiquement l'hôte receveur contre l'intrus, le greffon allogénique n'en est pas moins un intrus pas excellence. Cette confusion immunologique est soutenue par le double sens du mot hôte[2414] puisque celui-ci renvoie autant à la personne qui reçoit et donc offre l'hospitalité qu'à la personne qui est accueillie et reçoit cette hospitalité. C'est dire si, à travers le conflit immunitaire à l'œuvre dans ce type de greffe, tout le monde (receveur autant que donneur) peut dès lors devenir hôte autant qu'intrus rejoignant en cela pleinement le vécu de Nancy ainsi que l'illustre ce propos : « C'est donc ainsi moi-même qui deviens mon intrus, de toutes ces manières accumulées et opposées »[2415]. Il importe donc peu ici (il me semble) qu'il n'ait pas subi une allogreffe de moelle mais une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques[2416]. D'une part, il a effectivement subi un conflit immunitaire par le biais de sa transplantation cardiaque. D'autre part, ce qui importe est bien cette confusion qui s'instaure entre hôtes réciproques, lesquels se trouvent donc toujours potentiellement autant accueillant qu'accueilli, autant rejetant que rejeté, autant hôte qu'intrus.

[2413] Si l'essentiel des greffes allogéniques en hématologie utilisent désormais des cellules souches hématopoïétiques (CSH) prélevées à partir du sang circulant plutôt que de la moelle osseuse prélevée en intra-médullaire, par souci de simplicité je parlerai d'allogreffe de moelle osseuse pour l'une et l'autre modalité de constitution du greffon. Etant donné la grande complexité scientifique du sujet, je n'entrerai pas non plus dans le détail de ces greffes, notamment la question du conditionnement et de son importance à la fois dans l'effet immunologique recherché (celui de produire un effet anti-leucémique via l'effet *graft versus leukemia*) et dans la tentative de contrôle de la *graft versus host disease*, complication particulièrement grave et potentiellement mortelle de ces greffes.

[2414] Site du CNRTL consulté en ligne le 28 juillet 2025 : HÔTE : Définition de HÔTE

[2415] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 36.

[2416] *Ibid.*, p. 38 : Jean-Luc Nancy a bien subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues dont le principe est très différent de celui de la greffe de CSH allogéniques. Dans le premier cas, il s'agit de reconstituer une moelle hématopoïétique après une chimiothérapie intensive (la toxicité de cette dernière étant à l'origine d'une aplasie médullaire peu ou pas récupérable). Dans le second cas, il s'agit de greffer un nouveau système immunitaire afin qu'il vienne se substituer à celui de l'hôte receveur considéré comme inapte à produire une défense immunitaire antitumorale. Le conditionnement pré-greffe (indispensable à l'accueil d'une greffe, ne serait-ce que pour des raisons de place) étant plus ou moins antitumoral et plus ou moins myélo-ablatif, on voit s'instaurer en post-greffe un chimérisme donneur – receveur. Les cellules hématopoïétiques du donneur viennent en effet progressivement coloniser le tissu hématopoïétique de l'hôte receveur jusqu'à parfois le remplacer entièrement (chimérisme dit complet). On comprend le lien qui peut dès lors être établi entre cette cohabitation cellulaire donneur / receveur et un vécu subjectif consistant à s'éprouver "je" et "il" tout à la fois.

S'il faut cependant indiquer peut-être une nuance dans le degré d'intensité du doute identitaire, en tant que vécu d'étrangeté à soi, entre greffe d'organe solide et allogreffe de moelle osseuse, je propose l'hypothèse suivante (que l'expérience de Nancy ne confirme pas forcément). L'identité du patient est peut-être d'autant plus mise en doute avec une allogreffe de moelle osseuse qu'il ne s'agit pas simplement d'un organe bien délimité dans le corps (dont il peut d'ailleurs être extrait le cas échéant[2417]) tandis que le tissu hématopoïétique irrigue l'ensemble de l'organisme (les éléments figurés du sang qu'il produit étant partout présents)[2418] et que le système immunitaire du donneur renouvelle assez complétement l'identité immunitaire de l'hôte receveur. Ce dernier acquière notamment sa mémoire immunitaire accumulée avec le temps et donc tout un historique de rencontres antigéniques spécifiques de l'histoire vécu par le donneur (dont d'éventuelles hypersensibilités, comme de l'allergie, ainsi que des défenses immunitaires spécifiques que le receveur n'avait peut-être quant à lui jamais acquises[2419]). Enfin, l'allogreffe de moelle osseuse mobilise peut-être plus encore que la greffe d'organe la question de l'identité genre. La confusion de genre qui peut s'instaurer en cas de sexe biologique opposé entre donneur et receveur est, à cet égard particulièrement bien illustrée par l'analyse du caryotype sur moelle qui diffère entre homme et femme ce qui fait qu'en cas de donneur de sexe opposé, le receveur acquiert un caryotype de l'autre sexe[2420].

2.2.2 – Un vécu d'étrangeté qui dépasse le seul conflit immunitaire et se globalise

Si le vécu d'étrangeté ne saurait être mieux illustré qu'avec la transplantation – parce qu'elle implique les phénomènes de reconnaissance du soi et du non-soi, de rejet et de tolérance –, le paradigme du rejet de ce qui est étranger à soi n'est pourtant pas spécifique au contexte de greffe. Tout agent étranger (qu'il soit de nature microbienne, toxique, toxinique, allergénique) génère une activation immunitaire dont le but est précisément de rejeter cet intrus. Il arrive même que par son excessivité, cette *réaction* de rejet de ce qui est étranger, devienne parfois bien plus délétère que l'intrus lui-même[2421] au point de constituer la pathologie en elle-même. Ce type de rejet n'est certes pas ce que l'on observe en cas de cancer. L'origine endogène des

---

[2417] Pour le rein, la néphrectomie du greffon conduit à la reprise de l'épuration extra-corporelle (dialyse). Pour un organe comme le cœur, une telle extraction ne serait possible qu'en cas de nouvelle transplantation.

[2418] L'idée que ce ne serait pas son propre sang peut être renforcée par le changement du groupe sanguin si celui du receveur s'avérait différent de celui du donneur.

[2419] Lee Erika Y., Sohng Kaylee, Singer Lianne G., Tarlo Susan M., Phillips Elizabeth J. *The risk of donor-acquired allergy in solid-organ transplant recipients: A systematic review*. Ann Allergy Asthma Immunol 2025;134(4):474-83 e7. Grob J. P., Grundy J. E., Prentice H. G., Griffiths P. D., Hoffbrand A. V., Hughes M. D.*, et al. Immune donors can protect marrow-transplant recipients from severe cytomegalovirus infections*. Lancet 1987;1(8536):774-6.

[2420] Le caryotype sur moelle XY d'un receveur homme devient XX en cas de moelle issue d'une donneuse (sous réserve d'un chimérisme complet), et réciproquement le caryotype XX d'une femme devient XY si le donneur est un homme. Plus qu'à une perte ou une transition de son identité de genre au prisme de la greffe, une telle configuration invite à penser l'idée d'un chimérisme de genre dont il faut rappeler qu'il ne se joue qu'à l'échelle de cellules hématopoïétiques et qu'il n'a donc rien à voir avec le sexe réel de la personne, encore moins son genre. En réalité, le caryotype sert uniquement à évaluer la qualité de la prise de greffe hématopoïétique.

[2421] Je pense aux réactions allergiques graves, tels l'œdème de Quincke ou le choc anaphylactique, y compris à l'encontre de substances alimentaires parmi les plus élémentaires. Je pense aussi aux réactions immunitaires disproportionnées dont la Covid-19 fut un exemple frappant, les situations de détresse respiratoire et les décès relevant bien plus de la réponse immunitaire excessive que de l'infection virale en elle-même. C'est dire si l'excès de rejet de l'intrus, du moins identifié comme tel par le système immunitaire, peut effectivement être mortel.

cellules cancéreuses (aussi anormales soient-elles, ces cellules mutées proviennent du soi) comme leur capacité à leurrer le système immunitaire contribuent à cette anormale tolérance immunologique proche parfois de la léthargie. Il n'empêche que, tout comme la classique métaphore du crabe[2422] enserrant et broyant avec ses pinces les tissus sains renvoie à l'étrangeté horrifique de l'animal, le cancer contribue aussi à ce paradigme de l'étrangeté en soi. « Le cancer est comme la figure mâchée, crochue et ravageuse de l'intrus. Etranger à moi-même, et moi-même m'étrangeant »[2423], écrit Nancy. Dans cet *étrangement* à l'œuvre, Nancy montre bien l'imputabilité du traitement, combien non seulement il agit comme un *Pharmakon* mais amplifie le vécu d'étrangeté sous-tendu par le cancer, ainsi que le précise ce propos :

> Ici aussi, d'une autre manière, le traitement exige une intrusion violente. Il incorpore une quantité d'étrangeté chimiothérapique et radiothérapique. En même temps que le lymphome ronge le corps et l'épuise, les traitements l'attaquent, le font souffrir de plusieurs manières – et la souffrance est le rapport d'une intrusion et de son refus[2424].

Cet *intrus* particulièrement féroce qu'est le cancer, dont les qualificatifs ici choisis (« mâchée, crochue et ravageuse », « ronge le corps et l'épuise ») illustrent la puissance dévastatrice, conduit pour le maitriser à un double paradoxe qui ne peut que renforcer le vécu d'étrangeté. D'une part, il s'agit de l'usage d'un poison comme thérapeutique (« les traitements l'attaquent, le font souffrir »), un oxymore qui ne pouvait mieux illustrer ce *Pharmakon* qu'impliquent encore bien souvent les traitements anti-cancéreux. D'autre part, lutter contre cet intrus impose une « intrusion violente » supplémentaire, le verbe « incorporer » venant signifier sa réalité concrète, à savoir qu'elle se joue au plus profond de l'organicité du corps, dans la chair même de l'organisme. Tout n'est dès lors plus que démultiplication des étrangetés intrusives, en quoi consiste notamment cette « quantité d'étrangeté chimiothérapique et radiothérapique ». On ne peut guère s'étonner que bien des interventions médicales, aussi justifiées dans leurs indications et bienveillantes dans leur volonté soignante et protectrice soient-elles, puissent être vécues comme intrusives et agressives[2425] tant elles ajoutent en bouleversements et en étrangeté plurielle et protéiforme, tant elles suscitent donc un sentiment d'éloignement inexorable de soi. Qu'assez naturellement, l'être en vienne à se défende contre tant d'intrusions ne fait qu'accroître les tensions internes. Le conflit immunitaire lié au phénomène de rejet de greffe, et toutes les souffrances d'organe qui y sont associées, en est la traduction concrète que Nancy explicite comme « le rapport d'une intrusion et de son refus ».

[2422] Dès l'antiquité, Hippocrate comparait le cancer à un crabe par analogie avec l'aspect des tumeurs malignes extensives du sein, notamment lorsqu'elles envahissaient la peau. Le mot cancer est d'ailleurs issu du mot latin homonyme et du grec karkinos (d'où vient aussi le mot carcinome) signifiant crabe, chancre, pince. En ligne : Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, consulté le 4 mars 2026.

[2423] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 37.

[2424] *Ibid.*, p. 37-38.

[2425] Si l'exemple des traitements du cancer en fournit une illustration explicite, un tel vécu d'intrusion peut aussi être rapporté par des personnes réfractaires à la vaccination. Plusieurs déterminants peuvent le sous-tendre, parmi lesquels le principe d'inoculation d'un agent microbien ou l'usage de vecteurs viraux d'origine animale ne sont pas les moindres puisqu'ils renvoient à l'incorporation dans l'organisme d'agents fondamentalement étrangers. De même, le principe de la vaccination consistant à éduquer le système immunitaire à se défendre contre tel ou tel agent microbien peut aussi être appréhendé comme intrusif dans la mesure où il s'agit de contraindre le soi à agir (s'agissant de reconnaissance et de défense) tout autrement qu'il n'aurait pu le faire sans cette intervention immunologique.

A l'aune de la lourdeur et de la complexité de son histoire médicale grevée de tant de pathologies et de traitements particulièrement éprouvants mais vitaux, Nancy semble n'avoir jamais cessé d'expérimenter un vécu d'intrusions itératives, un éloignement de lui-même de plus en plus marqué, en somme une interminable *étrangéification* : « […] le "je" le plus absolument propre s'éloigne à une distance infinie (où passe-t-il ? en quel point fuyant d'où proférer encore que ceci serait *mon* corps ?) »[2426] écrit-il à ce propos. Sa situation médicale a tellement et si fréquemment évolué qu'il en est arrivé à s'éprouver infiniment loin de lui (« distance infinie »), si loin que rien ne pourrait plus jamais lui permettre de se retrouver, de s'estimer possesseur de lui-même, de proférer « ceci [est] *mon* corps ». Il mobilise alors ce qu'il qualifie de « loi générale de l'intrusion », à savoir qu' « il n'y a jamais eu une seule intrusion : dès qu'il s'en produit une, elle se multiplie, elle s'identifie dans ses différences internes renouvelées »[2427]. Nancy souligne ici la systématisation du vécu d'intrusion, à quel point tout, des interventions médicales innombrables et récurrentes auxquelles il dut se prêter, en devient l'objet. De la démultiplication de l'intrusion et partant de son *étrangéification*, le voici réduit à n'être plus lui-même qu'intrus, une pure étrangeté au cœur de l'intrusion, que ce soit à ses propres yeux[2428] comme à ceux de son entourage[2429]. C'est pourquoi il ajoute : « L'intrus s'expose excessivement. Il s'extrude, il m'exporte, il m'exproprie »[2430]. Tandis qu'il envahit toute son existence, qu'il le prive même d'exister autrement que dans ce seul sillage, l'intrusion poursuit son incessante et redoutable mécanique ainsi que ce propos tend à l'illustrer :

> Une fois qu'il [l'intrus] est là, s'il reste étranger, aussi longtemps qu'il le reste, au lieu de simplement se "naturaliser", sa venue ne cesse pas : il continue à venir, et elle ne cesse pas d'être à quelque égard une intrusion : c'est-à-dire d'être sans droit et sans familiarité, sans accoutumance, et au contraire d'être un dérangement, un trouble de l'intimité[2431].

Dans la situation qui est la sienne d'affections multiples et d'une lourde dépendance médicale, Nancy s'éprouve totalement prisonnier d'une boucle infernale sans répit ni issue, pris au piège d'un enchainement vicieux d'intrusions indéfiniment renouvelées, l'une appelant toujours la suivante (« sa venue ne cesse pas », « elle ne cesse pas d'être à quelque égard une intrusion »). L'absence manifeste de toute possibilité d'interruption de l'intrusion le prive même de ce qui aurait pu constituer une naturalisation de son état, quand bien même elle n'aurait pu l'être qu'au titre d'intrus. Mais il n'y a pas de reconnaissance (« sans droit et sans familiarité »), encore moins d'équilibre et de stabilité possibles (« sans accoutumance »), simplement le gouffre sans fond de l'intrusion, en somme son essentialisation.

[2426] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 42.
[2427] *Ibid.*, p. 31-32.
[2428] *Ibid.*, 41-42 : « Ne suis-je rien de ce que j'ai à être (mari, père, grand-père, ami) sans l'être sous cette condition très générale de l'intrus, des divers intrus qui peuvent à chaque instant prendre ma place dans le rapport ou dans la représentation d'autrui ».
[2429] *Ibid.*, p. 43 : « Je deviens comme un androïde de science-fiction, ou bien un mort-vivant, comme le dit un jour mon dernier fils ».
[2430] *Ibid.*, p. 42-43.
[2431] *Ibid.*, p. 11-12.

A cet égard, l'environnement lui-même peut devenir source d'étrangeté. L'environnement sanitaire peut certes grandement contribuer à ce sentiment de perte de repères, par l'étrangeté plus ou moins effrayante à laquelle il confronte. Pénétrer dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC) est une expérience si ce n'est choquante, du moins déroutante. L'allure inhabituelle de certains patients, blêmes, chauves, circulant en robe de chambre, d'un pas souvent glissant et amarrés à un pied à perfusion (à l'allure de potence) lourdement chargé et arborant des engins clignotants ne manque pas d'étonner et inquiéter. Les enfants sous chimiothérapie ont eux aussi l'allure de petits androïdes. Chaque établissement de soins est un univers à part, une sorte de société distincte avec ses habitudes et ses normes, ses codes et son langage. C'est pourquoi l'expérience massivement transformante du cancer ou de la greffe (pour ne prendre que ces exemples) passe aussi par l'environnement, l'architecture si particulière de ces lieux de diagnostic et de traitement[2432], quand bien même cette architecture ne serait pas uniquement sous tendue par des contraintes sanitaires organisationnelles et pour raisons d'hygiène. Mais, ainsi que le précise Nancy, il apparaît aussi qu'« Une étrangeté se révèle "au cœur" du plus familier »[2433], c'est-à-dire dans le propre environnement de la personne. Dans ce lieu qui lui était jusque-là habituel et familier, elle se ne s'y retrouve plus et se met à éprouver un sentiment d'errance.

2.3 – Antoine Percheron ou l'expérience d'une transformation jusqu'à la métamorphose

Sous l'effet de ses diverses manifestations et conséquences, la maladie peut susciter un puissant doute identitaire au point de faire chavirer et remettre en cause tous les repères habituels, corporels autant que psychiques, affectifs, intimes, relationnels, de la personne. Elle s'invite alors comme une expérience, le plus souvent éprouvée comme tragique, de transformation et d'étrangeté qui sème le doute dans tous les repères habituels de l'être. Les questions « Qui suis-je ? », « Qui suis-je en train de devenir ? » ou encore « Que suis-je en train de devenir ? » peuvent s'inviter parfois de façon obsédante[2434]. Si les effets objectifs de transformation du corps (tels l'amaigrissement, les changements de texture et/ou de couleur de la peau, les œdèmes, les excroissances tumorales visibles et/ou palpables, la perte de cheveux) sont les plus manifestes et les plus accessibles au regard et à l'interprétation d'autrui, d'autres transformations interviennent. Par-delà les perturbations de l'image corporelle alimentées par des perceptions sensorielles inédites et donc d'autant plus difficiles à interpréter que la personne ne les avait jamais éprouvées auparavant, une véritable métamorphose identitaire et donc subjective peut advenir.

2.3.1 – La métamorphose kafkaïenne d'Antoine Percheron

L'écrivain Antoine Percheron décrit, au gré de l'évolution d'une tumeur cérébrale évolutive et incurable, une expérience extrême de transformation perçue comme inéluctable dans un ouvrage au titre explicite *Végétal*[2435]. Il y relate en effet son vécu de transformation progressive

[2432] Periano Coline. *From hospital architecture to hospitality*. Soins 2024;69(882):60-3.
[2433] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 17.
[2434] Hansen Love Mia. *Un beau matin* [film, 114 min], France : Les Films Pelléas, Razor Films et Arte France Cinéma, 2022.
[2435] Percheron Antoine. *Végétal*. Montmorillon: L'Escampette; 2001.

en arbre. Inachevé du fait de son décès prématuré (ce dont témoignent les blancs dans le texte qui ont été respectés), l'ouvrage fut publié de façon posthume par sa famille qui en a découvert les feuillets après sa disparition. Du nom scientifique d'oligodendrogliome – ce qui ne dit rien sur le grade, la localisation précise, l'extension – on comprend que cette tumeur cérébrale était manifestement réfractaire, c'est-à-dire inaccessible à tout traitement curatif. Tout en subissant de plein fouet les effets, à la fois massifs et globalisants, induits par l'évolutivité de la maladie comme par l'effet des traitements, quand bien même ceux-ci n'auraient plus été que palliatifs (à l'instar par exemple des modifications corporelles et des manifestations psychologiques associées aux corticoïdes[2436]), il n'ignorait pas qu'il cheminait progressivement vers la mort. Autant de facteurs puissamment perturbateurs, en plus de la conscience aiguë de sa disparition prochaine, dont on peut pressentir à quel point ils ont pu être sources d'un bouleversement en profondeur, affectant aussi son rapport au monde, jusqu'à susciter un *doute identitaire* massif. De fait, il ressent et décrit ce qu'il caractérise lui-même de « métamorphose »[2437] végétale. Une métamorphose, aux fortes résonances kafkaïennes, qui ne semble d'ailleurs pas moins effrayante que celle de Gregor Samsa[2438] en insecte ou de Seth Brundle[2439] en mouche lorsqu'il se qualifie de « monstruosité en perpétuel bouleversement »[2440] et se considère comme « foutu pour le genre humain »[2441]. C'est ainsi qu'au gré d'un texte constitué de courts fragments d'une extrême acuité, à la fois anatomique, physiologique et sensorielle, Percheron décrit le cours irrépressible de sa propre transformation. De plus en plus extensive et radicale, elle va progressivement affecter toutes les dimensions de son être (somatique, psychique, affective, sociale) et occuper massivement son esprit au point qu'il semble si ce n'est en devenir lui-même comme l'artisan, du moins y consentir. A ce sujet, on peut lire dans le fragment numéro 4 de ce texte :

> Je n'aime pas me faire surprendre, et sans cesse j'essayais de devancer la mutation organique en cours. Mes ongles, ils deviendraient quoi ? Parce que tous les prolongements humains que je possédais s'allongeraient certainement, mais surtout changeraient de texture ! De bras en bûches, de mains en branches, de doigts en feuilles. Une pensée me traversa : est-ce que mon sang deviendrait sève ? Le rouge qui coule dans les veines me quittera, et le blanc m'envahira[2442].

[2436] L'exposition prolongée à un excès de corticostéroïdes (qu'il s'agisse d'un corticothérapie prolongée ou d'une affection tel qu'un adénome hypophysaire corticotrope à l'origine d'une sécrétion surrénalienne inappropriée et non régulée) peut générer d'importantes modifications corporelles (le plus souvent très mal acceptées par les patients) regroupées sous le terme générique de syndrome de Cushing : érythrose et bouffissure du visage (aussi qualifiées de faciès lunaire), fonte musculaire affectant notamment les cuisses, prise de poids et modification de la répartition des graisses avec obésité facio-tronculaire, syndrome œdémateux, hirsutisme avec pilosité de répartition masculine, acné.
[2437] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 11.
[2438] Kafka Franz, Vialatte Alexandre (Trad.). *La métamorphose*. Paris: Gallimard; 1972 [1915].
[2439] Langelaan George, Maget Frédéric (Trad.). *La mouche. Temps mort*. Paris: Flammarion; 2008 [1957]. La nouvelle originale *The fly* est parue pour la première fois aux Etats-Unis en 1957. Elle est adaptée au cinéma notamment par David Cronenberg sous le titre éponyme *The fly*, sorti en 1986.
[2440] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 24.
[2441] *Ibid.*, p. 11 : « j'ai su que rien n'arrêterait ma métamorphose. Ça commençait à sentir mauvais pour moi. J'étais foutu pour le genre humain ».
[2442] *Ibid.*, p. 12.

L'analyse de sa transformation le conduit à la qualifier de « mutation organique » actant d'emblée et avec fermeté que les effets *transformants* ressentis ne relèvent pas d'une pensée hallucinatoire et délirante mais se déclinent très concrètement dans son organisme. On peut entendre d'ailleurs dans l'usage du terme de *mutation*, un écho à l'origine moléculaire des cancers. Sous-tendus par l'occurrence de mutations génétiques et la dérégulation consécutive des mécanismes de prolifération, de différenciation et de mort cellulaires, leur impact organique se manifeste sous la forme de masses tumorales expansives, plus ou moins compressives jusqu'à même envahir l'organisme de toutes parts. L'organicité de cette mutation transparaît aussi à travers le souci de précision anatomique que déploie Percheron dans sa description : si les bras se transforment en bûches, les mains en branches, les doigts en feuilles, les éruptions boutonneuses cutanées en un tapis de bourgeons[2443] sur le point de fleurir, c'est aussi la peau qui évolue en mousse[2444] et en lichen, les poils en brindilles et le corps en tronc. A la perception d'un corps bouleversé dans son anatomie (d'homme à arbre), s'ajoutent des changements physiologiques tout aussi massifs, tel que son sang devenant sève[2445] ou lorsqu'il s'exclame avoir « commencé à chier tout vert »[2446]. C'est donc aussi la fonction essentielle de la nutrition qui se transforme et s'adapte à sa nouvelle nature. Ainsi lorsqu'il se questionne sur son alimentation : « Mais où est passé le carnivore qui est en moi ? », se voit-il répondre de lui-même et presque naturellement « je mange de la terre à pleines dents tous les soirs »[2447]. La cycle de la vie, entre jour et nuit, et ses modalités ne sont pas épargnés. Tout en se demandant « Suis-je bien dans mon lit ou suis-je dans un lit de feuilles »[2448], il évoque en fait l'aboutissement de sa métamorphose végétale comme il l'illustre avec ses réveils quotidiens :

> Je chassai[s] les petites bêtes du matin, toutes sortes de fourmis, de vers, de punaises, de chenilles. C'était là mon quotidien, la démangeaison matinale ! Je m'ébrouais comme un cheval, et la provision de bestioles qui dégringolaient sur mon drap auraient pu nourrir toutes les grenouilles du pays »[2449].

C'est donc ainsi que désormais Percheron se réveille arbre, entouré de sa faune habituelle (« bêtes du matin ») et saprophyte (« de fourmis, de vers, de punaises, de chenilles », « la provision de bestioles »), dans son nouvel environnement sylvestre. Le voici contraint de s'accommoder à de nouvelles normes de vie (« mon quotidien, la démangeaison matinale »).

2.3.2 – Un chambardement identitaire qui implique tous les sens et engage vers de nouvelles normes

Par-delà la représentation extrême des bouleversements éprouvés tels que les décrit Percheron, ils n'en demeurent pas moins illustratifs du vécu de bien des patients. Ne seraient-ce que déjà

[2443] *Ibid.*, p. 18 : « Je suis sûr qu'on pouvait déjà entrevoir mon teint verdâtre, et là, devant la glace, ce n'était pas un bouton de pus que je pouvais faire exploser, c'était déjà des petits bouts de bourgeons qu'on devinait. J'aillais finir tout en feuilles et en fleurs : un arbre, quoi ».
[2444] *Ibid.*, p. 9.
[2445] *Ibid.*, p. 12.
[2446] *Ibid.*, p. 11.
[2447] *Ibid.*, p. 9.
[2448] *Ibid.*
[2449] *Ibid.*, p. 21.

les perturbations de ce que l'on nomme en médecine les besoins primaires (alimentation, hydratation, sommeil) et qui constituent des déterminants de base du retentissement de n'importe quel état pathologique (qu'il soit chronique ou ponctuel, de pronostic grave et réservé comme pour certains cancers, ou bien au contraire qu'il soit curable comme une appendicite, un état infectieux ou un évènement traumatique). Leur satisfaction est indispensable justifiant parfois des ajustements au regard d'un moindre appétit, d'une incompatibilité de texture, d'une sélectivité pour certains aliments, dont le dégoût de la viande ainsi qu'en témoigne, dépité, Percheron[2450]. Des évolutions du sommeil sont aussi observées (réduction ou allongement du temps dédié) et parfois le rythme nycthéméral est inversé ce qui conduit des patients à se comparer à certains animaux. Sans commune mesure avec leurs repères habituels d'état et de fonctionnement de leur organisme, ces nouvelles normes de vie[2451], parce qu'elles sont inédites, peuvent susciter étonnement, effarement, colère, inquiétude voire terreur. Au-delà d'éventuelles réactions défensives initiales et de vigilance accrue, voire obsessive, une forme de consentement contraint tend à s'installer ainsi que l'illustrent l'attitude et le raisonnement de Percheron dès qu'il eut « compris que rien n'arrêterait [s]a métamorphose »[2452]. Ainsi pris dans cet oxymore, le voilà semblant accepter comme allant de soi et même adhérer à son lit de feuilles, à ses repas de terre, à la mue de sa peau autant que de sa chair, à la transmutation de l'agilité de ses membres en la fixité d'un tronc, tel un nouveau mode de vie, une nouvelle norme, celle de l'arbre enraciné en terre mais se déployant pourtant. Les sensorialités particulièrement aiguisées et décuplées, viennent attester de cette mue ainsi que de la réorganisation et appropriation de ses nouveaux repères.

> Tiraillé par mon rapprochement de forme, ma nature qui reconnaissait avec ses sens (je ne sais lesquels) les futurs siens, comme un chien renifle ses congénères, l'appel de la forêt, j'avais des affinités verdoyantes au bout de ma sensibilité[2453].

Une sorte d'apothéose sensorielle participe en effet de la métamorphose, et de l'appropriation de nouveaux repères identitaires, au cœur de la chair (celle du corps humain comme celle du bois et de la terre grouillante de vie) autant que par son enveloppe et ses émanations. C'est ainsi que l'odorat et le goût sont particulièrement détaillés et ce dès le premier fragment du texte comme l'illustrent ces extraits : « Un jour, j'ai changé d'odeur. Je me suis mis à sentir le végétal. […] mon nez avalait de pleines bouffées de terre. […] Comme une odeur de sous-bois quand je soulève les bras. […] Mon corps nu sent l'humus […] »[2454]. Est-ce à dire que c'est par l'odeur, peut-être, que le changement est d'abord advenu et fut rendu accessible à la conscience de Percheron. Encore eut-il fallu qu'il y prête attention car, ainsi qu'il ose le dire : « Je m'étais fait à mon odeur (on oublie ce qu'on sent, à force) »[2455]. Le texte ne précise pas si la perception

---

[2450] *Ibid.*, p. 9 « Mais où est passé le carnivore qui est en moi ? Je veux manger de la viande à pleines dents, je veux humer son fumet à pleines narines, sentir le graillon. L'homme qui mange de la bête, de l'animal ».
[2451] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*., p. 64 : « être malade c'est vraiment pour l'homme vivre d'une autre vie, même au sens biologique du mot » ; p. 66 : « ce caractère qu'a la maladie d'être vraiment pour le malade *une autre allure de la vie* ».
[2452] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 11.
[2453] *Ibid.*, p. 30.
[2454] *Ibid.*, p. 9.
[2455] *Ibid.*, p. 37.

olfactive de cette transformation précédait ou pas le diagnostic médical. Car il est un fait qu'un trouble olfactif (l'olfaction étant, parmi les cinq sens, celui réputé le plus ancestral et le plus sensible) peut constituer une circonstance de découverte de tumeur cérébrale. Il n'y aurait alors rien eu de visible ni de palpable, une situation quasiment immatérielle et pourtant déjà une transformation radicale. Comme si sentir le végétal, se sentir végétal étaient quasiment déjà être *Végétal*. Signalant l'étrangeté, l'effluve, par la force de sa répétition, de ses déclinaisons et sans doute de son amplification, tout en s'installant progressivement, aurait institué, comme par anticipation, cette nouvelle norme en devenir, dans sa forme comme dans ses fonctionnalités[2456].

La vision est aussi bien sûr très investie. La sensation charnelle de transformation pousse au *voir*, quasiment de façon obsessionnelle, voire pulsionnelle. Telle une pulsion scopique à l'égard de ce moi *étrange* et *étranger*, ce bien nommé *intrus*[2457], ce moi devenant autre que moi, que ne cesse d'observer dans le miroir et de découvrir dans sa propre métamorphose un Seth Brundle effaré autant qu'épouvanté[2458]. Percheron fait de même : « Devant la glace, chaque jour, je m'observais. Mon corps se transformait en une jardinière qu'on regarde pousser avec attention »[2459], renvoyant par là aussi à l'*inspection* clinique, cette formule désignant l'observation pratiquée par le médecin lors de l'examen clinique. Invoquant les œuvres picturales de Giuseppe Arcimboldo[2460], le texte use de la métaphore visuelle du bourgeonnement qui est peut-être aussi celle de la croissance et de la prolifération tumorales et n'est pas sans rappeler le nénuphar logé au cœur du poumon de Chloé tout en l'envahissant[2461] : « là, devant la glace […] c'était déjà des petits bouts de bourgeons qu'on devinait. J'allais finir tout en feuilles et en fleurs »[2462]. Et puis lorsqu'il précise : « Des centaines de petits copeaux apparaissaient sous mon visage »[2463], l'usage de la préposition « sous » plutôt que « sur » suggère que, quand bien même ils seraient accessibles au regard extérieur, de tels bourgeonnements s'originent et poussent bien depuis l'intérieur du corps, éliminant ainsi la possibilité de dépôts exogènes accidentels autant que d'excroissances parasites. Tendant à accroitre la stupéfaction, voire la terreur, ce n'est pas seulement une partie du corps qui se voit ainsi l'objet d'une métamorphose (de fait, la maladie de Percheron n'affectait que son cerveau), mais bien l'être entier qui, comme par effet de contamination et de généralisation, se transforme et prolifère dans l'étrangeté pour ainsi dire en totalité.

Enfin le toucher (à l'instar de la palpation également constitutive de l'examen clinique médical) vient naturellement compléter l'approche sensorielle de cette métamorphose. « [J]'appréciais

---

[2456] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*., p. 60 : « Il en va de même des mécanismes fonctionnels. On peut bien expérimenter sur eux séparément. Mais dans l'organisme vivant toutes les fonctions sont interdépendantes et leurs rythmes accordés : le comportement rénal ne s'abstrait que théoriquement du comportement de l'organisme fonctionnant comme un tout ».
[2457] Nancy Jean-Luc, *Op. cit*.
[2458] Langelaan George, *Op. cit*.
[2459] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 16.
[2460] *Ibid.*, p. 24 : « Je ne voulais pas qu'on se retourne sur moi […]. Surtout éviter le regard des enfants […]. Ils en disent bien plus que celui des médecins et de tout le monde. J'étais un tableau d'Arcimboldo en formation ».
[2461] Vian Boris. *L'écume des jours*. Paris: Pauvert; 1989.
[2462] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 18.
[2463] *Ibid.*, p. 16.

cette fourrure : ma nouvelle texture ! »[2464] commente-t-il, ou encore « Les aspérités de l'écorce qui poussaient sous ma peau laissaient donc deviner peu à peu ma prochaine consistance. J'ai un grain dans l'organisme, et sans jeu de mots. Peut-être vais-je me diluer complétement dans le végétal »[2465]. Les caractéristiques de cette enveloppe corporelle renouvelée rendent non seulement d'autant plus concrète la matérialité de cette transformation, mais tendent à en révéler aussi la profondeur jusqu'aux tréfonds de l'être, que ce soit dans sa dimension charnelle autant que psychique et spirituelle. De nouveau, il importe de souligner que c'est bien depuis *sous* la peau que pousse l'écorce venant la remplacer avec sa consistance et sa texture inédites. Nouvelle couverture corporelle, nouvelle peau, illustrant donc une mutation organique autant que subjective et donc plus globalement identitaire et existentielle ainsi que le suggère le propos suivant :

> Cette découverte dévoilait une autre mutation, j'allais me mettre à penser « arbre ». La transformation intérieure m'affectait plus que toutes les métamorphoses physiques. C'était une véritable peur que je venais de découvrir[2466].

Percheron évoque ici à quel point cette métamorphose globalisante (puisqu'elle ne saurait être seulement physique, encore moins uniquement superficielle) le confronte à de l'inconnu, ainsi qu'en témoignent les dimensions de « découverte » et de dévoilement (« Cette découverte dévoilait »). Suscitant en lui une « véritable peur », cet *autre que soi* en pleine expansion, prend pourtant naissance et fait intrusion depuis l'*intérieur de soi* (« la transformation intérieure »). Une altérité issue de soi tend à son expression palpable par ses manifestations physiques en surface de sorte à prendre place, si ce n'est tout à fait remplacer l'entièreté de l'être, corps et âme confondus, jusqu'à même aboutir « à penser « arbre » ». L'insistance portée à la dimension de couverture corporelle et son intrication avec l'évolution de sa propre pensée évoquent le concept psychanalytique du *Moi-peau* théorisé par Didier Anzieu[2467]. Par le prisme de cette métamorphose cutanée émerge un *moi* renouvelé. Une (*re*)construction subjective est à l'œuvre qui vient fonder la ré-individuation d'un *soi* à partir de l'*étrangeté* (pourtant *soi*) issue de la métamorphose et restaurer une identité.

2.3.3 – L'enracinement dans la métamorphose comme perspective de sortie du doute identitaire

« Je n'étais plus qu'un tronc, et chaque jour mes racines s'allongeaient démesurément »[2468] est l'une des ultimes phrases du texte de Percheron. Si elle apporte, de fait, un accent tragique de complétude et d'irrémédiabilité à sa métamorphose, elle ouvre tout autant et dans le même

---

[2464] *Ibid.*, p. 37.
[2465] *Ibid.*, p. 18.
[2466] *Ibid.*, p. 30.
[2467] Anzieu Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1985. Anzieu établit un parallélisme entre la fonction de la peau et la fonction psychologique du Moi. La notion de Moi-peau permet d'éclairer le sentiment à la fois d'*unité* (au sens d'être une personne unifiée) et d'*identité* (au sens où le Moi se distingue des autres). Cette notion aide à comprendre comment se constituent le Moi et le sentiment d'existence chez le bébé. Anzieu écrit p. 29 : « Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ».
[2468] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 37.

temps au thème de *l'enracinement* et à sa polysémie possible dans ce contexte si particulier. L'enracinement inhérent à cette métamorphose en arbre invite à une lecture plurielle et semble ouvrir à une double perspective pour Percheron. Il pourrait en effet s'agir, d'une part de la perspective effrayante d'une infiltration tumorale inéluctable jusqu'aux tréfonds de son être physique autant que spirituel, d'autre part de la perspective bien plus étonnante d'une stabilité et d'une dignité retrouvées[2469].

S'agissant de la première perspective pour le moins effrayante, il est intéressant de noter qu'à l'emplacement de ce qui pourrait être une troisième de couverture, une mention supplémentaire a été ajoutée au texte de Percheron. L'objectif en est manifeste, à savoir tenter d'expliciter de façon rationnelle l'origine de cette métaphore végétale à l'aune de la nature de la tumeur dont il est question. Jacques Drillon, son beau-père, lui-même écrivain et instigateur de la publication de l'ouvrage[2470], en serait l'auteur et sa teneur en est la suivante : « Le texte s'arrête ici. La tumeur de Percheron était un oligodendrogliome, dont la caractéristique, comme son nom l'indique, est de pousser des racines au fond du cerveau »[2471]. Bien qu'intéressante et par ailleurs bienveillante, cette mention pêche pourtant, peut-être, par sa volonté de donner une explication et un sens logiques au ressenti d'une telle transformation, en lui attribuant une sorte de rationalisation scientifique. A savoir, la tumeur infiltre l'organisme en s'y enracinant. D'ailleurs, quels qu'en soient la localisation d'organe et/ou le type histologique, il n'est pas de tumeur maligne qui ne tende à infiltrer et donc s'enraciner au sein de l'organe et des tissus qu'elle envahit, au gré notamment de phénomènes d'invasion, d'infiltration et de néo-angiogénèse. Il ne s'agirait donc pas d'une spécificité de l'oligodendrogliome puisque cette tumeur n'en n'a pas l'exclusivité. Pour autant, cela n'implique pas de lier aussi étroitement la métaphore végétale mobilisée par Percheron à la nature de sa tumeur[2472]. C'est pourquoi le caractère posthume de cet ajout et l'effet de suggestion possible d'une telle interprétation au regard du texte dont elle a pu émaner *a posteriori*, invitent à ne pas s'éloigner du seul écrit de l'auteur. Bien qu'il le localise, Percheron ne précise d'ailleurs pas, dans son texte, la nature cancéreuse, encore moins histologique, de son mal. Est-ce à dire qu'il ne s'en serait tenu qu'à son seul vécu perceptif ainsi que le suggère ce propos marqué d'un humour glaçant : « Le gars là-haut s'en donnait à cœur joie : il tronçonnait, il débitait, cet enfant de putain préparait

---

[2469] Weil Simone. *L'Enracinement. Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Paris: Gallimard; 1990.

[2470] Drillon Jacques. *Face à face*. Paris: Gallimard; 2003 Drillon retrace dans ce livre l'expérience de sa relation avec Antoine Percheron. Leurs rapports initialement difficiles, particulièrement durant l'enfance et l'adolescence, se sont par la suite transformés, apaisés et enrichis dans le contexte de la maladie d'Antoine. Drillon mourra lui aussi d'une tumeur cérébrale et il semblerait même qu'elle fut de la même nature histologique comme par mimétisme et reconnaissance mutuelle.

[2471] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 39.

[2472] Une recherche étymologique ne retrouve pas d'indication en ce sens. S'il existe bien les racines nerveuses désignant d'un point de vue anatomique le lieu de la naissance des nerfs au sein de la moelle épinière (racines rachidiennes des nerfs périphériques), une telle signification ne se retrouve pas à l'échelle des fibres nerveuses intra-cérébrales. Les oligodendrocytes (cellules à l'origine des tumeurs de type oligodendrogliome) sont un des types de cellules gliales. Il s'agit de cellules de soutien qui enveloppent et protègent les neurones tout en contribuant à leur bon fonctionnement et leur vitalité. Les termes glial ou glie ou névroglie reposent sur le radical issu du grec γλοιος signifiant « substance gluante » et l'adjectif γλισχρος signifiant « gluant, visqueux » renvoyant ainsi bien plus à la dimension d'environnement qu'à celle d'enracinement de ces cellules, ce qui n'exclut pas un effet d'infiltration tumorale en cas de transformation maligne. Site du CNRTL consulté en ligne le 30 avril 2023 : GLIAL : Définition de GLIAL et OLIGODENDROGLIOME : Définition de OLIGODENDROGLIOME.

tranquillement son bois pour l'hiver »[2473] renvoyant précisément à la métamorphose qui l'anime et qui est celle de l'arbre. Loin donc d'une explicitation rationnelle et *enracinée* dans le réel de la cancérogénèse dont seule la science aurait l'apanage de pouvoir l'éclairer de façon juste, c'est au contraire vers une tout autre dimension qu'il semble tendre. Une métempsychose, comme suggéré par Jérôme Garcin[2474], où l'âme viendrait intégrer un autre type de corps, au gré d'une réincarnation, en l'occurrence végétale, et plus particulièrement sylvestre. S'immiscer dans la chair du bois et se loger dans l'enveloppe de l'arbre tout en en adoptant la forme, la fonction et le mode d'existence. Il ne s'agirait donc pas de l'expression d'une dysmorphophobie[2475], selon le terme scientifique consacré définissant une préoccupation excessive voire obsessionnelle à l'égard d'un défaut supposé dans l'apparence physique et n'impliquant d'ailleurs pas, *a priori*, de vécu de transformation. Ni, s'il s'était agi d'une métamorphose animale comme celle de Gregor Samsa, de zoanthropie (ou thérianthropie ou lycanthropie)[2476] impliquant quant à elle la ferme croyance en une transformation et non pas seulement des perturbations dans la perception de son propre corps. L'une et l'autre entité (dysmorphophobie et zoanthropie) étant considérées comme relevant d'un trouble mental, il était d'autant plus aisé de suggérer une telle hypothèse, celle d'un dysfonctionnement mental, étant donné la localisation cérébrale de la maladie de Percheron. Se contenter de penser qu'il *perdait la tête* comme l'exprime de façon si brutale le langage courant, s'avère par trop facile et terriblement réducteur. L'hypothèse de la transmigration de l'âme de l'homme vers l'arbre, et son corollaire organique, se révèle quant à elle bien plus intéressante ne serait-ce que par sa puissance évocatrice du vécu expérientiel des bouleversements considérables que peuvent engendrer la maladie et les traitements tels que Percheron les a éprouvés.

Une tout autre perspective quant au vécu d'enracinement de Percheron pourrait être envisagée. Dans la continuité de sa transformation pathogène inéluctable et donc sans s'y opposer, la dimension d'enracinement telle qu'elle transparait dans son texte pourrait également témoigner d'un retour à des repères et à une stabilité. Tandis qu'il se concrétise arbre (« Je n'étais plus qu'un tronc »[2477]), qu'il se voit symboliquement « admis dans le grand ordre des pins »[2478], que donc il s'enracine puisque « chaque jour [s]es racines s'allongeaient démesurément »[2479], il va aussi pouvoir progressivement sortir de l'état de malaise identitaire provoqué par les changements qui étaient jusque-là à l'œuvre dans le cours de sa métamorphose. Après la liquidation de son passé d'homme et de ses habitudes d'existence dans la communauté des humains, une fois actée la perte de ses repères sensoriels et communautaires d'antan auxquels sont venus se substituer ceux de sa nouvelle nature végétale, l'enracinement viendrait ainsi

---

[2473] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 19.
[2474] Garcin Jérôme, *« Un jour, j'ai changé d'odeur » : l'admirable texte posthume d'Antoine Percheron*, Le Nouvel Observateur [Chronique], publiée le 17 octobre 2022. En ligne : Jérôme Garcin – Un jour j'ai changé d'odeur L'Obs Oct 2022, consulté le 5 avril 2023.
[2475] American psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. Washington: American psychiatric association; 2013.
[2476] Le CNRTL ne propose une définition que pour le terme lycanthropie : « Forme de délire dans lequel le sujet se croit transformé en loup (ou, p. ext., en un animal quelconque) et en imite le comportement ». En ligne LYCANTHROPIE : Définition de LYCANTHROPIE, consulté le 25 mars 2026.
[2477] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 37.
[2478] *Ibid.*, p. 38.
[2479] *Ibid.*, p. 37.

marquer l'acceptation de son identité d'arbre. En validant son appartenance à la communauté sylvestre, l'enracinement vient ainsi concrétiser la fin du doute identitaire de Percheron. Le voici donc devenu arbre et s'appropriant pleinement cette nouvelle identité, telle une assomption, il peut dire « je » ainsi que l'illustre ce propos : « Je ne rêvais que de me rouler dans la mousse, la pluie, que l'humus mouillé abreuve et délivre mes racines. Je ressentais ce besoin de la terre, celle fraîchement arrachée, pour m'en recouvrir et me vautrer dedans, la sentir sur mon corps et pouvoir enfin la flairer »[2480].

2.3.4 – Combien ce vécu de métamorphose peut échapper aux soignants

A moins d'être eux-mêmes *transformés* en patients, le vécu de métamorphose – ainsi que la décrit ici de façon spectaculaire Percheron – peut échapper aux soignants. Puisqu'ils n'en font pas eux-mêmes l'expérience, ils peuvent se retrouver tout à fait ignorants de ce que vivent leurs malades. Ils ne parviennent pas à apprécier l'intensité des bouleversements que la maladie peut imposer aux personnes. C'est précisément ce que relate l'article *Reading Kafka in the hospital cafeteria*[2481] paru en 2023 dans la section « Perspective » du *New England Journal of Medicine* (l'une des plus importantes revues médicales puisqu'en première position mondiale par son impact factor). Une femme médecin généraliste, se trouvant pour la première dans la position de patiente après avoir subi une chute traumatisante, y décrit la découverte de ce qu'elle qualifie elle-même de *transformation* en patient (« *I was transformed from a doctor to a patient* ») ainsi que de tout ce qu'elle en ignorait jusque-là et particulièrement cet effet de métamorphose. Elle se trouve désormais en position d'affirmer que *La métamorphose*[2482] de Franz Kafka renvoie clairement au statut de *patient*, en plus de toutes les autres interprétations possibles de l'œuvre (« *It also has much to tell us about being a patient* »). Kafka aurait d'ailleurs intentionnellement œuvré à ce que sa description puisse explicitement renvoyer à la situation d'une personne malade. Le fait notamment que Grete, la sœur de Gregor, pénètre dans la chambre sur la pointe des pieds est suggestive de la façon dont on visite un malade (« *on tiptoe, as if she were visiting someone seriously ill* »). Quand bien même cette médecin et d'autres collègues avaient, dans le cadre d'un groupe de lecture de l'hôpital, effectivement conclu à la pertinence médicale de l'histoire de Gregor Samsa, ce n'est que parce qu'elle-même est désormais patiente qu'elle en comprend réellement la teneur. Ce n'est qu'en faisant elle-même l'expérience de cette métamorphose – ne trouvant d'ailleurs pas excessif de se comparer à Gregor Samsa (« *Like Gregor, I found myself strangely muted* ») –, qu'elle comprend le fossé qui sépare le vécu d'un patient de l'appréciation qu'en ont les soignants[2483]. La voici découvrant ce qu'elle ne comprenait pas ou bien même négligeait de ses patients lorsqu'elle était leur soignante, entre autres leurs sentiments de honte ou de frustration, le fait qu'ils puissent mourir sans explication médicale probante (à l'instar de Gregor mourant de désespoir)[2484] mais enfin aussi leur besoin

[2480] *Ibid.*, p. 26.
[2481] Koven Suzanne. *Reading Kafka in the Hospital Cafeteria*. N Engl J Med 2023;389(6):487-9. En ligne : Reading Kafka in the Hospital Cafeteria by Koven Suzanne NEJM, consulté le 4 mars 2024.
[2482] Kafka Franz. *La métamorphose*. *Op. cit*.
[2483] Koven Suzanne, *Op. cit*.: "Gregor's acute bodily change is not dissimilar to the experiences of people with an illness or injury – experiences that are more complex than most clinicians acknowledge or than any problem list can adequately convey".
[2484] *Ibid.*: "When he dies, he appears to succumb not to disease but to despair, a mysterious phenomenon the clinicians in our group had witnessed many times".

impérieux de maintenir un suivi même quand il n'est plus médicalement justifié[2485]. C'est ainsi qu'elle se découvre exactement les mêmes réactions (déconcertantes pour les soignants) que celles de ses propres patients. Elle-même en vient à avouer combien peut être dure l'épreuve de se transformer patient, combien tout peut contribuer à un tel vécu de transformation (douleurs, immobilité, perte d'appétit, insomnie, plaie trainante, anxiété, perte de son travail, difficultés à communiquer, solitude, etc.), mais aussi et surtout combien lui importe que cette transformation puisse être reconnue. C'est pourquoi, comme Percheron, elle en fait aussi présentement le récit grâce à cet article de revue médicale, tel un témoignage de ce que peuvent vivre les patients et des traces indélébiles qui leur en restent (« *I sensed that even after I recovered I would be left marked* »).

2.4 – Le paradigme du doute identitaire, du pathologique au physiologique

Un tel vécu de transformation, voire de métamorphose à l'œuvre, peut aussi survenir à l'occasion d'évènements physiologiques de la vie (telle la puberté). Que cette expérience ne soit pas teintée du voile tragique de la maladie n'en réduit pas pour autant l'effet d'étonnement, de flou identitaire voire de rupture[2486]. Elle impose aussi de repenser ses repères individuels ainsi déstabilisés autant que de réorganiser son existence à l'aune de la nouveauté qu'elle charrie. Si la période de l'adolescence en est sans doute l'illustration la plus spectaculaire[2487], la ménopause ou encore le vieillissement (aussi progressif soit-il) montrent à quel point le vécu de transformation n'est pas spécifique à l'état de maladie. Que ce paradigme transformant du pathologique puisse être appliqué au physiologique, le doute identitaire n'en est pas moins vif et déstabilisant. Peut-être même qu'aussi physiologique soit-elle la dimension horrifique de la métamorphose n'en est pas moindre.

2.4.1 – Le doute identitaire à l'adolescence

La spectaculaire métamorphose de l'adolescence[2488], par la multiplicité et l'intensité de bouleversements (mue, puberté, transformations de physionomie) qui la caractérisent, est une période critique pour la toute jeune personne qui va la vivre et parfois son entourage[2489]. Alors même qu'elle est physiologique, elle est à ce point déstabilisante que l'on est porté à la considérer comme paradigmatique du phénomène de crise identitaire. Advenant dans un temps restreint, cette phase transitionnelle de l'enfant à l'adulte consiste en un processus complexe et

---

[2485] *Ibid.*, "I remembered the patients I'd known who'd insisted on keeping appointments with me to discuss symptoms that had resolved. I'd always found this puzzling […] I now knew why: they intuited that their illness had changed them in some way that needed to be witnessed and documented, even if the way it had changed them was simply that they now feared the illness would return".

[2486] Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, Parcheminier Colette (collab.) *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris: Hatier; 1989, p.13 : « Quitter l'enfance, faire disparaître l'enfant en nous, c'est une mutation. Ça donne parfois l'impression de mourir ».

[2487] Koven Suzanne, *Op. cit.:* "she's no longer a child, that she's blossomed into a good-looking, shapely girl […] not all bodily transformations are undesirable".

[2488] Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, Parcheminier Colette (collab.). *Op. cit*., p. 6-7 : « C'est aussi important que de passer de la vie du fœtus dans le ventre de sa mère à la vie aérienne du nourrisson ».

[2489] *Ibid*., p. 18 : « Dans cette grande mutation, tous, adolescents, parents, société se débrouilleront comme ils peuvent. Ce n'est pas toujours facile parce que dans le fond, tout le monde a un peu peur de ce qui en sortira ».

multidimensionnel d'individuation[2490]. S'y opère la démultiplication d'intenses mutations fondatrices de cette métamorphose progressive et complète[2491], tout autant magnifique que terrifiante pour l'adolescent tant il peut se sentir effrayé, démuni et angoissé face à l'inconnu qu'elle charrie. Au gré de la diversité des métamorphoses à l'œuvre, ce sont aussi autant de choix individuels multiples qui s'offrent à la jeune personne. Depuis ses choix vestimentaires et plus généralement de look, en passant par ses choix relationnels et affectifs jusqu'à ses choix plus improbables d'avenir tant ils confrontent à une réalité à la fois inquiétante et fondamentalement imprévisible, le jeune peut se sentir submergé. Le fossé qui sépare la réalité de sa désirabilité et de sa temporalité adolescente (caractérisée par l'immédiateté) alimente bien des incertitudes, angoisses et frustrations. Pour illustrer les difficultés que rencontre l'adolescent durant cette période critique et comprendre le profond trouble qui peut alors l'affecter, la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto a conceptualisé le « complexe du homard ». En usant de cette métaphore pour caractériser la crise d'adolescence, elle signifie qu'à l'image du homard, le jeune doit changer de carapace. Mais, comme le homard, avant l'acquisition de sa nouvelle peau, il se trouve complètement à nu, fragile et vulnérable ce qui expliquerait ses réactions inhabituelles[2492] et les changements radicaux voire incompréhensibles et imprévisibles de son comportement. Par cette mue intégrale, cette mise à nu tout aussi radicale, l'adolescence expose aussi à une apothéose de la sensorialité, telles les prémices à l'éveil de la sensualité et de la sexualité que l'explosion hormonale de la puberté précipite. Submergés par la découverte de tant de sensations et d'émotions inédites et parfois ressenties comme violentes, autant que par l'intensité des évolutions physiques, psychologiques et affectives toutes aussi inédites les unes que les autres qui y sont associées, l'image de soi s'en trouve massivement bouleversée. L'adolescent ne sait parfois plus trop qui il est, ni surtout qui il va devenir, en même temps qu'il peine à être reconnu et compris par son entourage, accroissant d'autant le doute identitaire jusqu'à la confusion. Redoutable tant les changements à l'œuvre peuvent être ressentis comme violents, intrusifs, puissamment déstabilisants, l'adolescence est donc rarement une éclosion simple et tranquille de la maturité, comme le mythe de l'avènement d'un corps devenant naturellement adulte et sexualisé pourrait le laisser croire. Dans ce mouvement à la fois de recherche et d'appréhension de l'inconnu de soi à venir – cet adulte en devenir qui peut être source de crainte voire de répulsion – c'est une véritable *dé*-construction qui s'opère. Il ne s'agit pas tant de détruire (l'enfant) pour (re)construire (l'adulte), ni même de construire sur la base de la disparition d'une construction antérieure mais d'une élaboration de soi à partir de soi se métamorphosant, la construction d'un au-delà de soi qui passe d'abord par la mise en doute de soi.

[2490] Jung Carl Gustav, Jaffré Aniéla, Cahen Roland (Trad.), Le Lay Yves (Trad.). *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*. Paris: Gallimard; 1991 Je renvoie aussi à la définition du CNRTL INDIVIDUATION : Définition de INDIVIDUATION, consulté le 25 juillet 2025.

[2491] Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, Parcheminier Colette (collab.). *Op. cit*., p. 18 : « Les évènements se déroulent sur plusieurs années, la puberté est un phénomène long et progressif, mais certaines étapes sont spectaculaires ».

[2492] *Ibid*., p. 14 : « Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là, ils sont très en danger […] fabriquer une nouvelle carapace coûte tant de larmes et de sueurs que c'est un peu comme si on la "suintait" ».

De cette crise *dé*-constructive, qui implique de mettre en suspension et de revisiter bien des repères pour s'en approprier d'autres, inédits mais individualisants, émane toute la puissance de créativité adolescente. L'émergence individuée d'un soi se découvrant viendrait alors résoudre cette crise de doute identitaire inhérente à la période transitionnelle de l'adolescence. C'est sans compter sur la complexité de ce processus d'individuation, sur les tensions jusqu'aux conflits qu'il peut susciter avec l'entourage (ne serait-ce qu'au travers des réorganisations qu'il leur impose aussi), sur l'impact de la violence du monde extérieur sur son appropriation et donc son accomplissement. L'inconnu fondamental de cette *dé*-construction qu'est le devenir adulte et l'appréhension qu'il suscite sont parfois à ce point sources de confusion et de craintes[2493], voire être si terrorisants qu'ils peuvent conduire à des conduites extrêmes. Lene Marie Fossen, jeune artiste photographe norvégienne, témoigne de son renoncement à cette mue, de son souhait pur et simple de ne pas quitter l'enfance en usant pour cela de mots d'une clarté et d'une acuité déconcertantes quant à cette fin recherchée[2494]. C'est encore enfant, vers l'âge de 10-11 ans, qu'elle choisit la voie de l'anorexie mentale pour concrétiser son refus catégorique de grandir jusqu'à en mourir à l'âge de 33 ans. Si, dans son discours, n'intervient pas la question de la dysmorphophobie (symptôme pourtant considéré comme classique de l'anorexie mentale), l'arrêt prématuré de sa croissance, l'absence de caractères sexuels secondaires (en l'occurrence l'absence de poitrine), la persistance d'un visage enfantin, semblent bien plus témoigner d'une phobie du corps adulte que des formes de la féminité. Ainsi qu'en témoignent les nombreuses photos d'elle-même, elle était (il me semble) au contraire dotée d'une grande féminité, en dépit de son extrême maigreur, et la valorisait par ses mises en scène, y compris par l'exposition de sa nudité. Il me semble aussi que son travail d'artiste laissait bien plus transparaitre un désir de présence et de vie que de mort, une affirmation de sa subjectivité et de son individuation que son effacement. C'est pourquoi aussi impressionnante que fut cette atteinte corporelle et tragique qu'en fut l'issue, l'histoire de Lene Marie Fossen pourrait bien être aussi en phase avec l'analyse de l'anthropologue David Le Breton :

> Les blessures corporelles délibérées ne sont pas plus des indices de folie que les tentatives de suicide, les fugues, les troubles alimentaires ou d'autres formes de conduites à risque des jeunes générations, ce sont plutôt des tentatives de forcer le passage pour exister[2495].

Les atteintes au corps (troubles du comportement alimentaire, automutilations, conduites à risque) qui sont typiquement observées à l'occasion et dans la continuité de cette phase transitionnelle de l'enfance à l'âge adulte témoignent certes des difficultés et de l'angoisse qu'elle peut susciter. Mais elles relèvent également d'un puissant désir d'exister, quitte à

[2493] Je pense aussi à l'appréhension et la souffrance jusqu'à la terreur que peuvent susciter l'apparition des caractères sexuels secondaires en cas de dysphorie de genre. Je renvoie notamment à : Lifshitz Sébastien, *Petite fille* [film documentaire, 83 min]. France : AGAT Films & Cie, 2020. Mais même en dehors de cette configuration spécifique, les changements qui se produisent à l'adolescence peuvent être tout autant ressentis comme violents et perturbants.

[2494] Olin Margreth, Høgset Katja, Wallin Espen. *Lene Marie ou le vrai visage de l'anorexie* [Film documentaire, 58 min]. France : Speranza Film, Bayerischen Rundfunk et Arte, 2020.

[2495] Le Breton David. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris: Métailié; 2003, p. 36.

entamer son corps pour tenter d'y parvenir[2496]. A l'épreuve du vécu de perte et de terreur que provoque la métamorphose adolescente, la façon dont le jeune en devenir fait usage de son corps, et tout particulièrement de sa peau renvoie précisément à la question de l'identité. Ainsi que le précise David le Breton : « La conspiration intime est moins contre l'existence qu'en sa faveur, elle tente de se frayer une issue permettant enfin d'être soi »[2497]. Par les modalités dont il use pour parvenir à percevoir son corps et se sentir exister, en plus de surmonter une souffrance, le jeune tente autant d'instaurer du sens que de résoudre l'état de doute identitaire qui l'assaille du fait des multiples transformations qu'il doit assumer. C'est pourquoi la peau, tout particulièrement, peut constituer « un écran où l'on projette une identité rêvée » ou bien tout « à l'inverse, une identité insupportable dont on voudrait se dépouiller et dont les blessures corporelles auto-infligées sont l'indice »[2498].

En médecine, la transition de l'enfance à l'âge adulte est connue pour être une période critique à très haut risque de turbulences. Pour les jeunes malades, la crise identitaire qu'ils traversent du fait de leur adolescence peut paraître plus complexe à gérer pour les soignants que celle induite par la maladie et qu'ils ne perçoivent pas toujours[2499]. Elle perturbe souvent le déroulement des soins. Malgré toutes les précautions pour accompagner la transition de la pédiatrie vers la médecine adulte, il n'est pas rare de constater des ruptures d'observance d'un traitement, le déséquilibre voire la décompensation d'un état pathologique, des difficultés de communication, des tensions avec l'équipe de soins adulte[2500]. Que ce soit dans l'un ou l'autre secteur, l'adolescent, qui n'est plus un enfant mais pas encore un adulte, ne s'y retrouve pas, ses besoins spécifiques ne sont pas toujours entendus et il en souffre. Certains jeunes patients se retrouvent même en errance médicale. Ce constat inquiétant a conduit à ce que des professionnels de santé et des unités de soins (notamment en psychiatrie, oncohématologie ou diabétologie) se spécialisent dans cette période dite des « adolescents et jeunes adultes » (AJA) pour en acquérir et en accompagner les spécificités[2501].

2.4.2 – Les perturbations identitaires liées au vieillissement

En dépit de son inscription dans un *continuum* physiologique, le vieillissement constitue aussi une expérience fortement transformante et, pour bien des personnes, éprouvante. Il se situe

---

[2496] *Ibid.*, p. 36 : « Les incisions, les scarifications, les brûlures, les piqûres, les coups, les frottements, les insertions d'objets sous la peau ne sont pas l'indice d'une volonté de se détruire ou de mourir. Elles ne sont pas des tentatives de suicide mais des tentatives de vivre ».

[2497] *Ibid.* : « La blessure auto-infligée n'est pas souffrance mais opposition à la souffrance, elle est un compromis, un essai de restauration du sens. La conspiration intime est moins contre l'existence qu'en sa faveur, elle tente de se frayer une issue permettant enfin d'être soi. Le passage à l'acte de l'entame corporelle ou de la conduite à risque conjure une catastrophe du sens, elle en absorbe les effets destructeurs en la fixant sur la peau et en essayant de la reprendre en main ».

[2498] *Ibid.*, p. 25.

[2499] Schwering Karl-Leo. *La reconstruction des identifications dans la maladie grave*. Psychologie clinique et projective 2014;20(1):279-96.

[2500] Ricadat Élise, Fradkin Sophie, Schwering Karl-Leo, Aujoulat Isabelle, Boissel Nicolas. *Prise en compte du processus de subjectivation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer dans la relation de soin : le point de vue des soignants*. Cliniques méditerranéennes 2017;n° 95(1):179-92.

[2501] Je renvoie, à titre d'exemple, aux structures de cancérologie dédiées aux adolescents – jeunes adultes (AJA) en Ile-de-France via le dispositif spécifique régional du cancer d'Ile-de-France ONCORIF. En ligne : Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) - ONCORIF, consulté le 12 mars 2026.

certes bien loin de l'expérience tragique et fulgurante décrite dans le récit fictionnel *La maladie* et consistant en une « vieillesse galopante »[2502] dans le cadre d'une épidémie de sénescence accélérée décimant la population. Le vieillissement physiologique n'en comprend pas moins son lot d'étapes critiques et déstabilisantes comme autant de moments de rupture dans le « *continuum* de l'être »[2503]. De la diversité des modalités du changement (à l'échelle morphologique, sensorielle, neurocognitive, psychologique) et de la perte capacitaire progressive (notamment motrice), la personne avançant en âge fait de plus en plus souvent l'expérience. Autant d'expériences de transformations multiples et récurrentes, sources d'états répétés d'instabilité et de doute identitaire, et donc de moments de crise. Le doute ne cesse dès lors plus de se réactiver, particulièrement quant à ses forces et ses faiblesses, quant à ses capacités et donc ses possibilités de choisir et d'être libre. Le doute s'impose aussi quant à l'avenir, un avenir qui tend progressivement à ne plus se jouer qu'à court terme, parfois même au jour le jour, dans un présent sans cesse reprojeté.

En prenant pour paradigme de la maladie le vieillissement, le livre de Bigiaretti a d'ailleurs cela d'intéressant qu'il tend à rappeler que bien des signes du vieillissement peuvent faire écho à l'état de maladie ou de handicap ainsi qu'à l'effet de certains traitements, et réciproquement. On tend le plus souvent à parler des « symptômes » du vieillissement plutôt que de ses « manifestations ». Cet abus de langage n'est pas sans effet pathologisant et stigmatisant pour les personnes âgées mais souligne bien cette confusion entre le pathologique et le physiologique. A cet égard, il est un fait que les évènements de santé se multiplient, que les besoins sanitaires et les sollicitations du milieu médical s'accroissent considérablement avec l'âge. Certaines de ses manifestations, telle l'ostéoporose, constituent des diagnostics pathologiques à part entière. La ménopause, qui en constitue l'étiologie principale, est certes un évènement physiologique mais n'en constitue pas moins un moment critique de grande déstabilisation dans la vie d'une femme par ses manifestations d'inconfort, ses conséquences physiques et sur la physionomie (dont la modification de la répartition des graisses) ainsi que son impact parfois sévère sur l'humeur. Il est peu dire que la femme s'en trouve profondément *déréglée* au sens où il ne s'agit pas seulement de la disparition des menstruations mais bien d'une nouvelle norme de vie, et pourrait-on dire de nouvelles règles. Car même si la disparition des cycles menstruels résonne, à travers la perte des potentialités reproductives, telle une fin définitive, elle ne clôture pourtant pas la vie génitale, encore moins la vie plus générale. Il n'empêche qu'elle confronte à une période plus ou moins longue et intense d'instabilité et de doute identitaire, de même qu'elle impose une réelle mobilisation personnelle et intime pour restaurer un équilibre ajusté à de nouveaux repères. Le *dérèglement*[2504] est donc bien ici à entendre au sens où doivent s'instaurer de nouvelles règles du physiologique qui différent de la seule disparition de la règle antérieur. C'est dire si le sentiment d'étrangeté, l'intensité avec laquelle les sensations transformantes sont vécues et la profondeur du doute qu'elle peuvent

[2502] Bigiaretti Libero. *Op. cit*., p. 45.
[2503]Je me réfère à la formulation « suspension du continuum d'être » formulée par de Nancy : Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 25.
[2504] Je m'appuie (comme précédemment explicité) sur le travail sur le préfixe « dé » proposé par Tiphaine Samoyault dans le cadre de sa chaire « *Littérature et autorité : la moindre autorité* » à l'EHESS. Il n'est pas ici appréhendé comme privation ou négation mais au contraire comme mouvement et augmentation.

susciter, non seulement ne sont pas spécifiques d'un quelconque état pathologique, mais sont aussi indépendantes de la gravité éventuelle des causes qui les provoquent.

Ce lien entre pathologie et physiologie du vieillissement est aussi illustré au prisme de certaines thérapeutiques provoquant un vieillissement accéléré, dès lors de nature iatrogène[2505]. Chez l'homme, la castration chimique par blocage androgénique complet (BAC) utilisée pour traiter certains stades évolués du cancer prostatique provoque une andropause brutale et complète. Il est impossible de ne pas mesurer la profondeur de son impact transformant tant la détresse des hommes concernés est flagrante. A la rupture de la virilité (disparition des érections spontanées et ses conséquences sur la sexualité) s'associent de modifications physiques de démasculinisation (entre autres, fonte musculaire, atrophie des testicules, gynécomastie). Autre complication de ce traitement, l'ostéoporose n'est pas sans faire écho à la même complication chez la femme ménopausée renforçant d'autant l'expérience vécue par certains comme tragique de mise en doute des repères de genre, générant un douloureux sentiment de confusion voir de perte de ses repères. De tels effets iatrogènes s'avèrent beaucoup plus massifs qu'en cas d'andropause physiologique (qui est toujours très progressive, très tardive et surtout partielle), révélant par là toute la violence symbolique de certaines thérapeutiques et l'intensité des bouleversements identitaires et de l'équilibre de vie qu'elles peuvent générer.

Face à l'ampleur et la multiplicité des métamorphoses de leur corps comme de leur existence, étant donné aussi le caractère irrémédiable des pertes régulièrement subies ainsi que de leurs perspectives, certaines personnes âgées peuvent, tout comme l'adolescent, développer des réactions psychopathologiques extrêmes. Parmi celles-ci, on trouve la dépression jusqu'au syndrome de glissement[2506], parfois jusqu'au suicide, mais aussi l'impressionnant syndrome de Cotard[2507]. Délire de type hypochondriaque, il se caractérise par des craintes morbides délirantes multiples dont celle d'être malade, celle d'être mort ou encore celle de la perte et/ou justement de la transformation (qui peut être un pourrissement) de son corps, de ses membres, de ses organes ce qui a conduit à le qualifier aussi de délire de négation d'organe.

2.5 – Par-delà les spécificités, l'universalité de l'expérience de doute identitaire

L'intérêt d'une description différenciée de différentes modalités de doute identitaire est multiple. Il permet de souligner que chaque expérience est singulière quand bien même les descriptions se rejoignent toutes sur ce vécu commun de doute identitaire qui peut cependant aller jusqu'à éprouver un sentiment radical de perte d'identité. En cela, ces diverses modalités de doute identitaire s'avèrent ou pas cumulables, ainsi qu'une comparaison rapide permet de l'éclairer. Ainsi, alors qu'il fait l'expérience d'une spectaculaire métamorphose en arbre,

---

[2505] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 41 : C'est précisément ce qu'exprime ici Nancy : « Ce fut toujours plus ou moins la vie des malades et des vieillards : mais précisément, je ne suis exactement ni l'un ni l'autre. C'est ce qui me guérit qui m'affecte ou qui m'infecte, c'est ce qui me fait vivre qui me vieillit prématurément ».

[2506] Weimann Peru Natacha, Pellerin J. *"Syndrome de glissement". Clinical description, psychopathological models, and care management*. Encephale 2010;36 Suppl 2:D1-6. Berrut Gilles. *An attempt to deconstruct the French "syndrome de glissement"*. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2024;22(2):145-54.

[2507] Tomasetti Carmine, Valchera Alessandro, Fornaro Michele, Vellante Federica, Orsolini Laura, Carano Alessandro*, et al. The 'dead man walking' disorder: an update on Cotard's syndrome*. Int Rev Psychiatry 2020;32(5-6):500-9.

Percheron ne vit pourtant pas à proprement parler de rupture identitaire telle que l'ont vécue Clémentine Vergnaud ou Nancy. Tout à l'inverse de la maladie se concrétisant comme rejet, comme résistance *en réaction* à l'intrusion de l'étrange et de l'étranger, Percheron s'imprègne, s'approprie et incorpore sa métamorphose. Il devient le corps même de l'intrus en ce que les racines de sa tumeur se confondent avec celles de l'arbre qu'il est devenu. Contrairement donc au vécu d'étrangeté en soi et d'effacement identitaire éprouvé par Nancy, Percheron ne se sent pas étrangéifié encore moins dépossédé de son identité mais éprouve plutôt un sentiment de familiarité. Simplement son identité évolue, il la (re)découvre progressivement restaurée et renouvelée en une identité d'arbre et se l'approprie. C'est pourquoi, même s'il y a inévitablement un doute face à lui-même et des questionnements identitaires, il reste « je » et ni ne devient ni ne s'appréhende comme un « il », encore moins une chimère je/il tel que la décrit Nancy. Il n'a ainsi pas été confronté à cette « identité vide d'un "je" »[2508] décrite par le philosophe et parlera d'ailleurs toujours de lui en mode *je suis* et non pas *je est*.

Un autre intérêt d'une approche diversifiée des circonstances et modalités de doute identitaire est de montrer à quel point cette expérience est universellement partagée. Ce que les destins tragiques de Clémentine Vergnaud, d'Antoine Percheron, de Jean-Luc Nancy offrent à entendre d'extrême au travers de leurs expériences respectives de perte, de métamorphose ou d'étrangeté identitaire ne manque pas de faire résonnance avec bien des vécus, y compris physiologiques. Il n'échappe en effet à personne d'expérimenter, au gré d'évènements même bénins et en tout cas résolutifs de santé (une angine, une poussée d'arthrose, une cystite, un accès de migraine) voire de simples tracas du quotidien (la douleur d'une contusion après un choc, une indigestion passagère, une nuit agitée, un coup de fatigue, un stress transitoire, les menstruations) ou encore ces transformations physiologiques de l'adolescence et du vieillissement, de telles sensations de ne plus être soi-même. Toute maladie, indépendamment de sa gravité potentielle, tout évènement de santé peut être associé à des sensations inédites et à de tels vécus de transformation de soi, d'étrangeté à soi, de dépossession de soi, quand bien même ces vécus tendent alors certes à s'exprimer *a minima*, c'est-à-dire de façon ponctuelle, transitoire, non envahissante et non globalisante. C'est pourquoi même des évènements, pourtant anodins et négligeables aux yeux des professionnels de santé, peuvent constituer une expérience susceptible de déstabiliser le rapport à soi et à son environnement habituel, de générer la stupeur de ne plus se reconnaitre, d'alimenter un tel doute identitaire.

2.6 – L'importance du regard d'autrui comme modalité de reconnaissance et de résolution du doute identitaire

Si le regard soignant ne s'appesantit pas, du moins pas toujours, sur les bouleversements à l'œuvre chez la personne malade, le regard de proches ou de l'entourage peut tout à l'inverse agir comme une mise en lumière. Jusqu'à même se demander si autrui ne serait pas un indispensable témoin et arbitre du trouble jusqu'à la métamorphose identitaire induite par la maladie, y compris à travers ses réactions les plus sombres que ce soit de peur, de recul voire de rejet (ne serait-ce que simplement ces regards qui ne reconnaissent plus et/ou se détournent). L'extrait suivant, issu du livre *La maladie*, en témoigne :

[2508] Nancy Jean-Luc. *Op. cit.*, p. 39.

> Quelle saleté m'est tombée dessus ? pensait Gino avec angoisse. J'ai l'impression d'avoir vingt ou trente ans de plus ».
> Cette impression, il la lut, comme une confirmation, dans le regard de sa secrétaire, un regard qui […] refléta la stupéfaction et l'effroi, comme s'il s'était présenté dans un accoutrement bizarre et indécent, le visage peinturluré [2509].

Le protagoniste se trouve ici encore en plein doute quant à ce qui lui arrive puisqu'il ne se reconnait plus lui-même. Suis-je malade (« saleté ») semble-t-il s'interroger inquiet (« avec angoisse »). Percevant le déséquilibre et le changement qui l'affectent principalement au travers de son propre vécu subjectif (le terme « impression » est ici répété), il en reçoit une « confirmation » violente dans le regard de l'autre. « On dirait que ce n'est plus vous, tout simplement » [2510] conclut avec une effarante spontanéité sa secrétaire, actant ainsi le constat d'une intrusion de l'étrangeté et de la transformation à l'œuvre. Celle-ci « exprimait exactement ce qu'il sentait : qu'il n'était plus le même que la veille, que celui qu'il avait toujours été »[2511]. Cette citation montre l'effet d'objectivation (« il n'était plus le même ») d'un vécu subjectif (« ce qu'il sentait ») via la perception d'autrui. L'*autre* méconnaissable que l'on découvre en *soi* sous l'effet de la métamorphose se voit reconnu et prend ses droits à travers le regard extérieur, le sien propre découvrant l'étrangeté éprouvée en son corps et son âme, et celui d'autrui la confirmant. Se voir, à travers le regard d'autrui, transformé, devenant étranger, instrus à soi-même, œuvre ainsi à l'accomplissement de la métamorphose. Pourtant si l'interprétation d'autrui est alors considérée *de facto* comme objective et objectivante, *a fortiori* si cette transformation se prête facilement à l'objectivation, sa propre expérience subjective ne saurait être exclue. Le vécu de métamorphose qu'induit la maladie se situe dès lors aussi dans le rapport à l'autre, dans cette rencontre intersubjective, dans ce qui fait qu'autrui, dans sa façon de confirmer et d'accueillir une transformation, peut tout autant contribuer à résoudre le doute identitaire que l'accroître. Dans *L'enfant éternel*, livre fondateur de son œuvre dont le fil rouge est sa fille Pauline décédée d'un cancer pédiatrique, Forest explique avoir « fait de [s]a fille un être de papier »[2512]. Il y relate l'expérience terrible de la menace d'amputation de son bras malade puis de l'intervention chirurgicale qui en a réduit le volume et la fonctionnalité[2513]. La violence intenable de cette métamorphose lui rend insupportable la perspective puis l'état de fait d'une telle reconfiguration identitaire ainsi que d'autant plus massif le doute dans lequel il se trouve lié à son enfant menacé.

Mis à part les situations de déni et d'auto-réassurance conduisant une personne à taire ou à minimiser son expérience subjective d'un processus pathogène et transformant à l'œuvre, les patients sont plus souvent avides de réponses quant à leur situation. Aussi déstabilisante et angoissante que soit la confirmation de leur métamorphose, elle n'en constitue pas moins la résolution d'un doute insupportable et une forme de reconnaissance de l'épreuve qu'ils

[2509] Bigiaretti Libero. *Op. cit*., p. 16-17.
[2510] *Ibid*., p. 17.
[2511] *Ibid*.
[2512] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. Paris : Folio; 1998, Quelle p. 399.
[2513] *Ibid*., p. 112 à 118.

traversent. De là l'insistance quasiment obsessive de certains patients à être vus et surtout à scruter activement dans le regard d'autrui (ces multiples *autres regards*[2514]) ainsi que dans son comportement (ses gestes, son attitude, ses moindres réactions, sa retenue, ses silences, ses intonations, *a fortiori* ses tressaillements ou son regard qui se voile) une interprétation de sa situation en plus d'éventuels autres éléments d'étayage et de réponse à ses questionnements si nombreux. Entre le patient et le soignant, on pourrait même se poser la question d'une pulsion scopique réciproque tant l'un et l'autre se scrutent intensément ce qui n'est pas sans susciter une certaine tension dans la relation. Mais si le médecin va jusque dans les profondeurs de l'organisme[2515], il ne se prête pas si facilement à dévoiler ce qu'il pense exactement. D'une part, parce qu'ils n'ont pas accès à l'expérience subjective du patient, les soignants peuvent être ignorants de la profondeur des bouleversements que celui-ci éprouve, ainsi que l'a découvert cette médecin autrice dans le *New England Journal of Medicine*[2516]. D'autre part, sachant à quel point leur jugement médical importe pour le patient (attendu comme parole de l'oracle, ce jugement peut être entendu comme sanction inébranlable), nombre de médecins optent pour une attitude de neutralité émotionnelle, de retenue voire une forme d'indifférence volontaire. Par l'évitement du regard du patient, par le détournement d'attention (en introduisant des questions divergentes ou des actions utilitaires tels que remplir un fascicule administratif ou se déshabiller en vue de l'examen clinique), les soignants peuvent ainsi chercher à désamorcer l'inquiétude (en plus d'éviter de vivre eux-mêmes cette inquiétude), à adoucir la brutalité de la situation (qui est à elle seule déjà hautement signifiante) et à s'extraire de cette exigence à la fois pressante et oppressante de réponses multiples qu'amène le patient. Car de réponses complètes et définitives, il n'y en a que rarement, et l'aléa demeure toujours. Mais surtout, dans la mesure où *les métamorphosés* constituent de fait la norme au sein des hôpitaux, une telle attitude pourrait aussi ne pas tant relever d'une indifférence et d'une insensibilité que d'un rapport non stigmatisant et non discriminant à leur égard. Qu'il ne transparaisse pas dans le regard soignant de souci de l'étrangeté et de l'effroi qu'elle peut susciter (comme ce fut le cas pour la secrétaire de Gino) est une façon de ne pas renvoyer les patients ni les réduire à leur métamorphose, à leur « monstruosité en perpétuel bouleversement »[2517] ainsi que se qualifie Percheron.

Il importe ici de rappeler que ce doute identitaire que la maladie suscite n'est pas d'abord le fait de la médecine et des médecins au prétexte qu'ils seraient considérés comme seuls à même de fournir des informations justes sur la santé. Nul besoin de cet oracle. Sauf à considérer une affection potentiellement grave mais silencieuse (sans point d'appel ni symptôme de sa présence) que seule une expertise médicale permettait de révéler (comme dans le cadre d'un dépistage systématique), ce ressenti d'une transformation à l'œuvre s'origine dans l'expérience subjective de la personne, avant que d'être interprétée au gré de multiples interfaces relationnelles et de l'expertise médicale. Si donc, ainsi qu'en témoigne Percheron, le patient n'a

[2514] Bigiaretti Libero. *Op. cit.* : le protagoniste Gino sollicite le regard et l'avis de son épouse avant de susciter aussi ceux de sa secrétaire puis de son patron.
[2515] Je renvoie à : Castaing-Taylor Lucien, Paravel Véréna. *De Humani corporis fabrica* [Film documentaire, 115 min]. France – Suisse : Norte Productions, 2022.
[2516] Koven Suzanne. *Op. cit.*
[2517] Percheron Antoine. *Op. cit.*, p. 24.

le plus souvent pas besoin des soignants pour prendre acte de sa métamorphose à l'œuvre, il n'en demeure pas moins un besoin fondamental de reconnaissance. Parce que cette métamorphose est d'abord une expérience subjective de transformation et de souffrance inaccessible, y compris au soignant, elle suscite un sentiment de solitude, l'idée d'être unique, de ne pas pouvoir être reconnu[2518] et donc de passer inaperçu[2519]. A travers le personnage de Gregor Samsa, Kafka soutenait qu'être malade ou blessé génère ce type de solitude essentielle[2520] consistant dans le « fait qu'on ne parvient pas à trouver la confirmation de sa propre existence dans le monde extérieur »[2521]. John Berger propose une même analyse lorsqu'il parle de « sentiment d'unicité »[2522] et qu'il écrit : « Un patient malheureux vient voir le médecin pour lui offrir une maladie – dans l'espoir qu'au moins une partie de lui (sa maladie) soit reconnaissable »[2523]. Cet effroi de la solitude, cette certitude d'unicité et donc de futilité sous-tendent cette quête fondamentale de reconnaissance. C'est pourquoi, écrit John Berger, « La tâche du médecin consiste clairement à reconnaître l'homme »[2524]. D'autant que de cette reconnaissance de la personne dans son épreuve de transformation, le plus souvent démultipliée (du fait de sa récurrence dans le temps et de la diversité des dimensions affectées par la métamorphose[2525]), dépend aussi la possibilité de sortir du doute identitaire, de la confusion et de l'instabilité dans lesquels elle se trouve alors. Les soignants composent en permanence avec cet appel des patients à sortir de l'isolement, à retrouver des repères et un équilibre, lequel en vient parfois à primer sur le diagnostic en lui-même. En les accompagnant à identifier de nouveaux repères de vie et à appréhender des habitudes modifiées au gré de leurs parcours de soin, ils les aident à repenser leur équilibre.

3 – Le doute existentiel du patient

D'un point de vue anthropologique, il n'y aurait pas de culture qui ne mobiliserait la question du sens face à la maladie. « Dans les sociétés occidentales autant que dans les sociétés traditionnelles, s'il est une quête de sens qui affecte tout individu, c'est bien celle qui inaugure le désordre biophysiologique, la maladie »[2526] précise en ce sens Nicole Sindzingre. Le sens de la maladie apporterait une teneur toute particulière au sens de l'existence d'une personne en le réorientant sur ce qu'il y a de plus essentiel pour elle. Ainsi, quoi qu'en pensent certains, tel Ogien considérant le non-sens de la maladie et estimant que les nombreuses questions qui

[2518] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 73 : « Son moi, il le croit inconnaissable. Au regard du monde, il n'est personne, et à son propre regard, le monde n'est rien ».
[2519] Koven Suzanne, *Op. cit.*: "What patients fear most is being "unique", rendered isolated by our suffering, unknowable and unrecognizable".
[2520] *Ibid.*: "Like Gregor, […]. There is an essential loneliness to being ill or injured".
[2521] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 72.
[2522] *Ibid.*, p. 72-73 : « Tout exemple apporte de l'espoir. Mais la certitude d'être unique annihile tous les exemples ».
[2523] *Ibid.*, p. 73.
[2524] *Ibid*.
[2525] La métamorphose qui affecte le patient peut aussi avoir des effets domino et générer des évolutions radicales dans son environnement et plus généralement son existence, tels qu'une séparation, un divorce, un changement d'activité professionnelle, indépendamment de tout éventuel déficit capacitaire induit par la maladie qui le justifierait. Je renvoie notamment à : Souchon Pierre. *Encore vivant*. Arles: Rouergue; 2017.
[2526] Augé Marc, Herzlich Claudine. *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives contemporaines; 1983, p. 93.

submergent les patients sont de nature prosaïque plutôt que métaphysique[2527], bien d'autres personnes dotées d'une expérience de la maladie témoignent de ce choc existentiel dans leur vie. C'est une « rupture du sens existentiel » et « l'effondrement des possibilités »[2528] précise Fourneret. Celles-ci relatent un vécu que je propose de qualifier de *doute existentiel*. Elles se questionnent sur le sens de la maladie, en mobilisant notamment les notions de causalité et de justice. Elles se questionnent aussi sur le sens et la valeur de leur existence dans cette nouvelle configuration, c'est-à-dire à l'aune de la menace de mort suscitée et alimentée par la maladie elle-même mais également la souffrance, la perte capacitaire, les contraintes thérapeutiques, l'incertitude pronostique. Si, à travers cette dimension de doute existentiel, tend à s'exprimer une incommensurable détresse, elle ne semble pourtant avoir d'équivalent et de raison d'être que le puissant désir de vivre qui anime alors la personne malade. C'est pourquoi je propose de développer cette dimension de doute existentiel à partir de deux axes, d'une part la question du sens (ou pas) lié à l'état de maladie, d'autre part le rapport de la personne malade à l'avenir et à la finitude. S'agissant du premier axe, si toute tentative de compréhension – et partant d'acceptation – qui emprunterait la voie de la recherche de sens peut être considérée comme légitime, il se pourrait aussi qu'une telle recherche soit à la fois vaine et source d'écueils. Pour ce qui est du second axe, je propose de questionner et mettre en balance, d'un côté la conscience douloureuse de la finitude inéluctable que la maladie vient brutalement éclairer, de l'autre la puissance d'éveil et de vitalité qu'elle peut tout autant animer.

3.1 – Le doute existentiel comme confrontation à la question du sens de la maladie et de la vie

L'expérience de la relation de soin auprès des malades, celle de proches ou la sienne propre, nous rappelle que la maladie confronte bien souvent à la question du sens qu'elle viendrait endosser dans la vie d'une personne[2529]. Dans la stupeur et la déliaison psychique que peut provoquer l'effet d'annonce, la rationalité scientifique et même le tact médical peuvent se trouver impuissants à endiguer la plongée dans l'angoisse, la crise de doute et le besoin éperdu d'identifier des raisons par-delà les seules causalités biologiques. Preuve que la maladie affecte la personne dans sa globalité, la question du sens de ce qui lui arrive (telle maladie et à tel moment) et du sens de cette inscription dans son histoire personnelle mobilise beaucoup la personne malade et bien au-delà de l'annonce. A l'intuition qu'elle oscillerait entre soit un sentiment de perte de sens, soit à l'inverse un surplus de sens visant à combler le vide jusqu'à même mobiliser des justifications irrationnelles, Forest oppose un avis certes argumenté mais tranché. « Non le fond de l'affaire est bien plus simple. Et bien plus terrible aussi »[2530] annonce-t-il. La maladie serait dénuée de sens. Il n'empêche qu'aussi convaincue puisse-t-elle être d'un tel non-sens, la personne ne cesserait pas pour autant de réinterroger les contours de son existence jusqu'à même en reconsidérer la valeur. Aux prises avec ce doute existentiel qu'il s'agit de résoudre pour retrouver des repères et un équilibre (y compris dans la cadre d'un

[2527] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 2005 : « Certains penseurs prétendent tout savoir de la condition humaine sans avoir jamais ressenti le besoin de vérifier empiriquement leurs considérations ». Je renvoie aussi à : Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle - *La Grande Librairie*]. *Op. cit.*
[2528] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 24.
[2529] Lambrichs Louise L. *Le livre de Pierre. Psychisme et cancer*. Paris: Seuil; 1998.
[2530] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 66.

parcours thérapeutique), il n'est d'ailleurs pas exclu que l'épreuve de la maladie puisse aussi apporter du sens, une orientation nouvelle et s'avère ainsi, paradoxalement, force d'élan vital[2531].

3.1.1 – Le non-sens de la maladie, personne ne semble en douter…

Dans la continuité d'une œuvre qui ne cesse de revenir sur l'expérience de la maladie et de la perte de sa fille Pauline, décédée d'un cancer à l'âge de 4 ans, le romancier et professeur de littérature Forest développe et justifie sa position, celle de l'absence ultime de sens lié à la maladie, dans son essai *Tous les enfants sauf un* :

> Personne ne sait d'où vient le cancer. Ses raisons sont multiples et obscures. Même celles de ses causes qui sont isolables et identifiables (liées à la génétique, à l'environnement par exemple), la naissance du mal les imbrique au sein d'une logique où les facteurs sont si nombreux qu'il devient illusoire d'en déterminer les parts respectives dans le déclenchement de la maladie. La statistique a son mot à dire, Mais ce mot ne concerne jamais le cas singulier qui, seul, importe au bout du compte. C'est pourquoi l'infime dérèglement cellulaire qui se produit chez l'un mais pas chez l'autre des individus soumis aux mêmes conditions de vie reste sans explication. Il y a là une énigme à laquelle ne se résout pas la croyance commune qui essaye de substituer à l'affolante logique de l'absurde le système d'une interprétation erronée mais signifiante[2532].

Forest ne nie pas l'existence d'une susceptibilité au cancer (« la génétique ») ainsi que de facteurs cancérigènes (« l'environnement ») clairement identifiés grâce, d'une part à leur association statistiquement significative à la survenue de cancers, d'autre part à leur pouvoir mutagène scientifiquement validé. S'ils constituent des *causes* « isolables et identifiables », Forest estime que ces facteurs ne sauraient à eux-seuls expliquer la maladie, *a fortiori* lui donner sens. Invoquant la survenue aléatoire d'un nombre incroyable d'évènements très diversifiés, il semble mettre au défi (« illusoire ») quiconque d'en révéler l'exacte combinaison toxique à l'échelle individuelle. Et quand bien même cette combinaison eût-elle été éclairée, son effet varierait selon la personne (« se produit chez l'un mais pas chez l'autre ») soulignant par-là aussi la vanité de la méthode scientifique expérimentale à statuer de ce qui se produit en vie réelle (par rapport au laboratoire de recherche) pour des individus pourtant « soumis aux mêmes conditions de vie ». Tout comme enfin la statistique n'a de valeur qu'à l'échelle d'une population, elle échoue aussi à prédire une destinée individuelle (« ce mot [de la statistique] ne concerne jamais le cas singulier »), point sur lequel Claude Bernard lui-même émettait autant de réserve[2533]. *In fine*, puisque cela reste de l'ordre de l'inconnu (« Personne ne sait », « énigme », « raisons […] obscures »), c'est donc la « logique de l'absurde » qui l'emporte sur toute autre. C'est pourquoi, d'un point de vue existentiel et donc individuel, si l'on ne se restreint pas à la seule interprétation biomédicale fondée sur la physiopathologie du cancer,

---

[2531] Bernheim Emmanuèle. *Tout s'est bien passé*. Paris: Gallimard; 2013. L'élan vital du père d'Emmanuèle Bernheim demeure en dépit de sa situation. Sa demande d'aide active à mourir ne serait donc pas morbide mais à relier à son caractère (inaltéré) jouisseur de la vie.

[2532] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 61-62.

[2533] Bernard Claude. *Introduction. Op. cit*., p. 241 : « la statistique […] ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude* » ; p. 246 : « jamais les faits ne sont identiques, dès lors la statistique n'est qu'un dénombrement empirique d'observations ».

toute recherche de sens est condamnée. Au mieux aboutit-elle, selon Forest, seulement à une illusion de sens par le biais d'une « interprétation erronée mais signifiante ».

Pour le philosophe Ruwen Ogien aussi, « il faut distinguer ce qui est de l'ordre des causes et ce qui est de l'ordre des raisons (des justifications morales). La maladie a des causes mais aucune raison, aucune justification morale »[2534]. L'écrivain Pascal Quignard, avec lequel il est alors en dialogue, ajoute : « et la santé non plus » n'a pas de raisons. Or si la maladie, comme la santé donc, relèvent du non-sens, le vide peut paraître d'autant plus grand qu'il n'y a parfois pas même de cause médicale identifiable la justifiant ainsi qu'en témoigne l'histoire de la journaliste Clémentine Vergnaud, décédée à l'âge de 31 ans. Les mots de son sobre récit parlent d'eux-mêmes : « J'ai regardé les facteurs de risque du cholangiocarcinome avec mon médecin, or je n'en ai pas un seul »[2535] écrit-elle avant de poursuivre en convoquant le gouffre de l'absurde par la question suivante : « A quel moment le loto du hasard a-t-il décidé que ça serait sur moi que ça tomberait ? »[2536]. Comme pour l'enfant de Forest, Clémentine Vergnaud fait face à un non-sens absolu ce qui l'amène à cette même conclusion de la « logique de l'absurde ». Dans une telle configuration, dont on peut comprendre qu'elle puisse susciter un sentiment de gouffre existentiel, un besoin éperdu de sens peut se manifester. Ce besoin pousse à identifier coûte que coûte une interprétation qui puisse être « signifiante ». Ainsi que le reconnaît Forest, « qui supporterait vraiment qu'une telle absence de signification gouverne ainsi arbitrairement sa vie ? »[2537].

3.1.2 – Si la maladie n'a pas de sens, pourquoi donc lui en chercher éperdument ?

Du non-sens de la maladie au vide existentiel, il n'y a parfois qu'un pas. En tant que soignants, nous sommes régulièrement questionnés : Pourquoi ? Pourquoi moi[2538] ? Lorsqu'il n'y a aucune explication médicale que la personne puisse intégrer à sa propre logique individuelle (une affection pulmonaire en contexte de tabagisme, des antécédents familiaux similaires), l'incompréhension et le sentiment d'injustice peuvent s'immiscer jusqu'à passablement troubler. On peut dès lors se demander si la quête éperdue d'un sens à même de justifier la maladie ne relèverait pas d'une tentative de sortie de ce doute existentiel qu'elle provoque et qui semble d'autant plus attisé et profond que la médecine n'aurait pas de réponse à proposer. C'est du moins ce que semble avancer Forest dans l'analyse suivante :

> Que dit ce signe ? On se tourne vers les médecins.

[2534] Quignard Pascal (invité), Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle, *La Grande Librairie*]. *Op. cit*.
[2535] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 72.
[2536] *Ibid.*, p. 73. Il est notable que l'émergence du cancer peut effectivement relever du plus pur hasard, certaines mutations ne résultant pas d'une exposition à des facteurs cancérigènes mais d'erreurs survenant durant le processus de réplication cellulaire. Imprévisibles, inévitables et pour peu qu'elles échappent aux mécanismes de défense antitumorale (dont celui de la réparation de l'ADN), de telles erreurs relèvent *in fine* d'évènements quasiment physiologiques.
[2537] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 66.
[2538] Je renvoie à : Clémentine Vergnaud [émission radiophonique, 7/10], *Op. cit*. : « C'est une effraction dans votre univers qui est bien bordé, bien construit. Et il y a vraiment ce gouffre qui s'ouvre et cette énorme question de *pourquoi moi ?* Et il faut un temps assez long à la fois pour comprendre qu'on n'aura pas de réponse à cette question […] et pour accepter ».

> De l'absurdité sans nom du mal, il faut que quelqu'un réponde, quelqu'un avec un nom, un visage et non le fantôme anonyme et lointain de la fatalité. […] Mais les médecins n'ont pas de réponse. […] La seule chose à comprendre est qu'il n'y a rien à comprendre, qu'on meurt comme on naît : par hasard. Mais cette vérité semble impensable, trop cruelle. A l'absurde noir on préfère toutes les fables.
> […]
> Alors, les plus raisonnables peuvent tenir les discours les plus délirants. Il faut qu'ils sachent l'origine de leur maladie, qu'ils nomment le « pourquoi » de leur vie. […] Chez certains patients, cette recherche de la cause tourne à l'obsession et menace l'équilibre mental[2539].

Ce que savent les médecins des maladies ne tient en aucun lieu de réponse à la question du pourquoi comme à celle de leur signification personnelle (« Que dit ce signe ? », « l'origine de leur maladie », « le « pourquoi » de leur vie »). Forest nous redit fermement ici combien la maladie est dénuée de sens (« il n'y a rien à comprendre »), combien dans sa cruauté même elle relève justement d'une affligeante « logique de l'absurde » (« de l'absurdité sans nom du mal », « l'absurde noir »). Quand bien même les médecins continueraient d'être sollicités (« il faut que quelqu'un réponde »), ne serait-ce que pour pouvoir donner quelque trait d'humanité à ce qui leur arrive (« un nom, un visage et non le fantôme anonyme et lointain de la fatalité »), il n'y aurait toujours qu'à entendre la contingence (« par hasard », « la fatalité ») de l'évènement maladie. Mais parce qu'il génère un état de doute existentiel abyssal (« le « pourquoi » de leur vie »), ce non-sens de la maladie est si insupportable (« impensable, trop cruelle ») qu'il peut conduire à la déraison, « tourne[r] à l'obsession et menace[r] l'équilibre mental », et même conduire à lui préférer n'importe quelle « fable ».

Forest se porte radicalement en faux contre cette tendance, jusqu'à la persévération, visant à donner coûte que coûte un sens à la maladie, comme seule façon de combler le vide existentiel qu'elle aurait creusé ou simplement révélé voire justifié. Il ne partage ainsi pas la reconnaissance unanime dont bénéficie le livre autobiographique *Mars*[2540] de Fritz Zorn et en dénonce au contraire « la thèse assez ignominieuse qu'il exprime », à savoir que son cancer n'aurait été que la résultante bien naturelle d'une éducation étouffante l'ayant privé de sa personnalité et de tout élan vital. Avec de tels « pseudo-raisonnements », ainsi qu'il les qualifie, « la maladie n'est pas absurde [… elle] répond à l'appel du malade qui, inconsciemment, réclame lui-même la douleur qui l'afflige »[2541]. Forest vient ainsi souligner l'inanité de l'interprétation psychosomatique du cancer[2542] qui sous-tendrait son origine psychologique, comme d'une « vision superstitieuse et idéologique de la maladie qui en renforce le mythe »[2543]. Il en révèle également des écueils dont celui de générer une culpabilité à l'encontre du malade

[2539] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 305.
[2540] Zorn Fritz, Le Lay Olivier (Trad.), Lançon Philippe (préface). *Mars*. Paris: Gallimard; 2024.
[2541] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 66-67.
[2542] *Ibid.*, p. 62 et 63. S'inspirant des propos Lucien Israël, le médecin de Susan Sontag, Forest écrit : « L'idée que le patient déclenche inconsciemment le développement de son cancer est unanimement rejetée comme une hypothèse sans fondement avéré par la médecine ».
[2543] *Ibid.*, p. 65.

dès lors suspect d'être responsable de son mal[2544], par exemple parce qu'il aurait manqué de désir de vivre[2545]. Reprenant l'analyse de Susan Sontag, il fait siens ses mots à savoir que la maladie n'est « ni une malédiction, ni une punition, ni une honte »[2546].

Par contraste, le philosophe Canguilhem semble, quant à lui, considérer la quête de sens face à l'occurrence d'une maladie comme une phénomène habituel et même digne d'intérêt ainsi qu'il l'explique dans ce texte intitulé *Les maladies* :

> Quel que soit l'intérêt d'une étude des maladies quant à leurs variétés, à leur histoire, à leur issue, il ne saurait éclipser l'intérêt de tentatives de compréhension du rôle et du sens de la maladie dans l'expérience humaine. Les maladies sont des crises de la croissance vers la forme et la structure adultes des organes, de la maturation des fonctions d'autoconservation interne et d'adaptation aux sollicitations externes. Elles sont aussi des crises dans l'effort entrepris pour égaler un modèle dans l'ordre des activités choisies ou imposées, et dans le meilleur des cas pour défendre des valeurs ou des raisons de vivre[2547].

Le philosophe (qui avait aussi une formation médicale) ne nie évidemment pas l'intérêt de la compréhension physiopathologique des maladies, de la maitrise de leur thérapeutique, de la connaissance de leur pronostic. Mais il considère que cela ne saurait suffire ni justifier d'« éclipser » une autre approche, celle qui se préoccupe « du rôle et du sens de la maladie dans l'expérience humaine ». Il est notable qu'à cet effet il use à plusieurs reprises du terme de *crise* pour qualifier l'évènement maladie. Ainsi que déjà développé, la crise est ce qui fait rupture dans un équilibre donné, dans une continuité donnée, et ce qui génère du changement, quelle que soit la nature de ce changement. En générant une rupture dans la « croissance » et la « maturation » de l'individu, en mettant à l'épreuve sa capacité de préservation et de restauration d'un état d'équilibre favorable à sa survie et donc sa santé (« autoconservation »), Canguilhem signifie que la maladie sollicite son activité normative (« adaptation aux sollicitations externes »). En somme, la maladie constituerait une crise de la *normativité* en ce qu'elle conduit, pour se défendre contre ses effets délétères et retrouver un équilibre, une stabilité, à s'adapter, à (ré)organiser son environnement[2548], à mettre en doute ses *normes* d'avant la maladie de sorte à pouvoir instituer de nouvelles *normes*[2549] en cohérence avec ses « activités choisies ou imposées ». Si George Canguilhem ajoute que la capacité à restaurer une normativité en dépit de la maladie permet aussi de « défendre des valeurs ou des raisons de vivre », le fait de préciser que cela ne peut advenir que « dans le meilleur des cas » souligne à quel point ce doute existentiel provoqué par l'émergence de la maladie affecte aussi le sens même de l'existence au point de réinterroger et donc de douter de sa valeur.

[2544] *Ibid.*, p. 66 : Forest rapporte le propos suivant de Susan Sontag : « "les théories psychologiques de la maladie constituent un moyen puissant de rejeter la faute sur le malade. Lui expliquer qu'il est, sans le savoir, la cause de sa maladie, c'est aussi ancrer en lui l'idée qu'il l'a méritée" ».
[2545] *Ibid.*, p. 62.
[2546] *Ibid.*, p. 66.
[2547] Canguilhem George, « Les maladies » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 46.
[2548] Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024, p. 99.
[2549] *Ibid.*, p. 99-100.

3.1.3 – Quid du sens de la vie avec la maladie, la souffrance, la menace de mort

Par l'épreuve qu'elle impose, les souffrances, les éventuelles pertes capacitaires (physiques mais aussi à l'échelle professionnelle, sociale, relationnelle), la maladie peut provoquer un puissant doute axiologique quant à la vie même. Certains en arrivent en effet à douter du sens de leur existence dans les conditions nouvelles et dégradées qui sont les leurs du fait de la maladie, du handicap ainsi que des perspectives (de dégradation irrémédiable, de souffrance et de mort) qui en résultent. Ils se demandent s'ils sont encore utiles et si leur vie a encore du sens et donc de la valeur pour eux-mêmes, pour leurs proches mais aussi pour le corps médical et plus généralement pour la société. Aux prises avec cet état de doute axiologique, ils se demandent ainsi si cette vie – devenue à leurs yeux par trop absurde[2550] en plus peut-être des signaux extérieurs qu'ils perçoivent – vaut encore la peine jusqu'à parfois formuler avec une grande fermeté une demande d'aide active à mourir[2551].

Cette question du sens de l'existence est particulièrement complexe en ce qu'elle mobilise des critères personnels tout en s'inscrivant dans un collectif qui fonctionne selon un certain nombre de références et de règles sociales ainsi que de représentations culturellement et historiquement ancrées. Si l'individu est certes le plus à même de juger de sa situation grâce à l'expérience subjective – laquelle est une expérience normative[2552] – qui lui est propre, il est également un animal politique[2553] soumis à des critères et déterminants sociétaux venant eux-aussi définir et contraindre le périmètre de ce qui peut être qualifié de « vie bonne »[2554]. Il « ne dépend pas seulement de moi que je puisse mener une vie dotée de valeur »[2555] écrit Judith Butler. Ce doute axiologique qu'un malade peut être amené à éprouver à l'égard de sa propre existence lorsque celle-ci est confrontée aux bouleversements de la maladie n'est pas libre non seulement d'un contrôle biopolitique mais également de l'impact des métaphores véhiculées dans la société à propos de la maladie qui culpabilisent les malades et les couvrent de honte si ce n'est d'opprobre[2556]. A ce sujet, Forest souligne les dégâts de ce « traitement social de la maladie »

[2550] Goy Olivier, Fulda Anne. *Invincible. Derrière le sourire, le combat d'une vie*. Paris: l'Observatoire; 2024. Je renvoie à son interview grâce à une voix artificielle lors de l'émission 28 minutes du 25 juin 2025. Il y déclare être favorable à l'aide active à mourir en précisant que l'absurdité constituerait un critère pour en formuler la demande. En ligne : 28 minutes – Olivier Goy / Maladie de Charcot ARTE, consulté le 11 aout 2025.

[2551] Je souhaite ici rappeler l'histoire de Vincent Humbert, jeune homme devenu tétraplégique, muet, aveugle après un accident de la voie publique et ayant formulé une demande d'euthanasie auprès du président Chirac. Ce qui est devenu une des premières grandes affaires d'ampleur sociétale sur la question de l'aide active à mourir a conduit à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Léonetti. En ligne : LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) - Légifrance, consulté le 15 juillet 2025. Je renvoie aussi aux témoignages d'Anne Bert qui, souffrant d'une sclérose latérale amyotrophique a choisi le suicide assisté : Bert Anne. *Le tout dernier été*. Paris: Fayard; 2017.

[2552] Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024, p. 101.

[2553] Aristote, *Politique*. 1253a7-18.

[2554] Butler Judith, Rueff Martin (Trad.). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Paris: Payot & Rivages; 2020

[2555] *Ibid*., p. 60.

[2556] Sontag Susan. *La maladie comme métaphore. Op. cit.* L'effet des métaphores véhiculées sur la maladie, notoirement certaines d'entre elles comme le cancer ou le sida, peut être particulièrement nocif et dégradant pour les malades. Je renvoie ici aussi au propos de Forest, en phase avec l'analyse de Sontag. Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 64 : « La maladie comme métaphore : la pathologie concrète et multiforme qu'on désigne sous le nom de cancer sert à désigner autre chose qu'elle-même, une figure radicale du mal à laquelle la société associe tous les fantasmes de ses effrois », et leur impact sur le corps médical lui-même : « Le mythe

et combien « la considération humaine des effets dévastateurs qu'elle produit sur les individus, dépend également de l'effort de démystification vigilante que la raison peut lui opposer »[2557]. Quant au biopouvoir, il participe aussi à déterminer quelle vie est digne et mérite donc de l'attention, des soins et jusqu'à même les manifestations associées au processus du deuil, par rapport à d'autres qui ne le seraient pas et que Judith Butler qualifie donc à l'extrême de « sans deuil »[2558]. Le processus de tri des patients, particulièrement mis en lumière durant la pandémie de Covid, s'immisce dans l'esprit des malades comme l'une de ses manifestations, ce d'autant que beaucoup de patients décédés de la Covid n'ont pas eu d'obsèques pour cause de confinement sanitaire. Conscients de la précarité de leur situation médicale, des patients peuvent intégrer d'eux-mêmes de tels critères médicaux de sélection négative (générant, par exemple, une non-admission en réanimation). Ces critères médicaux s'ajoutant à leurs propres critères subjectifs (s'agissant notamment de ce qui relève d'un vécu d'atteinte à la dignité voire du sentiment de perte de dignité[2559]), ils peuvent en conclure non seulement que leur vie a moins de valeur que d'autres (ne serait-ce qu'aux yeux des soignants), mais qu'elle ne correspond plus aux critères d'une « vie bonne ». Parce que celle-ci ne saurait effectivement se réduire à une survie biologique mais implique surtout une existence sociale, ils peuvent en conclure que leur vie n'a plus de sens ou du moins plus suffisamment.

3.1.4 – Et si cette crise de doute existentiel était aussi une opportunité de restituer du sens

Quelle que soit son issue d'un point de vue strictement médical (guérison, stabilisation, chronicité, évolutivité, nouvelles poussées, décès), la maladie peut donc aussi provoquer, bien qu'à des degrés variables, des bouleversements et réorientations plus ou moins intenses de l'existence. Qu'il s'agisse d'un simple retour à un état d'équilibre et de repères stabilisés ou bien d'une véritable révolution intérieure, toute modalité de dénouement de ce doute existentiel que la maladie avait suscité, constitue un support à même de se projeter dans l'avenir quel qu'il soit et à quelque échéance que ce soit. A cet égard, le propos de Percheron en est une illustration d'autant plus puissante qu'il s'inscrit dans une fin de vie à l'échéance très proche, ce qui ne le prive pourtant pas de se projeter dans un avenir certes modifié par ce contexte inédit. Qu'il subisse une mutation organique assortie d'une perte capacitaire irrémédiable (paralysie croissante liée à la progression de sa tumeur cérébrale), cette situation n'en demeure pas moins,

règne. […] pas certain qu'à leur insu il n'influe pas parfois sur le travail des chercheurs et sur la pratique des docteurs ».

[2557] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 65.

[2558] Butler Judith, Op. cit., p. 53 : « Ce que je suggère, c'est que pour comprendre la modalité différentielle selon laquelle tel statut se trouve conféré, il faut nous demander : quelles sont les vies qui méritent qu'on en porte le deuil et celles qui ne le méritent pas ? ».

[2559] L'association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD) fonde une partie de son argumentaire sur le respect de la dignité ici définie comme « convenance envers soi dont chacun est seul juge » que les conditions de la fin de vie peuvent mettre en péril. En ligne : Accueil - ADMD - Association pour le droit de mourir dans la dignité, consulté le 15 juillet 2025. Cet argumentaire est critiqué par André Comte Sponville alors même qu'il est adhérant à l'association en plus de siéger à son comité d'honneur. Je renvoie à : Comte-Sponville André, Lévy-Soussan Michèle, Larousse Virginie [recueil des propos – Le Monde]. *Op. cit*. : « Ce n'est pas une question de dignité. L'Association pour le droit de mourir dans la dignité mène un juste combat mais se trompe sur le vocabulaire. Puisque tous les êtres humains sont égaux en droits et en dignité, le mourant a bien entendu la même dignité que vous et moi qui sommes, pour l'instant, en bonne santé. Ce n'est pas une question de dignité mais de liberté. Liberté suprême ? Non pas : la liberté de vivre est plus précieuse, mais liberté ultime. Pourquoi devrais-je y renoncer ? ».

pour lui, une « question existentielle »[2560], véritablement ontologique. Non seulement il réfléchit en quel arbre il pourrait être en train de se métamorphoser, méditant successivement sur le « chêne Bicentenaire », une perspective invraisemblable au regard de sa faible longévité, tout comme le « cèdre du Liban » ou le « sophora du Japon » puisqu'il est originaire de Normandie[2561]. Si la fonction utilitaire du pin ou du hêtre – puisque l'un et l'autre ne lui inspirent qu'une armoire ou une table – ne semble pas plus cohérente, le risque accidentogène lié au platane pourrait coller, du moins s'avérer plus inspirant ne serait-ce que par le traumatisme à l'œuvre. Interrogeant autant que se découvrant et s'appropriant sa nouvelle nature d'arbre, il se soucie aussi de la réorientation de sa vie sociale[2562], affective et même sexuelle qui en résulterait au sein de sa nouvelle communauté sylvestre. « Où est-ce que j'allais m'implanter ? Où allais-je nouer mes racines ? Et avec qui ? »[2563] se demande-t-il ainsi, jusqu'à même se projeter non sans humour dans de « futures conquêtes de bois » et la jalousie que cela pourrait provoquer chez sa compagne d'avant la maladie[2564]. Qu'est-ce que signifie *être* à l'aune d'une telle métamorphose et de l'échéance qui est la sienne ? Percheron nous invite à interroger toutes les dimensions et implications non plus de ce qu'est *être* en tant que personne, renvoyant en cela à la condition humaine et à la domination de l'homme sur la nature, mais *être* en tant que partie intégrante de la nature sans plus de valeur ni de pouvoir encore qu'il se projette comme « le seul arbre à pouvoir choisir son emplacement et ses partenaires de longues vies »[2565]. Mais surtout l'on s'autorise aussi à lire dans ces lignes interrogatives la persistance du désir, en dépit de la métamorphose, le désir d'une vie en société ainsi qu'une projection d'avenir tendant à narguer la mort pourtant omniprésente, ne serait-ce qu'à travers la mention récurrente d'un retour symbolique à la terre. « Mon cerveau devait être déjà rongé par des vers »[2566] révèle le pressentiment de son ensevelissement sous terre et de sa décomposition. Renaissance par la métamorphose, enracinement de la vie, dilution dans le végétal de la mort s'entrepénètrent en un même dessein, à bien des égards, spectaculaire tel qu'il s'en exclame lui-même : « J'allais finir tout en feuilles et en fleurs : un arbre, quoi. Putain, quelle mort »[2567].

La maladie, par-delà ses conséquences physiques et ses effets matériels s'inscrit dans une existence qu'elle bouleverse d'une façon qui ne peut que conduire à en reconsidérer les fondements et donc le sens. On peut ainsi se demander si, bien qu'il se défende d'avoir traversé tout doute existentiel, le fait d'avoir publié un livre engagé sur la maladie et la relation aux soignants et d'en avoir assuré la promotion avec vigueur et passion en dépit de l'avancement manifeste de sa maladie, ne fut pas pour Ogien une façon de donner du sens à son expérience à

[2560] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 14 : « Un jour, j'ai réalisé que je ne sais même pas quel genre d'arbre j'allais devenir. Et c'est devenu ma grande question existentielle ».
[2561] *Ibid*., p. 14.
[2562] En dépit des controverses suscitées auprès des scientifiques et de l'approche anthropomorphique assumée de l'ouvrage, je renvoie à : Wohlleben Peter, Tresca Corinne (Trad.). *La vie secrète des arbres*. Paris: Les Arènes; 2017.
[2563] Percheron Antoine. *Op. cit*., p. 35.
[2564] *Ibid*., p. 35 : « Elle ne s'était pas formalisée sur ma ou mes futures conquêtes de bois […]. Sa jalousie redoutable […] s'était éteinte. Je crois que mon physique jouait un rôle important dans cette nouvelle donne des cartes ».
[2565] *Ibid*., p. 35.
[2566] *Ibid*., p. 23.
[2567] *Ibid*., p. 18.

la fin de son existence. Clémentine Vergnaud, quant à elle, ne se défend pas d'un puissant doute existentiel et de l'angoisse d'une mort d'emblée annoncée. A la question de ce qui a motivé la réalisation de son podcast, elle répond avec franchise : « J'avais besoin de laisser une trace »[2568], tentant ainsi de conjurer le sentiment de pertes massives, dont toute une vie (professionnelle et affective) qui commençait à peine à se construire, et se projetant dans l'avenir par ce qu'elle y aura déposé comme « trace », celle de la valeur et du sens de son existence. Cette crise de doute existentiel provoqué par la maladie peut aussi s'avérer une opportunité de renouveler le sens de son existence et de (ré)orienter la logique de sa vie à partir de la matière brute de ce vécu comme support de (re)construction personnelle[2569]. En témoigne le parcours et les récits de Philippa Motte[2570] autour de sa bipolarité. Forte de son expérience, de ce savoir dit expérientiel qui lui est propre, ainsi que de son engagement, en plus de sa personnalité lumineuse, elle est devenue formatrice et consultante spécialisée en santé mentale. En entrant en cohérence avec une histoire de vie, la maladie peut enfin contribuer à révéler et conforter le sens d'une existence à l'instar de celle de l'artiste peintre Gérard Garouste qui associe étroitement son rapport – source de violence et de souffrance – à un père collaborationniste, sa création salvatrice et son affection mentale[2571]. C'est aussi le cas du journaliste Pierre Souchon[2572] qui, se trouvant écartelé entre d'un côté son ascension sociale (à la fois par une profession intellectuelle et un mariage dans la haute bourgeoisie alors qu'il était issu de la paysannerie), de l'autre son engagement auprès des opprimés, s'est retrouvé symboliquement perché, dénudé, à la statue de Jean Jaurès lors d'une crise de délire le ramenant sur le chemin de ses origines et de ses convictions. Je pense enfin au parcours intellectuel du philosophe Alexandre Jollien. Ses thématiques de prédilection, dont il a fait œuvre d'écriture[2573], ne sont pas étrangères à son handicap de naissance (infirmité motrice cérébrale consécutive à un accouchement compliqué). Par-delà l'épreuve de l'insensé, de l'absurde et des pertes possibles, la maladie peut donc aussi prendre la voie d'une *dé*-organisation[2574] créatrice et réconciliante.

[2568] Je renvoie à : Clémentine Vergnaud [émission radiophonique, 7/10]. *Op. cit*. : « Quand vous avez 30 ans, que vous n'avez pas d'enfant, que votre carrière professionnelle débute […], tout de suite je me suis dit si je dois partir dans 3 mois, qu'est-ce qui va rester de moi, qu'est-ce qu'on va dire quand on va parler de moi […] j'avais ce besoin tout de suite de laisser une trace ».

[2569] Les contraintes et limitations provoquées par la maladie ou le handicap peuvent naturellement imposer *de facto* une réorientation comme ce fut le cas de Grand Corps Malade contraint d'abandonner une carrière sportive au profit de celle d'artiste de slam. Carpentier Laurent, *Former athlete and slam poet basks in Olympic excitement*, Le monde [Culture – Paris 2024 Paralympics], publié le 27 août 2024. En ligne : Former athlete and slam poet basks in Olympic excitement, consulté en ligne le 15 juillet 2025.

[2570] Motte Philippa. *Et c'est moi qu'on enferme*. *Op. cit*.

[2571] Garouste Gérard, Perrignon Judith. *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*. Paris: Iconoclaste; 2009.

[2572] Souchon Pierre. *Op. cit.*

[2573] Jollien Alexandre, Imbach Ruedi (préface). *Éloge de la faiblesse [Texte imprimé] /* Paris: Cerf; 1999 Jollien Alexandre *La construction de soi. Un usage de la philosophie*. Paris: Seuil; 2007 Jollien Alexandre *Petit traité de l'abandon. Pensées pour accueillir la vie telle qu'elle se propose*. Paris: Seuil; 2012

[2574] Je m'appuie (comme précédemment explicité) sur le travail sur le préfixe « dé » proposé par Tiphaine Samoyault dans le cadre de sa chaire « *Littérature et autorité : la moindre autorité* » à l'EHESS. Il n'est pas ici appréhendé comme privation ou négation mais au contraire comme mouvement et augmentation.

3.2 – La crise existentielle liée à la maladie comme confrontation à la précarité et la finitude

Par la déstabilisation plus ou moins intense que la maladie peut provoquer, elle brouille les habitudes de vie et prive du confort de visibilité et de maitrise sur sa propre existence. Dans cette situation de chambardement jusqu'à la perte de ses repères personnels habituels, tout peut être remis en cause depuis le cours de sa vie quotidienne jusqu'à ses projections d'avenir. La personne subit de fait dans sa chair un puissant doute existentiel en ce qu'il provoque une crise de son rapport à l'avenir. Ainsi que l'annonce Canguilhem, l'idée même qu'une personne peut se faire de son propre avenir se trouve fragilisée plus ou moins massivement sous l'effet de « l'expérience, à proprement parler mortifiante, de la maladie »[2575]. C'est donc aussi un choc existentiel en ce qu'à travers la maladie, le malade se voit frontalement renvoyé à l'idée même de mort[2576]. Je propose de discuter ici combien cette certitude de la finitude qui s'impose à la personne sous l'effet de la maladie peut être source d'un doute existentiel aussi légitime qu'envahissant au point d'en devenir parfois déraisonnable. Je questionnerai aussi en quoi l'inconstance qui peut affecter le vécu de la maladie peut être propice, si ce n'est à la dramatisation, du moins à la confusion et en alimenter l'expérience mortifiante.

3.2.1 – La maladie confronte à la précarité de la vie et à la logique de la mort

Canguilhem reconnait en la maladie une « épreuve existentielle »[2577] pour l'homme. Ainsi qu'il le développe dans son texte intitulé *Les maladies*[2578], celles-ci conduisent à la prise de conscience aveuglante à la fois de la précarité de la vie et de la certitude d'une finitude parfois si proche qu'elle en provoque la sidération. Avec la maladie, toutes les projections de stabilité, de solidité, d'assurance dans l'existence peuvent s'évaporer, ne conservant, au mieux, qu'un statut d'illusions ainsi qu'il le développe dans le propos suivant :

> L'existence de la maladie comme fait biologique universel, et singulièrement comme épreuve existentielle chez l'homme, suscite une interrogation, jusqu'ici sans réponse convaincante, relative à la précarité des structures organiques. Rien de ce qui est vivant n'est achevé à proprement parler[2579].

Canguilhem traite de la maladie comme d'une crise de doute existentiel en ce qu'elle confronte à une « interrogation » vertigineuse centrée à la fois sur la « précarité » inéluctable du corps biologique (« structures organiques ») et sur l'incertitude absolue du vivant. La vie organique est fondamentalement instable, fragile, sans cesse menacée, nous dit-il. Mais surtout, il ajoute qu'elle n'est jamais définitivement acquise (« Rien de ce qui est vivant n'est achevé »). Il déploie ce propos en précisant que les êtres vivants ne sont que des « prétendants impuissants à devenir des vivants autres que *viables*, c'est-à-dire aptes à vivre mais sans garantie d'y réussir totalement »[2580]. Pour Canguilhem, nous ne serions donc jamais que des ébauches, et cet

---

[2575] Canguilhem George, « Les maladies » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 47.
[2576] Je renvoie à : Clémentine Vergnaud [émission radiophonique, 7/10]. *Op. cit*. : « L'angoisse existentielle de la mort elle vous submerge ».
[2577] Canguilhem George, « Les maladies » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 47.
[2578] *Ibid.*, p. 33-48.
[2579] *Ibid.*, p. 47.
[2580] *Ibid.*

inachèvement fonde à la fois notre inexorable précarité et l'inéluctabilité de notre mort ce qui le conduit à une sorte d'aphorisme : « La mort est dans la vie, la maladie en est le signe »[2581].

En liant si étroitement la vie, la mort, la maladie[2582], Canguilhem affirme la dimension mortifiante de l'expérience de la maladie[2583]. La maladie renvoie frontalement à la question de la mort. Il est certes des situations de maladie où la menace très concrète de mort est d'emblée présente. Il peut en être par exemple d'une péritonite, à l'instar de la description que Christa Wolf en propose dans *Le corps même*[2584], conduisant à un entre-deux tout à fait confus et incertain de la vie et de la mort. D'autres affections comme l'embolie pulmonaire génèrent aussi ce que l'on qualifie en sémiologie médicale de *sensation de mort imminente*, laquelle constitue d'ailleurs un authentique critère d'alerte imposant d'explorer rigoureusement une telle hypothèse diagnostique. Même en l'absence d'une telle menace objective immédiate de mort imposant une intervention médicale d'urgence, « la maladie en est le signe » pour reprendre l'aphorisme de Canguilhem. A travers l'épreuve de l'inconnu et des souffrances aux multiples facettes auxquelles confronte la maladie, c'est aussi la projection de la mort qui s'immisce dans l'esprit des patients ainsi que le suggère Claire Marin lorsqu'elle écrit de façon directe et sans détour : « Ma vie emprunte la logique de la mort »[2585]. Elle évoque aussi cette « obsession de faire le bilan de sa vie. D'en imaginer la fin plutôt que de l'ouvrir à des possibles et la prolonger dans d'infinies bifurcations »[2586]. La maladie va donc jusqu'à enfermer certains dans l'idée de mort clôturant toutes perspectives de vie et d'avenir. En imposant à la conscience du malade la certitude de sa finitude, la maladie ouvre un abîme existentiel et réveille cette angoisse de la mort dont les médecins sont si souvent témoins impuissants[2587]. Or l'épreuve existentielle peut être abyssale tant, face à l'idée de sa mort à venir, il n'y a pas de repère en dehors peut-être de la résurgence du souvenir de scènes de mort advenant, notamment pour des proches ainsi que l'illustre cette pensée de Prague de Christa Wolf[2588]. Hormis ce repérage par analogie, il n'y a aucune amarre à laquelle s'agripper, simplement un vide noir qui parait définitif et sans issue.

Pourtant « la logique de la mort » telle qu'elle s'impose à l'esprit n'est pas la garantie de la mort. L'exemple du cancer est à cet égard frappant. Tel un invariant fermement lié à l'idée de mort, le cancer reste dans l'esprit de beaucoup considéré comme une condamnation à mort. Pourtant, contrairement à des maladies effectivement incurables et létales comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot), une telle assertion est bien loin d'être applicable à l'ensemble des cancers. Sans compter qu'à l'aune des progrès thérapeutiques qui ont bouleversé l'histoire de la cancérologie elle s'avère d'autant moins justifiée. Même les

---

[2581] *Ibid.*
[2582] *Ibid.*, p. 48 : « Les maladies sont les instruments de la vie par lesquels le vivant, lorsqu'il s'agit de l'homme, se voit contraint de s'avouer mortel ».
[2583] *Ibid.*, p. 47.
[2584] Wolf Christa, Lance Alain (Trad.), Lance-Otterbein Renate (Trad.). *Le corps même*. Paris: Fayard; 2003.
[2585] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 16-17.
[2586] *Ibid.*, p. 120.
[2587] Chauviré Jacques, *Op. cit.*, p. 9 : « le problème fondamental de la condition humaine qui est celui de l'angoisse face à la mort ».
[2588] Wolf Christa, *Op. cit.*, p. 9-10 : « En sombrant, je frôle le visage agonisant de ma mère. Je suis près de la fenêtre de sa chambre d'hôpital et me vois avec ses yeux […]. Je m'entends dire : ils sont entrés à Prague. Et j'entends ma mère murmurer : il y a pire. Elle se tourne vers le mur. Il y a pire ; elle meurt. Je pense à Prague ».

cancers dits de mauvais pronostic bénéficient, en fonction de leur avancement, d'un aléa et d'innovations dans les soins qui en modèrent la condamnation[2589] contrairement à la maladie de Charcot restant à ce jour systématiquement sans issue. Bien qu'elle n'en précise jamais la dénomination exacte mais en évoque simplement les symptômes, la maladie auto-immune dont semble souffrir Claire Marin est une maladie chronique. Selon ses propres termes, fondés sur son expérience subjective de la maladie, la maladie chronique implique un certain nombre de pertes[2590] mais il n'est jamais mentionné d'évolution inévitablement létale. Il n'en demeure pas moins que la maladie l'a précipitée dans « la logique de la mort ». Ce n'est certes pas l'expérience de tous les patients souffrant d'une maladie chronique, pour lesquels celle-ci n'est pas un cheminement vers la mort mais avant tout une nouvelle norme de vie[2591].

3.2.2 – Face à l'inconnu de la maladie, la confusion des repères entre vie et mort

Indépendamment de l'idée même de mort qui s'impose à l'esprit du fait de la maladie (la conscience de sa propre finitude étant notoirement acutisée dans ce contexte), une autre approche permettrait peut-être d'éclairer en quoi la maladie, même non létale, peut à ce point constituer une expérience mortifiante. La maladie, par les multiples inconnus, étrangetés et infinies variantes dans les souffrances qu'elle peut susciter, irait jusqu'à provoquer une sorte de confusion de la personne dans sa propre expérience de la maladie. Lorsque l'expérience de la maladie devient confuse, jusqu'à même ne plus pouvoir distinguer la vie de la mort, elle pourrait alors susciter une sorte de doute total ainsi que le propos très étayé de Virginia Woolf dans son livre *La maladie* tend à le montrer :

> Considérant combien les maladies sont répandues, le chamboulement spirituel qu'elles entrainent, la stupéfaction que nous cause, en cas de santé déclinante, la découverte de contrées jusqu'alors inexplorées, les friches et les déserts de l'âme que le moindre symptôme de grippe fait surgir, les précipices et les pelouses parsemées de fleurs bigarrées qu'une légère poussée de fièvre révèle, les chênes antiques et inflexibles déracinés en nous sous l'effet d'une indisposition, la façon dont nous sombrons dans l'abîme de la mort et sentons les eaux de l'anéantissement se refermer juste au-dessus de nos têtes avant de nous réveiller, pensant être en présence des anges et des harpistes, lorsque nous nous faisons arracher une dent et revenons

[2589] Je renvoie au panorama 2025 des cancers en France publié par l'institut national du cancer, chapitre « 1990-2025 : survie ». En ligne : Données globales d'épidémiologie des cancers, consulté le 17 juillet 2025

[2590] Lefilleul Alice, Beressi Julie (réalisation) [émission radiophonique, *Être malade*]. *Op. cit*. Au temps 29 minutes, interview de Marin Claire : « Il y a aussi des choses qu'on perd définitivement. Ce n'est pas juste l'expérience d'être malade et puis de revenir à la normale. On peut recréer une forme de normalité mais il y a la plupart du temps des choses qui sont définitivement perdues, que ce soient des espoirs, des ambitions, des représentations ou que ce soient des vraies possibilités ou des capacités. Il est possible qu'on ne puisse reprendre qu'à mi-temps, il est possible qu'on ne puisse pas reprendre le même travail, on perd des amis, on perd des conjoints ».

[2591] Ibid. : Au temps 31 minutes, une patiente témoigne de sa propre expérience subjective de la maladie chronique et de son rapport à l'idéation mortifère que la maladie peut susciter : « C'est lourd des fois, parce que même si on accepte, même si ça fait partie de soi, des fois c'est pesant. Les allers-retours à l'hôpital et tout ça. Mais il faut s'accrocher parce qu'en vrai de vrai, c'est une maladie chronique, c'est à vie, on apprend à vivre avec. Moi, je vis ma vie, franchement c'est pas un frein en vrai pour moi » et temps 53 minutes 20 « En gros même des fois, j'oublie que je suis malade. C'est pas, je me réveille, ah oui j'suis malade. Je dors, j'suis malade, c'est ennuyant quoi. En vrai, vis ta vie et voilà ! Dans tous les cas, on va tous mourir, en vrai de vrai. Donc c'est pas un frein la maladie ».

à nous sur le fauteuil du dentiste, confondant ses « Rincez-vous la bouche » avec les paroles de bienvenue d'une divinité se penchant du Paradis pour nous accueillir [2592].

Virginia Woolf complète ici la métaphore du dépaysement suscité par « la découverte de contrées jusqu'alors inexplorées » sous l'effet de la maladie, par celle d'un voyage vers l'au-delà. Car parmi ces découvertes inattendues, il en est aussi de ces zones asséchées (« déserts »), sans vie et négligées (« friches »), imprégnées du malheur (« précipices ») qui viennent se révéler telles des prémices à « l'abîme de la mort ». Que ces territoires soient jusque-là restés méconnus – parce que la santé est d'abord silence du corps vivant[2593] et tranquillité de l'âme – , n'exclut pas qu'il puisse aussi bien s'agir d'hallucinations (« pelouses parsemées de fleurs bigarrées »). Il n'empêche que l'expédition au cœur de ces territoires plus souvent sinistrés que fleuris suscite un intense abattement ainsi que l'illustre l'image de « chênes antiques et inflexibles déracinés ». Autant d'expériences suggestives de l'au-delà, celui des « anges », que Virginia Woolf va même jusqu'à qualifier de « Paradis ». C'est dire si le malade ne sait plus s'il s'agit de la vie ou de la mort. Suis-je en train de mourir (« sentons les eaux de l'anéantissement se refermer ») voire suis-je déjà mort (« les paroles de bienvenue d'une divinité se penchant du Paradis pour nous accueillir ») semble se demander le malade. Conformément à cette « logique de la mort » précédemment évoquée par Claire Marin, peuvent s'installer une idéation mortifère (« nous sombrons dans l'abîme de la mort ») autant que parfois un vécu de confusion jusqu'à l'indistinction entre la vie et la mort. En témoignent les affres d'une extraction dentaire (à l'époque sans anesthésie) au point, pour la personne concernée, de « confond[re] ses « Rincez-vous la bouche » [prononcés par le dentiste] avec les paroles de bienvenue d'une divinité se penchant du Paradis pour nous accueillir ». Car, quelque mal que ce soit affectant la santé, et donc quel que soit sa gravité (« moindre symptôme de grippe », « légère poussée de fièvre », « indisposition », se faire « arracher une dent »), il peut donc d'emblée renvoyer à l'idée de sa propre mort voire à l'impression de l'être déjà.

Virginia Woolf suggère ici clairement que l'ébranlement des repères habituels provoqué par des symptômes aussi fréquents, et le plus souvent bénins, que ceux d'une banale « indisposition » comme d'une poussée de « fièvre » suffit à plonger la personne dans un éprouvé de « catastrophe »[2594] jusqu'à même se sentir menacé de mort[2595]. Quelque chose s'est effondré (aussi ponctuelle soit cette sensation d'effondrement) au point de dérouter le projet d'une vie à l'œuvre vers des projections mortifères. Il n'est donc pas même besoin de subir une maladie

[2592] Woolf Virginia. *Op. cit*., p. 23-24.
[2593] Je fais référence à l'aphorisme du chirurgien René Leriche – daté de 1936 et régulièrement repris depuis – par lequel il définissait la santé en se basant du point de vue des patients : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes [...] la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir ».
[2594] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 16-17.
[2595] Je m'appuie sur la définition proposée par le CNRTL du terme « catastrophe », lequel est explicitement utilisé par la philosophe Claire Marin pour décrire l'effet de la maladie (Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 16-17 ; Marin Claire. *La maladie. Op. Cit.*, p. ?). On constate que catastrophe et mort sont considérés comme étroitement reliés : « Événement brutal qui bouleverse le cours des choses, en provoquant souvent la mort et/ou la destruction ». Les synonymes retenus incluent « *Désastre, fléau, malheur* ». Et, par extension : « Événement aux conséquences particulièrement graves, voire irréparables ; état qui en résulte, ruine, désastre ». Site du CNRTL consulté en ligne le 02 juillet 2025 : CATASTROPHE : Définition de CATASTROPHE.

effectivement très grave par la menace vitale qu'elle fait directement peser (à l'instar d'une rupture d'anévrysme) pour être à ce point pris de stupeur et d'effroi face à une situation considérée comme rien moins qu'un désastre. Cette sensation de mort imminente déjà évoquée peut, de fait, être classiquement rapporté aussi bien en cas de crise d'angoisse que d'embolie pulmonaire. Ces deux hypothèses diagnostiques bien qu'aux antipodes l'une de l'autre n'en suscitent pas moins pour la personne un semblable état de doute total quant à sa condition. Cette condition oscille alors entre deux extrêmes, soit celle d'un vivant incarné, pris dans les affres méconnues et bouleversantes d'une souffrance bien terrestre (qu'elle soit de nature physique ou psychologique), soit celle d'une âme en peine, lestée de son corps mort et traversant le Styx avant d'être accueillie par les anges du ciel. C'est dire si toute maladie, quelle qu'elle soit, affectant l'équilibre paisible et silencieux de la santé peut déstabiliser la personne et susciter un état de confusion et de profond malaise quant à ce qui est réellement vécu. C'est comme s'il s'agissait d'un tout autre monde où tout est source de sensations extraordinaires parce qu'inédites, confuses, dénuées de repères et de stabilité ainsi que le suggère aussi le philosophe Ruwen Ogien :

> Comment parler de l'expérience personnelle de la maladie ?
> Je la trouve confuse, inconstante, incohérente. Et j'ai pensé que, pour restituer ce sentiment par l'écriture, j'aurais peut-être intérêt à me servir de la technique narrative rendue célèbre par le *Rashomon* d'Aki Kurosawa[2596].

En convoquant l'effet *Rashomon*, Ogien ne cherche pas à souligner combien les inévitables différences de perspective entre patient et soignant peuvent conduire à des appréciations divergentes d'une même situation ou d'un même évènement, tout en étant aussi vraies les unes que les autres. Il le convoque pour illustrer combien l'expérience de la maladie par le patient lui-même peut elle-même être très variable en fonction des fluctuations de son état et de l'évolution de ses propres perspectives (étant donnée la diversité de leurs déterminants qui ne sont pas seulement de nature sanitaire mais aussi affective, socio-professionnelle, économique, etc.). Parce que la maladie et ses traitements peuvent provoquer une période de grande instabilité, le malade ne cesse de voir sa perception du monde fluctuer. Un jour, il parait menaçant, le lendemain accueillant. Pour Ogien, la vérité subjective du patient (par opposition à des critères objectifs d'évaluation d'un soignant qui apporteraient toujours la même interprétation d'une même situation donnée) est fluctuante, instable au point de qualifier sa propre expérience de la maladie de « confuse, inconstante, incohérente ». Comme s'il devenait un kaléidoscope d'expériences toujours plus inédites, changeantes et imprévisibles les unes que les autres, certaines sublimes semblant relever d'un pur onirisme tandis que d'autres morbides et mortifères plongent dans l'angoisse hallucinatoire de mort. Dans cet état de doute total, se concrétise effectivement la réalité de sa vulnérabilité irréductible et partant aussi l'idée de mort inéluctable.

[2596] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 23

4 – Certitudes et incertitudes, une source diversifiée de doute pour les patients

Doute, incertitude et certitude sont étroitement liés mais leurs intrications sont complexes. Dans l'appréhension des situations médicales qui les affectent, les patients témoignent, au gré de la diversité de leurs comportements et de leurs vécus, de cette complexité. Si l'on comprend ainsi bien qu'une situation d'incertitude puisse susciter du doute, cette association, certes très fréquente, n'est pas systématique. L'état d'incertitude n'est donc pas forcément déstabilisant et n'impose pas toujours d'évoluer dans ses repères et ses croyances. Quant à l'état de certitude, il n'est pas l'exact opposé du doute, pouvant même en générer sur le mode de la suspicion et de la défiance. Il apparait en fait que le doute peut être très diversement mobilisé selon le degré de certitude ou d'incertitude d'une situation mais également selon l'effet qu'ils produisent sur la personne. Opérant tel un *Pharmakon*, certitudes comme incertitudes peuvent de fait provoquer un effet de remède ou de poison, être source d'espoir ou pas, être libérateur ou aliénant, rassurant ou angoissant. Si, eu égard aux performances de la science, il parait certes légitime d'aspirer à des certitudes en matière biomédicale, certaines d'entre elles peuvent accabler par le tragique dont elles sont porteuses. A titre d'exemple, l'absence de ressources thérapeutiques et l'inéluctable évolution de la maladie de Huntington a conduit à ne pas systématiser le dépistage génétique pour soulager les personnes du poids sentenciel d'une telle certitude à venir[2597]. Des contradictions au déterminisme génétique existent aussi parfois qui apportent une bienveillante marge d'incertitude, à l'instar des patients porteurs d'une mutation *BRCA2* dont l'expression clinique peut être variable et décalée dans le temps[2598]. A l'inverse, parce que chaque personne vit selon des habitudes et manifeste son besoin de repères stables, les situations d'incertitude, tel que le moindre évènement de santé peut en générer, peuvent susciter de la crainte et s'avérer particulièrement anxiogènes. Pourtant, en même temps qu'elle provoque de l'inconfort jusqu'à parfois une peur existentielle[2599], l'incertitude peut aussi être une source de légèreté et d'espoir en ouvrant vers d'autres voies possibles[2600]. Je proposerai ici d'aborder un panel de situations aussi variées que possibles à même d'illustrer ces intrications complexes. Si l'on ne peut certes pas en tirer de règle absolue malgré des tendances, elles n'en permettent pas moins d'éclairer en quoi cela contribue à l'épreuve du doute que traversent les patients et la module selon des déclinaisons très variées.

4.1 – L'effet *Pharmakon* de l'état d'(in)certitude

A rebours des idées reçues consistant à considérer l'état d'incertitude comme un facteur de risque (d'erreur, de confusion, d'instabilité) et celui de certitude comme un facteur de protection, les récits de patients nous montrent que les situations sont en réalité bien plus

[2597] Je renvoie au dossier de l'INSERM sur le sujet. En ligne : Maladie de Huntington · Inserm, La science pour la santé, consulté le 12 mars 2026.
[2598] Schubert Elizabeth L., Lee Ming K., Mefford Heather C., Argonza Rhodora H., Morrow Jan E., Hull Judy, *et al. BRCA2 in American Families with Four or More Cases of Breast or Ovarian Cancer. Recurrent and Novel Mutations, Variable Expression, Penetrance, and the Possibility of Families Whose Cancer Is Not Attributable to BRCA1 or BRCA2*. Am J Hum Genet 1997;(60):1031-40. Je partage aussi mon expérience (professionnelle et familiale).
[2599] Bronner Gérald. *L'incertitude*. Paris: Presses universitaires de France; 1997
[2600] Astor Dorian. *La passion de l'incertitude*. Paris: l'Observatoire; 2020.

complexes. Conformément au principe de *Pharmakon*, tel qu'analysé par Jacques Derrida dans « La pharmacie de Platon »[2601], il semble qu'autant l'incertitude que la certitude peuvent avoir des effets toxiques comme salvateurs.

4.1.1 – L'état de certitude comme poison ou comme remède

L'état de certitude peut être un terrible poison[2602]. Outre qu'elle peut conduire à une posture de rigidité et de fermeture à l'égard du dialogue comme d'autres possibles, tout imprévu en étant exclu, elle est plus souvent associée au vécu de catastrophe. La certitude endosse le vêtement du tragique, terrorise, traumatise, dépossède, enferme, détruit l'ouverture et l'espoir. La philosophe Claire Marin fait manifestement l'expérience personnelle d'un tel état de certitude tragique à prisme de la maladie qui l'affecte et dont elle ne précise jamais le nom. Je la cite :

> Je ne guérirai pas. Je suis, pour le reste de ma vie, atteinte d'une maladie. J'en mourrai, si un virus opportuniste ne profite pas de ma faiblesse pour lui voler la priorité. Voilà l'assurance de mes vieux jours. Le visage de ma mort est le mien. Je me détruis de l'intérieur, progressivement, avec certitude[2603].

Cette citation n'est que certitudes amères (« Je ne guérirai pas », « J'en mourrai », « Je me détruis ») et l'autrice, révoltée, semble considérer que rien ne saurait les contredire (« progressivement, avec certitude »). Pourtant, si la certitude d'incurabilité (« Je ne guérirai pas ») fait partie du lot des maladies chroniques, s'agissant effectivement d'un critère de définition, rien ne permet d'affirmer son irréductible létalité (« J'en mourrai »). C'est dire si cette modalité d'appréhension de la maladie au prisme de la certitude tragique des dommages (« Je me détruis de l'intérieur »), des pertes (« ma faiblesse ») et des perspectives mortifères (« Le visage de ma mort est le mien ») est source de rigidité, d'entêtement dans la souffrance subie et à venir. L'envahissement mental par les projections morbides semble si massif qu'il ne laisse place à aucun autre horizon (« Voilà l'assurance de mes vieux jours »). Dans ce propos Claire Marin paraît comme intoxiquée par ces certitudes amères au point qu'elle ne parvient pas à mettre le moindre jeu, le moindre doute, sauf à considérer avec une ironie non moins amère l'occurrence d'un autre mal tout aussi mortifère (« un virus ») qui, s'il s'avérait à même de détourner un tant soit peu son regard, ne la condamnerait pas moins à périr (« lui voler la priorité »). Semblant totalement privée de doute, lequel fait dès lors figure d'oxygène salvateur, elle paraît comme asphyxiée et aveuglée par l'horizon fermé d'une maladie appréhendée dans sa seule dimension tragique de destruction et de mort.

Pour Philipe Forest aussi, témoin dévasté et impuissant du parcours diagnostique et de soins de sa fille, lorsque la certitude du mal s'impose telle une évidence, il n'y a plus non plus de place possible pour le doute. C'est ainsi qu'il écrit :

[2601] Derrida Jacques. *La dissémination*. Paris: Seuil; 1972, p. 69-197.
[2602] Astor Dorian. *Op. cit.* L'auteur s'emploie à rappeler cet aphorisme rapporté à Nietzsche : « Ce n'est pas le doute qui rend fou, c'est la certitude ».
[2603] Marin Claire. *Hors de moi. Op. Cit.*, p. 12.

> Il n'était pas indispensable d'être médecin pour constater à quel point le cancer gagnait. Un examen à l'œil nu suffisait […] le mal semblait toujours en avance sur les mesures prises pour en effacer les effets. […] même pour un regard non exercé, il suffisait d'une simple radiographie pour apprécier la violence de la tumeur[2604].

La certitude de la maladie agressive (« la violence de la tumeur ») et galopante (« le cancer gagnait », « toujours en avance ») n'a pas même besoin de données scientifiques ou d'une expertise médicale pour s'imposer à la conscience. Parce que, conformément aux enseignements de Canguilhem, la maladie est d'abord une expérience subjective[2605], le sensible, jusqu'à parfois même simplement le visible (un certain type d'amaigrissement ou d'aspect du visage[2606], une excroissance[2607], l'essoufflement et tous ces autres signes de détresse vitale accessibles au simple regard), peuvent suffire au patient et ses proches (« pas indispensable d'être médecin ») à comprendre ce qu'il en revient de cette écrasante évidence. « La vérité du mal est là »[2608]. Aussi enfoui soit-il, « la violence » d'un cancer se voit (« à l'œil nu », « même pour un regard non exercé ») sur le corps donc, mais aussi sur la moindre imagerie (« une simple radiographie ») dont même un non professionnel en est amené à comprendre malgré lui la lisibilité. Ce cancer de Pauline n'offre à Forest pas d'autre issue que sa certitude tragique. Et de cette évidence diagnostique en découlent bien d'autres tout aussi tragiques qu'empli du dégoût de l'horreur, il ne peut que décliner aux prises avec une inhumaine détresse :

> […] l'évidence était sous nos yeux : il paraissait difficilement imaginable qu'on puisse ôter le cancer tout en préservant la partie du corps qu'il occupait désormais tout entier. C'est pourquoi j'ai signé la décharge […] j'acceptais qu'une chirurgie « non conservatrice » – tel était l'euphémisme – soit pratiquée à ma fille[2609].

L'abominable certitude qui s'impose alors à lui est que le corps de son enfant d'à peine 3 ans va devoir être mutilé. Qu'il soit « difficilement imaginable qu'on puisse ôter le cancer tout en préservant la partie du corps » le conduit à la certitude de l'inimaginable, de l'impensable, de l'inacceptable, l'amputation (« chirurgie « non conservatrice » »). La déflagration est telle qu'écœuré jusqu'à la révulsion par l'idée même d'un geste aussi invraisemblable, il est comme tabassé par le doute. Comment croire (et donc y consentir) en ce qui n'est pas même pensable, l'amputation du bras de sa fille, tout comme plus tard l'amputation d'une partie de son poumon. Pourtant la certitude tragique du mal, son agressivité tellement visible[2610], font inexorablement

---

[2604] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 19.
[2605] Canguilhem Georges. *Le Normal et le Pathologique*. *Op. cit*., p. 65 : « La pathologie, qu'elle soit anatomique ou physiologique, analyse pour mieux connaître, mais elle ne peut se savoir pathologie, c'est-à-dire étude des mécanismes de la maladie, que parce qu'elle reçoit de la clinique cette notion de maladie dont l'origine doit être cherchée dans l'expérience qu'ont les hommes de leurs rapports d'ensemble avec le milieu ».
[2606] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 93 : « c'est le corps tout entier qui retentit des effets de la maladie. Il se creuse, s'évase, pâlit, se défait ».
[2607] *Ibid.*, p. 94 : « L'épaule est devenue un impensable ballon de chair. La peau est tendue à craquer, luisante, sourdement chauffée par la folie des cellules qui prolifèrent. Autour de ce noyau rayonnant, il n'est pas difficile d'imaginer comment la maladie se diffuse et sème ses germes dans l'organisme tout entier ».
[2608] *Ibid*.
[2609] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 20-21.
[2610] La visibilité du mal force ici la résolution du doute quant aux actions à mener pour tenter d'éviter le pire, l'amputation pouvant de fait sauver la vie. A l'inverse un péril invisible, impalpable, dont soi-même ou un proche

leur œuvre au point d'imposer un changement radical de position (« j'ai signé la décharge ») et de conduire à un tout autre type croyance à savoir que de telles mutilations peuvent la *préserver*.

Mais s'il peut être un poison, l'état de certitude peut tout aussi bien, conformément à la dynamique du *Pharmakon*, constituer un remède. Parmi ses aspects positifs, je retiendrais que la certitude contribue à l'incrémentation et la validité des connaissances, et conséquemment aux prises de décision médicale, s'agissant particulièrement de leur utilité et leur sécurité. Tendre à l'état de la certitude est une façon d'approcher au plus près de la vérité, au sens où celle-ci a pour vocation de rendre compte de la réalité, en s'appuyant pour cela sur les valeurs de rigueur et de justesse. Je prendrais pour illustration de cet impact favorable de l'état de certitude, le témoignage de Clémentine Vergnaud dans le cours du parcours de soin de son cancer. A la fois insatisfaite par les réponses pour le moins floues, confuses et distantes de ses oncologues quant à sa situation[2611] et irritée de s'entendre dire par tout un chacun qu'elle va s'en sortir, elle en est venue à éprouver le besoin impérieux de fixer des repères clairs et de sortir de cet état instable dans lequel elle ne sait que croire. Conformément à l'approche peircienne, il s'agit de cet état inconfortable de doute dont la résolution passe par la fixation d'une nouvelle croyance[2612]. Cette clarification qu'elle opère par ses propres moyens la conduit aux réflexions suivantes :

> Lorsque je décide que j'en ai lu assez et que je ferme le navigateur, je suis étonnamment très calme. Je sais. Je suis enfin fixée sur mon sort[2613].
>
> Au fond, j'ai toujours su depuis le début de cette maladie que je ne m'en sortirais pas. Mais le constater par la raideur implacable des chiffres est autrement plus difficile. Cette nuit-là, je suis à la fois soulagée de savoir et terriblement angoissée par la vérité[2614].

Alors que cette formule : « il y a toujours une part d'incertitude »[2615], lui était resservie *ad nauseam* au point d'en devenir inaudible, Clémentine Vergnaud a fait un choix radical, celui de fixer clairement ses idées quant au pronostic de sa maladie (« Je sais », « enfin fixée sur mon sort », « soulagée de savoir », « la vérité ») et conséquemment son avenir. Les données étant imparables et disposant en outre de son expérience des effets (favorables autant que délétères) des premiers traitements reçus, elle juge d'elle-même que « cette fois c'est clair : je vais y laisser ma peau »[2616]. Il est notable que cette nouvelle pourtant tragique contribue paradoxalement à l'apaiser (« enfin fixée », « étonnamment très calme », « soulagée de savoir »). Comprendre clairement qu'elle va mourir de son cancer est certes extrêmement « difficile » (« terriblement angoissée par la vérité »), elle n'en retrouve pas moins un équilibre. Cela lui

---

ne pâtit pas encore, suscite d'autant plus de doute et de résistances parfois irréductibles. Je pense à la pandémie de covid et au refus des mesures sanitaires proposées.

[2611] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 57 : « A chaque fois que j'ai posé la question du pronostic à mes oncologues, je les ai sentis prudents et en même temps embarrassés. « Chaque cancer est différent », m'assurent-ils ».

[2612] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.

[2613] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 62.

[2614] *Ibid.*, p. 63.

[2615] *Ibid.*, p. 67.

[2616] *Ibid*., p. 61.

permet ainsi de sortir enfin de cet état de doute infernal, entretenu à la fois par les non-dits des soignants et par la peur de tous ceux qui ne supportent pas l'idée de la mort, préférant du coup entretenir l'illusion et le déni sur ce sujet.

4.1.2 – L'état d'incertitude comme poison mais aussi comme remède

Poursuivant le fil de l'expérience de la maladie que Clémentine Vergnaud a partagé grâce à son podcast et son journal, il apparaît qu'en plus de l'effet remède que lui a procuré l'état de certitude quant au pronostic de sa maladie, elle témoigne aussi des effets toxiques pour elle de l'incertitude (son effet poison). Bien qu'ils ne soient pas strictement antonymes c'est comme si, au regard de son expérience singulière, certitude et incertitude opéraient à la façon d'un miroir inversé. L'extrait suivant relate un moment particulièrement intense pour elle de confrontation à l'incertitude. Souffrant d'un syndrome de tako-tsubo[2617], une complication cardiaque très grave et à l'issue incertaine, d'une part il lui est annoncé qu'elle peut mourir assez vite, d'autre part il lui est demandé ce qu'elle souhaite et notamment si elle dispose de directives anticipées[2618].

> Et elle m'explique calmement ce qui se passerait s'ils m'envoyaient en réanimation […] Combien de temps ? Impossible de dire. Pour quel résultat ? *Idem*. Je suis là encore sonnée. Elle me demande, elle aussi, si j'ai des souhaits ou des directives. […] Elle m'interroge pour savoir si je serais d'accord pour aller en réanimation. Je suis incapable de répondre. Je lui dis qu'il y a trop d'inconnues dans l'équation. Si j'avais la certitude que ça me sortirait d'affaire rapidement, oui. Seulement, en l'occurrence, je peux tout aussi bien finir par mourir quand même après avoir beaucoup souffert[2619]

Tout, le moindre évènement, la moindre hypothèse (« ce qui se passerait »), la moindre décision (« aller en réanimation »), tombent sous le coup de l'incertitude. Elle peut mourir ou pas (« tout aussi bien finir par mourir »). La réanimation peut lui être utile ou pas (« Pour quel résultat ?) et sans même pouvoir en préciser les conditions (« Combien de temps ? »). Il est tout à la fois « impossible de dire », de savoir, de répondre, de décider (« incapable de décider »). Cette incertitude massive affecte ici tout autant la patiente que la soignante[2620], l'une interrogeant l'autre, et réciproquement, sans pouvoir jamais disposer de réponse claire et ferme ni de l'une ni de l'autre. L'incertitude est ici une puissante source de doute jusqu'à en être critique au point de gêner, en la complexifiant, la prise de décision et donc la continuité des soins ce qui amplifie en retour l'inconfort d'être sans repères, dans l'inconnu et l'instabilité[2621]. L'épreuve de l'incertitude est donc, à bien des égards, un état parfois difficile tant, dans l'ignorance et l'imprévisibilité des évènements à venir, il peut être source d'angoisse, de confusion, d'illusions

---

[2617] *Ibid*. :134 : « syndrome du cœur brisé, qui produit ces effets lors d'un stress physique ou psychologique ».

[2618] Je renvoie au texte de loi. En ligne : Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Légifrance, consulté le 12 mars 2026.

[2619] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 136.

[2620] *Ibid.*, p. 134-137. La médecin de Clémentine Vergnaud tiendra compte *in fine* de la décision collégiale prise en staff d'un non-passage en réanimation.

[2621] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'incertitude comme ferment de doute et de crise*.

trompeuses, d'impréparation, d'erreurs de jugement quant à sa situation ce que Clémentine Vergnaud a toujours cherché, autant qu'il lui était possible, à fuir.

Mais l'incertitude en tant qu'inhérente à la vie même, soumise à bien des aléas et incontrôlable sur bien des aspects, vient opposer sa puissance vitale à ce que d'aucuns considèrent comme la seule certitude, à savoir la mort. C'est pourquoi avoir de l'imprévisible est certes inévitable mais permet aussi de toujours pouvoir envisager de s'inventer une nouvelle voie, si ce n'est vie, possible. Confronté à la maladie, les enjeux liés à l'incertitude voient leur acuité amplifiée mais pas toujours de la façon la plus péjorative qui soit. C'est ainsi que par contraste avec la certitude massive du cancer agressif de Pauline et son sombre présage, les notes d'incertitude paraissent à Forest bien légères. Lorsqu'il parle « de lever la très légère incertitude que faisait apparaître la plus récente radio pulmonaire »[2622], l'incertitude s'invite telle une façon de repousser l'idée du pire, de temporiser, dédramatiser et surtout donner foi à la vie. C'est pourquoi l'incertitude peut paraitre, aux patients et à leurs proches, rassurante en ce sens que la situation ne saurait être définitivement figée, actée à l'avance et peut donc demeurer source d'espoir[2623]. Forest en témoigne[2624], restant tout le long empli d'espoir, inconvaincu par tout ce qui pourtant alourdit le poids de la certitude tragique mais dont il ne cessera de douter. L'intrication étroite entre incertitude et doute est ici mobilisée non pas de façon morbide mais tel un puissant élan vital[2625]. Parce que le doute est une aptitude à accueillir et interroger toute situation – de la plus classique et banale à la plus inhabituelle et imprévue, de la plus anodine à la plus grave – doublée du pouvoir de suspendre tout jugement définitif, il laisse ainsi ouverte toute possibilité évolutive, ce à quoi invite précisément cette incertitude essentielle liée à la vie humaine.

4.2 – L'état de doute des patients comme effet de l'omniprésence de l'incertitude en médecine

Incertitude et doute ne sont certes pas synonymes, le premier renvoyant à l'instabilité et l'imprévisibilité d'une situation (dont l'état de la connaissance ou encore l'état de santé d'une personne ou d'une population) tandis que le second au fait d'interroger (y compris donc les certitudes) au sens où sa déclinaison sceptique de l'Antiquité le précise à savoir une attitude consistant à observer, réfléchir, ne rien affirmer[2626]. Incertitude et doute n'en sont pas moins étroitement liés et tendent à se susciter l'une l'autre réciproquement. Or, la médecine confronte en permanence à des situations d'incertitude[2627], ainsi que le célèbre médecin du 19e siècle William Osler le professait en disant que « La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité »[2628]. L'incertitude étant inhérente aux évènements de santé et à la pratique

[2622] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 22.
[2623] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *le doute comme possibilité d'espérer*.
[2624] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*.
[2625] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'état de doute des patients comme effet de l'omniprésence de l'incertitude.*
[2626] Je reprends ici le sens étymologique proposé sur le site du CNRTL consulté en ligne le 8 aout 2025 : SCEPTIQUE : Définition de SCEPTIQUE.
[2627] Fox Renée. *L'incertitude médicale*. Paris: L'Harmattan; 1988. Fox Renée C. *Talcott Parsons, My Teacher*. The American Scholar 1997;66(3):395-410. Parsons Talcott *The Social System*. Glencoe: Free Press; 1951.
[2628] Bean Robert Bennett, Bean William Bennett. *Sir William Osler aphorisms. From his bedside teachings and writings*. New York: Henry Schuman, 1950, n°265, p. 125.

médicale, c'est dire si l'état de doute est lui aussi omniprésent ou du moins toujours susceptible de s'éveiller et de s'aiguiser dans ce contexte. Je n'aborderai pas ici la façon dont les professionnels de santé sont en difficulté et réagissent, décident, agissent en situation d'incertitude, ce sujet faisant l'objet de très nombreux travaux[2629]. Etant donné tout ce qui différencie patients et soignants, je propose par contraste avec les seconds d'orienter l'attention vers les premiers, c'est-à-dire d'apprécier la réception et le vécu des patients eux-mêmes quant à cette omniprésence de l'incertitude en médecine, en quoi elle est pour eux révélatrice de la futilité de l'idée même de maitrise et des liens qui s'opèrent avec leur éprouvé de doute.

4.2.1 – De l'incertitude au doute, il n'y a qu'un pas pour les patients

Dans son ultime ouvrage *Mes mille et une nuits*, Ogien écrit : « Je croyais qu'après la chirurgie je serais débarrassé de la maladie. […] En fait, la chirurgie n'est qu'une première étape dont les effets sont incertains. Je dois subir ensuite une chimiothérapie qui est censée prévenir les récidives »[2630]. Ce propos, empreint d'humour grinçant et d'amertume, est en fait communément partagé par bien des patients. Il illustre à la fois une brutale prise de conscience (« je croyais qu' », « En fait ») et le consentement contraint (« je dois subir ») à un projet thérapeutique complexe, difficile et à l'issue non garantie. Sa vie et tout ce qui en constituait le sens et la texture jusque-là, sa santé sous le coup du cancer, son traitement incomplètement défini (chaque nouvelle étape dépendant de l'issue imprévisible des précédentes) ne sont plus dominés que par une écrasante incertitude (« dont les effets sont incertains », « censé prévenir »). Par l'ironie, Ogien dépeint cet engrenage infernal et sans répit dans lequel la maladie semble inéluctablement l'entrainer puisqu'il lui est impossible d'avoir l'assurance d'en être débarrassé y compris après une chirurgie délabrante et que la menace de « récidives » ne peut pas non plus être éradiquée en dépit de la chimiothérapie, et ainsi de suite. Dubitatif, il s'interroge en conséquence et de façon légitime sur sa situation médicale, sur ses traitements, sur son avenir. Il est notable que, même pour des affections de pronostic vital bien moins réservé que celui de Ogien et même avec des traitements qui ont largement fait leurs preuves, la maladie, au gré de son parcours de soins, reste un chemin d'incertitudes plus ou moins long voire sans fin et périlleux. C'est dire si, pour Ogien comme pour d'autres patients, l'incertitude quant à l'évolution de sa santé et quant à l'issue de ces épreuves qui ne semblent, de fait, pas devoir cesser est omniprésente. Le texte de son essai prend d'ailleurs parfois la forme d'un journal de bord de patient en sursis relatant à la fois ces étapes difficiles de traitement et cette occurrence inopinée de nouvelles désarmantes ou d'évènements accablants sources tout à la fois de peur et de dégoût. Il décrit bien à quel point il lui est dès lors difficile de ne pas être si souvent, parfois même de façon subintrante, submergé de doute. Il en est parfois à simplement réduit se questionner sur ce qu'il y a lieu ou pas de comprendre et conséquemment de faire vis-

[2629] Fox Renée. *The Evolution of Medical Uncertainty*. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 1980;58(1):49. Fox Renée C., "Medical uncertainty revisited" in Albrecht Gary L., Fitzpatrick Ray, Scrimshaw Susan C. *The handbook of Social Studies in health and medicine*. London: Sage, 2000. Belhomme Nicolas et al. *Op. cit.* Hillen Marij A. et al. *Op. cit.*

[2630] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 166.

à-vis de sa situation, à un point tel qu'il ne parvient pas toujours à prendre certaines décisions[2631] ni simplement à retrouver un équilibre stable et prolongé.

4.2.2 – Les faiblesses et les progrès de la médecine, une source infinie d'incertitude

En dépit de son assise scientifique, ou bien précisément grâce à elle, la biomédecine n'est pas figée mais est au contraire une discipline évolutive et empreinte d'une irréductible incertitude propice au doute réflexif quant à ses potentialités. Que peut aujourd'hui la médecine dans mon cas va ainsi se demander le patient. S'il reste certes beaucoup à faire dans nombre de maladies, le 20e siècle a été marqué par une incroyable accélération et accumulation de progrès en matière sanitaire, l'émergence des antibiotiques n'étant pas le moindre de ces progrès quand bien même ceux-ci suscitent désormais d'autres inquiétudes et incertitudes par l'induction de résistances et la sélection microbienne auxquels ils contribuent[2632]. Preuve que la biomédecine continue de beaucoup évoluer offrant des éclairages physiopathologiques inédits, des performances diagnostiques croissantes et nombre de perspectives thérapeutiques innovantes. Des maladies au pronostic auparavant létal se voient révolutionnées au gré de l'émergence des thérapies dites ciblées. Il en fut ainsi, et de façon paradigmatique, de la leucémie myéloïde chronique grâce à l'arrivée au début des années 2000 de l'imatinib, première molécule phare de la famille thérapeutique, désormais majeure et ne cessant de croître, des inhibiteurs de tyrosine kinase. Bien que non guéries, les personnes atteintes de cette hémopathie maligne ont dorénavant une survie identique à celle de la population générale (alors qu'elle ne dépassait guère dix ans il y a à peine un quart de siècle) et une qualité de vie préservée[2633]. Les inhibiteurs de tyrosine kinases ou de bien d'autres kinases continuent de révolutionner le pronostic vital et fonctionnel de nombre d'autres maladies, cancéreuses ou pas[2634]. C'est dire s'il importe de pouvoir garder à l'esprit cette incertitude pronostique tant elle est porteuse d'espoir pour les patients comme leurs proches et dynamise les chercheurs. Pouvoir mettre en doute même des situations apparemment désespérées, n'est pas déni de la réalité mais ouverture vers un futur différent possible et à construire à l'échelle individuelle autant que collective[2635]. Si la suspension de tout

---

[2631] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 167 : Dans une note de journal du 20 août 2013, il écrit : « je me sens comme la chanteuse Emily Loizeau : je ne sais pas choisir » et dans celle du 22 août 2013 : « Le destin et ma difficulté à me décider ont donc choisi pour moi ».

[2632] Frère Jean-Marie. *La résistance des bactéries aux antibiotiques*. Bruxelles: Académie royale de Belgique; 2015

[2633] Guilhot François. *Leucémie myéloïde chronique : vingt ans d'analyses ciblées sur l'imatinib*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2023;207(6):739-45.

[2634] Je signale ici la découverte très récente, en 2018, des importants bénéfices de l'utilisation (soit en essai thérapeutique soit à titre compassionnel) d'un inhibiteur de phosphoinositide 3-kinase (alpelisib) dans le syndrome de Cloves (*Congenital Lipomatous Overgrowth, Vascular malformations, Epidermal nævi, Scoliosis/skeletal and spinal syndrome*). Pour la description de cette maladie, je renvoie au site ORPHANET consulté en ligne le 04 aout 2025 : Orphanet: Syndrome CLOVES. L'alpelisib, qui était en cours de développement dans le cancer du sein, a pu être repositionné pour cette maladie génétique caractérisée par la mutation du gène *PIK3CA*. Je renvoie à l'article scientifique princeps sur le sujet : Venot Quitterie, Blanc Thomas, Rabia Smail Hadj, Berteloot Laureline, Ladraa Sophia, Duong Jean-Paul*, et al. Targeted therapy in patients with PIK3CA-related overgrowth syndrome*. Nature 2018;558(7711):540-6.

[2635] Je souhaite ici rendre hommage à un patient décédé d'une maladie génétique rare qui, préalablement à son décès, a accepté les analyses pouvant être effectuées sur sa dépouille. Exprimant clairement son espoir que cela contribue à l'amélioration de la prise en charge de ses enfants eux-aussi atteints, une autopsie scientifique a permis d'éclairer de façon inédite les atteintes vasculaires jusque-là inconnues de cette affection, constituant une avancée significative dans sa description et sa prise en charge. Je renvoie à l'article scientifique correspondant : Chandesris Marie-Olivia, Gray Françoise, Bruneval Patrick, Azarine Arshid, Boddaert Nathalie, Oppenheim Catherine*, et al.*

jugement pronostique *définitif* ne doit certes pas empêcher de juger avec clairvoyance ni faire le lit de l'acharnement thérapeutique, elle est aussi propice à prévenir le renoncement aux soins et l'abandon des personnes.

4.2.3 – La vanité des statistiques en réponse à l'incertitude du patient

Par-delà les obstacles à leur mise en application pratique au chevet des malades[2636], l'incertitude relative à l'état d'avancement des connaissances scientifiques se nourrit d'une multitude facteurs dont l'émergence de nouvelles affections (à l'instar des bactéries multi-résistantes précédemment évoquées ou de la Covid-19 lors de son apparition) comme la rareté d'une pathologie ne sont pas les moindres. A travers le diagnostic de sa fille Pauline, Forest prend douloureusement conscience de la profondeur de l'inconnu dans lequel sa maladie les plonge autant que l'équipe médicale. Je retiens à ce propos deux citations issues de *L'enfant éternel* :

> Les annales médicales semblent n'avoir jamais enregistré aucun cas de ce type chez un si jeune enfant. L'agressivité propre de la tumeur est donc rigoureusement imprévisible. Les chiffrent ne signifient rien[2637].

> Mais le cas concerné est sans précédent. Les gigantesques bibliographies informatisées qui contiennent, de par le monde, tout le passé de l'oncologie ont été consultées. […] Le nombre de cas est si réduit qu'il est proprement impossible de tirer des leçons statistiques[2638].

Quand bien même chaque maladie est unique au sens où, ainsi que le rappelle Claude Bernard, chaque patient est différent[2639], la fréquence d'une pathologie et le niveau de connaissance s'y rapportant contribuent à l'état d'avancement et de complétude du savoir théorique et pratique, donc aux compétences médicales en la matière. A l'inverse, l'absence d'antériorité (« jamais enregistré aucun cas de ce type », « sans précédent ») ou l'extrême rareté (« nombre […] si réduit ») d'une pathologie donnée confrontent à la méconnaissance des professionnels, voire à leur ignorance, instaurant une situation incertitude d'autant plus grande dans la prise en charge (« rigoureusement imprévisible »). D'une part, n'ayant jamais eux-mêmes rencontré de pareil cas, les soignants sont naïfs de toute expérience, d'autre part même la littérature scientifique internationale (« tout le passé de l'oncologie », « de par le monde ») ne parvient pas à les instruire de façon significative sur la maladie telle qu'en l'occurrence elle se présente chez

---

A neuropathological study of cerebrovascular abnormalities in a signal transducer and activator of transcription 3-deficient patient. J Allergy Clin Immunol 2015;136(5):1418-21 e1-5.

[2636] Je pense notamment aux longs délais de développement des dispositifs médicaux et thérapies innovantes ainsi qu'à l'inadéquation possible entre la recherche scientifique (la paillasse, en anglais *the bench*) et les besoins concrets et immédiats des personnes (au lit du malade, en anglais *the bedside*) – y compris pour des motifs de seule rentabilité économique, notamment en cas de maladie rare –. Cela a conduit au concept de *valley of death*. La recherche translationnelle a pour ambition de combler ce mortel fossé (*from bench to bedside*) et d'accélérer la mise à disposition des personnes des résultats concrets de la recherche. Je renvoie aux articles suivants : Butler Decan. *Translational research. Crossing the valley of death*. Nature 2008;453(7197):840-2. Drolet Brian C., Lorenzi Nancy M. *Translational research: understanding the continuum from bench to bedside*. Transl Res 2011;157(1):1-5.

[2637] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 53.

[2638] *Ibid.*, p. 95-96.

[2639] Bernard Claude. *Introduction. Op. cit*., p. 241 : « jamais deux malades ne se ressemblent exactement ; l'âge, le sexe, le tempérament, et une foule d'autres circonstances apporteront toujours des différences ».

Pauline (malgré « les gigantesques bibliographies informatisées […] impossible de tirer des leçons »). Ainsi, non seulement rien ne permet d'avancer quelque prévision quant au comportement attendu de la maladie de Pauline (son « agressivité »)[2640], mais les chiffres ne veulent plus rien dire. Alors qu'« Ordinairement, on compte sur un taux de 70% de guérisons »[2641] aurait-on pris le risque de dire à Forest, en réalité toute donnée statistique est vaine. Quand bien même les données chiffrées influencent massivement le regard médical autant que les pratiques de soins, les statistiques œuvrant de fait comme un outil incontournable d'aide à la décision thérapeutique[2642] (notamment dans le cadre collégial des RCP), la situation exceptionnelle de Pauline contredit à elle-seule la moindre statistique. Elle révèle au passage la vanité de sa visée d'objectivité probabilitaire en ce sens qu'elle lèverait l'illusion du hasard[2643]. Les limites du projet de fonder la médecine sur la loi des grands nombres sont ici démasquées, les chiffres n'étant d'aucun intérêt, en plus d'être dénués de sens et de favoriser de trompeuses illusions. C'est dire s'il importe de s'autoriser un regard critique et une posture de doute à l'égard des statistiques, *a fortiori* lorsqu'elles sont mobilisées dans le cadre d'un colloque singulier visant par définition une situation individuelle. Il n'est d'ailleurs pas même besoin d'une maladie exceptionnelle pour que Claude Bernard lui-même justifie sa critique féroce et sa notable réticence « dans l'usage de moyennes ou dans l'emploi de la statistique »[2644] que ce soit en médecine ou en physiologie[2645]. Il estime en effet que « le médecin n'a que faire de ce qu'on appelle la *loi des grands nombres*, loi qui […] est toujours vraie en général et fausse en particulier »[2646] tout en rappelant que « la statistique […] ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude* »[2647], *a fortiori* à l'échelle individuelle, ajoutant que « le plus grand écueil de l'application du calcul aux phénomènes physiologiques, est toujours au fond leur trop grande complexité qui les empêche d'être définis et suffisamment comparables entre eux »[2648]. Ce qui importe à Claude Bernard est d'approcher autant que possible la vérité scientifique par la voie expérimentale, c'est-à-dire le déterminisme absolu des phénomènes physiologiques tout en ayant conscience des limites que génèrent inévitablement leur extrême diversité autant que leur « grande complexité »[2649].

[2640] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 16 : A ce sujet, une supposition notoirement anxiogène et impossible à vérifier n'a, à juste titre, pas été partagée avec les parents : « La tumeur paraissait d'autant plus virulente qu'elle se développait chez les plus petits patients. Mais cela, nous ne l'avons appris que beaucoup plus tard ».

[2641] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 53.

[2642] Corteel Mathieu (orateur), Klein Alexandre (organisation). *Les nombres et les choses : commentaire de l'ouvrage Le Hasard et le Pathologique.* Cycle de conférences intitulé « À la rencontre des historien.nes de la santé », conférence du 24 février 2022. Je cite Mathieu Corteel : « les probabilités médicales sont devenues notre boussole dans le hasard. En déchiffrant la fréquence, la répétition, les oscillations, les variations, les dimensions du pathologique, elles continuent d'ajuster l'étiologie, les soins, les comportements et les conduites sociales ».

[2643] Corteel Mathieu. *Le hasard et le pathologique*. Paris: Sciences Po; 2020, p. 86.

[2644] Bernard Claude. *Introduction. Op. cit*., p. 237-8.

[2645] *Ibid.*, p. 243 : Claude Bernard précise que « jamais la statistique n'a rien appris, ni ne peut rien apprendre sur la nature des phénomènes ».

[2646] *Ibid.*, p. 244. Claude Bernard ajoute ne pas comprendre « qu'on puisse arriver à une science pratique et précise en se fondant sur les statistiques ».

[2647] *Ibid.*, p. 241.

[2648] *Ibid.*, p. 238.

[2649] *Ibid.*, p. 247 : « Certainement nous n'arriverons jamais au déterminisme absolu de toute chose ; l'homme ne pourrait plus exister. Il y aura donc toujours de l'indéterminisme dans toutes les sciences, et dans la médecine plus que dans tout autre ».

Clémentine Vergnaud découvre elle aussi combien la rareté d'une pathologie non seulement révèle les faiblesses de la biomédecine en ternes de connaissances mais offre aussi une conscience aiguisée de l'irréductible inévitabilité du défaut de maitrise comme de la soumission à l'aléa. Alors même qu'ils ne sauraient éclairer la réalité individuelle, *a fortiori* dans ce type de configuration très inhabituel, les chiffres continuent pourtant d'être mobilisés comme mode de communication incontournable entre patients et soignants. Mais c'est finalement en découvrant sur internet « des résultats absolument affolants d'une survie de 7% à 10% à cinq ans quand on est opérable »[2650] (ce qui ne fut pas son cas), qu'elle prend d'elle-même conscience de la vanité de ces chiffres et plus généralement des données statistiques. Son cholangiocarcinome, exceptionnel à bien des égards, entrant en contradiction avec tous les facteurs de risque connus, il met à mal le principe même d'évidence que sous-tend la répétition des cas et des situations favorisantes. Puisque son cas à elle est inédit et isolé, s'il est certes possible de proposer des extrapolations à partir des données probantes sur le cholangiocarcinome en général, pour autant il n'y a pas de mathématisation décisionnelle et prévisionnelle possible. Privée de tous repères pour tenter de se situer, Clémentine Vergnaud écrit : « il n'y a pas de réponse pour moi […]. Pour mon cas, il n'y a pas de chiffres sur lesquels s'appuyer. La seule piste dont elle [mon oncologue] me parle, c'est celle de l'effet plateau »[2651], c'est-à-dire un espoir tout à fait incertain de stabilisation de la maladie. L'absence de projection chiffrée (« pas de chiffres ») qui peut être, de la part des professionnels, une façon de les éluder tant ils sont mauvais, est encore une façon de communiquer avec des chiffres dont l'absence masque mal l'omniprésence mise à jour par internet (« survie de 7% à 10% à cinq ans »). Dès lors, elle permet aux professionnels de signifier avec encore plus de clarté un pronostic particulièrement péjoratif alors même que seul le comportement du cancer devrait en réalité importer. L'effet plateau, significatif à lui seul du caractère réfractaire de la maladie (sa résistance aux traitements, son agressivité) apparaît comme une notion très confuse. Alors que dire qu'il « n'y a pas de réponses […] pas de chiffres » renvoie d'emblée à la non-maitrise et vient même justifier l'impuissance thérapeutique. Tout à l'inverse, si la clinique avait été favorable (rémission voire guérison), une approche chiffrée n'aurait certainement pas été mobilisée. L'aléa favorable étant la seule réalité, il se serait suffi à lui-seul, c'est-à-dire à travers l'occurrence de ses manifestations concrètes, pour en fournir un éclairage nécessaire et suffisant. Peu importe que les professionnels portent ensuite cette évolution au seul crédit de la science biomédicale, les patients ne sont quant à eux pas dupes de la chance qui les a aussi et, peut-être pour l'essentiel, accompagnés. Cela permettrait en tout cas d'éclairer cette mobilisation par Forest du principe de « miracle », ainsi qu'il l'explicite non sans ironie dans ce propos :

> Les décisions thérapeutiques sont prises au cours d'une réunion hebdomadaire qu'en franglais de carabin les médecins nomment "staff". Les points de vue sont confrontés, les documents mis sur la table. On débat, on décide. Rien ne filtre de ces discussions. Mais aux remarques de l'un, aux réticences de l'autre, aux hésitations du troisième, on perçoit bien que les arrêts rendus ne sont pas unanimes. Les écoles s'affrontent. Les tempéraments pèsent sur les orientations

[2650] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 118.
[2651] *Ibid.*, p. 118-119.

> choisies. La médecine n'est pas une science exacte. Personne, d'ailleurs, ne l'a jamais pensé. Elle repose sur un relatif savoir, un peu de logique à peine plus de méthode et beaucoup de mémoire. Si telle drogue ainsi administrée a déjà guéri tels patients, on peut espérer raisonnablement que le miracle se reproduira[2652].

Forest décrit ici le cheminement décisionnel tel qu'il s'opère dans la profession médicale de sorte à conduire à l'élaboration collégial d'un projet thérapeutique. Il en propose un tableau empli d'humanité où se mêlent « points de vue », « remarques », « hésitations », « réticences », « tempéraments », autant d'états et de comportements bien humains, de voix diverses et singulières, aux antipodes de données scientifiques anonymes, désincarnées et théoriquement indiscutables du moins dans leurs résultats. Ce n'est certes pas la science qui est mise en débat entre ceux que Forest qualifie au passage de carabins, semblant douter si ce n'est de leur sérieux du moins de leur maturité au regard de la gravité du dossier sur lequel ils doivent se pencher et prendre d'importantes décisions, mais ce sont des « points de vue », donc des opinions personnelles. Forest découvre ici toute la fragilité de la procédure tant elle est humainement déterminée, puisque manifestement soumise aux effets de l'orgueil (« Les tempéraments pèsent sur les orientations »), du corporatisme (« Les écoles s'affrontent »), du dissensus (« pas unanimes »), de la subjectivité (« points de vue »), du niveau de compétence (« relatif savoir ») autant que de potentiel cognitif (« beaucoup de mémoire »), peut-être aussi de l'humeur (« réticences »). Si la conclusion est évidente pour Forest, elle ne l'est pas pour tous. « La médecine n'est pas une science exacte », repose pour beaucoup sur une pratique empirique[2653] (« Si telle drogue […] a déjà guéri tels patients, on peut espérer ») et implique donc, en dehors de toute rationalité scientifique et médicale, cette autre chose invisible, impalpable, inhumaine peut-être, que l'on pourrait qualifier de facteur chance, de hasard favorable, de force vitale mais qu'il choisit d'intituler « miracle ». Surplombant de ce staff (conformément à l'usage carabin du terme) empli du pépiement de voix singulières et parfois discordantes, Forest semble nous dire qu'aléa et énergie de vie fabriquent ce « miracle » d'incertitude sur lequel tout patient et leurs proches fondent tant d'espoirs. C'est dire s'il a une conscience aiguë du défaut d'exactitude, de précision, de maitrise et de puissance de la biomédecine, tout ce développement n'étant peut-être finalement rien moins qu'une façon de préciser très clairement tous les motifs de doute qu'il peut éprouver à son égard.

4.2.4 – L'incertitude comme dévoilement de l'éternelle marche empirique de la médecine

Une situation comme celle de Pauline ou de clémentine Vergnaud – les données disponibles étant très rares, imprécises et dépourvues de la force de preuves (scientifiques ou statistiques) – renvoie effectivement à une pratique empirique de la médecine, elle-même fragile en ce sens que les faits de l'expérience manquent eux aussi notoirement. Le niveau d'inconnu et donc d'incertitude est tel qu'il donne l'impression de naviguer à vue dans le brouillard et sans aucune balise. Le sens clinique, l'intuition et la dimension expérimentale, tout en renouvelant d'autant

[2652] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 95-96.
[2653] Lambrichs Louis L. *La vérité médicale*. *Op. cit*., p. 218 : « le bon praticien n'en demeure pas moins celui qui se montre capable de concilier impératifs scientifiques et humains, savoir scientifique et empirique, rigueur et compréhension ».

la confrontation à l'inconnu et l'incertitude[2654], prennent dès lors toute leur valeur et conduisent à mobiliser, de façon encore plus évidente qu'en situation d'affection commune et un tant soit peu maitrisée, le doute tel un véritable outil clinique de réflexion, d'investigation et même de décision. Face à l'inconnu et dans l'ignorance, il n'y a pas d'autre solution que de réfléchir et sous-peser les différentes hypothèses ainsi que de tester la voie thérapeutique choisie en l'adaptant au fil de l'eau à l'évolution de la situation. Le doute est donc omniprésent, se réactualisant au gré de chaque nouvel élément, *a fortiori* chaque donnée évolutive afin de réviser le cas échéant l'orientation des soins[2655]. On retrouve là le principe de la méthode d'enquête pragmatiste telle qu'élaborée par John Dewey[2656], laquelle est en effet clairement inspirée de la méthode expérimentale scientifique mais pourrait aussi s'appliquer particulièrement aux situations médicales où la connaissance scientifique et l'expérience clinique font défaut[2657]. Il s'agit de tenir compte et de s'adapter en conséquence aux faits de l'expérience, en l'occurrence les données d'évolution clinique, pour définir ce qui est valide et utile conformément au principe deweyien d'assertabilité garantie[2658]. D'ailleurs, quand bien même l'action aurait initialement été décidée conformément aux données scientifiques (à l'instar d'une décision thérapeutique ayant pour fondement l'*evidence-based medicine*), et non pas selon un principe expérimental, le fait d'adapter secondairement cette action aux faits de l'expérience relève alors d'une pratique empirique. Car, qu'une affection bénéficie de connaissances élargies, son évolution n'en serait pas pour autant garantie, raison pour laquelle elle justifie un semblable usage du doute clinique pour adapter le parcours de soin.

Ogien en propose la traduction suivante en termes de vécu à l'échelle du patient : « J'ai mis du temps à comprendre que ma maladie n'évoluerait pas de façon linéaire, c'est-à-dire que je n'irais pas de mieux en mieux jusqu'à la guérison ou de plus en plus mal jusqu'à la phase terminale »[2659]. Rien ne pouvant être parfaitement défini à l'avance, un parcours de soin n'étant de fait jamais une ligne droite continue, les fluctuations et ruptures de continuité réactivant régulièrement le doute sont inévitables. Le patient l'éprouve pleinement au gré des saccades, revirements et changements de cap dans son parcours de soin. A cet égard, Ogien complète avec humour son propos sur l'impossible anticipation autant que maitrise médicale des situations, aussi éprouvés que puissent être les connaissances et le savoir-faire des soignants sur la maladie : « Mais, au total, la loi de Proust se confirme. On attend le meilleur et c'est toujours un peu décevant. On attend le pire et ce n'est pas si grave que ça »[2660]. C'est dire s'il importe pour le patient de pouvoir, autant qu'il lui est possible tant cet état peut être vécu comme

[2654] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 329 : « La cure intensive va commencer. Nous entrons à nouveau dans l'inconnu, nous pénétrons encore dans l'incertain, l'aléatoire. L'intensification est classique dans le cas de nombreuses tumeurs. Mais elle est hautement inhabituelle dans le cas de l'ostéosarcome. Le protocole est expérimental ».
[2655] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 17 : « Selon les effets des drogues et la réaction de la tumeur, le médecin se réservait à tout moment la liberté de sortir du protocole afin de l'adapter au mieux ».
[2656] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey*.
[2657] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et Thomas Tursz*, et plus particulièrement au sous-chapitre intitulé *Comment Tursz affronte le doute et s'engage à la résoudre*.
[2658] Dewey John. *Logique. La théorie de l'enquête*. *Op. cit*., p. 63-66.
[2659] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 213.
[2660] *Ibid.*, p. 172.

inconfortable, suspendre son jugement, c'est-à-dire rester disposé au doute quant à sa situation. Il s'agit ainsi de pouvoir accueillir l'imprévu, l'inopportun, le revirement, l'instabilité, autant de configurations qui n'ont pas nécessairement une valeur péjorative, mais s'imposent dans le cours toujours empreint d'incertitude et d'aléas d'un parcours de soins. Le doute, toujours en quelque sorte en état de veille, se présente comme condition de pouvoir être au plus près de ce qui se présente à vivre.

4.2.5 – De la lucidité des patients face à l'incertitude

L'illusion de maitrise (largement nourrie du mythe trompeur de la biomédecine comme simple science appliquée) dans laquelle baignent les bio-soignants contribue à ce qu'ils soient bien moins au fait que les patients de l'inconnu et de l'incertitude aux multiples facettes auxquels la maladie confronte. Le vécu d'incertitude est décuplé chez le patient. Ces derniers découvrent certes un univers et des évènements qui ne leur sont pas du tout familiers contrairement aux soignants. Mais rien de ce qui arrivera ne saurait être absolument prévisible et maitrisable, y compris lorsque ce sont les professionnels les plus expérimentés, et donc les plus assurés de leurs résultats, qui sont aux manettes. Ils sont simplement plus pertinents et meilleurs techniquement, générant ainsi moins d'erreurs et de complications. Mais ce que la personne malade doit traverser précisément (par-delà les seules interventions techniques) tout comme son avenir n'en demeurent pas moins des inconnus. Quand bien même tout se passerait d'un point de vue pratique exactement comme cela avait été prévu et expliqué par les soignants, l'éprouvé n'en demeurera pas moins différent de tout ce qu'imaginairement le patient avait pu projeter. Comment aurait-il pu en être autrement puisque de telles projections ne peuvent être élaborées que sur la base de repères, par définition connus[2661]. Or Woolf explicitait combien le moindre évènement de santé (y compris des soins dentaires) conduit à « la découverte de contrées jusqu'alors inexplorées »[2662]. Dans ce même ordre d'idée, Clémentine Vergnaud intitule opportunément l'un des chapitres de son journal « Le grand bon dans l'inconnu »[2663] et déboulonne le discours médical à ce propos ainsi que l'illustre cette citation :

> […] j'ai du mal à interpréter ce mot. « Rassurant », ça veut tout dire et rien dire. Je suis parvenue à un stade où chaque mot est décortiqué, disséqué dans ma tête, et là je n'arrive pas à comprendre ce que veut dire « rassurant »[2664] […] les nouvelles du jour son « rassurantes ». Mais mon futur reste, je le sens, quand même très incertain[2665].

Clémentine Vergnaud montre ici combien l'inconnu est un tabou pour les médecins et combien la confusion (« ça veut tout dire et rien dire ») et les euphémismes (« Rassurant ») que véhicule parfois leur discours médical à ce sujet, justement en évitant d'en parler clairement (« j'ai du mal à interpréter ce mot », « je n'arrive pas à comprendre »), peut être déroutant pour les patients. Dès lors amenés à faire leurs propres (ré)interprétations (« chaque mot est décortiqué », « mon futur reste, je le sens »), ils sont bien moins dupes que ce vers quoi le discours des

[2661] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Face à l'inconnu médical, une inévitable perte des repères.*
[2662] Woolf Virginia. *Op. cit*., p. 23.
[2663] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 29.
[2664] *Ibid.*, p. 117.
[2665] *Ibid.*, p. 119.

soignants tend parfois à les engager, à savoir croire naïvement en la maitrise biomédicale. Pourquoi, au prétexte que cela est rassurant médicalement, devrait-elle nécessairement être rassurée quant à sa situation semble-t-elle se demander. De fait, Clémentine Vergnaud a raison de considérer son avenir comme demeurant très incertain malgré ce mot « rassurant » qui résonne de façon dissonante dans sa tête et entre en incohérence avec son ressenti (« je le sens »). Quand bien même les soignants dénieraient naviguer à vue, ce que prouve pourtant le fait de ne donner ici que des « nouvelles du jour », elle trouve (bien plus que les soignants) le courage de faire face à cette incertitude, consciente qu'autrement elle s'illusionnerait. Elle reste ainsi pleinement ouverte au doute, c'est-à-dire à ce pouvoir qui est le sien de toujours questionner ce qui lui arrive, façon aussi de se l'approprier. En parvenant à suspendre tout jugement absolu et définitif (en phase avec l'*épochè* sceptique), elle donne pleinement place et fait même honneur à l'incertitude inhérente à toute situation médicale. Dans ce même ordre d'idée, mais avec l'ironie qui lui est propre, le philosophe Ogien propose de considérer toute soi-disant « bonne nouvelle » le concernant comme relative ainsi qu'il le précise dans cette note de journal du 12 février 2015 : « Mon oncologue m'a annoncé ce qu'on peut appeler de « bonnes nouvelles » (toujours relatives, comme je le sais maintenant !). Il me donnait même l'impression d'être étonné par mes résultats »[2666]. Si l'incertitude semble ici donner vie et raison à quelques « miracles », lesquels miracles ne peuvent effectivement qu'être sources d'incompréhension et d'étonnement pour l'oncologue, il a appris à ne pas être dupe de l'issue de sa maladie. Car si le défaitisme général autour de ce type de cancer a tôt fait de le condamner à l'échec anticipé, cette conviction peut être masquée sous le jour moins violent de l'incertitude. Dès lors libéré du souci d'anticiper et de juger l'évolution de la situation, il apparait bien plus que le bio-soignant (que l'absence de maitrise irrite et incommode) en harmonie avec l'incertitude, prônant une sorte de lâcher prise et de distanciation quelle que soit le type de nouvelle. En phase non seulement avec l'*épochè* mais également l'*adiaphoria* sceptiques, il apparait que même une bonne nouvelle, il ne peut s'y résoudre.

Forest force quant à lui le trait, ce qui permet d'autant mieux de marquer la profondeur du décalage entre d'un côté la supposée maitrise médicale, de l'autre l'incertitude invraisemblable dès lors qu'elle est appréciée à l'échelle du patient ou de son entourage ainsi que le suggère ce propos :

> Le médecin est rassurant. Si on lui pose directement la question, il admet que le pire n'est jamais exclu mais il insiste : *En oncologie pédiatrique, avec les acquis de la chimiothérapie, face à une tumeur osseuse, nous partons a priori gagnants*. Il y a un abîme dans cet *a priori* qui, bien entendu, ne nous échappe pas mais sur lequel on peut décider de faire provisoirement silence[2667].

Tout comme l'éprouvait Clémentine Vergnaud, ce que le corps médical transmet de « rassurant » au patient masque mal une réalité plus globale loin d'être assurée et qui ne lui « échappe pas ». C'est comme l'arbre semblant paisible et « rassurant » cachant mal une forêt sombre et inquiétante parce qu'inexplorée et d'où « le pire n'est jamais exclu » puisque l'on ignore encore quels obstacles et pièges s'y trouvent précisément. Ici, Forest parvient à faire

[2666] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 174.
[2667] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 56.

parler, certes du bout des lèvres, son interlocuteur soignant à propos de cette masse d'incertitude lourde dont il aurait bien éludé le sujet. Ce n'est pas tant l'évocation du pire toujours possible, formule plus banale que réellement signifiante, que l'usage de l'adverbe « *a priori* » qui prend une ampleur démesurée et vertigineuse (« abîme ») tant il suggère l'incertitude absolue. Il vient dire que l'on ne sait rien de ce qui peut arriver tant que l'on n'en a pas fait l'expérience, contredisant ainsi cette prédiction qui se voulait favorable (« avec les acquis de la chimiothérapie », « gagnants ») mais qui est vide de sens puisqu'elle est dénuée de tout fondement expérientiel, c'est-à-dire antérieur et concret. Il n'y a donc rien de rassurant mais au contraire un doute vertigineux que seule l'exploration de cet inconnu parce qu'encore antérieur à l'expérience permettrait d'éclairer. Que l'incertitude constitue un tabou pour les soignants est ici illustré par cette contagion du silence autour du sujet. Forest en propose une autre illustration non moins vertigineuse en expliquant que « L'incertitude majeure tient à ce qu'on ignore l'extension effective de la tumeur. Les images de l'I.R.M., de l'artériographie permettent bien de se faire une idée de la situation. Mais la précision de ces indications reste relative »[2668]. Il souligne ainsi avec lucidité et fermeté le contraste entre l'extrême performance technique des examens d'imagerie médicale mais leur pouvoir réel de prévisibilité en réalité loin d'être absolu (s'agissant de simples « indications » et d'une qualité de « précision […] relative ») et finalement assez faible (« on ignore l'extension »). Alors qu'il s'agit d'examens (« I.R.M. », « artériographie ») de très haute précision et parmi les plus performants qui soient, l'écrivain ne rechigne pas en superlatifs pour qualifier, en dépit de leurs apports, le niveau d'inconnu de la situation (« incertitude majeure ») jusqu'à même conclure, purement et simplement, que l'on « ignore l'extension effective de la tumeur ». Il a raison, amplement raison. Et les médecins eux-mêmes n'ignorent pas que quelques cellules indétectables à l'imagerie, même de pointe, peuvent suffire à sous-évaluer la stadification réelle d'un cancer et à en péjorer dramatiquement le pronostic quand bien même le traitement antinéoplasique serait adapté et dans les limites de ce qu'il est possible de proposer. Ce décalage n'a donc rien à voir avec la classique opposition entre objectivité scientifique définie et appréciée par les bio-médecins et expérience subjective éprouvée par le seul malade. Il s'agit du décalage d'appréciation de l'incertitude réelle, tragique parce qu'imprévisible et insoluble mais inhérente à toute situation de santé. Cette incertitude, la biomédecine est impuissante à l'éradiquer et peine d'ailleurs à se l'avouer tendant parfois, pour la justifier en cas d'évolution défavorable, à en reporter la faute sur le patient seul (il n'aurait pas été suffisamment observant de son traitement, il aurait tardé à prendre une décision[2669], son patrimoine génétique était défaillant, il fumait ou ne faisait pas de sport, etc.). C'est dire si les médecins peinent à tolérer l'incertitude[2670] et combien cette difficulté les différencie des patients ainsi que le suggère Ogien dans ce propos :

> Mais il est aussi nécessaire de bien comprendre qu'il n'est qu'un traitement complémentaire de la chirurgie, sans garantie absolue d'une prévention de la récidive.
> Toujours cette incertitude, conclut-il, un peu mélancolique[2671].

[2668] *Ibid.*, p. 114.
[2669] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 167 : Dans une note de son journal daté du 22 août 2013, Ogien écrit : « J'ai dépassé la date de péremption pour le protocole Folfirinox (il fallait se décider plus rapidement après l'opération). Le destin et ma difficulté à me décider ont donc choisi pour moi ».
[2670] Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating Uncertainty. Op. cit.*
[2671] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 166-167.

Ogien suggère ici que l'incertitude n'est rien moins que déprimante pour le médecin (« mélancolique »). Tandis qu'en tant que patient contraint de consentir à son omniprésence, il en décortique les rouages et en scrute les moindres effets, le soignant parait quant à lui simplement abattu et incapable d'élaborer autour de cette condition pourtant cruciale dans l'expérience du malade. Le patient Ogien est dès lors beaucoup plus lucide et loquace sur cette question de l'incertitude que le soignant qu'il se sent presque en devoir de ménager sur le sujet. Peut-être pressent-il lui combien elle peut être vécue par les professionnels de santé, si ce n'est comme une source d'échec, d'erreur ou même de faute, du moins comme une insuffisance de leur part, ce qui n'enlève rien à l'éprouvé de culpabilité ou de blessure d'orgueil pour le sachant. A cet égard, ce propos d'un interniste est intéressant : « l'incertitude est perçue comme une complexité du côté de l'individu, comme imperfection du côté de la science »[2672]. La médecine interne qui est une discipline pourtant rodée aux situations médicales difficiles et complexes, au gré de la présentation souvent multi-systémique ainsi que de l'extrême diversité des manifestations des maladies qui y sont prises en charge, n'y échappe pas. Tout autant en difficulté pour tolérer l'incertitude, ces professionnels s'infligent une semblable auto-critique.

Face aux traductions concrètes de l'incertitude sur la vie et la santé des malades, ils s'estiment en défaut de maitrise au point de s'étonner[2673], voire de s'offusquer, plutôt que de se réjouir, en cas d'évolution inopinément favorable. Ce qui conduit à se demander si ce ne serait pas bien plus le défaut de maitrise qui gênerait les professionnels de santé que la nature même de ces évolutions inattendues, qu'elles soient négatives ou positives. Cette absence de linéarité dans le parcours de soin et l'imprévisibilité des évènements qui en provoquent la discontinuité s'avèrent de fait exigeantes et même coûteuses pour les soignants puisque cela leur impose de relire et de réinvestir le dossier à l'aune de ce qui n'avait pu être anticipé. Il s'agit notamment de reconnaître et de comprendre les raisons d'une évolution imprévue et déroutante, particulièrement en cas d'échec thérapeutique, de sorte à pouvoir envisager de nouvelles options de soins. Il peut s'agir aussi de réfléchir autrement et de prendre des risques en s'orientant vers des options plus inhabituelles, plus exigeantes dans leurs conditions d'utilisation[2674] et de suivi, ce qui n'est pas sans renouveler voire majorer l'état d'incertitude quant aux effets attendus et toxicités éventuelles. Finalement, c'est à se demander qui, du soignant ou du patient, est le plus gêné par l'incertitude. A considérer l'impact différencié de l'incertitude sur leurs enjeux respectifs, celui de réussite professionnelle du premier versus celui de guérison pour le second, on peut comprendre qu'elle puisse être appréhendée de façon très différente. C'est ainsi que dans le réel de la maladie pour soi-même ou pour un proche, un soignant peut faire une tout autre expérience de l'incertitude par rapport à la situation de ses patients avec lesquels il n'a pas de lien affectif, s'agissant notamment de l'imprévisibilité des conséquences de toute décision médicale aussi banale soit-elle.

[2672] Robilliard Bertrand. *Uncertainty. True or false?* Rev Med Interne 2022;43(9):521-3.
[2673] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 174 : « Il me donnait même l'impression d'être étonné par mes résultats ».
[2674] En oncohématologie mais aussi dans d'autres disciplines médicales, des situations réfractaires aux traitements usuels peuvent conduire à l'utilisation exceptionnelle d'autres procédures thérapeutiques soit dans le cadre d'essais thérapeutiques soit de façon compassionnelle notamment via des autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

4.2.6 – L'incertitude tragique comme condition de l'être malade

Enfin, Forest projette cette incertitude irréductible à un niveau existentiel, celui de la condition humaine, tragique. Il écrit :

> La vérité sur laquelle chacun ferme les yeux est bien plus vertigineuse et noire. Les bons et les méchants souffrent, les justes et les pervers courent vers la tombe […] Qu'importe que vous méritiez de vivre ou de mourir, que vous teniez bon ou que vous lâchiez prise, que vous vous dressiez contre le sort ou que vous l'acceptiez, un démon noir joue aux dés votre vie dans le vide[2675].

A travers la situation extrême qui fut celle de Pauline, Forest considère non seulement l'impuissance de la science (brillant ici par le fait de n'être pas même évoquée dans cette citation) mais surtout l'absence de toute logique à la maladie, aux souffrances et à la mort de son enfant, en dehors de celle d'un pur hasard (« le sort », « joue aux dés votre vie »). Qu'importent les quelques facteurs que la science aurait identifiés, en l'occurrence tout à fait exceptionnels pour ne pas dire inconsistants voire inexistants en oncologie pédiatrique[2676], « la maladie naît sans raison dans l'obscurité des cellules »[2677] écrit-il. S'il n'y a donc pas de raison, pas de justification, encore moins de justice (« les justes et les pervers courent vers la tombe », « Qu'importe que vous méritiez »), c'est un non-sens absolu (« le vide »). Qu'il n'exclue pas un soubassement démonique, au point d'invoquer un irrationnel « démon noir » derrière tout cela, n'est qu'une tentative désespérée et vaine de personnifier ce *fatum* tragique. La condition humaine se réduit à l'horreur de cet aléa impensable qui permet que des enfants meurent d'un cancer sans aucune raison ni aucune logique. Dire qu'il n'y a rien hormis cette « vérité […] vertigineuse et noir » n'offre aucune réponse, maintient l'énigme de sens ouverte à l'infini, suspendue telle une étrangeté irréductible à l'égard de laquelle nul doute ne saurait jamais cesser. Peut-être est-ce précisément une telle quête perpétuelle que poursuit Forest à travers toute son œuvre.

Certes sans commune mesure avec l'histoire de Pauline, il n'en demeure pas moins que l'incertitude de sa situation apparait au patient telle une évidence avec laquelle il sait très vite devoir composer non pas seulement ponctuellement mais bien sur le long cours. Par-delà les quelques solutions prosaïques et naturellement très utiles que lui fourniront les bio-soignants, l'absence de réponse définitive à cet état d'incertitude tragique ne lui échappe pas, au point de progressivement l'intégrer comme condition même de son existence, pour le pire (ainsi que ce fut le cas pour Pauline) mais aussi pour le meilleur toujours possible.

4.3 – L'incertitude comme ferment de doute et de crise

En ce qu'elle peut maintenir un vécu d'équilibre fragile voire de déséquilibre, ainsi que priver de repères stabilisés, l'incertitude pesant sur certains états de santé – dès lors toujours au bord de la rupture voire du surplus de rupture, à l'instar du cancer, du diabète, d'affections dégénératives – tend à alimenter un état de doute. De même, en dépit du temps qui passe et de

[2675] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 306-307.
[2676] *Ibid.*, p. 300 : « En pédiatrie, le cancer frappe de façon totalement aléatoire ».
[2677] *Ibid.*, p. 306-307.

l'éloignement d'un évènement identifié comme constitutif d'une crise initiale (tels qu'un traumatisme, l'émergence d'une affection ayant bouleversé l'existence, un stress physique ou psychologique), l'incertitude persistante quant à l'évolution de la situation peut contribuer à la pérennisation d'un vécu de « rupture d'équilibre » et donc continuité, donc d'un véritable état de crise[2678]. En témoigne cet extrait tiré du livre *Patients* de Grand Corps Malade :

> On voit tout de suite que Farid n'est pas un débutant dans le handicap à la façon dont il conduit son fauteuil. C'est un virtuose […] C'est qu'il a seize ans de pratique, Farid.
> L'autre différence entre Farid et nous, c'est que lui sait parfaitement ce qu'il fait ici et pourquoi il est là, tandis que nous autres, qui avons eu notre accident il y a moins de trois mois, essayons encore de comprendre ce qui nous arrive et nous demandons encore beaucoup ce qui nous attend[2679].

De son vrai nom Fabien Marsaud, le slameur et rappeur Grand corps malade (aussi identifié sous son acronyme GCM), décrit ici la persistance d'un état de doute critique quant à sa situation alors qu'il se trouve pourtant déjà à plusieurs mois de la survenue d'une fracture du rachis à l'origine d'une tétraplégie initiale. En dépit du lieu (un centre de réadaptation pour traumatisés médullaires) et du handicap des patients qu'il y rencontre (beaucoup sont en « fauteuil » ou alités), autant d'éléments propices à une clarification de sa situation, il demeure dans un état de stupeur et d'incompréhension de ce qui lui arrive (« essayons encore de comprendre »). Il ne s'agit pas seulement de la question d'être un « débutant » par rapport au jeune Farid paraplégique dès l'âge de quatre ans et ce depuis plus de quinze ans, donc particulièrement habile avec son fauteuil roulant. C'est aussi l'impossibilité de sortir de la crise de doute initialement provoquée par la déflagration de l'accident et d'où rien ne se relève encore de son univers effondré. Il vit dans un état d'indétermination, de brouillard total quant à sa situation médicale. A l'exception de la situation de section médullaire complète, une telle incertitude peut d'ailleurs être alimentée par les médecins eux-mêmes dont les constats empiriques attestent de marges très floues de récupération et parfois très tardive, au gré d'une plasticité neuronale restant très imprévisible. S'il n'est certes plus en situation de crise d'un point de vue strictement médical, mais dans cette phase dite de moyen et même déjà long terme visant la réhabilitation, l'incertitude reste si omniprésente à son esprit qu'elle rend inopérante toute tentative de clarification, de calibrage et de fixation de nouveaux repères stables et donc de résolution de son état de doute. Il ne s'agit pas ici d'un usage érodé du mot crise mais bien de la persistance d'un état critique, sa temporalité n'étant ni prévisible ni délimitable. Ainsi, tandis que le destin de la motricité des jambes de Farid a depuis longtemps été figé *ad aeternam*, une certitude semblant d'ailleurs paradoxalement expliquer à la fois son rayonnement et ses prouesses motrices en dépit de son handicap, GCM continue de vivre quant à lui dans une sorte d'irréalité, comme si sa conscience était restée figée dans l'immédiateté invraisemblable de l'évènement. Il ne parvient pas à saisir la réalité objective de sa situation neurologique (qu'une panne de batterie de son fauteuil roulant lui a pourtant fait toucher très concrètement du

[2678] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le doute du patient revêt l'ampleur et les enjeux d'une crise*.
[2679] Grand Corps Malade. *Patients*. Paris: Points; 2014, p. 65-66.

doigt[2680]) et continue au contraire de douter de son état, de se questionner sur sa situation présente et à venir (« ce qui nous attend ») ainsi que probablement de se projeter de façon quasiment délirante dans la possibilité de se lever et de marcher. Il est donc bien loin de pouvoir appréhender son avenir modifié puisqu'il demeure, tout au contraire, dans l'acuité de la crise. Si tant est qu'il puisse même pleinement les conscientiser, les mêmes questions restent cruellement sans réponse, ne se réduisant certes pas à son autonomie motrice et fonctionnelle puisqu'elles affectent toutes les dimensions de son existence (entre autres affective et professionnelle).

Ici le doute persistant que suscite l'incertitude du pronostic médical peut donc œuvrer tel un *Pharmakon*. Soit ce doute agit tel un remède, qui peut d'ailleurs être un palliatif, celui de garder l'espoir d'une récupération. Soit il agit tel un poison, alimentant l'aveuglement et le déni de la réalité des conséquences de son accident, d'un handicap qu'il importe pourtant de pouvoir acter afin d'optimiser sa rééducation. On pourrait certes clôturer d'emblée cette alternative en convoquant l'évolution favorable de GCM et acter ainsi qu'il a eu bien raison d'espérer. S'il a certes dû renoncer à ses ambitions sportives au profit d'une carrière artistique, il a récupéré la marche avec une canne. Mais d'autres hypothèses que l'entêtement sceptique et l'aveuglement morbide sont envisageables dont celle d'une anosognosie[2681] susceptible d'expliquer l'inadéquation, qui n'est peut-être qu'un déphasage, entre d'un côté sa propre réalité, sous-tendue par la mémoire d'une réalité antécédente toujours à l'œuvre, de l'autre le réel observé tel que la paraplégie de Farid en offre une évidence limpide. A cet égard, je pense au syndrome du membre fantôme caractérisé par des perceptions sensorielles, essentiellement à type de douleurs, à l'endroit même d'un membre amputé, comme s'il existait toujours en lieu et place du vide qui l'a remplacé. Ce syndrome résulterait du maintien de l'inscription cérébrale anatomique autant que fonctionnelle de ce membre et de sa survivance mémorielle. Où est donc ce membre que je connais, qui est le mien, que la mémoire cérébrale ne cesse de me rappeler et dont je tiens pour preuve de son existence qu'il me fait si mal se dit l'amputé. Les façons de décrire ce syndrome témoignent bien d'une frontière poreuse entre réalité et irréalité puisqu'au cœur de l'interface hallucinatoire de l'amputé, l'authenticité neuronale de la mémoire cérébrale vient contredire la réalité anatomique de l'amputation. Comment un amputé, quoi qu'on lui dise et qu'on lui montre, ne s'y perdrait-il pas ? Comment ne pourrait-il continuer de douter ? Sans compter qu'à la douleur physique s'ajoute la souffrance morale induite par l'illusion trompeuse répétant inlassablement et comme au premier jour le traumatisme de la perte, entretenant en conséquence l'effroi, l'incompréhension, la sidération, le doute. Il en résulte la pérennisation des mêmes interrogations, en dépit de ce qui parait pourtant évident : Ai-je mon bras ? Suis-je paraplégique ? Que m'arrive-t-il et que va-t-il advenir ? A cela il importe d'ajouter que la certitude des conséquences d'une amputation est désormais temporisée par les innovations en

[2680] *Ibid*., p. 46-47 : « Au moins, si j'étais tombé en panne devant la fenêtre, je pourrais regarder dehors, ce serait moins chiant. Mais non, je suis assis au milieu de ma chambre et j'attends en faisant … rien. J'ai l'impression d'être Michel Blanc dans *Les bronzés font du ski* quand il est bloqué sur le télésiège alors que la nuit tombe ».
[2681] L'anosognosie correspond à la méconnaissance par le malade du trouble qui l'affecte. Elle peut être de nature psychogène ou bien résulter d'une atteinte neurologique. Parmi les exemples les plus marquants cliniquement, on retient l'héminégligence caractéristique de l'accident vasculaire cérébral hémisphérique droit. Le malade néglige son hémicorps gauche paralysé et se comporte comme s'il n'y avait pas d'hémiplégie.

la matière dont la greffe de main[2682] et l'appareillage prothétique de plus en plus performant[2683], alimentant si ce n'est le mythe d'un homme *prothétiquement* augmenté, du moins l'incertitude pronostique.

4.4 – Le doute en tant que voix du patient face à la parole d'autorité médicale

Si l'ambition de fonder la pratique médicale sur des certitudes peut sembler légitime, ne serait-ce qu'au motif de son efficience – les patients en exprimant d'ailleurs eux-mêmes le besoin –, cette ambition rencontre à la fois ses limites et des écueils. Dans l'ouvrage *La vérité médicale* qu'elle consacre à ce sujet, Louise L. Lambrichs précise d'emblée qu'« il n'existe pas en médecine une vérité unique mais une multitude de vérités valables dans des champs spécifiques et limités, qu'il importe de définir »[2684]. D'ailleurs même les données de la science, en l'occurrence biomédicale, sont évolutives et sujettes à révision conformément au principe de réfutabilité de Karl Popper[2685]. En l'absence de vérité (au sens d'adéquation à la réalité) qui serait absolue et définitive, s'il reste essentiel de tendre vers le maximum de preuves, il importe tout autant de garder un esprit critique et de nuance, et donc pouvoir toujours douter pour ne pas tomber dans le dogmatisme et l'autoritarisme médical. Sans compter que l'esprit de doute est aussi d'autant plus important que, sans retenue ni modération, certaines données médicales peuvent être notoirement terrorisantes et traumatisantes au risque de susciter renoncement, défiance voire fuite. Et si faire entendre à travers leurs doutes une voix subjective n'était, pour les patients, non pas s'opposer à l'autorité biomédicale mais au contraire inviter à un dialogue véritable et constructif ? Je propose d'y réfléchir dans ce chapitre.

4.4.1 – Le besoin de tendre vers des certitudes autant que de douter

Il est de notoriété que l'on ne traite bien que ce que l'on a bien identifié. Si cet aphorisme n'est pas spécifique à la médecine[2686], on en comprend les enjeux sanitaires dont le choix des thérapeutiques les plus adaptées à l'objectif de santé et de sécurité des personnes. A cet égard la biomédecine fonde sa légitimité et son autorité sur son excellence scientifique comme garantie de pouvoir accéder au plus près et de comprendre au plus juste la réalité physiologique,

---

[2682] Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage : histoire, épistémologie, éthique*. Université Paris sciences et lettres: Thèse de doctorat en Philosophie; 2017.

[2683] L'exemple du champion paralympique de triathlon Alexis Hanquinquant est à cet égard très intéressant. Promis avant son accident à une carrière sportive, sa jambe multi-opérée, meurtrie et très douloureuse lui permettait à peine de se déplacer à petits pas et avec béquillage. Il finit par accepter une amputation et l'appareillage prothétique qui lui ont permis de réinvestir pleinement et au plus haut niveau son ambition sportive. C'est dire si sa prothèse de membre a pleinement restitué la fonction que sa jambe abîmée lui avait fait perdre. Je renvoie à : Demaizière Thierry, Teurlai Alban. *A corps perdus* [Film documentaire, 100 min]. France : Falabracks, 2024. En ligne : À corps perdus - Documentaire en replay | France TV, consulté le 12 mars 2026.

[2684] Lambrichs Louis L. *La vérité médicale*. *Op. cit*., p. II.

[2685] Popper Karl Raimud, Rosat Jean-Jacques (Trad.). *La connaissance objective*. Paris: Aubier; 1991. La scientificité d'une théorie repose sur le fait de pouvoir être contredite par l'expérience conformément au principe de réfutabilité ou falsifiabilité. C'est pourquoi une théorie scientifique ne peut jamais être considérée comme certaine et donc définitive.

[2686] Valance Georges. *Petite histoire de la germanophobie*. Paris : Flammarion, 2013 : p. 14. L'historien Georges Valance utilise le même aphorisme à propos du conflit franco-germanique : « L'objet de ce livre n'est pas, bien sûr, de flatter ce dangereux sentiment […] Mais de l'analyser, d'en raconter l'histoire, de décrire l'antagonisme plus que millénaire des deux peuples. Car tout traitement efficace exige d'abord un diagnostic adéquat ».

pathologique et thérapeutique de l'organisme[2687]. En s'appuyant sur des preuves scientifiques, la biomédecine ne voile ainsi pas son ambition de précision, d'exactitude, en somme de dévoilement de la vérité du corps et de ses maux. Tendre autant qu'il est possible au critère de certitude fonde ainsi la pratique diagnostique[2688], ainsi qu'en témoigne le récit de Forest :

> Le cancer dont paraissait souffrir l'enfant était si improbable que la décision a été prise de refaire toutes les analyses afin de vérifier qu'une erreur d'interprétation n'avait pas été commise. Mais lorsque quelques jours plus tard, les résultats des nouveaux examens sont revenus, ils confirmaient et précisaient le premier diagnostic[2689].

L'impératif de certitude diagnostique en matière de cancer est d'autant plus justifié qu'il conditionne le type de sanction thérapeutique, les toxicités auxquelles celle-ci risque d'exposer et *in fine* le pronostic. L'improbabilité en la matière (« paraissait », « si improbable ») ne peut donc qu'être exclue et la moindre erreur intensément traquée (« erreur d'interprétation »). Viser cette certitude a un coût, celui de « refaire toutes les analyses » en plus du temps nécessaire pour toucher l'exactitude diagnostique (« confirmaient et précisaient le […] diagnostic »). La rareté du cancer de Pauline, *a fortiori* à l'âge qui est le sien (« si improbable »), met ici à mal les certitudes[2690], y compris scientifiques. Parce qu'ils disposent de moins de repères, les soignants sont alors moins assurés et nécessairement plus ouverts au dubitatif (au point de suspecter une erreur et de s'astreindre en conséquence à « refaire toutes les analyses »), tout à l'inverse de ce qu'a vécu Ogien à l'annonce de son propre diagnostic de cancer du pancréas :

> De mon côté, j'ai l'impression de réagir comme si cette annonce ne me concernait absolument pas.
>
> Il faut dire que personne dans ma famille n'est mort d'un cancer.
>
> Chez nous, on meurt plutôt d'antisémitisme ou de crises cardiaques parce qu'on n'a pas mangé « kacher » ou parce qu'on a violé l'un des dix commandements.
>
> Je crois peut-être, dans ma déprimante ignorance des choses médicales, que le cancer est, dans la plupart des cas, une maladie d'origine génétique et que, faute de précédents familiaux, je ne peux pas en être victime.
>
> Mais le médecin qui m'a fait l'annonce n'a pas l'air de lancer un poisson d'avril […].
>
> C'est le genre de personne qui doit considérer l'imprécision, l'ignorance ou la complaisance comme des fautes morales.
>
> Pour ne pas me le mettre à dos tout de suite, je ne lui dis rien de mes doutes irrationnels sur son diagnostic.
>
> En réalité, les résultats des analyses n'en laissent absolument aucun.

[2687] Bernard Claude. *Introduction. Op. cit*., p. 31 : « la médecine expérimentale doit comprendre trois parties fondamentales : la physiologie (*conserver la santé*), la pathologie et la thérapeutique (*guérir les maladies*).

[2688] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 51 : « La biopsie aura lieu le lendemain. Le jeune chef de clinique fait sa tournée du soir. Il ne veut rien dire non plus. Rien n'est acquis. Un faisceau de présomptions ne suffit pas à établir une certitude. Il faut attendre l'étude des lames, l'examen des cellules. Chacun sait ce qu'est une "biopsie" ».

[2689] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 16.

[2690] *Ibid.*, p. 16: « L'ostéosarcome […]. Sa fréquence est très faible. Et c'est pourquoi l'affection est assez mal documentée dans la littérature scientifique. […] En pédiatrie, on compte quelques dizaines de cas par an et ils concernent presque exclusivement les adolescents, les jeunes adultes. Les certitudes sur lesquelles pouvaient s'appuyer le traitement étaient donc très rares et très fragiles ».

> Après un long moment de silence qui me donne l'impression qu'on assiste déjà à mes funérailles, le médecin me propose un projet thérapeutique[2691].

Si, ainsi que le précise Ogien, le choc de l'annonce diagnostique peut effectivement provoquer un sentiment d'irréalité chez les patients[2692] (« cette annonce ne me concernait absolument pas »), il est notable que le milieu médical lui assène ici ce qu'il présente comme une certitude irréfutable (de doute « les résultats des analyses n'en laissent absolument aucun ») et traumatisante (« mes funérailles ») sans tenir compte de l'ébranlement massif, de l'incrédulité légitime et de l'avalanche d'interrogations qu'une telle annonce peut naturellement susciter. Deux univers s'opposent. Celui des « choses médicales » vient prôner avec sérieux (pas « un poisson d'avril »), rigueur « morale » et même sévérité, la connaissance et la précision (« l'imprécision, l'ignorance ou la complaisance [apparaissent] comme des fautes morales »). Celui des patients, empreint d'une histoire subjective à laquelle ils sont étroitement connectés (« personne dans ma famille n'est mort d'un cancer », « antisémitisme », manger « kacher », « précédents familiaux ») conduit ces derniers à chercher désespérément des repères connus et stables dans ce qui leur arrive. A cet égard, les doutes éprouvés par Ogien (et qui sont représentatifs de ceux des patients) ne sont pas « irrationnels » mais bien au contraire judicieux tant la cohérence d'un diagnostic passe aussi par la prise en compte du contexte et des antécédents familiaux autant que personnels. Par ailleurs, l'état de doute de Ogien n'est peut-être pas tant à entendre ici comme l'espoir d'un autre diagnostic (« je ne peux pas en être victime »), car il n'est pas dupe d'une telle illusion. Il me semble être plutôt à comprendre comme une tentative de disposer aussi de sa propre voix subjective dans cette histoire qui le concerne directement et dans cette relation de soin dont il devrait aussi être reconnu comme un partenaire.

4.4.2 – De l'importance de laisser place à la voix subjective du patient marqué de l'épreuve du doute

La voix subjective d'Ogien, naturellement empreinte dans ce contexte d'intense déstabilisation d'une foule de questions, peine à se faire entendre, jusqu'à même s'autocensurer par crainte de passer pour un patient difficile[2693] et d'être discriminé en conséquence. « Pour ne pas me le mettre à dos tout de suite, je ne lui dis rien de mes doutes irrationnels » en est-il ainsi venu à décider, en dépit des bénéfices que cette voix aurait certainement apporté à la qualité de la relation de soin. C'est dire si bien des soignants sont en posture défensive ainsi que dans l'ignorance, mais aussi peut-être dans le rejet, de cet état de doute dans lequel la rupture des repères que provoque la maladie peut plonger le patient. Cette voix subjective, dès lors retenue, permet pourtant à Ogien de s'approprier progressivement ce qui lui arrive tout en tempérant un tant soit peu et avec ironie (« poisson d'avril ») la violence du discours médical[2694], de s'extraire de l'information brute pour y introduire un autre niveau d'intelligence ainsi qu'une texture plus

---

[2691] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 88-89.
[2692] *Ibid.*, p. 90. Il précisera aussi, et de façon globalisante, « Tout me paraît irréel ».
[2693] *Ibid.*, p. 42-43. « En fait, en jouant le rôle du "bon patient", il ne fait rien d'autre qu'exprimer sa compréhension plus ou moins intuitive de l'existence d'une relation de pouvoir asymétrique entre lui et le personnel soignant ».
[2694] *Ibid.*, p. 171 : Ogien ne manque pas d'ironie en signifiant que cette violence peut se retourner contre les soignants eux-mêmes : « Le médecin qui me l'a annoncé avait l'air si malheureux que j'avais presque envie de le prendre dans mes bras pour lui remonter le moral ».

personnelle[2695], sans pour autant euphémiser la teneur même du diagnostic. L'attitude de doute à l'égard des données médicales offre aussi la possibilité d'une certaine distance à l'égard de soi-même et de la maladie, une forme d'ironie et même d'autodérision. C'est ce qui transparait de cette note de Ogien datée du 15 juin 2014 dans un chapitre dont l'intitulé à l'humour grinçant est « Le bonheur est dans l'ACE » :

> J'ai reçu les résultats de mes analyses. Je me précipite à la ligne « ACE ». Mon taux me parait très élevé. Je choisis de ne pas m'affoler, car je sais que je ne sais pas si le taux d'ACE est un indicateur fiable, ce qu'il indique exactement, etc. Et je dois avouer que je n'ai aucune envie d'en savoir plus sur cette question épistémologique compliquée[2696].

Malgré sa faible spécificité – ce qu'Ogien, questionnant opportunément sa fiabilité, n'ignore peut-être pas, ce que suggère le fait qu'il se « précipite à la ligne "ACE" » –, l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) est un marqueur tumoral dont l'augmentation significative (« très élevé ») en contexte de néoplasie abdominale signe, jusqu'à preuve du contraire, la progression du cancer. S'il ne considère certes pas ce résultat avec mépris (n'ignorant pas le poids d'un marqueur tumoral), il n'en suspend pas moins son jugement (« ne pas m'affoler ») en adoptant une attitude sceptique (« je ne sais pas si », « je n'ai aucune envie d'en savoir plus ») à l'égard de ce résultat. Le doute contribue ici à maintenir un climat d'autodérision (« cette question épistémologique compliquée ») propice à apaiser la charge mentale (« ne pas m'affoler ») et à ne pas dramatiser ce seul résultat d'analyse sanguine. De façon comparable, il ne surinvestit pas non plus les résultats manifestement favorables, gardant une attitude neutre ou ironique[2697], mais sans se réjouir véritablement. C'est dire s'il opte pour une attitude résolument sceptique celle de considérer l'impossibilité de dire « plus ceci que cela » (*ou mallon* c'est-à-dire « pas plus »[2698]), de suspendre tout jugement (*épochè*) et conséquemment de pouvoir resté détaché et atteindre la paix intérieure (*ataraxia*)[2699]. Par le fait de considérer les choses (en l'occurrence les résultats de ses examens) comme indifférentes, au sens où ne les considérant ni bonnes ni mauvaises il ne fait pas la différence subjective, il use aussi de l'*adiophoria*[2700].

4.4.3 – Dialoguer à partir des doutes du patient, premier pas vers la démocratie sanitaire

Ogien s'inquiète en fait beaucoup de ces vérités médicales imposées sur un ton affirmatif, sans marge de discussion ni d'adéquation possible à l'individualité, étant donné leurs effets de condamnation (« on assiste déjà à mes funérailles »), sans compter les risques qui leurs sont

---

[2695] La littérature illustre cette possibilité de mise à distance du tout médico-scientifique au profit d'une appropriation personnalisée de son histoire. Je pense notamment à l'essai autobiographique *Mars* : Zorn Fritz, Le Lay Olivier (Trad.), Lançon Philippe (préface). *Mars*. Paris: Gallimard; 2024.

[2696] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 170.

[2697] *Ibid.*, p. 169 : « J'ai passé un scan, des analyses et rendu visite à mon oncologue en chef. Il a écrit son compte rendu. Pas de métastases. Toutes les coutures tiennent bon. Conclusion : "*Rémission complète*". Comme je ne comprends pas ce que cela signifie vraiment, j'envisage d'organiser une fête pour célébrer ça ».

[2698] Benatouïl Thomas, *Op. cit.*, p. 46 et p. 224.

[2699] *Ibid.*, p. 211-212.

[2700] *Ibid.*, p. 45.

aussi inhérents d'effacement social[2701]. Ce que décrit la journaliste Clémentine Vergnaud illustre l'écueil de ces certitudes médicales assenées sans nuance :

> L'immunothérapie m'avait été présentée comme un traitement un peu novateur, comme une énorme chance. […] Je me dis : « Merde, mon corps, cette chance, il la rejette ». Je vis cela comme un échec monumental. Je ne vois que ça. […] L'échec de mon corps[2702].

Souffrant d'un cholangiocarcinome de pronostic très sombre, elle développe assez vite une intolérance à l'immunothérapie (hépatite inflammatoire) conduisant à la contre-indication de cette option thérapeutique. La détresse morale qui en résulte est d'autant plus grande qu'elle lui avait été présentée comme l'option la plus sûre et la meilleure (« énorme chance »), la précision de son caractère innovant (« un peu novateur ») ajoutant en illusion de garantie de réussite. Ce qui était alors la plus grande chance de s'en sortir s'évapore et les superlatifs qui avaient été employés pour la qualifier se reportent sur le renversement de perspective qui en résulte à savoir une « énorme [mal]chance ». Elle ne voit donc plus qu'« un échec monumental » dont elle s'éprouve en plus seule responsable (« mon corps […] la rejette », « L'échec de mon corps »). C'est dire s'il importe de douter du discours médical tant, par-delà ses impacts délétères (celui de condamner alors qu'il devrait certainement mieux tendre à plus de neutralité), il peut aussi complètement emprisonner les patients dans des perspectives figées, c'est-à-dire privées d'incertitude, d'imprévu, du moindre rêve possible ainsi qu'en témoigne aussi Clémentine Vergnaud dans ce propos tiré de son journal :

> En quelques instants seulement, qui me paraissent être une éternité, mon avenir s'est inscrit sur leur écran. Leur apparaît la suite de ma vie, ce que va me dire mon oncologue, ce que je pourrai faire ou pas dans les prochains mois, ce que je peux espérer ou non[2703].

Ce qui relève d'une expérience subjective à venir (« mon avenir », « la suite de la vie »), par définition complexe, imprévisible et sur le long terme se voit tranché comme par l'effet d'un couperet de guillotine sous le coup de l'autorité du discours médical et de l'oracle (ici représenté et figé par un « écran »[2704]) dont elle s'estime être porteuse. Telle une certitude inébranlable (« faire ou pas »), à même de réduire, contraindre (« ce que je pourrai faire ou pas ») et sanctionner (« ce que je peux espérer ou non ») l'entièreté d'une existence (réduite en « quelques instants » aux seuls « prochains mois »), un verdict médical tombe (« ce que va me dire mon oncologue » endossant dès lors le rôle d'un juge suprême et même céleste). Si l'évolution vers un modèle autonomiste de la relation de soin contribue à cette modalité de

---

[2701] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 29 : « Le diagnostic de maladie grave entraine dans son sillage toute une logique sociale prédéfinie, dont celle de devenir un "paria", c'est-à-dire d'être traité comme un déchet social ».
[2702] Vergnaud Clémentine. *Op. cit*., p. 55.
[2703] *Ibid.*, p. 94.
[2704] Marine Barnérias, jeune femme souffrant d'une sclérose en plaques témoigne d'un même état de choc sous l'effet du verdict d'un radiologue analysant son IRM. Tout à l'inverse, son neurologue s'abstient d'une telle sanction, introduisant de l'incertitude pronostique et du jeu dans la relation en usant de cette formule *dé*-dramatisante : « Je ne soigne pas des images ». Je reviens sur l'histoire de Martine Barnérias dans le chapitre de la présente thèse intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Marinella Banfi et l'oncologue Thomas Tursz*. Je renvoie aussi à : Barnérias Marine. *Rosy* [Film documentaire, 83 min]. France : My Box Films, 2021.

transmission brute de tous types d'informations (le tout dire conformément au principe d'autonomie du patient)[2705], il importe de laisser place au doute, donc à la nuance et à l'imprévisible, à l'égard de ce qui a valeur de vérité au seul prisme de la technique biomédicale et de la parole soignante. Sortir d'un tel diktat médical est d'ailleurs d'autant plus justifié que l'incertitude demeure omniprésente en médecine laissant toujours ouverte toute possibilité d'évolution imprévue. C'est pourquoi Ogien appelle d'une part à une vision de la maladie non figée et plus ouverte que son seul carcan scientifique, plus juste parce que nuancée et singularisée à l'aune de l'histoire personnelle dans laquelle elle s'inscrit. Il appelle ainsi à honorer et partager cette épreuve du doute que traversent les patients. D'autre part, il dénonce ce qu'il qualifie de mise en scène de la relation de soin « comme une sorte de comédie »[2706], ce jeu de rôle imposé[2707], effrayant et infantilisant pour les patients[2708], au profit d'un dialogue authentique[2709] impliquant pour les soignants d'être pleinement à l'écoute de la voix propre de leurs patients et de leurs questionnements, de pouvoir donc aussi reconnaître leur *position subjective*. Invitant à l'ouverture et à une libre circulation de la pensée et de la parole, entendre et partager le contradictoire et le dubitatif s'invitent alors comme condition d'une authentique démocratie sanitaire.

4.5 – Le recours au doute face à la certitude tragique de la mort

Je propose d'introduire ce chapitre avec ce propos de Forest : « S'il y a une vérité quelque part dont Dieu ou la Nature sont le nom, elle exige que les enfants meurent. Comment aller contre la vérité ? »[2710]. Pour lui qui a connu la disparition précoce de son enfant alors à peine âgée de 4 ans, ce n'est certes pas une question. La mort de l'enfant, la mort tout court est une certitude et, si tant est qu'il faille parler de vérité, elle s'impose telle l'unique vérité (« s'il y a une vérité quelque part »). A ce sujet Forest écrit aussi : « La mort est la réalité. Il n'y a sans doute pas de sens à vouloir la refuser »[2711]. Je ne contredirai certes pas ici cette question-réponse tant elle renvoie à cette réalité fondamentale de la condition humaine qu'est son caractère mortel, mais en proposerai l'ouverture suivante : douter, et partant ignorer, ne permet-il pas d'« aller contre la vérité », de se prémunir un tant soit peu et aussi longtemps que possible contre l'inéluctable de la mort à venir ?

[2705] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 32 : « On pourrait même suggérer que ces développements récents en direction de l'autonomie du patient ont contribué, paradoxalement, à revigorer un paternalisme médical dépassé ».
[2706] *Ibid.*, p. 150.
[2707] Ogien Ruwen (invité), Busnel François [émission littéraire audiovisuelle, *La Grande Librairie*]. *Op. cit*. Ogien précise : « Le rôle social du médecin semble être écrit comme celui du malade, comme si les deux étaient complémentaires, comme si ensemble ils allaient exécuter une sorte de performance théâtrale dont les formes et le contenu sont connus d'avance ».
[2708] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 150 : Selon Ruwen Ogien, le patient doit notamment montrer qu'il reconnait la compétence du médecin, sa supériorité scientifique et se soumettre à son diktat. Il écrit : « tous les efforts de mise en scène que nous faisons en tant que patients pour gagner les bonnes grâces des médecins qui, de leur côté, doivent mettre en scène leur compétence et leur souci de notre bien, qu'ils soient réels ou pas ».
[2709] *Ibid.*, p. 43 : « Cette relation asymétrique n'a pas besoin de s'exprimer par des interventions unilatérales, ouvertement et brutalement paternalistes, c'est-à-dire accomplies par les soignants sans tenir compte de l'opinion et des sentiments du patient ».
[2710] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 167.
[2711] *Ibid.*, p. 167.

Dans une situation aussi extrême que le cancer d'une enfant et la perspective impensable de perdre sa fille, la question de la mort s'impose à Forest dans toute son acuité et sa brutalité tel un éveil angoissé de la conscience à l'inexorable tragédie de la condition humaine. Tout de ce que vit Pauline vient signifier jusqu'à l'obsession l'extrême précarité de la vie (sa vie), ses impensables limites, l'invraisemblable proximité de la mort (sa mort). Considérant l'hôpital comme une gigantesque vanité[2712], tout concourt à la détresse et à l'accablement sous le poids de la certitude de cette effrayante menace[2713]. Le parcours de l'enfant a été inlassablement jalonné de mauvaises nouvelles quant à l'agressivité et la résistance morbide de sa maladie. A chaque nouvelle annonce médicale, la crainte ne cessait d'enfler tant le spectre de la mort devenait de plus en plus évident, ainsi que l'illustre ce propos :

> Que disent précisément les images ? La simple poursuite des examens indique assez que les hypothèses les plus favorables ont déjà dû être écartées, que la vérité se situe désormais dans un impossible tel que les médecins repoussent à l'extrême le moment où il leur faudra livrer leur verdict[2714].

Le prosaïsme d'un « simple » cliché de scanner suffit à lui seul à plonger dans le gouffre horrible de la perspective létale d'une toute jeune enfant. L'image seule suffit à donner forme et réalité à « un impossible », la certitude de la mort inéluctable d'une enfant. Cette évidence, soutenue par de simples « images », balaye instantanément toutes autres « hypothèses » (« les plus favorables ont déjà dû être écartées ») et projette dans un impensable et donc un indicible[2715] que même les médecins cherchent à fuir (« repoussent à l'extrême […] leur verdict »). Une telle information parait impossible autant à concevoir qu'à entendre pour de jeunes parents, au point qu'ils peuvent en arriver à préférer inertie et mutité, renonçant à savoir[2716]. Quant aux soignants, en dépit de tous les signaux indiscutables que cette certitude dissémine et des données probantes qui la soutiennent, les médecins peinent eux-aussi à aborder cet « impossible »[2717]. Tout incite, non seulement à retarder le moment de « livrer [le] verdict », mais également à laisser planer des doutes ainsi que le suggère ce propos :

> Il a ajouté que la situation était « *particulièrement inquiétante* », puis il s'est tu. C'était à nous de décider ce que nous voulions exactement savoir. C'était à nous de formuler en conséquence la question que nous poserions maintenant. Alors j'ai demandé : – *Vous voulez dire qu'elle va*

[2712] *Ibid*., p. 34 : « On nommait autrefois "vanité" l'objet ou l'œuvre d'art offert à la contemplation du croyant afin de le mortifier en lui rappelant le caractère mortel d'une condition humaine soumise au péché […] L'hôpital est une "vanité" semblable, gigantesque, où chaque réalité humilie la raison et la vie en leur signifiant leurs limites et sans formuler la moindre promesse d'une possible rédemption ».

[2713] *Ibid*., p. 167 : « Le discours de la religion, de l'idéologie, de la science, la vieille immémoriale sagesse, le bon sens enfin nous ordonnent de l'accepter et de nous résoudre enfin à l'inéluctable ». L'on pourrait ajouter le discours de la philosophie.

[2714] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 50.

[2715] *Ibid.*, p. 347 : « le moment du dégoût où il faut expliquer à une petite fille de quatre ans qu'elle ne vivra plus… Où il faut dire malgré tout une vérité pour laquelle aucun langage n'a jamais été pensé… ».

[2716] *Ibid.*, p. 352 : « Puis un moment est venu vous avez cessé de poser des questions car les réponses qu'on vous faisait étaient trop douloureuses. Vous souffriez des bonnes comme des mauvaises nouvelles. Elles vous alarmaient tout autant ».

[2717] *Ibid*., p. 45 : « Rien n'est exclu, du reste : ni le possible, ni l'impossible. Ostéomyélite ou fracture ? Fracture ou tumeur ? ».

> *mourir ?* Et il a répondu : – *Oui. Nous saurons avec plus de certitude après le scanner. Mais je crois que, oui, elle va mourir*…[2718].

Ici, le médecin s'est bien gardé d'aborder directement la question principale, celle de la mort de Pauline, et d'affirmer quoi que ce soit. En usant de périphrases (« situation […] *inquiétante* ») et en s'autorisant des silences (« il s'est tu »), il n'a pas manqué de créer du doute. Non seulement il laissait aux seuls parents le choix de soulever ou pas cette question, ce que Forest décrit comme « le choix de la part exacte de vérité que nous souhaitions connaître »[2719]. Mais, tout en y répondant affirmativement, il faisait aussi en sorte de ne rien affirmer (« nous saurons avec plus de certitude après », « je crois que »). En suggérant des degrés variables d'intensité de certitude (« plus de certitude ») au lieu d'une évaluation en présence ou absence de certitude médicale[2720], il entretenait le doute. Autrement dit, non seulement « il connaissait le poids des mots qu'il prononçait »[2721] mais il n'ignorait probablement pas non plus combien la dimension même de certitude est profondément mortifère. Parce que la certitude rigidifie et enferme, parce qu'il n'y a de certitude que la mort (ce que Forest sait parfaitement) et que l'affirmer risquerait de n'apporter que terreur et angoisse, parce qu'il sent peut-être que tendre à cette vérité est une pulsion de mort qui l'implique aussi, ce médecin préserve le doute. Sans compter qu'autoriser comme s'autoriser du doute ne relève pas tant d'un déni de la réalité mais opère telle une soupape, une modération de l'insoutenable réel. C'est bien d'ailleurs ce à quoi s'adonne Pauline elle-même en cherchant à flouter son rapport à la réalité, à faire de la réalité un vaste jeu de représentations :

> « On aurait dit » (le « *Let's pretend* » d'Alice) est la grande et universelle formule magique qui permet d'être à la fois soi-même et un autre, d'affronter la réalité tout en lui donnant l'apparence exacte d'une fantaisie sur laquelle on aurait malgré tout un peu prise : « on aurait dit qu'on serait malade, qu'on serait mort ». Jouer le jeu, c'est certainement une manière de convaincre qu'il n'est justement qu'un jeu et qu'à tout moment il possible de dire « pouce »[2722].

Face au poids de la réalité, l'enfant cherche à s'extraire du joug de la certitude de la mort en jouant la comédie (« *Let's pretend* », « une fantaisie », « jouer le jeu »). Tout l'intérêt est bien de se jouer de la réalité en provoquant de la confusion, du flou, de l'indécis, de l'incertain. Quand bien même « on aurait dit qu'on serait malade, qu'on serait mort », on ne l'était pas propose-t-elle. Telle un pied de nez au réel que l'on peut jouer comme déjouer et donc distancier, telle une esquive face à la grande faucheuse, Pauline met en doute la réalité comme s'il ne s'agissait que d'un grand théâtre où il est toujours possible de se déréaliser soi-même, se projeter *autre* dans la maladie mais aussi sans. Et puisqu'elle joue un rôle, que ce n'est qu'une comédie, elle peut aussi bien se défaire et même se différencier de ce rôle, de ses rôles, en changer ou arrêter de jouer simplement en faisant « pouce » se rassure aussi son père.

[2718] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 344.
[2719] *Ibid.*, p. 291.
[2720] *Ibid.*, p. 291 : Alors qu'il n'y a plus aucune chance de guérison, Philippe Forest entend pour sa part (ou préfère entendre) que « Les chances de guérison étaient désormais extraordinairement limitées ».
[2721] *Ibid.*, p. 291.
[2722] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un. Op. cit.*, p. 79.

La certitude du réel, la mort donc, notoirement celle de l'enfant, cette « vérité tragique »[2723] est effectivement insupportable. Les médecins et les scientifiques ne parviennent à supporter cet « impossible réel »[2724] que parce qu'ils n'y sont pas liés subjectivement et affectivement. Ils ne font que le manipuler de façon externe, distanciée et selon des considérations purement matérielles. Mais dès lors qu'un médecin est directement concerné pour lui-même ou pour un proche, lui aussi ne supporte plus cet « impossible réel ». La science qui impose le réel, impose quelque chose d'insupportable dont on ne peut que vouloir se détourner. Delà peut-être ce dégoût du vrai et ce terrible besoin de douter ainsi que le suggère la philosophe Claudine Tiercelin. Selon elle, la vérité n'excite pas du tout le foules. Il n'est pas même besoin de l'ère de la post-vérité pour ne pas vouloir savoir, pour renoncer à la vérité, puisque le vrai brûle, blesse, déprime, terrorise, puisque le vrai c'est la mort à venir. C'est pourquoi je souhaite conclure ce chapitre sur cette citation explicite de Forest, tiré de son ouvrage *L'enfant éternel* relatant la maladie et la perte de Pauline :

> Ainsi, il était une fois l'hiver dernier. Je m'en souviens : nous ne savions pas. Et peut-être, cela était-il mieux ainsi. Peut-être valait-il mieux que nous ne sachions pas. Notre ignorance nous protégeait. Elle nous garantissait du malheur. Sans le savoir encore, nous lui devions chacun de nos jours. Savoir nous aurait privé de ce don[2725].

Douter de la vérité, y renoncer, s'en jouer, ne pas vouloir savoir, tel est l'ultime et unique recours contre la mort.

4.6 – Le doute comme possibilité d'espérer

On conçoit assez aisément que l'espoir puisse être une source de dissension entre patient et soignant tant, dans l'esprit du premier, espérer projette vers des issues que la biomédecine ne parvient que rarement à satisfaire pleinement[2726]. S'il peut donc y avoir beaucoup de raisons objectives d'espérer, cela n'est pas sans écueil possible. Se pose en effet la question du caractère éventuellement déraisonnable de l'acte même d'espérer, que cet espoir inextinguible émane du patient ou de ses proches, voir même de certains soignants. En somme, c'est le pari parfois irrationnel de l'espoir, comme s'il était doté d'un pouvoir magique, celui de produire du miracle. Mais ce pari peut aussi être le reflet de l'aveuglement du désespoir et d'une illusion subjective conduisant à une obstination déraisonnable et donc à douter tout aussi déraisonnablement de l'évidence objective[2727]. Pourtant l'espoir permet aussi de surmonter

---

[2723] *Ibid.*, p. 82-83 : « l'enfant victime de cancer […] incarne exemplairement la réfutation du grand optimisme qui, quoi qu'on en dise, fait le fond même de notre idéologie et prospère de la proscription systématique de la vérité tragique » ; p. 107 : « Devant la mort, il n'y a que des croyances. […] toutes celles qui respectent la vérité tragique de l'existence témoignent de l'insoluble absurdité de la condition humaine ».

[2724] *Ibid.*, p. 83 : « la mort de l'enfant est l'une des figures de cet impossible ».

[2725] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 15.

[2726] Ogien Ruwen, *Op. cit.*, p. 187 : « En réalité, la médecine, dans son état présent, et malgré son immense trésor de connaissances, ne peut pas faire mieux pour moi que prolonger un peu mon existence, soit augmenter ma "quantité de vie" par rapport à ce qu'elle serait, selon les statistiques, si je ne suivais aucun traitement médical ».

[2727] *Ibid.*, p. 186 : « il m'a fallu du temps pour comprendre tout cela, en raison de mon penchant, qui n'a vraiment rien d'exceptionnel, à nier les réalités les plus pénibles, et cela en dépit des allusions de plus en plus lourdes des médecins. […] Je me vois vivre au moins quatre ou cinq ans selon une intuition personnelle dépourvue de tout fondement statistique ».

l'intensité des épreuves à traverser[2728], de ne pas perdre de vue, qu'en matière de maladie et de traitement, le pire n'est jamais certain[2729], de rester ouvert et réceptif à tout le champ des possibles que les innovations incessantes cherchent inlassablement à concrétiser. À cet égard, l'incertitude paraît fondamentalement source d'espoir. Pour pouvoir espérer, il serait donc nécessaire de douter.

L'histoire de Pauline, l'enfant de Forest, décédée à l'âge de quatre ans d'un ostéosarcome réfractaire et métastatique, permet d'éclairer la fonction du doute comme possibilité d'espérer. Dans *L'enfant éternel*, l'espoir est toujours convoqué en parallèle de mauvaises nouvelles ou en écho aux sombres données médicales la concernant ainsi que l'illustre ce propos :

> L'impasse où nous étions, nous l'avions vue progressivement se refermer sur nous. On nous avait dit clairement que la cure intensive serait la dernière carte thérapeutique à jouer. Mais, en même temps, on avait refusé de nous expliquer avec trop de précision ce qui adviendrait après, entretenant à ce sujet une sorte de flou propice aux espoirs et aux illusions[2730].

La construction en deux parties de ce propos crée un contraste entre d'un côté l'évidence de l'issue défavorable de Pauline, la tonalité et le vocabulaire utilisés ne laissant aucune place au doute (« impasse », « refermer sur nous », « clairement », « la dernière carte »), de l'autre et dans le « même temps », le doute vient pourtant effriter cette certitude. Parce que les médecins ne sauraient ni prévoir ni détailler (« expliquer avec trop de précision ») comment telle mort va se passer exactement, en dépit de la certitude de sa survenue prochaine voire de son imminence, cette marge d'inconnu suffit à préserver une lueur d'espoir aussi vaine soit-elle (« illusions »). Parce qu'il y a donc quand même de l'incertitude, le spectre de la mort peut être un tant soit peu voilé (« sorte de flou ») et distancié, l'usage du conditionnel quant à l'évènement à venir (« adviendrait ») laissant même planer l'idée d'un renversement et justifiant ainsi d'autant l'espoir suscité. C'est dire si le contraste qui ressort de cette citation témoigne de l'ambivalence à l'œuvre dans l'esprit de ce père qu'est Forest. C'est ainsi que, dans le même ordre d'idée, il écrit : « Nous avions beau savoir, nous n'étions pas prêts à ce que le dernier mot soit dit »[2731]. Suivant le fil de cet espoir inextinguible, tout, y compris l'évidence objective de la mort à venir et tous les signes par lesquels cette évidence se manifeste, devient propice à être flouté sous l'effet du doute.

Se raccrocher à l'espoir coûte que coûte implique de mettre en doute l'oracle médical, jusqu'à même parfois renoncer à une équipe soignante pourtant investie au plus près et depuis longtemps. Il est à cet égard notable que l'équipe elle-même, démunie techniquement et confrontée à la détresse des personnes et de leurs proches, puisse l'encourager. Il en fut ainsi pour Pauline ainsi que l'explicite Forest :

[2728] *Ibid.*, p. 168 : Dans une note de son journal en date du 26 décembre 2013, Ogien écrit : « En tout cas, je garde l'espoir que ces tortures auront une fin et qu'un jour je les aurai complètement oubliées ».
[2729] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 122 : Dans l'attente insupportable quant à l'issue de l'intervention de Pauline, Philippe Forest finit par apprendre que l'amputation a pu être évitée : « A seize heures, la voix a changé, elle vous fait part d'une "nouvelle sympathique" : le bras a pu être conservé ».
[2730] *Ibid.*, p. 345.
[2731] *Ibid.*, p. 346.

> Nous étions heureux de ces nouveaux interlocuteurs car, pour eux, l'espoir de sauver notre enfant n'avait pas disparu. Ils avaient accepté une tâche qu'ils savaient techniquement à la frontière de l'impossible mais à laquelle ils ne renonçaient pas[2732].

Alors même que tout conduit au verdict d'une bataille perdue face à la maladie, un changement d'interlocuteur médical, ou bien simplement un second avis, peuvent constituer une façon de poursuivre la lutte, une volonté de ne pas abandonner le combat (« ils ne renonçaient pas ») malgré l'extrême difficulté (« à la frontière de l'impossible »), peut-être aussi un moyen pour les parents de ne pas s'effondrer tant que leur enfant est encore en vie. Si Forest n'ignore pas qu'une telle démarche peut constituer si ce n'est un désaveu, du moins une mise en doute de l'équipe référente, le besoin de pouvoir espérer encore s'avère plus fort et explique l'intense soulagement éprouvé face à « ces nouveaux interlocuteurs » « pour lesquels, l'espoir […] n'avait pas disparu ». Parce qu'ils sont naïfs du vécu de l'histoire de la maladie et de sa résistance aux divers traitements entrepris, parce qu'ils sont donc indemnes des échecs répétés auxquels elle a conduit, ils peuvent encore projeter leurs interventions dans une issue éventuellement différente. C'est pourquoi Forest justifie aussi leur choix en expliquant que « Cette chance-là, infime, invraisemblable, était encore à saisir »[2733]. Il invoque donc la notion de « chance » ainsi qu'il le précise encore dans ce propos :

> Il y avait enfin une chance à jouer : la probabilité faible que la tumeur tout entière soit retirée ; alors, les compteurs seraient en quelque sorte remis à zéro ; tout redeviendrait possible, en tout cas un répit durable jusqu'à une hypothétique récidive[2734].

Aux antipodes de la biomédecine fondant ses décisions et son action sur la rationalité scientifique, c'est-à-dire sur le déterminisme causal[2735] et les preuves qui en attestent ainsi que sur les statistiques favorables, en contraste aussi avec l'empirisme médical omniprésent dans la pratique soignante, Forest convoque, à plusieurs reprises et dans ses différentes acceptions, la dimension de « chance »[2736]. Il mobilise tout d'abord la signification du mot chance comme « faveur accordée par le sort » c'est-à-dire comme *fortune*, en l'occurrence celle que la dernière progression tumorale ait semblé accessible à une chirurgie thoracique[2737] (« que la tumeur tout entière soit retirée »), mais aussi celle que de « nouveaux interlocuteurs » aient accepté de tenter l'impossible d'un point de vue chirurgical[2738]. Mais, il mobilise aussi pleinement le sens de chance comme *hasard*, à savoir qu'en dépit de l'ignorance complète de ce qui peut arriver, il faut espérer que le hasard puisse orienter favorablement le cours des évènements. Il est notable

---

[2732] *Ibid.*, p. 357.
[2733] *Ibid.*, p. 348.
[2734] *Ibid.*, p. 358.
[2735] Bernard Claude. *Introduction. Op. cit.*, p. 85 : C'est l'un des mots d'ordre de Claude Bernard, « il faut croire à la science, c'est-à-dire au déterminisme, au rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres ».
[2736] Site du CNRTL consulté en ligne le 1er aout 2025 : CHANCE : Définition de CHANCE
[2737] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit.*, p. 347 : « la tumeur nouvelle était inexplicablement ramassée et on pouvait envisager qu'elle soit ôtée chirurgicalement. Les incertitudes, toutefois, étaient nombreuses ».
[2738] *Ibid*. *Op. cit.*, p. 366 : « Ce qui semblait improbable, voire impossible avait été accompli. […] Nous étions dans la stupéfaction la plus absolue de l'espoir retrouvé ».

qu'à un stade si avancé d'une maladie, se trouvant donc hors de toutes les ressources thérapeutiques, mais également lorsque des situations médicales s'avèrent soit inconnues[2739] soit tellement rares qu'elles ne disposent d'aucune connaissance étendue et fiable[2740], les médecins peuvent être favorables à des options inédites de traitement, c'est à dire ne reposant ni sur des données probantes ni sur un savoir empirique. Mais ceux-ci n'invoquent alors pas, comme l'a éprouvé de son côté Forest, l'espoir de pouvoir bénéficier d'un hasard favorable mais, tout au contraire, la dimension expérimentale d'une telle procédure et donc l'opportunité de valider l'hypothèse causale qui a prévalu à ce choix inédit[2741]. Il n'empêche que cela relève tout de même d'un pari autant pour les soignants que pour le patient et ses proches ainsi que le propos suivant vient l'illustrer :

> Vu son état – dont certainement Hélène et moi ne voulions pas accepter l'extrême gravité et, pour tout dire, le caractère quasi désespéré –, la décision reposait sur un pari. Personne ne peut dire désormais s'il était ou non médicalement justifié. Mais, c'était l'évidence, Pauline paraissait si irrésistiblement et si amoureusement attachée à l'existence qu'elle réussissait à convaincre aussitôt tous ceux qui la voyaient de la nécessité – absolue et peut-être irrationnelle – de la sauver[2742].

Forest ouvre ici plusieurs sujets importants[2743] mais je me concentrerai sur ce qui pourrait être leur dénominateur commun, à savoir la dimension de pari, laquelle ne manque pas d'être dissonante voire de choquer, et demeure en tout cas tabou en biomédecine occidentale[2744]. Si l'idée de *parier* semble d'emblée aller à l'encontre de la maitrise attendue des soignants, lesquels ne s'adonnent pas à un jeu mais fondent leur démarche sur la mise en application des sciences biomédicales, elle n'en est pourtant pas exclue. Parce qu'il n'y a pas de maitrise parfaite en médecine (des bénéfices comme des risques), parce qu'il faut certes s'appuyer sur des données probantes, des connaissances, des compétences, des outils très perfectionnés mais qu'il faut aussi miser sur de la chance et du hasard, *a fortiori* dans des situations d'inconnu et de pénurie de ressources, le pari est donc inéluctable. Forest éclaire ici d'autres déterminants soutenant cette dimension de pari, sans en nier les limites. C'est ainsi que le déni de la gravité (« ne voulions pas accepter ») est non seulement un mécanisme de défense mais consiste peut-

---

[2739] A l'instar des toutes premières admissions en réanimation de patients en détresse vitale sur infection covid.

[2740] Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 95-96 : « Mais le cas concerné est sans précédent. Les gigantesques bibliographies informatisées qui contiennent, de par le monde, tout le passé de l'oncologie, ont été consultées. Les cas d'ostéosarcome du jeune enfant répertoriés se comptent sur les doigts des deux mains. […] Le nombre de cas est si réduit qu'il est proprement impossible de tirer des leçons statistiques ».

[2741] Les essais agnostiques reposent sur un tel fondement, celui de partir à l'aveugle en proposant un traitement totalement inéprouvé dans la maladie. Indépendamment du type histologique d'une tumeur donnée, ces essais consistent à chercher des cibles moléculaires. Si une thérapie ciblée existe pour l'une ou l'autre de ces anomalies, elle est utilisée dans l'hypothèse de son implication physiopathologique possible. Sur le sujet : Subbiah Vivek. *Tissue-agnostic cancer therapies: promise, reality, and the path forward*. Nat Commun 2025;16(1):4972.

[2742] Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un. Op. cit.*, p. 23-24.

[2743] Le surinvestissement sanitaire, notamment en matière de recherche en cancérologie, au profit de l'oncopédiatrie par rapport aux cancers des adultes, n'est pas le moindre de ces sujets. Philippe Forest se demande ainsi s'il est possible d'être raisonnable face à un enfant malade et si l'on n'est pas condamné à tomber de près ou de loin dans l'irrationnel.

[2744] Même s'il le pense et le vit, un cancérologue de renom ne saurait avouer publiquement son sentiment de pratiquer son métier comme s'il jouait sans arrêt aux échecs avec la mort (faisant implicitement référence au film d'Ingmar Bergman, *Le septième sceau*, 1957). J'anonymise volontairement ce témoignage.

être aussi à parier sur le renversement de la situation et sur un rétablissement (« les compteurs […] remis à zéro », « tout redeviendrait possible ») en tant que possibilité irréductible aussi improbable soit-elle. Par ailleurs, le pari de tenter une nouvelle option thérapeutique sur la seule base du désir de vie d'une personne (« si amoureusement attachée à l'existence ») ou de sa volonté (« elle réussissait à convaincre ») soulève la question du poids de l'évidence *subjective* (« tous ceux qui la voyaient [étaient convaincues] de la nécessité […] de la sauver ») face à l'évidence objective (le caractère objectivement réfractaire et sans plus aucune ressource). Par-delà l'effet de transfert de ce désir de vie qui se joue entre tous, un tel pari conduit aussi, si ce n'est à mettre en doute la rationalité médicale du moins à en acter l'insuffisance en matière de relation de soin et de décision médicale. Enfin Forest semble aussi soulever la question délicate du caractère éventuellement déraisonnable de ce pari thérapeutique en l'occurrence de l'après-dernière chance (« médicalement injustifié », « peut-être irrationnelle ») ce d'autant qu'*in fine*, il ne sauvera pas Pauline ni ne lui apportera de « répit durable ». Si la législation sur l'obstination déraisonnable et la prévention de l'acharnement thérapeutique, source de toxicité inutile et sans bénéfice pour la santé[2745], est certes essentielle, elle ne peut pourtant pas résoudre la complexité de ces situations extrêmes et de profonde détresse. D'une part, l'attitude médicale s'adapte à une rencontre donnée au cœur de laquelle la conviction ou la réticence d'un patient est déterminante. D'autre part, cette attitude peut aussi varier selon les praticiens, les équipes et le type d'établissement de soins entre schématiquement deux extrêmes que sont, d'un côté une limitation parfois plus que raisonnable des thérapeutiques actives au profit des soins de confort, de l'autre un jusqu'au-boutisme poussé jusqu'aux thérapies les plus expérimentales[2746]. C'est pourquoi l'espoir revêt alors une dimension politique[2747].

[2745] Sur la question de l'acharnement thérapeutique, je renvoie à la loi de 2005 relative aux droits des malades. En ligne : LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) - Légifrance, consulté le 31 juillet 2025.

[2746] Il s'agit des essais dits précoces de phase 1 qui permettent, en dernier recours, à certains patients éligibles d'accéder à des traitements en cours de développement. Dans cette phase de développement, l'efficacité et la sécurité (qui ne sont pas encore connues) sont étudiées. Sur le sujet : Malik Laeeq, Lu David. *Eligibility criteria for phase I clinical trials: tight vs loose?* Cancer Chemother Pharmacol 2019;83(5):999-1002.

[2747] Rorty Richard, Poulain Jacques (Trad.), Cowan Claudine (Trad.). *L'espoir au lieu du savoir. Introduction au pragmatisme*. Paris: Albin Michel; 1995.

UNIVERSITÉ PARIS-EST CRETEIL

ÉCOLE DOCTORALE Cultures et société (ED 529)

Unité de recherche « Lettres Idées Savoirs (LIS) », EA n° 4395

L'épreuve du doute en partage : une philosophie de la rencontre en médecine

Tome 2

Thèse de doctorat en philosophie

Soutenue par

Marie-Olivia CHANDESRIS

Le 5 juin 2026

Sous la direction de M. Roberto POMA

Composition du jury :

M. Frédéric GROS, Professeur, Sciences Po Paris (rapporteur)

Mme. Tiphaine SAMOYAULT, Directrice d'études, EHESS (rapportrice, présidente du jury)

M. Martin DUMONT, Maître de conférences, Université Paris Est Créteil

Mme Isabelle GALICHON, Docteure, Université Bordeaux Montaigne

M. Jean-Christophe WEBER, Professeur, Hôpital civil de Strasbourg

M. Roberto POMA, Professeur, Université Paris Est Créteil

UPEC
Connaissance - Action
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE

L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : PHILIPPE LANÇON ET LA CHIRURGIENNE CHLOE BERTOLUS

Au fond de l'Inconnu pour trouver du nouveau ![2748]

Baudelaire Charles, *Les fleurs du mal*, 1972 [1857]

[2748] Lançon Philippe. *Le lambeau*. Paris: Folio; 2020, p. 340. A l'occasion d'un moment particulièrement difficile de son séjour à l'hôpital, Philippe Lançon s'est mis à « récite[r] en dedans la dernière strophe du *Voyage* de Baudelaire ». Ce dernier vers lui est venu juste avant le sommeil retrouvé. In Baudelaire Charles. *Les fleurs du mal*. Paris: Librairie générale française; 1972 [1857].

Afin d'interroger et d'éclairer la place, les effets et les enjeux du doute au cœur de la relation de soin et pour chacun de ses partenaires, je réfléchirai tout d'abord à partir de la relation qui a lié le patient Philippe Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus. Je m'appuierai pour cela sur le récit *Le Lambeau*[2749] à la fois dans son ensemble et en opérant un focus plus particulier sur une période de crise de cette relation de soin. A cet effet, je retranscrirai en totalité le texte où Philippe Lançon la relate[2750].

Journaliste et écrivain, Lançon est une victime de l'attentat terroriste du 7 janvier 2015 survenu à Paris dans les locaux du journal *Charlie Hebdo*. Grièvement blessé au visage, *Le Lambeau*, qu'il publie en 2018, est le récit, pour l'essentiel autopathographique, d'un parcours de reconstruction chirurgicale et d'une entrée dans un processus de rétablissement personnel[2751]. Sa chirurgienne, Chloé Bertolus, cheffe du service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, est l'autre protagoniste principale de ce récit. Mais il y dépeint aussi nombre d'autres soignants, l'univers hospitalier et les relations qu'il noue avec les uns et les autres. Au prisme des nombreuses épreuves traversées (l'attentat en lui-même, le choc de la défiguration, les aléas et les complications de la chirurgie, la longueur et la complexité du parcours de soins hospitaliers), ce récit éclaire l'épreuve du doute d'un patient, d'une soignante (parfois d'autres soignants) et au cœur de leur relation de soin. Aussi singulière soit-elle, cette dernière n'en demeure pas moins ordinaire, soumise comme toute autre à des dissensions et des moments de crise[2752]. C'est bien là tout son intérêt que d'apporter un éclairage sur ce qui peut se jouer dans toute relation de soin en matière de doute, à savoir tout ce qu'il peut certes entraver et détruire mais aussi tout ce qu'il peut apporter.

L'épreuve du doute de Lançon ainsi que la façon dont Chloé Bertolus, non seulement mobilise le doute mais peut aussi en être affectée, seront d'abord abordés distinctement ; cette approche différenciée a pour objectif d'appréhender, les concernant et préalablement à l'analyse de leur relation, ce fossé qui sépare classiquement patient et soignant en matière de doute. Entre ces deux protagonistes, l'un (patient) dévasté par l'épreuve terrassante du doute en tant que hantise de l'attentat, de la perte, de l'abandon[2753], l'autre (soignante) dans la maitrise de son art[2754], le fossé parait immense en effet. Au préjugé (certes non dénué d'exemples concrets pour le soutenir) que de telles expériences du doute ne pourraient être qu'incommunicables et constitueraient des menaces, voire des impasses, pour la relation de soin, une autre réalité s'avère possible. Que le doute ne soit pas qu'un outil de travail pour une chirurgienne ne sera pas la moindre de ces découvertes ; partagé avec ses patients, il l'aiderait à faire face à la complexité des situations en y puisant une source de *créativité*, telle une issue toujours possible par-delà les limites des connaissances scientifiques autant que des performances techniques.

[2749] Lançon Philippe. *Le lambeau*. Paris: Folio; 2020.
[2750] *Ibid.,* p. 458-60.
[2751] Kavoosi Tazheh, Pillai Anjali, Rajasekaran Anindita, Obayemi Adetokumbo Jr. *Enhanced Recovery After Surgery Protocols in Craniofacial Surgery*. Facial Plast Surg Clin North Am 2024;32(1):181-7.
[2752] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin.*
[2753] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute du patient Philippe Lançon*.
[2754] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Chloé Bertolus ou l'éthos du doute au cœur de l'activité d'une chirurgienne*.

A rebours de la représentation très généralement négative du doute, l'hypothèse inverse sera interrogée. A savoir, les non-dits quant aux inconnus de la biomédecine (tout ce qu'elle ne peut éclairer, ou du moins pas encore), les silences aux allures de déni quant aux incertitudes inhérentes à toute condition de maladie autant que de santé, et plus généralement donc les doutes informulés et/ou impartagés pourraient constituer une source de fragilisation de la relation de soin. Pour étayer cette hypothèse, je m'appuierai sur un épisode de crise ayant affecté cette relation pourtant affermie par de longs mois de soins et marquée de respect et de confiance réciproques[2755]. Une telle crise relève non seulement combien la relation de soin – qui ne saurait se réduire à ses contraintes instrumentales et utilitaires – est un processus complexe, fragile et en perpétuelle (re)construction[2756], ou peut-être plus justement à une incessante *(dé)-construction*[2757]. Mais elle permettra aussi d'analyser la place du doute autant dans sa genèse que sa résolution. Que le doute puisse constituer tout à la fois une source de conflictualité (par sa puissance de suspicion, de discorde, de défiance) et une voie de sortie de conflictualité (par sa puissance de remise en cause, d'enquête, d'élaboration réflexive) ne tombe pas d'évidence.

Les commentateurs de la relation de soin soulignent plus souvent son caractère lacunaire (ce qui manque à cette relation) et réifiant (la personne malade se voyant réduite à sa maladie) ce que d'aucuns, patients[2758] mais aussi soignants[2759], peuvent qualifier de déshumanisant. Or, le récit de Lançon invite à considérer la possibilité d'une lecture bubérienne de la relation[2760]. Si la modalité objectivante de la relation de type *Je-Cela* selon Buber[2761] n'est certes pas absente de la relation qui lia Lançon à Chloé Bertolus, ce qui permet d'ailleurs d'en révéler à la fois le caractère inexorable et l'utilité, elle ne saurait s'y réduire. Ainsi, contrairement à ce qu'annonçait le titre de l'ouvrage, le lambeau correspondant à une technique particulière de greffe utilisée en chirurgie de reconstruction, le récit de Lançon est loin de se restreindre à cette seule dimension opératoire propre au corps inanimé et fragmenté[2762]. Lançon témoigne, à maintes reprises, combien sa reconstruction n'a pas été que chirurgicale, aussi essentielle que fut cette dimension instrumentale. Il lui est manifeste qu'il n'aurait pu amorcer le moindre processus de rétablissement, d'une part sans l'écriture, d'autre part sans la présence des soignants, à la fois vivante, très personnelle et non réductible à leurs actes techniques. Comme

---

[2755] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute à l'épreuve de la relation de soin entre Chloé Bertolus et Philippe Lançon.*

[2756] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Approche conceptuelle et philosophique de la relation de soin à l'aune de la biomédecine contemporaine*.

[2757] Je m'appuie (comme précédemment explicité dans le chapitre intitulé *Le doute des patients*) sur le travail sur le préfixe « dé » proposé par Tiphaine Samoyault dans le cadre de sa chaire « *Littérature et autorité : la moindre autorité* » à l'EHESS. Il n'est pas ici appréhendé comme privation ou négation mais au contraire comme mouvement et augmentation, renvoyant en cela à la façon dont Derrida mobilisait le terme « déconstruction » non pas comme destruction mais comme processus allant vers.

[2758] Parmi les récits qui en témoignent : Marin Claire. *Hors de moi, Op. cit*. ; Ogien Ruwen. *Op. cit*. ; Brun Danièle. *Op. cit*.

[2759] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.*

[2760] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.

[2761] Buber Martin. *Op. cit*.

[2762] Une telle vision est soutenue par la définition du CNRTL, à savoir « morceau de matière ; quelque chose de détaché et déchiré », mais aussi « fragment d'un ensemble, partie détachée d'un tout ». En ligne : LAMBEAU : Définition de LAMBEAU, consulté le 05 décembre 2025.

s'il les emportait dans le sillage de son travail très personnel de rétablissement, nombreux sont les soignants qui apparaissent dans son récit. C'est pourquoi, *Le Lambeau* permet résolument de réfléchir à la relation de soin dans sa globalité. De l'art de la conversation à la relation amicale[2763], par-delà même le principe de *philia* tel qu'il sous-tendait la pratique de la médecine antique[2764], ce récit interroge de plein fouet la porosité des frontières de la mission sanitaire en exposant au plein jour des facteurs déterminants, mais notoirement tabous, que sont les émotions, les affects, les phénomènes de transfert qui se jouent entre patient et soignant[2765], et ce autant pour l'un que pour l'autre. En somme, Lançon semble nous dire que pour qu'il y ait vraiment relation de soin, il faudrait nécessairement en dépasser la dimension purement utilitaire et instrumentale[2766]. Il s'agit précisément d'apprécier la place du doute dans un tel projet. De la menace de destructivité du doute à l'utopie du doute comme remède absolu à toutes les tensions, je me propose non pas de l'aborder comme une position intermédiaire et flottante entre deux pôles, mais de montrer son importance cruciale dans cette épaisseur si complexe et mouvante de la relation de soin.

1 – Un contexte extraordinaire pour une relation de soin singulière mais non moins ordinaire

Comme pour toute relation de soin, celle qui s'établit entre Lançon et sa chirurgienne, Chloé Bertolus, s'inscrit dans un contexte particulier qui en conditionne un certain nombre de caractéristiques. Si cette relation n'est certes pas ordinaire, ne serait-ce qu'au regard de l'évènement historique et traumatique qui l'a suscitée, on ne saurait pour autant la qualifier d'extraordinaire. Sous réserve de bien distinguer ce qui relève de l'exception, l'expérience de Lançon offre donc l'opportunité d'éclairer la condition du patient et l'épreuve de doute qu'il traverse ainsi que de réfléchir à tout ce qui peut se jouer dans la relation de soin au regard justement de cette épreuve.

1.1 – L'exception de monstruosité

Il s'agit tout d'abord de l'extrême gravité de la blessure de Lançon. Celle-ci est d'emblée comparée aux blessures observées en terrain de guerre[2767], renvoyant dès lors aux « gueules cassées » de la première guerre mondiale et à l'atrocité de leurs séquelles s'ils parvenaient à en survivre. Lançon suggère la monstruosité de sa blessure lorsqu'il écrit :

[2763] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 358-365 et 390-391. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute comme pacification de la relation de soin et comme (r)éveil de la philia*.
[2764] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 16-21.
[2765] *Ibid*., p. 159-160 et 192-194.
[2766] Ogien Ruwen. *Op. cit*., p. 129 : « Il va de soi par exemple que les médecins ne sont pas nécessairement neutres affectivement, impartiaux ou parfaitement désintéressés ».
[2767] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 109 : « On a déposé le brancard devant un homme en uniforme, un pompier sans doute. […] Il m'a regardé et il a presque crié : "Ça, c'est blessure de guerre !" Le mot a explosé puis résonné comme un écho intime, et cependant étranger, un écho provoqué par une histoire qui m'envahissait sans m'appartenir ».

> […] il suffit de savoir que ma mâchoire inférieure ayant largement disparu, on avait greffé à la place mon péroné droit, accompagné d'une veine et d'un bout de peau de jambe qui, sous le nom de palette, me tenait lieu de menton[2768].

Le monstrueux est porté, d'une part par la destruction et partant la disparition d'une partie de son visage autrement identifiée dans son horreur comme le « trou », d'autre part par la procédure de reconstruction chirurgicale en elle-même qui ne manque pas de rappeler l'histoire inventée par Mary Shelley au 19e siècle de la créature de Victor Frankenstein[2769]. Tout comme cette créature composée à partir de morceaux de chair prélevés sur des cadavres, la reconstruction du visage de Lançon se fait à partir des différents constituants d'un morceau de jambe (« péroné », « d'une veine et d'un bout de peau de jambe »). L'usage des mots « bout » et « palette » vient souligner cette idée de rafistolage à partir de morceaux de chair. Car outre son emploi dans le langage chirurgical, la « palette » est aussi une pièce de boucherie, correspondant à la région de l'omoplate assorti de la chair qui l'entoure (l'épaule de bœuf par exemple). Mais la monstruosité est parfois plus indirectement, et donc subtilement, évoquée par Lançon, notamment lorsqu'il relate le choc traumatique provoqué par la vision – par lui-même autant que par autrui – de son état de défiguration. « Comment peuvent vivre ceux qui ont vu des choses qu'ils n'auraient pas dû voir »[2770], questionne-t-il après avoir reçu le courrier d'aveu d'un confrère journaliste qui, venu aider dans les suites immédiates de l'attentat, n'a pu faire autrement que de détourner son regard et de s'éloigner. Quand bien même cela ne manqua pas de l'accabler du remord de l'avoir ainsi « laissé seul »[2771], il est un fait que sa vision lui avait été insurmontable. C'est dire si l'enjeu de la reconstruction est de taille puisqu'il s'agit d'œuvrer à rendre à un visage rien moins que ses attributs les plus essentiels à savoir lui « redonner, peu à peu, une bouche, un menton et une mâchoire »[2772] de sorte à ce qu'il puisse de nouveau être acceptable au regard.

1.2 – Une inscription dans un moment exceptionnel de l'Histoire

D'autres éléments rendent le contexte exceptionnel, parmi lesquels la gravité de l'évènement à l'origine de sa blessure, son caractère historique et son impact collectif d'ampleur nationale. L'attentat contre le journal *Charlie Hebdo* s'est, de fait, inscrit dans l'histoire, avec un grand H, celle de la France contemporaine marquée par le terrorisme islamiste. Se trouver au cœur de cet évènement dont il fut un rescapé a conduit Lançon à être investi de l'aura d'un *être à part* et qui emporte aussi, malgré lui, les autres dans cet état d'exception ainsi que le suggère ce propos :

[2768] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 227.
[2769] Shelley Mary, Morvan Alain (Trad.). *Frankenstein ou le Prométhée moderne*. Paris : Gallimard; 2015 [1818].
[2770] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 101-102.
[2771] *Ibid.*, p. 101-102 : « Et je vous ai laissé seul […] « Mais il n'y a pas une journée où je ne repense à ma lâcheté face à vous. Pas une journée où je ne me regarde dans la glace en voyant toutes mes limites d'Homme ».
[2772] *Ibid.*, p. 239 : « […] la commandante en chef de l'équipe qui allait me redonner, peu à peu, une bouche, un menton et une mâchoire ».

> […] elle m'a dit un jour en consultation : « Savez-vous ce que vous avez traversé ? Quand la greffe du péroné a eu lieu, on n'en menait pas large. Si elle avait raté, c'est nous qui plongions tous avec vous[2773].

Sa chirurgienne, Chloé Bertolus, ne sous-entend rien moins que la fermeture du service si sa prise en charge avait été un échec (« c'est nous qui plongions tous avec vous »). C'est ainsi qu'il découvre « la violence que cette histoire lui avait imposée »[2774] à elle aussi. Le poids de la responsabilité vis-à-vis du patient Lançon et de sa santé était, eu égard au contexte et au symbole qu'il représentait, décuplée. Constitué *de facto*, et conformément au jargon interne de l'hôpital, VIP (entendre « *very important person* »), il a d'ailleurs bénéficié de la visite à son chevet du président de la République française François Hollande accompagné du directeur de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP) d'alors Martin Hirsch[2775]. Autant d'égards qui, passés au filtre de l'analyse critique de Lançon, lui ont permis de comprendre et d'écrire : « certains cas comme le mien, […] relevaient du défi aussi bien chirurgical que social, […] Je relevais autant de la menace que du défi »[2776]. Ainsi, quand bien même la blessure de Lançon et le projet de reconstruction chirurgicale qui en a logiquement résulté relèvent de l'activité ordinaire d'un tel service, sa relation à sa chirurgienne Chloé Bertolus, et plus généralement à l'ensemble de l'équipe soignante, n'aurait jamais pu être seulement ordinaire. Le contexte exceptionnel amplifiait d'autant le niveau d'exigence en termes de performance, de résultats et plus généralement de satisfaction. Faisant dès lors partie, lui tout comme ses soignants, de la grande histoire, les enjeux qui ont sous-tendu la rencontre et l'accompagnement de Lançon ne pouvaient plus se réduire seulement à sa survie et sa reconstruction chirurgicale, puisqu'il se trouvait être bien plus qu'un patient comme les autres de ce service. C'est dire l'importance de lui offrir bien plus qu'un traitement techniquement optimal et l'impact inévitable d'un tel contexte sur le type et les modalités de la relation patient – soignant[2777]. Si rien ne permet d'affirmer que Lançon a été un patient privilégié au point d'entrer en contradiction avec les principes déontologique[2778] et éthique[2779] de justice, son statut particulier a pu favoriser une expression bien plus libre, s'agissant de ses incompréhensions et désaccords éventuels (la séquence de crise relationnelle en constituant un exemple notable), que celle accordée à tout autre patient. Au regard de l'inégal accès à la parole, *Le Lambeau* a pu ainsi donner une voix à une foule d'autres patients, sans cela inaudibles[2780] et se reconnaissant dans l'expérience de Lançon.

[2773] *Ibid.*, p. 241.
[2774] *Ibid.*
[2775] *Ibid.*, p. 255.
[2776] *Ibid.*, p. 241.
[2777] La grande notoriété d'un patient ou un contexte d'exceptionnelle médiatisation peuvent constituer des sources d'empêchement (expérience personnelle). Chloé Bertolus a, quant à elle, pu œuvrer sans être affectée par le contexte qui entourait Philippe Lançon ainsi qu'en témoigne ce propos : « La corrélation historique survient plus tard. On se rend compte après qu'on a vécu quelque chose de marquant pour soi-même ».
[2778] Je renvoie au code de déontologie médicale tel que promu par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). En ligne : codedeont.pdf (conseil-national.medecin.fr), consulté le 30 juillet 2024.
[2779] Beauchamp Tom L., Childress James F., Fisbach Martine (Trad.). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Belles lettres; 2008.
[2780] En plus d'une voix individuelle, Philippe Lançon donne voix à la multitude des êtres qui composent ce monde des patients dont il fait partie.

1.3 – Une chirurgie d'exception

L'excellence de la chirurgienne, du service de chirurgie et de l'hôpital, la Pitié-Salpêtrière, qui ont pris en charge Lançon relèvent aussi de l'exception. Plus prosaïquement, cet hôpital et ce service se sont aussi trouvés être les plus proches géographiquement du lieu de l'attentat et donc le plus immédiatement accessibles. La chirurgie maxillo-faciale qui y est pratiquée est exceptionnelle par les prouesses techniques qui y sont rendues possibles et par l'accès à la pointe de l'innovation. Ce qui, il y a peu (de l'ordre de deux décennies s'agissant de la technique du lambeau[2781]), semblait hors de toute ressource peut y trouver une issue désormais favorable. C'est dire le caractère prométhéen de ce type de chirurgie puisqu'il renvoie à l'utopie de puissance et de maitrise de la médecine scientifique, dont la technique chirurgicale est une parfaite illustration. Lançon a éprouvé dans sa chair cette illusion du *tout est possible*[2782], ce qu'il a traduit en ces mots : « Les chirurgiens vivent dans un monde où tout ce qui est techniquement possible finit par être tenté »[2783]. De l'utopie du corps parfaitement reconstruit grâce à l'art de la chirurgie à la dystopie frankensteinienne du corps soumis, sans limite, à un savant surpuissant, la frontière s'avère poreuse, et ce plus encore que dans toute autre discipline médicale. Chloé Bertolus elle-même est manifestement consciente du risque de démesure inhérente à son activité lorsqu'elle s'exclame : « Il faut être fou pour croire qu'on peut sauver les hommes et passer ses journées au bloc pour les réparer ! »[2784]. De là un contraste vertigineux se fait jour. S'ils peuvent effectivement se prendre pour des Dieux de la technique et croire aux prodiges, si ce n'est aux miracles, de la chirurgie, les chirurgiens maxillo-faciales s'occupent pourtant des humains parmi les plus fragiles, les plus vulnérabilisés, les plus visiblement marqués par la souffrance et la maladie au point de les rendre parfois même repoussants. Lançon a pu le constater de lui-même. Parmi ces patients se trouvent en effet, non seulement des personnes souffrant de cancers[2785] de cette région anatomique du corps, le plus souvent avec un lourd passé d'alcoolo-tabagisme et en situation de grande précarité sociale, mais aussi des personnes ayant tenté de se suicider par arme à feu ou victimes d'agressions physiques. Il y a bien aussi des circonstances moins discriminantes socialement, tels que certaines infections, des cancers rares (y compris hématologiques[2786]). Il n'en demeure pas moins donc que ces chirurgies exceptionnelles par leur niveau de technicité, leur lourdeur et leur complexité bénéficient à quiconque en aurait besoin quelles que soient son histoire, sa situation, les circonstances à l'origine.

[2781] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. En ligne : Interview Chloé Bertolus – Janv 2020, consulté le 20 mai 2023. Chloé Bertolus précise que la technique du lambeau libre, inventée dans les années 80, « se démocratise depuis une quinzaine d'années ».

[2782] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 229 : « Chloé m'avait dit : "De toute façon, si ça ne marche pas, on recommencera plus tard de l'autre côté". Je l'avais regardée, accablé. Deux anesthésies générales de plus, et de nouveau des mois d'incommodité permanente, sans même parler du goitre artificiel et des soins ».

[2783] *Ibid.*

[2784] *Ibid.*, p. 223

[2785] *Ibid.*, p. 248 : « La greffe de péroné était depuis plusieurs années pratiquée, d'abord sur les cancéreux de la mâchoire et de la bouche, principaux patients du service ».

[2786] En tant que praticienne hospitalière au sein d'un service d'hématologie, j'ai pu suivre durant plusieurs années une patiente souffrant d'un myélome multiple (hémopathie maligne générant des lyses osseuses et de fractures pathologiques). Lorsqu'un plasmocytome a atteint et détruit sa mâchoire (en plus de l'effet de la fonte tumorale sous immunochimiothérapie, elle a pu bénéficier d'une chirurgie de reconstruction similaire à celle de Philippe Lançon mais avec greffe osseuse simple (sans lambeau).

1.4 – Des êtres d'exception, mais surtout simplement singuliers

Chloé Bertolus est elle-même une femme d'exception, à la fois pour ses remarquables compétences chirurgicales, mais également pour ses qualités personnelles que Lançon a très vite identifiées. Ces qualités ont naturellement favorisé leur rencontre[2787] et contribué à la richesse mais aussi la complexité de leur relation. Pour autant, il ne faudrait pas alors passer sous silence les nombreuses autres rencontres que Lançon a eu l'occasion de faire avec bien d'autres personnes impliquées dans son parcours de soins et qui ont pu, elles aussi, se révéler exceptionnelles[2788]. Mais enfin, il faut aussi reconnaître en Lançon un patient *idéal* parce qu' « intéressant », sympathique et généreux, victime (et non pas responsable de ce qui lui arrive comme on tend à le penser si facilement des usagers invétérés de tabac et d'alcool) ainsi que par sa situation de héros (au point que le président de la République est venu le visiter en personne[2789]). Afin de ne pas tomber dans l'écueil d'une inflation des qualités individuelles des uns et des autres et dans la hiérarchisation que cela risquerait de provoquer, je me contenterai de considérer ici toute personne – que son statut soit celui de patient ou bien celui de soignant – comme singulière et en cela unique. Toute relation entre un patient et un soignant est donc elle-même singulière. C'est ainsi qu'entre Chloé Bertolus et Lançon, une relation qui leur est propre s'est mise en place dont le périmètre a dépassé celui, naturellement non hermétique, de la relation patient – soignant considéré dans sa seule dimension utilitaire. Notamment l'hypothèse de la dimension affective de leur relation, et peut-être de toute relation, de soin sera développée ultérieurement[2790].

1.5 – Un patient comme tous les autres

Aussi singulier et, sur certains aspects, avantagé soit-il, Lançon met en lumière la difficile condition de patient qui est la sienne et qu'il partage avec les autres patients. C'est ainsi qu'il se considère, et peut-être même se découvre être un patient tout à fait ordinaire en dépit des éléments qui viennent d'être développés et soulignent le caractère exceptionnel de sa situation et de son contexte. Il écrit :

> Mais il n'y avait pas ici de différence entre les patients : les vies étaient unies par le rituel aux perspectives incertaines et par les exercices destinés à nous en sortir. Nous étions comme l'homme changé en cafard de *La Métamorphose* ; […] nous étions tous devenus des répliques du pauvre Grégoire Samsa[2791].

Autant dire qu'avec cette comparaison à Gregor Samsa, Lançon se voit non seulement comme un patient affaibli, enlaidi (« cafard »), misérable (« pauvre ») et démuni. Il semble suggérer

---

[2787] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 239 : « J'ai eu pour elle, outre la confiance, une sympathie immédiate. Cette sympathie n'était pas simplement due au fait qu'elle était ma sauveuse […]. Elle était due, plus que tout, à son absence de complaisance. Sa sévérité enjouée me rassurait ».

[2788] *Ibid.,* p. 195 : Le cas d'Annie, « infirmière responsable de la salle de réveil » en est un exemple marquant tant son identification par Philippe Lançon à la « Castafiore » – parce qu'elle adorait l'opéra et avait rêvé de devenir cantatrice – apporte une dimension d'exception par le panache et la célébrité que cette comparaison suggère.

[2789] *Ibid.,* p. 255.

[2790] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Source et place des affects au cœur de la relation entre soignant et patient*.

[2791] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 484.

par-là que l'expérience de la métamorphose est inhérente à de toute prise en soin à l'hôpital, ne serait-ce que parce qu'elle transforme inévitablement la personne en patient. Mais il se considère aussi comme membre d'une communauté, celle de tous les autres patients que l'institution hospitalière indifférencie, notamment en les soumettant à d'immuables rituels protocolaires. Il s'éprouve ainsi parmi eux (« nous étions »), tel un indiscernable, un anonyme, aux antipodes de l'idée qu'il pourrait être une personnalité à l'individualité singulière et conséquemment être reconnu et traité comme tel. Pour illustrer ce constat d'appartenance au monde à part des patients ordinaires, il relate l'histoire tragique de la toute jeune Ophélie. En guise de blague, elle fut « enfermée sur un balcon, dans une station de ski, par de facétieux compagnons de promotion »[2792], en pleine nuit. En tenant de se libérer de sa cage sombre et glacée, elle est tombée du deuxième étage directement dans « le monde de la neurologie » et ses sombres brumes mémorielles[2793]. Car de son traumatisme crânien, et du coma qui en a résulté, elle a perdu toute sa mémoire au point qu'« elle errait parfois la nuit dans les couloirs, le regard paniqué ». Il est arrivé à Lançon de l'aider à retrouver le chemin de sa chambre. Ne cessant d'espérer en son rétablissement, il recueillait avec soulagement, en plus de son sourire, la réponse pourtant bien faible : « un peu », à sa question si craintivement posée : « vous ne retrouviez pas votre chambre. Vous vous souvenez ? »[2794]. En qualifiant ce qui est arrivé à Ophélie d'« attentat contre sa propre vie »[2795], Lançon ne pouvait mieux illustrer la reconnaissance de son appartenance au même monde que le sien. Au gré d'un phénomène d'identification à la situation tragique de cette jeune fille, il se reconnaît autant qu'il la reconnaît telle la victime ordinaire d'un « attentat ». Si ce puissant sentiment communautaire est plus facilement identifiable par la ressemblance physique que suscite un état pathologique, à l'instar de l'alopécie du patient cancéreux, des laryngectomisés que Georges Perros qualifie de « semblables »[2796] ou encore à la manière dont Grand corps malade décrit son sentiment de fraternité à l'égard des blessés de la moelle épinière[2797], il relève pourtant de la même expérience de se sentir devenir tous les mêmes, tous semblables, ordinaires.

Si en tant que rescapé d'un attentat qui a marqué la nation, Lançon a bénéficié d'une reconnaissance et d'un soutien exceptionnels au niveau public, médiatique et au plus haut niveau de l'état, sa condition en tant que patient n'en était pas moins ordinaire. Que ce contexte et ses enjeux aient été extraordinaires, il n'en a pas moins vécu avec chirurgienne Chloé Bertolus une relation de soin, certes singulière, mais conforme aux standards institutionnels. L'avantage apparent d'une aura si particulière ne l'a pas immunisé vis-à-vis de l'épreuve du doute, à la fois identitaire et existentiel, que peut traverser tout patient[2798]. Il ne l'a pas non plus

[2792] *Ibid.,* 482.
[2793] *Ibid.,* p. 483 : « Le monde de la neurologie est brumeux pour ceux qui en subissent les traumatismes ».
[2794] *Ibid.,* p. 484.
[2795] *Ibid.*
[2796] Perros Georges, Butor Michel (poème liminaire), Noël Bernard (postface). *L'ardoise magique*. Nantes: L'oeil ébloui; 2014, p. 31. « laryngectomisés, drôle de mot. Mes semblables, pour le coup. Tous le même air penché ».
[2797] Grand corps malade, *Patients*, p. 60 : « C'est étonnant d'ailleurs de constater à quel point ce handicap nous rend si ressemblants les uns aux autres. Tous les paras et les tétras ont les mêmes jambes et le même petit bide dû à l'absence d'abdominaux. Tous les tétras ont les mêmes bras, les mêmes mains et les mêmes positions sur leur fauteuil. […] On a presque tous le même corps décharné, squelettique ».
[2798] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire du patient*.

immunisé contre les accrochages, les dissensions, la défiance qui peuvent émailler toute relation de soin[2799].

2 – L'épreuve du doute du patient Philippe Lançon

Au prisme de l'évènement tragique qu'a constitué le traumatisme de l'attentat et le choc de la défiguration, *Le Lambeau* éclaire l'intensité et la multi-dimensionnalité de l'épreuve du doute traversée par Lançon à cette occasion. Grièvement blessé et devant subir un lourd parcours de reconstruction chirurgicale, il traverse les affres d'une puissante *crise* de doute identitaire autant qu'existentiel. Aussi extrême et singulière que soit cette expérience en tous points exceptionnelle, elle n'en éclaire pas moins plus largement la question de la perpétuité du doute comme condition de (re)construction identitaire inhérente à la condition de tout être dans le monde, en relation avec celui-ci et avec autrui, faisant en cela écho au principe de l'*épochè* transcendantale husserlienne. En outre, cette expérience permet aussi de souligner la fécondité du doute, au prisme de la résolution de la crise qui en caractérise l'expression, comme opportunité (tel un authentique *kairos*) d'une (re)naissance, en l'occurrence d'un devenir écrivain.

2.1 – Le trou comme métaphore du doute

D'entrée, Lançon est terrassé par le doute. Se demandant s'il est réellement en vie et s'il va survivre, tout comme ce que sont devenus ses amis de *Charlie Hebdo*, toute cette intensité tragique semble d'emblée converger vers le trou béant de sa mâchoire. Au-delà du traumatisme de l'attentat, du vécu de terreur, de perte[2800] et de gouffre[2801], c'est aussi donc surtout à cet état de doute intense que l'image du « trou » va se trouver indissolublement liée. Car le trou dans la chair, et l'état de doute qu'il suscite, en révèle et en appelle bien d'autres depuis le trou dans l'identité blessée jusqu'au gouffre du doute existentiel, en passant par les trous dans la pensée, dans la parole, dans le récit.

2.1.1 – Le trou comme paradigme originel du doute et de sa hantise

Pour saisir l'épreuve du doute vécue par Lançon durant son parcours de reconstruction faciale, il faut revenir aux tout premiers instants de cette vie *hors du monde* à laquelle il s'est vu brutalement contraint, à savoir l'attentat et les heures immédiates qui suivirent. Lançon a survécu aux balles des terroristes mais il est grièvement blessé au visage. Il en comprend la gravité en apercevant son reflet sur l'écran de son téléphone portable. Il écrit à ce propos de cette vision :

> […] à la place du menton et de la partie droite de la lèvre inférieure, il y avait non pas exactement un trou, mais un cratère de chair détruite et pendante […]. Ce qui restait de gencive et de denture

[2799] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute à l'épreuve du doute de leur relation de soin*.
[2800] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 118 : « On ne pouvait qu'imaginer l'absence de lèvre, de dents, et le trou ».
[2801] *Ibid.,* p. 114 : « tout le reste s'est engouffré, l'attentat et les minutes suivantes, et avec lui cinquante et un ans d'une existence qui prenait fin ici ».

était mis à nu et l'ensemble – cette union d'un visage aux trois quarts intacts et d'une partie détruite – faisait de moi un monstre[2802].

Cette vision d'épouvante (« monstre », « chaire détruite et pendante ») centrée autour de l'image de ce qui deviendra un « trou », à l'allure d'abord cratériforme (« cratère de chair »), est donc d'emblée présente et comme superposée, du moins dans sa temporalité autant que sa causalité, à l'attentat lui-même. Le « trou » (« à la place du menton ») et tout ce qui s'y réfère (« Ce qui restait de gencive et de denture ») est dès lors affecté d'un effet puissamment traumatique (« l'ensemble […] faisait de moi un monstre »). En l'occurrence, reprenant la séquence originaire, l'attentat vient à peine d'avoir eu lieu, les secours ne sont pas encore arrivés, il est happé et comme englouti par la vision terrifiante de ce « trou » alors qu'il n'a été qu'entre-aperçu par l'effet de miroir de son écran de téléphone. Et cet effet, cette *puissance* du « trou » ne cessera ensuite de revenir tout au long du récit, obsessivement, au rythme éprouvant des longues étapes d'une reconstruction faciale non seulement lente (jusqu'à être vécue comme interminable), mais chaotique puisque peinant à le colmater et à en finaliser la cicatrisation. C'est ainsi que l'orostome, témoignant de la persistance d'une voie de communication entre la cavité buccale et la surface cutanée externe, constitue une forme distincte, mais non moins authentique, de « trou ». Sa récidive incessante, au gré parfois d'un rien (léger mouvement ou frottement même involontaire, comme durant le sommeil), en devient une hantise pour Lançon[2803]. Il faut y ajouter ces autres trous que sont la trachéotomie, la gastrostomie, les points de ponction veineuse itérative perforant la peau autant que les vaisseaux, ainsi que toutes les autres plaies et effractions diverses. Prenant, en plus de la réalité anatomique, une dimension métaphorique, le « trou » dans la chair, après avoir englouti son existence passée, se mue en gouffre existentiel. Et cette impression de vide et d'engloutissement est sans cesse réactivée au gré de ses remémorations traumatiques et des difficultés chirurgicales à résoudre l'orostome, avec un effet de contamination alentour. A l'instar de la scène leitmotiv d'un film d'horreur, Lançon appréhende le trou comme un gouffre dans lequel tout le monde se voit immanquablement aspiré, qu'il s'agisse de Chloé Bertolus elle-même ou des membres de son équipe : « Je les ai vu sauter l'un après l'autre dans le trou de la mâchoire, tous et Chloé devant, et, aspirés entre les muqueuses détruites, disparaître avec l'énergie, le savoir-faire et les illusions qui les avaient mobilisés »[2804]. Le « trou », telle une noire tornade creusant la terre comme la chair vient l'aspirer lui et tous les autres (« l'un après l'autre dans le trou »), collègues et amis de *Charlie Hebdo* mais aussi ses soignants du service de chirurgie maxillo-faciale. Fort peut-être du pressentiment de cette hantise à venir, Lançon a d'ailleurs d'emblée tenté d'échapper à ce « trou », s'évertuant à l'extraire de sa pensée autant que de sa réalité :

[2802] *Ibid.,* p. 92.

[2803] Cette hantise du « trou » éprouvée par Lançon pourrait avoir tout autant contaminé sa chirurgienne, ou bien peut-être l'inverse, la hantise de l'un faisant écho à celle de l'autre et réciproquement dans une boucle d'amplification comme pourrait en témoigner ce passage : Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 452-453 « Je savais que j'avais obtenu de Chloé tout ce qu'on peut espérer d'un chirurgien et même d'avantage. […] je soupçonnais que ma non-cicatrisation l'agaçait. Les chirurgiens n'aiment guère que leurs patients ne justifient pas leurs efforts et Chloé supportait mal l'échec ».

[2804] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 241 : « Je l'ai regardée, stupéfait : cette expression me fit sentir la violence que cette histoire lui avait imposé ».

> J'ai posé la main sous ma mâchoire, pour la tenir et pour la réparer, comme si en maintenant les chairs l'une contre l'autre elles allaient se ressouder, le trou disparaître et la vie continuer. Mais non : ce geste, Sigolène m'a dit plus tard, avec certitude, que je le faisais déjà lorsqu'elle s'est approchée de moi[2805].

C'est d'emblée, avant même la vision de sa blessure, que Lançon a cherché à résorber le « trou » (« réparer », « maintenant les chairs l'une contre l'autre », « se ressouder », « le trou disparaître »). Aidé dans sa remémoration par le témoignage de Sigolène, celui-ci atteste bien de la spontanéité et de l'immédiateté, tel un automatisme (« je le faisais déjà »), de ce geste visant l'obturation du « trou ». Elle est la première personne que Lançon ait vue immédiatement après l'attentat, avant même Coco à qui, pour prévenir sa mère, il transmet son téléphone, mouvement qui le conduit à découvrir le reflet de son visage. Ce geste instinctuel visant à faire disparaître le « trou » (tout autant peut-être que l'attentat lui-même) constitue l'espoir primordial que rien ne change ni ne disparaisse de la vie d'avant.

2.1.2 – Le trou comme mise en doute de la condition humaine

L'image du trou et la plongée en eaux profondes dans le malaise du doute auquel il renvoie n'est pas spécifique à l'histoire de Lançon. Dans *L'Ardoise magique*, publiée de façon posthume et qu'il dédia aux laryngectomisés, ses « semblables »[2806], l'écrivain Georges Perros est tout aussi hanté par l'image du « trou »[2807] et le gouffre d'inconnu, de stupéfaction et de perplexité qu'il suscite. Emporté par son cancer malgré une laryngectomie délabrante et le cobalt tout aussi mutilant[2808], Perros en était arrivé à ne plus savoir s'il était un homme. Ainsi questionne-t-il : « Où est cet homme ? Je sais qu'il n'est pas mort. Simplement mutilé, *diminué*, […] Avec ce trou, par lequel il tousse, crache, *respire* »[2809]. Autrement dit, pour Perros, on ne peut que douter qu'un homme troué soit encore un homme. Frappé par la comparaison saugrenue qui lui vient à l'esprit d'avec sa moto, il ajoute : « Ce trou que j'ai dans le cou, pourquoi me fait-il penser à celui de la bougie ? »[2810]. Par-delà la dénonciation de la déshumanisation à l'œuvre des malades sous l'effet des traitements qu'ils subissent, Perros révèle la profondeur du doute existentiel qui l'assaille. C'est à se demander, semble-t-il nous dire dubitatif, si être à ce point malade, affaibli (« *diminué* ») et abîmé (« mutilé ») par les traitements, relève encore de la condition humaine.

[2805] *Ibid.,* p. 92.

[2806] Perros Georges. *Op. cit.*, p. 31 : « […] laryngectomisés, drôle de mot. Mes semblables, pour le coup. Tous le même air penché. Ce je ne sais quoi qui nous distingue. Pas triste, non. Comme d'un animal qui aurait été torturé, mutilé. Mais résistant ».

[2807] *Ibid.,* p. 16 : « Ce n'était donc que cette légère douleur, comme d'une vrille, comme d'un crabe faisant son trou ? »

[2808] *Ibid.,* p. 32. La cobaltothérapie est une forme de radiothérapie externe qui n'est désormais plus utilisée et dont Perros décrit clairement les effets secondaires : « Le cobalt commence à brûler. Cou en sang. Tonne de pommade. Plus moyen d'avaler. On doit me broyer la viande. Purée. Nuits difficiles, assis, comme dans un carrosse en route vers l'autre nuit, l'autre noir. Qui sait ? ».

[2809] *Ibid.,* p. 37.

[2810] *Ibid.,* p. 39 : « J'ai dû me traiter comme mes motos. Jusqu'à plus soif, sans trop les entretenir ».

2.2 – Plongée dans une crise de doute identitaire

Au gré de sa blessure faciale ainsi que du long et difficile parcours de soin qu'elle nécessitera, Lançon se voit lui aussi submergé par un puissant doute identitaire[2811]. A l'aune de sa défiguration, son identité personnelle, sociale et même humaine sont mises à mal. Son expérience révèle à quel point le vécu d'effraction identitaire peut constituer une véritable épreuve existentielle dans la vie d'un patient.

Lançon se qualifie lui-même de « monstre »[2812], un ressenti que la chirurgie ne résoudra pas puisque, selon lui, elle-même y contribuera[2813]. La comparaison aux gueules cassées de la première guerre mondiale, et plus généralement aux blessés de guerre[2814] est spontanément invoquée. Pourtant d'autres circonstances peuvent expliquer ce type de situation : les tentatives de suicide par arme à feu mais aussi les patients souffrant de lésions cancéreuses affectant la région maxillo-faciale. Dans un portrait lui étant consacré dans le journal *Libération*, Chloé Bertolus est interrogée par le journaliste Eric Favereau[2815] sur les objectifs de son travail. Celle-ci répond selon deux grands axes principaux. Le premier objectif consiste à « redonner une fonction », celle de pouvoir reparler (en reconstruisant la langue par exemple) ou remanger (en reconstruisant la mâchoire), etc. L'autre objectif consiste, selon ses propres mots, à « redonner un visage » ce qu'elle explicite de la façon suivante : « Pour être reconnu comme un être humain, il faut avoir quelque chose qui ressemble à une bouche, à un nez, à des yeux. Il faut ressembler à quelqu'un. Ou à tout le monde ». C'est dire combien de telles blessures et/ou lésions à l'endroit du visage affectent non seulement l'identité intime et personnelle (pouvoir être identifié « à quelqu'un ») mais plus encore l'identité en tant qu'humain (« comme un être humain », pouvoir ressembler « à tout le monde ») et ainsi être reconnu et accepté au sein de la communauté humaine. Pensé par Donal Trumbo, le personnage de fiction Joe Bonham, blessé de la première guerre mondiale, amputé des quatre membres et totalement défiguré illustre à l'extrême l'impact identitaire de telles lésions de guerre[2816]. En l'absence de plaque d'identification militaire et ne pouvant communiquer, son identité administrative n'est jamais retrouvée concrétisant son exclusion sociale. Mais celle-ci se complète par son exclusion de la communauté des humains. Son corps n'est plus qu'un tronc appréhendé sous l'effet du jeté du drap, et son visage, méconnaissable, est constamment et entièrement caché sous un masque en tissu. En phase avec les propos de Chloé Bertolus, n'ayant plus ni bouche, ni nez, ni yeux, il est non seulement privé de ces fonctions essentielles que sont la parole, l'alimentation, l'odorat, la vue, mais aussi d'une reconnaissance en tant qu'humain. Sa situation et sa défiguration sont tellement insupportables pour autrui qu'il est enfermé à clé dans un cagibi situé sous les toits de l'institution médicale dans laquelle il se trouve afin de

---

[2811] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire du patient*.

[2812] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 92 : « l'ensemble – cette union d'un visage aux trois quarts intacts et d'une partie détruite – faisait de moi un monstre ».

[2813] *Ibid.,* p. 415 : « Je suis devenu un monstre discret ».

[2814] *Ibid.,* p. 109 : « Il m'a regardé et il a presque crié : « Ça, c'est blessure de guerre ! » Le mot a explosé puis résonné comme un écho intime, et cependant étranger, un écho provoqué par une histoire qui m'envahissait sans m'appartenir ».

[2815] Favereau Eric, *Chloé Bertolus, à visage humain*, Libération [portrait], publié le 5 février 2019. En ligne : Chloé Bertolus, à visage humain – Libération (liberation.fr), consulté le 10 décembre 2021.

[2816] Trumbo Donald, Picard Andrée R. *Johnny got his gun*. Arles: Actes Sud; 2003 [1939].

ne pas heurter le personnel officiant dans l'établissement, et plus généralement pour faire oublier l'idée même de son existence. Au-delà du plaidoyer antimilitariste, une telle œuvre de fiction tend à montrer que pouvoir ressembler « à tout le monde » et donc pouvoir aussi passer inaperçu[2817], participent de la condition humaine. C'est d'ailleurs en cela que Chloé Bertolus distingue radicalement son métier et ses objectifs de la chirurgie esthétique.

Avec les transformations que lui imposent son traumatisme, ses blessures et les modalités de la chirurgie réparatrice, Lançon fait face à une semblable étrangeté et épreuve de la métamorphose[2818] que celles décrites par Percheron dans *Végétal*[2819] par les thématiques végétales et animalières auxquelles elle renvoie. Invoquant des « algues noires »[2820] dans la bouche, il s'inquiète d'être « devenu un monstre discret »[2821] et de risquer ainsi de paraître « aux yeux du dehors, un *singe dedans* »[2822]. Estimant que « l'hôpital est devenu [s]on jardin »[2823], il qualifie de « jungle »[2824] cette nature en quoi consiste son nouvel environnement de vie. Alors que dans la métamorphose Antoine Percheron s'enracinait *arbre* tel un mouvement de renaissance et de restauration identitaire, Lançon estime que « le corps s'éveille de nouveau à la vie, mais il le fait par de sensations inédites, imprévisibles, douloureuses, que l'esprit ne parvient pas à assimiler, et qu'il accueille comme des intrus »[2825]. S'approchant en cela plus d'une expérience telle que l'a vécue Jean-Luc Nancy d'indistinction je/il, entre soi et un autre soi, *intrus* en soi[2826].

Avec plus d'analogies encore, l'expérience de Lançon rejoint le vécu de Georges Perros raison pour laquelle je propose de mettre en miroir leurs propos au cœur desquels le doute identitaire semble inextricablement lié à un puissant doute existentiel. C'est ainsi qu'après avoir subi une laryngectomie, lourde de séquelles esthétiques à l'endroit de la région cervicale et fonctionnelles puisqu'il se découvre lui aussi privé de l'usage de la parole orale, Perros écrit dans son livre *L'Ardoise magique* le propos suivant :

> Je suis comme décentré quant à ce qui rendait possible mon équilibre, ma figuration acceptable, entre le hurlement – désormais blanc – et l'abandon. Je suis à côté d'un moi ancien, qui a aimé, vécu, *autre chose*[2827].

[2817] Favereau Eric. *Op. cit*. Dans cet entretien, Chloé Bertolus précise : « Je voudrais juste que mes patients passent inaperçus ».
[2818] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 416 : « Le moment délicat […] est celui où le patient reprend conscience du corps métamorphosé dans le monde vivant qui l'entoure ».
[2819] Percheron Antoine. *Op. cit.*
[2820] *Ibid.,* p. 414. Cette sensation d'algues provient de l'origine du lambeau lequel, prélevé au niveau de la jambe, est couvert de poils.
[2821] *Ibid.,* p. 415.
[2822] *Ibid.*
[2823] *Ibid.,* p. 384.
[2824] *Ibid.* : « j'aurais droit à la technique et à ces mots qui m'éclairaient et me rassuraient à peu près autant, j'imagine, qu'un explorateur pouvant nommer, dans une jungle qu'il découvre, les plantes et les animaux qu'il voit ».
[2825] *Ibid.,* p. 414.
[2826] Nancy Jean-Luc. *L'intrus*. Paris: Galilée; 2000. Et je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Jean-Luc Nancy ou l'expérience d'intrusion et de l'étrangeté de soi*.
[2827] Perros Georges. *Op. cit.*, p. 35.

Alors qu'il s'éveille dans les suites immédiates de la première intervention et qu'il commence à prendre conscience de sa situation, Lançon écrit dans *Le Lambeau*, quant à lui, dans le chapitre intitulé « Le réveil » le propos suivant qui semble si proche de celui de Georges Perros :

> J'assistais en boucle à l'écho de mes vies passées […] une suite d'images qui m'acculaient pour étrangler les restes de ma propre existence et les remplir d'incertitudes, de vide. Je devenais ce que je voyais et ce que je voyais me faisait disparaître[2828].

La proximité de vécu de la situation est remarquable. Peut-être faut-il en trouver l'origine, au moins pour partie, dans la communauté de localisation anatomique autant que dans la gravité des blessures. Lançon comme Perros sont tous deux trachéotomisés, privés en conséquence de la capacité de pouvoir parler (« hurlement – désormais blanc »). Leurs mutilations respectives, au niveau de visage et du cou pour l'un comme pour l'autre, ont provoqué dans le regard extérieur autant d'effroi et de réaction de fuite. Tandis que Perros écrit avec une ironie mordante qu'« Avec ce trou, par lequel il tousse, crache, *respire*. On ne s'y fait pas tout de suite. A cacher à tout le monde. De quoi s'évanouir, paraît-il »[2829], Lançon rapporte l'intégralité du courriel d'un collègue ne parvenant pas à se libérer du sentiment de culpabilité et de « lâcheté » d'avoir dû détourner le regard pour échapper à la vision de son visage. Il aurait même dû renoncer à l'approcher et à l'aider alors qu'il gisait au sol blessé au milieu des cadavres[2830]. Quoi qu'il en soit, comme Lançon, Perros se vit défiguré (« ce qui rendait […] ma figuration acceptable ») et donc monstrueux (« une suite d'images qui m'acculaient pour étrangler les restes de ma propre existence »). L'un comme l'autre semble stupéfait ne sachant encore précisément ce qui relève de soi ou d'un autre (« Je suis comme décentré », « à côté d'un moi ancien »). Tel le spectateur (« ce que je voyais ») d'une intrusion dont ils perçoivent l'inéluctable morbidité (« ce que je voyais me faisait disparaître »), ils ne peuvent qu'en subir l'issue tel un *fatum* (« J'assistais en boucle à l'écho de mes vies passées »). Ces deux citations illustrent, au prisme de la défiguration monstrueuse, la même sensation de passage d'un état qui ne sera plus (« moi ancien », « mes vies passées », « les restes de ma propre existence », « me faisait disparaître ») à un autre. Nicole Biagioli le traduit en une phrase synthétique : « Lançon passe du monde des bien portants à celui des malades »[2831], cette apparente simplicité est trompeuse tant la réalité vécue s'avère bien plus complexe que seulement le passage de l'état de santé (« bien portants ») à celui de maladie (« malades »). Canguilhem a bien montré que la santé ne peut être définie comme un état figé sur la base d'une norme statistique qui la définirait mais comme une capacité d'adaptation non exclusive de quelque condition morbide que ce soit[2832]. Dans ce qui mute et

---

[2828] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 116.
[2829] Perros Georges. *Op. cit.*, p. 37.
[2830] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 101. Extrait du mail : « Vous étiez choqué, cela va sans dire. Vous ne pouviez pas parler, évidemment, mais vos yeux disaient tout : vous imploriez de l'aide. Votre regard a croisé le mien. Et j'ai détourné les yeux. Lâchement. Je me disais que je ne me remettrai jamais de cette image de vous, en souffrance, dans mes bras ou dans mes mains. […] J'ai détourné le regard parce que j'avais peur de vous. J'ai préféré aller aider les autres, les moins amochés. […] Et je vous ai laissé seul ».
[2831] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *La littérature stéthoscope*. Paris : Le Manuscrit, 2024, p. 49.
[2832] Ne préjugeant pas de la présence ou non d'une maladie, René Leriche définit la santé comme : « La vie dans le silence des organes. L'homme bien portant […] n'est qu'un être qui ignore tout de lui-même, dans l'ordre physique, qui ne sait pas où est son estomac, où se trouve son foie, qui n'a à compter ni avec l'un ou l'autre de ses

tend à disparaître, il n'y a pas seulement la perte d'un morceau de mâchoire ou d'un larynx qui prive temporairement ou pas de diverses fonctions physiologiques (parler) et pour certaines vitales (boire, s'alimenter), mais toute une vie antérieure. Une histoire de vie, et ses caractéristiques singulières, prend fin (« me faisait disparaître », « moi ancien, qui a aimé, vécu, *autre chose* »). On perçoit ici l'impact existentiel des bouleversements identitaires que la défiguration concrétise et combien elle déshumanise (« *autre chose* »). Cette vie d'avant s'éloigne tant qu'elle en vient même à ne plus être accessible à l'expérience qu'elles qu'en soient les modalités sensorielles, émotionnelles, intellectuelles d'accès (« suis à côté d'un moi ancien », « l'écho de mes vies passées »). Lançon se trouve contraint d'« étrangler les restes de [sa] propre existence et les remplir […] de vide ». Un vide prend la place du « moi ancien », délié de repères, de traces, et même donc de tous « restes » d'existence. Ce vide n'est effectivement pas seulement une perte de substance organique, un trou dans la chair, mais bien aussi un vide d'existence et d'identité puisque ne se reconnaissant ni ne se retrouvant plus.

2.3 – L'oralité trouée

Par l'amputation de l'oralité (fonction primordiale dès la naissance) que lui impose le trou dans sa chair meurtrie, Lançon subit aussi la privation de sa voix orale. Du fait de l'impossibilité d'exprimer et de partager sa pensée, il subit l'épreuve du silence. C'est au moment où le besoin n'en est que d'autant plus grand, tant la stupeur, la perplexité et la vulnérabilité sont immenses, et tant il lui importe de savoir et de comprendre ce qu'il vit, qu'il se voit privé de la voie la plus élémentaire de communication qu'est l'expression par le langage oral.

2.3.1 – La parole emportée dans le gouffre du trou et du doute

Par la nature même de la blessure qui a détruit une partie de sa mâchoire et de son menton[2833] et des soins qui en découlent (dont la pause d'une trachéotomie), Lançon se voit amputé d'oralité. Ainsi privé du langage parlé, de pouvoir s'alimenter et s'hydrater par voie orale, mais aussi d'embrasser, il évoque, non sans humour, le fait de devoir tendre le front[2834]. Mais c'est avant tout, comme pour Perros, la perte de la parole orale qui l'affecte particulièrement :

> Je n'ai même pas essayé de parler. Je n'avais pas encore conscience des pansements qui fermaient le visage et de la trachéotomie. […] mais quelque chose m'avertissait que parler était impossible. Le patient pressent ce qu'il ignore. Son corps violé est un aboyeur[2835].

Comme engouffrée elle-aussi dans le trou de la chair, la perte de la parole orale s'impose instantanément telle une évidence dont l'inscription dans la conscience n'a pas même besoin de pensée réflexive (« Je n'ai même pas essayé de parler »). Si le corps meurtri informe le patient (« […] quelque chose m'avertissait que parler était impossible », « aboyeur ») qui peut dès lors s'abstenir de communication orale pour savoir (« Le patient pressent ce qu'il ignore »),

---

organes, ni avec l'une ou l'autre de ses fonctions ». In Leriche René. *Encyclopédie française*. Paris : Comité de l'encyclopédie française, 1936, Tome VI, p. 6.16-1.

[2833] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 92.

[2834] *Ibid.,* p. 137 : « Ne pouvant embrasser personne, j'ai aussitôt repris un réflexe d'enfance : tendre le front aux lèvres des autres quand ils approchaient pour m'embrasser. […] J'ai mis deux ans à perdre ce réflexe du front tendu ».

[2835] *Ibid.,* p. 119.

la perte de l'usage de la parole n'en demeure pas moins d'une violence inouïe (« corps violé »). Elle se constitue en absence primitive, tel le fondement de ce temps zéro de l'histoire traumatique d'où il faut repartir. Mais s'il n'a, de fait, « même pas essayé de parler », sa voix intérieure ne s'est pourtant pas tue. Face à ce trou noir et béant dans la parole, il se voit submergé d'un appétit primordial de communiquer. Ce temps zéro est ainsi tout autant marqué par la privation de parole que par un bouillonnement de questions et une avidité de communication. A peine ouvre-t-il les yeux, découvrant « la grande salle de réveil et sa lumière blafarde, entre jaune et vert »[2836] et constatant la présence de son frère Arnaud, que les questions affluent et même se bousculent : « Que faisait-il là ? Tout seul ? Depuis quand ne l'avais-je pas vu ? »[2837]. Alors même que sa bouche ne peut plus ni articuler, ni vocaliser, les questions se démultiplient, les unes à la suite des autres, comme nourries, légitimées et fortifiées par les précédentes. Voici ce qu'il écrit à propos des échanges entretenus avec son frère dès son réveil, autrement dit dès les premiers instants de ce temps zéro :

> […] il me parle, me parle, de tout et de rien […]. Lorsqu'il s'arrête, je lui fais une petite tape sur le coude. Il me dit : « Tu veux que je te parle ? » Je fais oui de la tête, systématiquement. Je veux qu'il parle, de l'attentat mais surtout des choses les plus quotidiennes, de nos parents, de ses enfants, c'est pour l'instant la seule chose qui me rattache à la vie. Alors, même quand il ne sait plus quoi dire, il continue[2838].

Alors même qu'il est privé de pouvoir parler, il n'aspire qu'à cela[2839]. La répétition du verbe parler (« il me parle, me parle », « que je te parle », « Je veux qu'il parle ») et sa déclinaison performative (« "Tu veux que je te parle ?" Je fais oui de la tête », « même quand il ne sait plus quoi dire, il continue ») traduit un besoin incompressible de lien par la parole. Il s'accroche de façon irrépressible à la parole que l'autre apporte et qu'il espère, suscite activement et reçoit inlassablement. Le trou dans l'oralité est si insupportable qu'il en paraît presque aussi menaçant que le trou dans la chair. Cet enjeu de communication relève non seulement d'un instinct vital primordial mais aussi d'un doute très puissant, celui de savoir s'il est en vie ou pas. De fait, cet appel insatiable à la parole et à la communication est manifestement non seulement d'importance vitale (« la seule chose qui me rattache à la vie ») mais signe de vie face à la hantise du trou.

2.3.2 – La tablette Velléda comme voie d'expression par-delà le trou pour affronter le doute

A l'importance de la parole, va s'ajouter un autre médium, tout aussi vital, en la forme initiale aussi astucieuse que surréaliste d'« une tablette Velléda et un feutre bleu »[2840]. Elle sera remise à Lançon, au même titre qu'un geste élémentaire mais non moins essentiel de soin, par une infirmière venue dans le même temps vérifier sa perfusion. Georges Perros, en son temps, se découvrant lui aussi sans voix, avait reçu l'équivalent, à savoir une ardoise magique. Ni Lançon

---

[2836] *Ibid.,* p. 114.
[2837] *Ibid.,* p. 115.
[2838] *Ibid.,* p. 123.
[2839] *Ibid.,* p. 119 : « J'ai fait un signe lent à Arnaud, un tout petit geste de souverain moribond, et il a commencé à me parler. De quoi ? Peu importe. Il me parlait ».
[2840] *Ibid.,* p. 117. « L'infirmière est arrivée pour vérifier mon état et celui des perfusions. Elle nous a donné une tablette Velléda et un feutre bleu pour qu'on puisse communiquer ».

ni Perros n'avaient anticipé une telle situation quand bien même le second avait bien deviné la nature de son mal sans avoir eu besoin que le mot, « […] celui qui [venait] de donner un air spectral à cet homme, à moi, à la pièce glacée »[2841] ne soit explicitement nommé. S'il a pu se dire en son for intérieur « il va falloir faire chambarder le grenier pour faire place à cette nouvelle "idée" ! », celle du cancer, pour autant et comme Lançon, rien ne l'avait préparé à l'amputation de sa voix, en plus de celle de son larynx. Au cœur de son récit, *L'ardoise magique*, qu'il qualifie lui-même de « notes d'hôpital » et qu'il souhaite retracer « aussi sèchement que possible », se trouve un fragment de poème qui permet de mieux comprendre le vécu de Lançon auquel il fait écho :

> … les mots montent jusqu'à mes lèvres
> sans pouvoir en franchir l'ourlet
> elles restent en tremblement
> faites pour être regardées
> les yeux des autres s'y consument
> que veut-il dire on n'entend rien
> seul le regard jette monnaie
> sur le tapis du face à face …[2842]

Perros comme Lançon sont devenus ces sans-voix dont les autres observent, stupéfaits (« que veut-il dire »), les lèvres silencieuses (« faites pour être regardées »). Mais ces regards s'épuisent (« les yeux des autres s'y consument ») et ne peuvent comprendre (« on n'entend rien »). Il ne s'agit plus seulement du doute d'être en vie, mais d'être compris. Condamnés au silence, l'isolement et l'incommunicabilité, la tablette Velléda comme l'ardoise magique offrent non seulement une perspective d'issue, au sens de *passage* et transmission possibles pour ces mots qui affluent mais ne peuvent plus « franchir l'ourlet » des lèvres, mais peut-être aussi pour Lançon, ainsi que je le développerai plus loin, une voix nouvelle. Lançon, contrairement au désarroi[2843] et même au cynisme[2844] de Perros (peut-être du fait de son statut de cancéreux), s'empare très vite de cet objet qui aurait pu passer pour incongru voire humiliant, ne s'embarrassant pas de cette sorte de sentimentalisme. Cette tablette Velléda va lui offrir bien plus que sa seule fonction purement utilitaire de redonner voix à un parole inaudible et d'ainsi restaurer le fil de la communication, ne serait-ce que pour les éléments les plus pragmatiques, et parfois prosaïques de l'existence nouvelle qui va être la sienne pendant de nombreux mois d'hospitalisation. Elle va lui permettre d'accéder par l'écriture qu'il y dépose et qui peut ainsi se partager avec d'autres, comme avec lui-même, à une prise de conscience, non seulement de l'ébranlement massif de sa vie et de ses repères, mais surtout de la hantise du trou et du doute insondable, tout autant identitaire qu'existentiel, dans lequel il le plonge. Pris dans un même mouvement, comme dans la même unité de temps (ce temps zéro du premier réveil), l'une et l'autre question, son identité (qui suis-je ?) comme son existence (que vais-je devenir ?),

---

[2841] Perros Georges. *Op. cit.*, p. 15.
[2842] *Ibid.,* p. 29.
[2843] *Ibid.,* p. 30 : « Quelques bonnes visites. Mais plus moyen de l'ouvrir. Ecrire devient nécessaire. Ce qui risque de m'en dégoûter. On verra ».
[2844] *Ibid.,* p. 27 : « J'écris sur une ardoise magique. Rigolade. Tout le monde se réjouit de me voir prendre la chose ainsi. Je ne prends rien du tout. A moins de se suicider ».

adviennent dès les premiers mots qu'il y inscrit, et donc libère, au feutre bleu. La tablette Velléda, plus tard relayée par la « liste des questions », devient alors une plongée certes inévitable, mais consentie, dans le trou du doute tout autant que vers son issue possible.

2.4 – Plongée dans une crise de doute existentiel

Dans l'expérience qu'il traverse, Lançon est aux prises avec une avalanche d'interrogations et des remises en cause. Des plus prosaïques aux plus existentielles, aucune n'est anodine tant elles renvoient à ses repères de vie, à son rapport aux autres et au monde, à ses projections d'avenir, au sens de ce qu'il est en train de vivre. En dépit de toutes les trouées que subit son existence bouleversée, un authentique élan vital le mobilise et excite son appétit de comprendre et d'œuvrer à son rétablissement.

2.4.1 – Rupture du cours de son existence et de ses croyances stabilisées

Les êtres humains sont des êtres d'habitudes[2845]. C'est ainsi qu'au réveil de sa première anesthésie générale, se découvrant trachéotomisé et sans voix, l'inquiétude de n'avoir pas pu récupérer son vélo comme à son accoutumé s'invite telle une anecdote certes cocasse mais, de fait, révélatrice de l'importance pour tout un chacun des habitudes. « J'étais habité par les doux fantômes de l'amour, de l'avenir et de l'habitude »[2846] écrit-il, suggérant que les habitudes les plus simples sont parfois aussi les plus essentielles, jusqu'à oser les positionner à même niveau que l'amour dans ce qui définit l'équilibre d'une existence. Arrivant, de fait, comme le troisième sujet évoqué avec son frère Arnaud présent à son premier réveil post-opératoire, ce vélo, aussi prosaïque soit-il, témoigne de l'attachement de Lançon à la continuité et au cours habituel des choses[2847]. Il précise à ce propos :

> Celui qui n'était pas tout à fait mort cherchait à retrouver le détail de ses habitudes. Il n'avait qu'une hâte, prendre son sac, retrouver sa bicyclette et rendre ses feuillets sur Shakespeare. Il recherchait ses habitudes et ses scrupules[2848].

Le souci de la préservation (« retrouver le détail ») et du respect (« scrupules ») de ses habitudes occupe alors son espace mental (« son sac », « sa bicyclette », « ses feuillets »). Plus que l'intensité et le caractère exceptionnel de l'évènement et de ce qu'il représente (n'en ayant d'ailleurs peut-être pas pris la pleine mesure en plus d'en avoir encore une conscience partielle[2849]), la rupture brutale et imprévue dans la continuité attendue et recherchée de sa vie prend une dimension d'autant plus tragique et angoissante que rien n'est effectivement plus pareil puisqu'il vient d'échapper à la mort (« Celui qui n'était pas tout à fait mort »). Penser mentalement à renfourcher son vélo (« retrouver sa bicyclette »), à reprendre son trajet habituel

---

[2845] Montaigne Michel de, Céard Jean (dir.), Bjaï Denis, Boudou Bénédicte, Pantin Isabelle. *Les Essais*. *Op. cit.*, p. 1682 : « Je ne crois plus certainement que ceci : que je ne saurais être offensée par l'usage des choses que j'ai si longtemps accoutumées. C'est à la coutume de donner forme à notre vie, telle qu'il lui plaît, elle peut tout en cela ».

[2846] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 113-114.

[2847] *Ibid.,* p. 122 : « Puis j'ai repris le feutre et signalé à mon frère que mon vélo était garé devant *Charlie* et qu'il faudrait songer assez vite à le récupérer. J'ai vu dans son regard qu'il était stupéfait ».

[2848] *Ibid.,* p. 87.

[2849] *Ibid.,* p. 103 : « J'étais assis contre le mur du fond, derrière Bernard Maris et Honoré. Je n'avais pas encore tout à fait conscience de ce qui m'était arrivé ».

et à vaquer à ses occupations – dont la rédaction d'un article à poursuivre (« rendre ses feuillets sur Shakespeare ») – relève dès lors d'un état de sidération qu'il compare au réflexe de l'animal décapité qui continue pourtant son chemin : « Il avançait de réflexe en réflexe comme un poulet sans tête »[2850], écrit-il. S'il n'est certes pas décapité, il n'en est pas moins dans un état de rupture totale et de perte absolue de ses repères, renvoyant en cela à l'effondrement de ses « croyances stabilisées », tel que Peirce définit le doute[2851], en l'occurrence un doute particulièrement critique du fait de son intensité et de sa soudaineté. C'est dans cet ordre d'idée que Lançon a d'ailleurs décrit le moment de son réveil au sortir de l'anesthésie, précisément celui où il ouvre les yeux et se (re)découvre pour la première fois, ainsi que ce qui l'entoure :

> Il me fallut quelques secondes pour comprendre qu'il s'agissait des miens [s'agissant de ses bras et de ses mains bandées], et dans ces secondes qui allaient au-delà du lit, tout le reste s'est engouffré, l'attentat et les minutes suivantes, et avec lui cinquante et un ans d'une existence qui prenait fin ici, dans cette reprise de conscience, à cet instant[2852].

Dans cette citation, la référence au temps est essentielle, répétitive, obsédante (« quelques secondes », « dans ces secondes », « les minutes suivantes », « cinquante et un ans d'une existence », « à cet instant »). Elle est d'autant plus traumatisante qu'il n'y a quasiment plus aucune temporalité, tout se jouant en l'espace de fragments pas plus longs que des « minutes », des « secondes » voire d'un simple « instant » qu'il éprouve comme concrétisant l'anéantissement de « cinquante et un ans » d'une vie semblant réduite à néant (« fin »). C'est dire s'il vit un basculement, non pas tant au moment de l'attentat lui-même, mais dans l'instant du réveil (« dans ces secondes […] tout le reste s'est engouffré, l'attentat […] une existence »). Au sortir de l'inconscience de l'anesthésie, alors qu'il tente de se raccrocher aux détails prosaïques de ses habitudes quotidiennes (« sa bicyclette »), Lançon est en fait projeté dans une effraction massive de tous ses repères, submergé par un puissant doute existentiel. Sa « reprise de conscience » est en fait une prise de conscience, caractérisée par sa fulgurance (« à cet instant »), de son passage d'un *avant* définitivement perdu (« une existence qui prenait fin ici ») vers un *après* dont il ignore tout. Pour Lançon, aux prises au soir même de l'attentat avec les méandres de cet entre-deux[2853], le temps d'avant comme le temps présent, éclipsés par la déflagration, n'ont plus même de sens[2854]. C'est comme s'il s'agissait d'emblée de repartir d'un temps zéro institué comme la « fin » de son demi-siècle de vie et l'entrée dans une forme nouvelle, inconnue, d'existence d'où « [son] ancien corps s'en allait pour laisser place à un encombrement de sensations précises, désagréables et inédites »[2855]. Avant tout il se découvrait, à cet instant précis du (re)commencement, dans la noirceur du trou et les profondeurs de l'inconnu.

[2850] *Ibid.,* p. 87.
[2851] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[2852] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 114.
[2853] *Ibid.,* p. 116 : « Je devenais ce que je voyais et ce que je voyais me faisait disparaître ».
[2854] *Ibid.,* 118 : Il « ignorai[t] quelle heure il était, si une heure, un jour ou un mois avait passé ».
[2855] *Ibid.,* p. 119.

2.4.2 – L'élan de vie, malgré les bouleversements, au cœur du doute existentiel

La toute première phrase que Lançon déposera sur la tablette Velléda est aussi surprenante que révélatrice de l'ébranlement existentiel dans lequel il se trouve. Il commence par « C'est foutu avec Gabriella »[2856]. Phrase insolite tant elle parait en décalage avec la situation qu'il vit alors. Invoquant par-là, plus que la crainte, la conviction de la fin de son histoire sentimentale avec sa compagne d'alors ; cette rupture surviendra effectivement quelques mois plus tard mais il en pressent déjà l'inéluctabilité. La vie sentimentale n'est certes pas immunisée face à la dureté des épreuves de la vie. « Jamais elle ne pourrait, quelle que soit la force de son amour, soutenir le marathon qui s'annonçait »[2857] a-t-il, dans l'urgence de la réalité vécue, déjà analysé. Mais cette phrase a une portée bien plus intime encore en ce qu'elle s'adresse précisément à lui-même d'abord et dans l'immédiateté du présent (celui de l'attentat, des blessures, de l'hôpital, de la reconstruction déjà engagée, etc.). En en analysant, *a posteriori*, la portée, il précise : « La première phrase a donc eu cette vertu immédiate : me faire comprendre à quel point ma vie allait changer […] »[2858], prise de conscience (« me faire comprendre ») non seulement d'un avant et d'un après, mais surtout d'une dynamique non pas morbide mais de vie, aussi transformée s'apprête-t-elle à être (« à quel point ma vie allait changer »). L'inscription de sa deuxième phrase, « Ce petit journal qui ne faisait de mal à personne »[2859], sur la tablette Velléda confirme, selon sa propre analyse, cette impulsion de vie :

> Mon frère a photographié la phrase et envoyé la photo […] après tout c'était une preuve de vie : je savais penser, me souvenir, m'émouvoir, je savais tracer des lettres et aligner des mots, j'étais donc vivant parmi les vivants[2860].

Parfaitement au fait de la situation s'agissant de l'attentat, percutant et ironique sur le fond, cette seconde phrase, qui semble délestée de toute position idéologique, s'apparente avant tout, par le geste de l'écriture, à un geste de survie qui l'éloigne d'emblée de quelque statut de victime que ce soit et de la tentation du renoncement ou de l'effondrement. Si l'effet de répétition sémantique autour de la dimension vitale (« preuve de vie », « vivant parmi les vivants ») vise à résoudre tout doute possible quant à la réalité biologique de sa survie (au sens donc de *zoé*) après l'attentat (« j'étais donc vivant »), la question des impacts sur toutes les autres dimensions de l'existence (au sens de *bios*) n'en demeure pas moins cruciale et semble peut-être même plus importer à Lançon (« penser, me souvenir, m'émouvoir », « aligner des mots »). De fait, ces premiers mots apparaissent sans lien avec l'hôpital et comme distanciés de ses blessures, des soins et de toutes les considérations qui vont en découler. Ces premiers mots ont d'abord et avant tout l'allure d'une conversation, telle une fonction vitale primaire aussi essentielle que respirer, dormir, s'alimenter. Ce n'est donc bien, ni par défaut ni par dépit, que Lançon s'est emparé de sa tablette Velléda mais pour soulager ce besoin impératif, parce que vital, d'échanger, de converser. L'écriture qu'il y dépose révèle non seulement la vivacité de sa pensée mais s'affirme aussi comme un appel vivifiant à la parole de l'autre et au dialogue. Pour ce

[2856] *Ibid.*
[2857] *Ibid.,* p. 120.
[2858] *Ibid.*
[2859] *Ibid.,* p. 121.
[2860] *Ibid.,* 122.

faire, et n'hésitant pas à passer sans transition de la tablette Velléda au « grand cahier saumon de l'Assistance Publique »[2861] (dont l'avantage, outre l'espace disponible à l'écriture, est de garder la trace), il va commencer à inscrire, en les démultipliant, des questions. De son absence de voix orale, et peut-être précisément du fait d'une telle situation de vulnérabilité, en jaillissent d'innombrables. « J'ai grand plaisir à écrire les points d'interrogation, à les dessiner. Ce sont des crochets auxquels je me tiens »[2862] écrit-il, non sans instiller une pointe d'humour noire pour qualifier cette situation nouvelle. C'est qu'il semble par-là s'identifier à un naufragé ou du moins considérer sa situation comme si précaire qu'il lui faut « des crochets » auxquels il peut s'amarrer. S'il joue sur la forme du point d'interrogation qui tient effectivement de celle du crochet, la connotation de mort qui y est associée (et que lui-même vient de frôler) n'échappe pas tant l'idée du crochet du *Captain James Hook*[2863] vient facilement à l'esprit. C'est que Lançon se situe encore dans cet entre-deux, cet entre la vie et la mort où la terreur et l'incertitude continuent de régner. C'est pourquoi ces questions qu'il prend « grand plaisir » à poser et qui lui permettent de tenir (« crochets auxquels je me tiens ») constituent effectivement une claire volonté de sortir du tunnel de l'attentat en s'orientant sur un chemin de vie, à tout le moins un mouvement visant à ne pas mourir. Ce en quoi, on peut d'emblée comprendre l'importance primordiale, authentiquement vitale du principe de la « liste des questions » qui va se mettre en place avec sa chirurgienne. Que ce principe soit devenu une habitude structurante dans le nouvel équilibre de vie de Lançon est à mettre en contraste avec ce temps zéro de la déflagration marquée par l'abolition originelle de tous repères et de toutes croyances en la vie et en l'avenir.

2.5 – La « liste des questions » comme habitude structurante de résolution du doute

En plus d'avoir d'une part constitué un moteur de communication et de conversation, d'autre part d'avoir contribué, symboliquement autant que dans les faits pratiques, à restaurer un équilibre de vie en quoi consiste le principe d'habitude, la « liste de questions » avait aussi une autre fonction fondamentale. Elle œuvrait à combler « le trou » et ce de bien des façons.

2.5.1 – Lançon ou l'ethos du patient investi qui doute pour comprendre et agir

Par ses très nombreuses questions, il s'agit avant tout, pour Lançon, d'œuvrer à ce que ses soins parviennent à combler progressivement le « trou » dans la chair de son corps meurtri. A cet égard, Lançon est exemplaire du patient soucieux et investi dont les doutes n'ont d'autre objectif que d'être le plus correctement instruits de sorte à pouvoir participer activement et efficacement à ses soins. En l'occurrence, dans une telle situation, le comportement est effectivement déterminant tant il contribue aux conditions à même de favoriser la prise de greffe, la fermeture de l'orostome et plus généralement la cicatrisation. C'est pourquoi comprendre les justifications et respecter des consignes aussi essentielles, mais drastiques, que l'arrêt temporaire de toute alimentation et hydratation par voie orale passe effectivement par des temps d'information, d'échange, de réponse aux questions à même de renforcer l'instruction

[2861] *Ibid.*
[2862] *Ibid.,* p. 123.
[2863] Barrie James Matthew. *Peter Pan. The boy who would not grow up*. London: Hodder and Stoughton; 1928 [1911].

et son appropriation. Au fil du temps, Lançon est effectivement devenu hautement instruit et compétent grâce à sa curiosité (lui permettant aussi de capter des informations échangées entre professionnels alors qu'elles ne lui étaient pas directement destinées), son souci aiguisé de compréhension et son engagement dans les soins[2864]. Pour autant, la « liste des questions » n'est pas une spécificité lançonienne mais un comportement classiquement associé au statut de patient, même si nombre d'entre eux n'osent pas les exprimer spontanément. Elle ne relève donc pas de la suspicion mais d'un mouvement proactif légitime de compréhension d'une situation qui serait insuffisamment clarifiée de sorte à pouvoir s'adapter en conséquence. A condition que le climat relationnel ne soit pas dominé par la défiance, la « liste des questions » constitue, à bien des égards, un élément à même de rassurer les professionnels de santé tel un marqueur d'intérêt et d'investissement du patient dans son projet de soins. En l'occurrence, Lançon a pu impressionner par le niveau de maitrise des différents éléments de compréhension de son dossier (pouvant détecter avant même les soignants une cicatrisation incomplète et ainsi anticiper la récidive de l'orostome) ainsi que sa dynamique proactive de participation à son processus de soins.

2.5.2 – La « liste de questions » a marqué l'origine d'un nouvel équilibre de vie

Saisir l'importance de la matérialité, de la matérialisation de ces questions (puisqu'il n'est pas alors possible de leur donner voix) par le biais de l'écrit (la liste manuscrite), tout comme l'illustre aussi son investissement émotionnel dans l'acte de tracer la forme du « ? », permet d'en mieux comprendre l'ancrage originel. Cet ancrage est celui d'une réalité confuse qui, pour Phillipe Lançon, aurait tout aussi bien pu être la mort mais qui n'en fut pas moins une trouée massive dans son existence. Pris dans les affres d'un état de doute terrassant, ne serait-ce qu'en termes de repères identitaires, poser des questions, et en obtenir naturellement des éléments de réponse, s'est ainsi progressivement, mais durablement inscrit comme un acte permettant de se raccrocher pour ne pas tomber et d'échapper à la hantise du « trou ». Cet acte ne pouvait dès lors que revêtir une importance vitale. Bien plus que seulement un symbole de sa lutte pour survivre et surmonter les épreuves, la « liste des questions », grâce à la conversation, aux échanges qu'elle suscitait naturellement, avait aussi une puissance performative. Face à une existence pour lui métamorphosée[2865], la « liste des questions », après avoir été une condition de (sur)vie, s'est ainsi progressivement instaurée comme habitude structurante d'une vie nouvelle à investir, dont l'écriture ne sera pas étrangère.

2.5.3 – La rupture du rituel de la « liste de questions » au risque de la résurgence traumatique

Ainsi que j'y reviendrai[2866], la relation de soin qui unit Lançon à sa chirurgienne Chloé Bertolus va traverser une période très critique. Cette crise se concrétise et trouve son acmé dans la rupture brutale des habitudes qui caractérisaient jusque-là cette relation. Parmi ces habitudes, celle de rencontres très régulières visant à répondre aux interrogations que Lançon avait préalablement

[2864] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 436 : « J'étais devenu ce que Pascal aurait appelé un demi-habile : assez informé pour être un patient impatient et méfiant, pas assez informé pour percevoir la nature des obstacles et la lenteur des résolutions ».

[2865] *Ibid.,* p. 120. « Les circonstances étaient si nouvelles qu'elles exigeaient un homme, sinon nouveau, du moins métamorphosé ».

[2866] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le doute ne se parle plus : état de crise dans la relation de soin*.

listées. Y répondre constituait ainsi l'occasion de lui apporter tous les éléments possibles de compréhension de sa situation s'agissant de l'état de sa blessure, de ses greffes (au niveau osseux et cutané), des difficultés à craindre ou effectivement rencontrées (l'orostome[2867] récidivant) ainsi que des interventions et autres traitements nécessaires (VAC[2868], alimentation par sonde de gastrostomie, etc.). Ces rencontres étaient centrées sur le déroulement technique des opérations médico-chirurgicales et leurs conséquences pratiques, autant d'informations auxquelles Lançon prêtait un intérêt et une attention particulièrement vifs[2869]. Mais ces rencontres sont aussi devenues l'occasion d'un autre type de relation et d'échanges tout aussi essentiels pour Lançon. Il écrit à ce propos :

> Quand elle entrait, je lui tendais en général une liste de questions écrites, portant aussi bien sur mon destin chirurgical que sur un point de littérature ou de musique évoqué lors d'une visite précédente[2870].

En dépit de la locution adverbiale « en général » suggérant une certaine fréquence, bien qu'*a priori* sans systématisation, ce principe à la fois de la « liste de questions » à l'adresse de la science et des compétences techniques de Chloé Bertolus (« mon destin chirurgical ») et d'une conversation mondaine (au sens d'extérieure à l'hôpital parce qu'orientée *vers le monde* par le prisme de la culture, « un point de littérature ou de musique »), s'est manifestement assez vite ancré avec la force d'une habitude inébranlable. Revenir à l'origine de ce qui est ensuite devenu un véritable rituel, c'est-à-dire à ce temps zéro de la déflagration de Lançon gravement blessé et privé de tous repères, permet effectivement de comprendre *comment* ce rituel en est venu, en tant que cadre structurant stable d'un nouvel équilibre de vie par-delà le traumatisme, à prendre une telle importance dans sa vie. Cet éclairage permettrait ainsi de mieux comprendre *pourquoi* la rupture, même temporaire, d'un tel rituel a pu produire une réaction particulièrement vive de sa part, possiblement à type de résurgence traumatique (de la hantise du trou et de la crise massive de doute l'accompagnant), et conséquemment une crise relationnelle avec sa chirurgienne.

2.6 – Un texte à trous mais une mise en écriture comme issue au doute

Le « trou » ne renvoie pas seulement à la blessure du corps, à la perte tissulaire et identitaire consécutive ainsi qu'au gouffre existentiel de l'après. L'intrication étroite entre l'image de « trou » à combler et les phrases interrogatives en attente de réponse s'invite imperceptiblement jusqu'à prendre la dimension d'une évidence. La forme même des premières traces écrites de

---

[2867] L'orostome correspond à une fistule salivaire. C'est une complication fréquente en chirurgie cervico-faciale et qui peut mettre un certain temps à se résoudre. Il est souvent nécessaire de réintervenir pour traiter cette brèche cutanéomuqueuse et améliorer l'état nutritionnel de la personne.

[2868] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 274. Philippe Lançon définit parfaitement le principe du VAC comme suit : « Le VAC (Vacuum Assisted Closure) est un petit aspirateur à pression négative, qu'on utilise surtout pour les grands brûlés, de façon à réduire les plaies, à leur permettre de cicatriser plus rapidement, en aspirant le pus et les sérosités ».

[2869] *Ibid.,* p. 124 : « Je suis obsédé par les détails pratiques et par le sens d'une expérience que je n'ai pas encore assimilée […] » ; p. 277 à propos de ce qu'il qualifie de *Calendrier statique* : « Ce calendrier n'est pas un journal, car il est reconstitué. […] Je note des faits, avant tout des détails pratiques, des phénomènes physiques, mais je ne tiens pas de journal ».

[2870] *Ibid.,* p. 239-240.

Lançon en atteste. N'ayant alors pour tout support que la fameuse « tablette Velléda »[2871] ou bien le « cahier saumon de l'Assistance Publique »[2872], confronté à la difficulté pratique d'écrire dans un lit, en usant d'un « feutre accroché aux trois doigts non bandés de la main gauche »[2873], et étant bien sûr sous l'effet immédiat du traumatisme de l'attentat, cette écriture est, de fait, encombrée de nombreux « trous ». « Mon frère déchiffre les mots, les répète, bouche les trous comme dans une autodictée »[2874] souligne-t-il. Entre l'écriture et les blessures, entre la chair du corps et la chair du texte, l'une et l'autre trouée, se noue un lien qui va devenir inextricable.

2.6.1 – Au cœur de cet entre-deux de la vie et la mort, la littérature et l'écriture comme issue

Après avoir tenté de combler le « trou » dans sa chair en soutenant manuellement sa mâchoire broyée par une balle terroriste[2875], le mouvement de Lançon centré sur la littérature, entremêlant une intense activité de lecture à celle de l'écriture, a semblé aller à l'unisson du parcours de réparation chirurgicale de la chair blessée, trouée. Tout d'abord, il n'a cessé de lire tout au long de son parcours hospitalier, se replongeant dans ses auteurs de prédilection tels Kafka, Proust ou Tchekhov, dont il est notable que la vie et l'œuvre ont contribué à éclairer la condition et le vécu du patient. C'est ainsi que tels des amis proches, certains de ces écrivains ont pu même l'accompagner jusqu'au bloc opératoire[2876]. C'est dire si ces auteurs et leur lecture avide ont participé à la reconstruction de Lançon, si ce n'est même à sa survie, tels des points de suture voire des greffes d'une autre nature que celle de la chair. Quant à l'écriture, ses premières phrases sur la « tablette Velléda » attestent de son importance immédiate, c'est-à-dire dès ce temps zéro du tout premier (r)éveil marqué par la stupeur et l'effroi de se trouver privé de voix. Bien avant de pouvoir se concrétiser dans l'aboutissement du présent livre *Le Lambeau*, l'occurrence, les modalités et les objectifs de l'écriture lançonienne ont certes probablement beaucoup fluctué au gré de son parcours de soin. Il est cependant notable que l'écriture l'a d'emblée accompagné et semble même avoir véritablement marqué un *début*. « Moi, quoique étant dans les limbes et si peu écrivain, j'écrivais maintenant mes "premières phrases" »[2877] exprime-t-il, comme si ce temps zéro avait constitué un mode d'entrée dans l'écriture (« mes premières phrases »). Or, avec cette entrée en écriture, c'est aussi déjà une (re)définition possible de son identité (« moi ») semblant se profiler depuis les « limbes » même. L'allusion aux « limbes », que l'on est tenté de relier à ce premier (r)éveil progressif où la conscience de Lançon a pu stagner en territoire confus, ouvre à plusieurs lectures possibles. Il peut s'agir de cet état sur lequel, en attente de jugement (notamment médical), à peine quelques heures après l'attentat, l'incertitude de sa (sur)vie planait encore. Mais les limbes renvoient aussi à cet obstacle pour atteindre le paradis qui affecte la destinée des « enfants morts avant d'avoir été baptisés »[2878]. Ainsi que le suggère le psychanalyste Jean-Bertrand Pontalis dès les premières

---

[2871] *Ibid.,* p. 117.
[2872] *Ibid.,* p. 122.
[2873] *Ibid.*
[2874] *Ibid.,* p 124.
[2875] *Ibid.,* p. 92.
[2876] *Ibid.,* p. 382 : « A défaut de trouver des mots suffisamment vierges et fluides, je relisais sans cesse ceux des autres, toujours les mêmes, Proust, Mann, et plus encore Kafka. J'ai raconté, dans "Le monde d'en bas", comment je descendais régulièrement au bloc avec ses lettres à Milena ».
[2877] *Ibid.,* p. 121.
[2878] Pontalis Jean-Bertrand. *L'enfant des limbes*. Paris: Gallimard; 1998, p. 11.

pages de *L'enfant des limbes*, il pourrait bien s'agir, pour de tels enfants, d'un « entre-deux » entre l'Enfer et le Paradis permettant « l'attente ». Une attente dont il précise qu'il s'agit d'« être là hors du temps mesurable comme de l'éternité »[2879]. De telles interprétations font écho à cette expérience limite d'un entre la vie et la mort, encore très incertain dans son issue, auquel les traumatismes de l'attentat comme les résidus de vapeurs anesthésiques ont pu contribuer additionnellement. A ce stade, Lançon est encore happé par la noirceur et la profondeur trou tout autant qu'invité à combattre la tentation de ce gouffre. Or ce texte-là demeure effectivement à écrire.

Qu'il ne sache plus ni en quel lieu ni en quel temps il se trouve[2880] l'amène à devoir (re)naître depuis cet état confus d'indétermination avec, ou peut-être plutôt *grâce à* l'émergence, tels les premiers cris du nouveau-né, de ce qu'il qualifie comme ses « premières phrases ». Par-là, et en dépit de la confusion d'alors, il amorce déjà une reconquête, à moins que ce ne soit plus justement une (re)quête identitaire. Celle-ci est soulignée par le pronom personnel « moi » situé en tout début de phrase et déjà une qualification possible, celle d'« écrivain », qu'il ne se reconnaissait pourtant pas jusque-là. Une telle qualification est d'ailleurs renforcée par la comparaison à ces écrivains, tel Tchekhov, dont il tient à préciser qu'« on cite volontiers la dernière phrase prononcée, pourvu qu'elle semble avoir un sens éclairant leur vie et les circonstances […] »[2881] ; « si peu écrivain » précise-t-il quant à lui, comme étonné de ce revirement identitaire possible et alors qu'il stagne encore dans les limbes avant l'éveil. Ainsi que le suggère aussi Jean-Bertrand Pontalis, l'être au cœur des limbes est alors incernable, indécis, tant dans ses « pensées à l'état naissant qui se refusent à être cernées », dans son rapport à la réalité (proche du rêve jusqu'à s'y confondre) que dans son identité par le fait même de son état originel[2882]. Du « trou » à l'origine pour Lançon (trou dans sa chair autant que dans son être et partant dans le récit de sa vie) émane de façon finalement logique et naturelle cet état inédit d'*être* désormais inconnu, imprévisible, irrésolu, interrogatif, autrement dit fondamentalement dans le doute, mais donc aussi ouvert à tous les possibles.

2.6.2 – L'écriture trouée tel le faisceau de lumière qui vient éclairer la caverne

L'écriture dite des « premières phrases », maladroite et trouée, se trouve en phase avec ce mouvement de perte / quête (plus que reconquête) identitaire, dont la (re)construction chirurgicale endosse la dimension anatomique, et pour partie esthétique, sans pouvoir cependant l'y restreindre. C'est dire si le texte s'origine à partir du trou dans le corps de la chair comme du récit. Voici ce que lui fait dire la redécouverte *a posteriori* de ces traces écrites dans le « grand cahier saumon [anonyme] de l'Assistance Publique » :

[2879] *Ibid.,* p. 12.

[2880] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 114 : « Un détail soudain m'a alerté : je n'avais pas encore ouvert les yeux quand je me suis demandé comment je pouvais sentir l'odeur du café, puisque je n'étais pas levé et que ma cafetière n'était pas automatique ».

[2881] *Ibid., p.* 121.

[2882] Pontalis Jean-Bertrand. *Op. cit.*, p. 11-12 : « N'aimerais-je que les pensées à l'état naissant qui se refusent à être cernées ? Serais-je épris de ces rêves qui tiennent lieu de réalité ? Ne serais-je touché que par ceux qui n'ont pas une identité bien assurée, qui ne sont pas ce qu'ils sont ou croient être, et alors les femmes, plus que les hommes, seraient ces êtres-là, incertains, insaisissables, celles qu'on ne saurait baptiser, celles qui seraient toujours en attente d'on ne sait trop quoi ? »

> […] ces grandes lettres tracées de manière hésitante, comme écrites dans une langue étrangère, moins par un rescapé que par un inconnu, un ancêtre, un presque dinosaure sur les murs d'une caverne[2883].

La référence à l'allégorie de la caverne de Platon[2884] s'invite d'emblée (« les murs de la caverne ») et suggère son impréparation (« de manière hésitante »), son peu de moyens (« une langue étrangère ») ainsi que l'ombre épaisse dans laquelle se trouve alors Lançon et rendant d'autant plus difficile son analyse de la situation. Se comparant à ces premiers hommes (« un inconnu, un ancêtre ») enchainés, démunis (« un presque dinosaure ») et privés de lumière, il est incapable d'y voir clair sur la réalité de ce qui lui arrive comme de son environnement. Ne parvenant qu'à l'interpréter de façon partielle et parfois erronée, il en est à devoir (ré)apprendre autant la langue (« langue étrangère ») que l'écriture (« ces grandes lettres […] hésitante »). Dans cette caverne, le doute est pour Lançon à son acmé. Il semble alors se vivre bien plus tel un « inconnu » à découvrir et sur lequel il ne disposerait d'aucun repère préalable, que comme un « rescapé » qu'il faudrait simplement retrouver et restaurer dans ses repères habituels. Grâce à cette image de l'espèce animale disparue qu'est le « dinosaure », il vient signifier une distanciation temporelle telle qu'il n'aurait plus du tout accès à cet autre de lui-même autrement que par des vestiges d'un passé totalement révolu. Quand bien même il ne peut se départir de cette filiation (« un ancêtre »), cette *préhistoire* n'est définitivement plus, n'en restant au mieux que les traces qu'en auraient peut-être retenues « les murs d'une caverne ». C'est donc à partir de ces racines ancestrales inaliénables, qu'un être encore méconnaissable tendrait, au prisme de l'écriture, à se (re)construire pas à pas, ainsi que ce propos le suggère :

> Les lettres, capitales, penchent sur la page en tous sens. Il n'y a qu'un ou deux mots par ligne, comme si j'écrivais dans l'obscurité. Je prends une torche et circule dans la caverne par où je suis revenu[2885].

On retrouve la référence à la caverne de Platon, son « obscurité » source de confusion, d'errance (« en tous sens »), de maladresses (« les lettres […] penchent »), d'erreurs et même d'ignorance. C'est pourtant, comme pressées par une nécessité vitale, que les phrases encore fragiles et désorientées (« penchent sur la page en tous sens ») s'agitent. Ces phrases qui ne sont encore qu'ébauchées (« deux mots par ligne ») et demeurent trouées dans leur continuité, comme l'est de fait le corps blessé de Lançon, font écho à ces interrogations identitaires (« moins un rescapé qu'un inconnu ») et existentielles (« par où je suis revenu ») qui aspirent si impérieusement à être comblées, tout comme la chair.

Ces fragments disparates d'un texte troué et discontinu, rédigés à l'aide de matériaux précaires (tablette Velléda, feutre bleu, cahier saumon de l'Assistance publique), dans le plus grand inconfort (salle de réveil) et en contexte d'extrême vulnérabilité, résonnent avec l'état des chairs blessées, elles-aussi fragmentées. Dans ces fragments, se lit le délabrement et la perte de

[2883] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 122.
[2884] Platon. *La République*. Livre VII, 514a-517a.
[2885] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 122-123.

substance constatée non seulement à l'échelle anatomique du corps physique[2886] mais aussi à l'échelle relationnelle du corps social. Le texte retentit alors de la perte des compagnons de *Charlie Hebdo* et du désordre angoissé qui y est associé : « Première page : « Qui est mort ? / Cabu Wolinski Charb / Riss ? / Quel jour ? / Qui va passer ? / Mon sac est avec moi ici » »[2887]. Ces noms ne sont pas écrits les uns après les autres dans une suite logique et continue (le sigle « / » signifiant une différence de ligne), mais éparpillés sur la page comme autant d'impacts violents provoqués par l'effroi de la prise de conscience de la perte irrémédiable, de leur « mort » sous le coup des balles. C'est là que l'ambiguïté de la formule « solution de continuité » qui caractérise la blessure de Lançon trouve à se manifester dans le texte même. Car retranscrire la disposition précise des mots sur la page, leur géographie mentale n'a manifestement pas été possible. Par le biais d'un alignement trompeur et d'une barre oblique sensée signifier la discontinuité et l'éparpillement, les noms, les mots, les interrogations semblent pourtant être étroitement liés et communiquer logiquement (« Qui est mort ? », « Qui va passer ? » et ne serait donc peut-être pas mort, « Riss ? »). Mais pour comprendre le sens de cette disposition textuelle autant que de la formule « solution de continuité », il faut revenir à l'origine historique des faits (en dépits des trous dans la mémoire que le traumatisme a pu provoquer) et à l'étymologie du mot « solution »[2888]. Son interprétation intuitive spontanée est souvent entachée d'erreur puisqu'elle signifie en réalité rupture, dissolution. Tout à l'inverse donc de l'attendu de continuité, il s'agit d'interruption, de rupture, de cassure, de lacune. Si, par l'effet de suggestion de l'éparpillement du texte en mille morceaux, Lançon renvoie à la résurgence traumatique de ses émotions délabrantes et des brisures corporelles, il semble pourtant témoigner ici d'une grande maitrise de la narration. Bien loin de l'écriture d'un débutant en apprentissage, ce lâcher de fragments morcelés à même la page témoigne, par sa justesse narrative, en réalité déjà d'un véritable texte littéraire. C'est dire si l'allusion à la caverne de Platon renvoie aussi pleinement à l'idée de la lumière de la connaissance. Or, c'est par l'écriture que Lançon semble ainsi pouvoir être éclairé et s'ouvrir à cette si juste compréhension et exposition de la réalité. C'est alors que du trou primordial de la destruction terroriste, source de douleur, de confusion, d'angoisse, d'indétermination, paraît émaner un faisceau de lumière qui lui ouvre et lui révèle un chemin nouveau. Depuis les tréfonds de la caverne, Lançon parvient à la lumière, à cette révélation qui serait celle d'un devenir écrivain.

2.7 – La (re)naissance de Lançon grâce au doute et à sa résolution fertile

Comme le trou dans la chair appelant à être colmaté par un tissu cicatriciel sain et étanche, les mots disparates à être rassemblés en phrases puis en récit, la crise de doute traversée par Lançon en est venue, tel un instinct irrépressible de survie et de rétablissement, à soutenir la restauration identitaire et de ses repères existentiels. Combler les trous, répondre aux interrogations ont en effet concrétisé la convergence des soins médico-chirurgicaux et de l'acte d'écriture comme modalité de sortie de la crise de doute dans laquelle l'avait projeté l'attentat. Se faisant écho et même s'intriquant l'une à l'autre, chirurgie réparatrice et écriture du récit ont ainsi

[2886] *Ibid., p.* 92.
[2887] *Ibid.,* p. 123.
[2888] Une solution de continuité est donc une rupture, une interruption de ce qui doit être continu. Une cassure, une fissure, une lacune est une solution de continuité dans quelque corps. En ligne : Solution de continuité | Académie française (academie-francaise.fr), consulté le 8 juin 2024.

progressivement conduit à la (re)naissance. Or, cette métaphore de la (re)naissance vient embrasser de multiples dimensions, si ce n'est toutes les dimensions de l'existence nouvelle – parce que, de fait, *naissante* – de Lançon parmi lesquelles : la naissance d'un patient, la naissance de la parole, la naissance du *Lambeau,* à savoir la greffe (dont c'est le nom) autant que le récit (dont c'est le titre), mais encore aussi la « naissance du patient écrivain »[2889]. Autant de naissances dont les interconnexions étroites permettent d'éclairer le déploiement et l'épanouissement d'une métamorphose identitaire à l'œuvre en tant que devenir écrivain parallèlement au parcours de soins et de rétablissement existentiel. De-là apparait qu'une telle (re)naissance n'aurait peut-être pas pu advenir sans le support et le moteur du doute mais surtout aussi la puissance de créativité de la crise qui en a constitué la modalité d'expression[2890]. Ainsi que précédemment développé[2891], si elle peut être cause de dévastation, la *crise* est aussi une puissante source de changement dans l'existence d'un patient. Elle est ce qui peut permettre le *basculement* d'un état à un autre et ainsi constituer l'opportunité (le *kairos*) d'une évolution non seulement favorable (conformément à l'approche hippocratique de la notion de crise) mais créative[2892]. On peut ainsi poser l'hypothèse que le traumatisme puis la hantise du trou aient été si forts ainsi que la crise de doute consécutive si intense et si extensive que celle-ci n'en aurait été que d'autant plus fertile dans sa résolution. L'apport tout particulier de cette crise de doute intense traversée par Lançon consisterait alors non seulement en sa (re)naissance mais aussi en sa métamorphose, celle d'un devenir écrivain.

2.7.1 – Le devenir patient

Le « Devenir patient » – ainsi que s'intitule l'un des chapitres de l'analyse portant sur *Le Lambeau* de la professeure de langue et de littérature française Biagioli[2893] – tend naturellement à constituer cette première (re)naissance, ne serait-ce qu'au regard des priorités qu'impose l'urgence et parce qu'elle tient lieu d'armature au fondement de toutes les autres. Naître patient, tel un nouveau-né ouvrant les yeux sur les murs du monde encore inconnu, mais bientôt familier, d'une salle de réveil post-opératoire. En pleine découverte, Lançon prend progressivement conscience de son corps, certes blessé mais son corps propre ainsi que l'illustre ce constat : « deux bras et deux mains bandés. […] il s'agissait des miens »[2894]. De même, il observe, écoute, questionne de tous ses sens ce nouvel environnement, matériel autant que relationnel, qui va devenir son nouveau lieu de vie pour de nombreux mois, avec ses acteurs spécifiques, leur temporalité propre, leur culture soignante, autant de règles et de repères, qui font société. Pour s'y faire, non seulement il y introduit, pour l'accompagner, des objets familiers, particulièrement des livres et de quoi écouter la musique qu'il affectionne. Mais il va aussi chercher à se fondre dans cet environnement, en assimilant ses règles, ses normes, ses exigences. Il s'y intègre ainsi lui-même en apprenant la langue médicale, son jargon

---

[2889] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 45.
[2890] Grossman Evelyne. *Op. cit.*
[2891] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le doute du patient revêt l'ampleur et l'es enjeux d'une crise*.
[2892] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *La crise comme Kairos*.
[2893] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 48.
[2894] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 114.

scientifique, et en s'adaptant aux différents rituels en usage à l'hôpital. Confronté à des circonstances extrêmes dans leur gravité autant que leur nouveauté, il consent ainsi à la « métamorphose » identitaire qu'elles lui imposent[2895], voire s'emploie activement à résoudre le doute suscité en se mettant de lui-même pleinement dans la peau du patient. Ce propos : « La nécessité, tout accepter, et le devoir, l'accepter […] »[2896] tend à témoigner de cette règle « de fer » qu'il s'impose tout en se l'appropriant, malgré la dureté de ce qu'il a à vivre de cette expérience de transformation particulièrement éprouvante et inappréhendable qu'imposent les soins. C'est ainsi qu'il écrit aussi :

> J'ai voulu apparaître en toutes circonstances comme celui que j'avais décidé d'être, du bloc aux toilettes, du fauteuil au brancard, de l'austère couloir du service au joli parc ombragé de la Salpêtrière[2897].

Lançon décide de se fondre dans ce nouvel environnement (« du bloc aux toilettes, du fauteuil au brancard ») hospitalier qu'est la Salpêtrière et d'être en conséquence celui qu'il doit être (« celui que j'avais décidé d'être ») pour pouvoir faire partie de ce paysage global, autant que ses interstices (« l'austère couloir du service »). Il se fond ainsi dans son inquiétante dynamique interne, celle d'un monstre avec ses pulsations, ses viscères, ses cloaques[2898] et dont la plongée récurrente dans les profondeurs des blocs opératoires donne aperçu. Progressivement acculturé à tout ce qui l'entoure et condamné à une forme de pérennité du fait de la durée de la procédure de reconstruction et des aléas de prise de greffe et de cicatrisation, il tend effectivement à en devenir lui-même une partie intégrante indiscernable des autres telle la brique d'un édifice, le constituant comme partie tout en l'incarnant dans sa totalité[2899]. Mais, si pour être celui qu'il doit être il s'impose une forme d'effacement et d'acceptation, une « seconde nature » accompagne pourtant cet être « patient » nouvellement né par l'effet de la métamorphose hospitalière. Il qualifie cette « seconde nature » comme « [son] caractère en présence des autres »[2900], un caractère lui-même naissant et constitué dans la rencontre et l'interaction avec la matrice hospitalière et ses innombrables constituants fixes autant qu'animés. C'est dire si

---

[2895] *Ibid.,* p. 120 : « Les circonstances étaient si nouvelles qu'elles exigeaient un homme, sinon nouveau, du moins métamorphosé, au moral comme il l'était physiquement ».
[2896] *Ibid.*
[2897] *Ibid.* : « J'ai voulu apparaître en toutes circonstances comme celui que j'avais décidé d'être, du blocaux toilettes, du fauteuil au brancard, de l'austère couloir du service au joli parc ombragé de la Salpêtrière »
[2898] Je renvoie à : Castaing-Taylor Lucien, Paravel Véréna. *De Humani corporis fabrica* [Film documentaire, 115 min]. France – Suisse : Norte Productions, 2022. Ce documentaire met en scène le fonctionnement organique de l'hôpital dans une analogie avec le corps humain. Ses tunnels souterrains font écho aux tuyauteries intestinales, urinaires ou vasculaires. Les sillons, telles des failles, et les enveloppes du cerveau renvoient à l'architecture hospitalière jusque dans son infinitésimale organisation que le microscope de l'anatomopathologiste révèle par coupes micrométriques et immunomarquages successifs. Les cellules circulent dans les vaisseaux tels les êtres, soignants autant que patients, dans les couloirs et interagissent dans un perpétuel réordonnancement, au gré des besoins autant que des conjonctures.
[2899] Chaque élément (cellule, individu, matériel, etc.) est une partie du tout comme le tout est lui-même dans chaque partie conformément au principe hologrammatique développé par Edgar Morin : Morin Edgar, Le Moigne Jean-Louis. *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan; 1999. Morin Edgar. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil; 2015. Philippe Lançon se trouve être précisément, et de façon de plus en plus renforcée au fil du temps, une partie indissociable de ce tout qu'est le service de chirurgie maxillo-faciale autant que l'hôpital dont il est lui-même pleinement constitué, y compris dans ses annexes secondaires, entre autres ce service de soins de suite et réadaptation.
[2900] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 120.

cette intégration qui implique, au moins pour partie, la résolution du doute identitaire qui l'assaillait, ne relève en réalité pas d'un effacement de toute identité mais bien plus d'une affirmation. Biagioli souligne, en effet, combien se joue, dans cette interaction avec l'environnement hospitalier, un rapport de force interculturel entre dominants (les soignants) et dominés (les patient). Lançon incorpore progressivement la culture médicale (celle du dominant), au point de devenir expert de la situation qui est la sienne et de pouvoir expliquer aussi bien qu'un professionnel la technique chirurgicale du lambeau[2901]. Cette culture médicale acquise au gré de son parcours de reconstruction repose non seulement sur un savoir expérientiel relatif à l'état pathologique traversé, aux traitements subis ainsi qu'à son vécu de rétablissement[2902], mais également sur l'apport de connaissances médicales et scientifiques patiemment explicitées et re-explicitées par les soignants. Chloé Bertolus passe ainsi beaucoup de temps « en longues explications techniques » tout en ayant conscience de l'incommunicable dans l'expérience à venir et dont seul le patient pourra témoigner *a posteriori*[2903]. Tel est ce *devenir patient* auquel Lançon s'est appliqué avec beaucoup de rigueur.

Si le mouvement d'affirmation de Lançon se joue en réaction à l'asymétrie inévitable de toute relation de soin, il peut en l'occurrence aussi trouver sa source, ou du moins se renforcer, dans la tension liée au genre. Que son destin chirurgical dépende d'une femme peut non seulement être vécu comme humiliant, dévirilisant, mais attiser, même inconsciemment, le doute au sens de la défiance à l'égard des soins qui lui sont prodigués. En dépit de la féminisation de la profession médicale, récente au regard de l'histoire de la médecine, la chirurgie est encore une discipline essentiellement masculine. On ne peut ainsi négliger que la posture de Lançon au cœur de cette relation de soin ait pu être influencée par une telle configuration de genre et impacter aussi conséquemment son éprouvé de doute. Lançon n'en est pas moins parvenu à s'affirmer, notoirement en attirant la sympathie de tous, dans cet univers hospitalier, hautement technique et masculin de la chirurgie, notamment en mobilisant sa propre culture artistique, principalement littéraire mais aussi musicale ou picturale. Ouvrant ainsi sur une autre dimension et une autre lecture que strictement médicale, cet apport qui parait si ce n'est antagoniste du moins inapproprié, a en fait contribué à l'interculturalité comme modalité relationnelle, c'est-à-dire comme modalité de rencontre, d'échanges et d'adaptation réciproque. C'est ainsi qu'il a offert des livres à Chloé Bertolus (notamment *Le Rire* de Bergson[2904]) et suscité des discussions autour d'expositions, de musiques, de peintures avec divers soignants en les invitant à exprimer et expliquer leurs préférences. Se positionnant également en glorificateur des passe-temps de chacun des soignants qu'il rencontrait (infirmiers, aides-soignants, brancardiers, chauffeurs, policiers), il a pu éclairer les portraits qu'il en fait dans son récit au prisme des références culturelles qui sont les leurs (à l'instar d'Annie, « infirmière responsable de la salle de réveil », dite la Castafiore qui adorait l'opéra et avait rêvé de devenir cantatrice[2905]). Dans ce « devenir patient », si Lançon s'est donc effectivement plié aux règles

[2901] *Ibid.,* p. 325-341.
[2902] Je renvoie à la production de la haute autorité de santé sur le sujet. En ligne : Haute Autorité de Santé - Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation, consulté le 2 février 2026.
[2903] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. *Op. cit*.
[2904] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 228.
[2905] *Ibid.,* p. 195.

de l'hôpital et des soins, tendant à jouer pleinement le rôle attendu de lui, par son adhésion active et non contrariante au processus thérapeutique, il n'a pourtant pas manqué de le teinter de toute sa singularité, non sans susciter certes beaucoup d'affection mais aussi bien des remous ainsi que cet extrait tend à l'illustrer :

> Ça n'est jamais arrivé ici, dans ce service, ce mélange de tendresse et de folie que vous inspirez, et c'est pourquoi vous allez devoir partir. […] Vous avez su trouver votre force ici, et c'est bien. Vous avez fait du service un nid accueillant et séduisant, tous sont entrés dans ce nid, et vous devez maintenant en sortir pour leur échapper[2906].

Cette singularité propre à sa personnalité consistant à révéler, enrichir et valoriser la médiation culturelle au sein d'un service de chirurgie maxillo-faciale, s'est conclue par des effets, si ce n'est contraires, à tout le moins contrariés. C'est dire si bien des comportements, aussi louables soient-ils en apparence, peuvent s'avérer difficilement compatibles avec la vie de l'hôpital (« Ça n'est jamais arrivé ici, dans ce service »). L'effet très positif (« Vous avez fait du service un nid accueillant et séduisant ») qu'ont produit son ouverture d'esprit, son caractère généreux (« tendresse »), mais surtout sa vivacité et curiosité intellectuelles, mâtinées de qualités journalistiques d'écoute et de dialogue, s'est en effet renversé en provoquant tensions adverses, déstabilisation et même rupture (« c'est pourquoi vous allez devoir partir », « vous devez maintenant en sortir »). Par son comportement, le pouvoir soignant-soigné a semblé s'inverser (« tous sont entrés dans ce nid »), de sorte que sa chirurgienne qualifie l'anormalité d'une telle situation de « folie ». Si l'interculturalité n'est pas absente des lieux de soins, son accueil, son appropriation et son déploiement sont très variables et peuvent rencontrer des résistances ne serait-ce que par les zones de fragilité qu'elle risque toujours de mettre en lumière au sein de certaines organisations. Si elle fut indispensable à Lançon dans sa dynamique de restauration identitaire (« Vous avez su trouver votre force »), elle révèle combien l'hôpital (et plus généralement le système de santé) contraint et délimite le périmètre d'un *être patient* selon un arbitraire qui lui est propre, sous peine de représailles s'il s'avère outrepassé. A ce sujet, le philosophe Ruwen Ogien a pu témoigner d'une forme de déterminisme des rôles entre patients et soignants encore puissamment ancré[2907]. Œuvrer à sa restauration identitaire et ainsi combler ce gouffre de doute que l'attentat a provoqué nécessitent pour Lançon de s'extraire de cette caverne qu'est l'hôpital (« en sortir pour leur échapper »).

2.7.2 – La (re)naissance de Lançon par l'écriture

Tout comme la métamorphose d'Antoine Percheron a trouvé son issue dans son devenir arbre, le doute identitaire de Lançon finit également par trouver une voie de résolution possible. Que, concomitamment à son « devenir patient », inéluctable tant il lui est imposé par la contrainte des soins, naisse un *être nouveau* s'avère d'autant plus essentiel que Lançon est en deuil de son existence passée[2908]. La figure la plus pure de l'*être nouveau* en développement qu'est le petit-

---

[2906] *Ibid.,* p. 393.

[2907] Ogien Ruwen. Op. cit., p. 42-43 : « En fait, en jouant le rôle du "bon patient", il ne fait rien d'autre que qu'exprimer sa compréhension plus ou moins intuitive de l'existence d'une relation de pouvoir asymétrique entre lui et le personnel soignant ».

[2908] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 116 : « […] une suite d'images qui m'acculaient pour étrangler les restes de ma propre existence et les remplir d'incertitudes, de vide ».

enfant est ainsi maintes fois évoquée. Les allusions récurrentes à la « bave »[2909] qu'il ne peut retenir, mais aussi au « berceau » ou encore à « l'école primaire »[2910]. C'est à travers le retour des fonctions liées à l'oralité qu'il développe cette comparaison au développement infantile. Or les multiples inconnus que représente la (re)découverte de l'oralité pour l'être en devenir ne manquent pas de réactiver chez Lançon doute et inquiétude. Par le motif du yaourt, c'est la (re)découverte de l'alimentation orale, ainsi qu'il le précise dans une chronique dédiée à *Charlie* et opportunément intitulée « Le yaourt »[2911] : « […] autant de joie concrète que le premier aliment ingéré (difficilement) par la bouche, après deux mois d'alimentation exclusivement par sonde. C'était un simple yaourt nature avec un peu de sucre […] »[2912]. Comme les toutes premières bouchées du nourrisson, c'est une expérience inédite et complexe. Il s'agit de l'expérience de la sensorialité via la (re)découverte du goût après « deux mois sans aucun goût »[2913] mais aussi celle bien plus pragmatique « d'ouvrir la bouche, ne pas en mettre partout, bien déglutir »[2914]. En dépit des similitudes avec le nourrisson dont l'évènement des premières bouchées ne manque pas de susciter l'excitation joyeuse de l'enfant autant que l'émerveillement des parents, Lançon, plus sombre, en conclura le concernant que « c'est une renaissance austère et solitaire »[2915]. Il peine effectivement à s'identifier lui-même à un enfant, en dépit des multiples justifications d'une telle comparaison. Car, l'oralité restaurée c'est aussi l'évènement particulièrement émouvant de la (re)naissance des premiers mots. A cet égard, l'épisode du retrait de la canule de trachéotomie est si important qu'il fait même l'objet d'« une petite cérémonie »[2916]. Or, l'évènement ne manque pas de renvoyer au long parcours d'apprentissage de la langue chez le jeune enfant, ainsi qu'il en décrit l'expérience dans ce propos :

> Peu à peu, des sons de plus en plus articulés ont fait leur apparition […] ils ne signifiaient rien. […] J'ai oublié les premiers mots compréhensibles qui sont sortis. Ils devaient être aussi simples, aussi concrets que ceux d'un enfant[2917].

D'abord des bruits qui, bien qu'informes (« ils ne signifiaient rien »), prennent déjà une certaine tonalité (« des sons »). Progressivement « de plus en plus articulés » avant qu'ils ne deviennent « compréhensibles » sans pour autant se complexifier (« aussi simples, aussi concrets que ceux d'un enfant »). C'est dire s'il y a matière encore à douter et à s'inquiéter quant à la restauration possible ou pas, selon quel type et avec quel résultat, d'une voix unique et personnelle propre à permettre, comme lors de l'apprentissage de la parole de tout enfant, l'émergence progressive d'une voix singulière. C'est en fait surtout par son entrée en écriture autobiographique que Lançon va progressivement apprivoiser cette voix nouvelle, naître à un « Je » renouvelé, celui de *l'après* l'épreuve du « trou ». Indissociable de cette déchirure historique, la possibilité d'une (re)naissance passe d'abord, pour Lançon, par l'appropriation de cette épreuve en tant

[2909] *Ibid.,* p. 382.
[2910] *Ibid.,* p. 439.
[2911] *Ibid.,* p. 399-401.
[2912] *Ibid.,* p. 399.
[2913] *Ibid.,* p. 401.
[2914] *Ibid.,* p. 400.
[2915] *Ibid.,* p. 401.
[2916] *Ibid.,* p. 246.
[2917] *Ibid.,* p. 246-247.

qu'évènement fondateur reconnu et assumé. Cette quête identitaire, issue de ce « trou » originel dans la chair, vient dès lors susciter un état de questionnement insatiable et sans cesse réactualisé. Il s'agit, en effet, de combler la perte de substance tissulaire (le trou dans la chair) comme de répondre aux interrogations identitaires et existentielles (les trous dans le texte, ce tissu de la vie ainsi métamorphosée). L'écriture du récit de soi (autobiographique plus que seulement autopathographique) vient en écho à la chirurgie réparatrice, ce que la formule « A elle l'action ; à moi le récit »[2918] tend à résumer. Par l'écriture, Lançon vise à atteindre et éclairer son ipséité renouvelée[2919], son *soi* en reconstruction. Tout autant que l'action chirurgicale œuvre à restaurer l'identité corporelle, l'écriture du récit œuvre à restaurer l'identité narrative, à lever ainsi le doute identitaire massif que l'attentat et les blessures avaient répandu.

Biagioli développe l'idée que l'usage fréquent que fait Lançon de la citation pourrait renvoyer à une sorte d'objet transitionnel. Tel que défini par le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott, l'objet transitionnel participe du développement psychique de l'enfant en ce qu'il lui permet d'accéder à l'extériorité tout en réduisant l'angoisse que peut provoquer la prise de conscience progressive que ce qui est extérieur ne fait pas partie de son propre corps (premier objet *non-moi*)[2920]. La citation chez Lançon aurait ainsi non seulement cet effet de réconfort, précisément parce que le texte d'auteurs estimés et reconnus de lui comme d'authentiques *alter ego* (entre autres Frantz Kafka, Friedrich Nietzsche, Marcel Proust, Thomas Mann ayant, de plus, tous connu la maladie) lui apporterait en compréhension de l'expérience vécue, en identification et partant en *désisolement*. La citation, en tant que *phrase transitionnelle*, lui permettrait aussi d'« [établir] grâce à [elle] le contact entre son intériorité naissante et l'extérieur énigmatique »[2921]. Après un confinement hospitalier de plusieurs mois où il s'est trouvé constamment soumis aux soins de diverses figures certes protectrices, qu'elles soient réparatrices, nourricières ou simplement accompagnantes, la perspective du retour à la vie sociale extérieure (lieu de l'agression traumatique) n'a pas manqué de susciter quelque angoisse. Reprendre le métro « à l'heure de pointe sur la ligne 13 »[2922] en a été une occasion flagrante. Ce qu'il formule comme « la rencontre inquiète avec le jeune Arabe dans le métro »[2923] illustre la difficulté de ses premiers pas de retour dans la réalité extérieure, hors le « berceau »[2924] de l'hôpital. C'est dire si le retour à la vie à l'extérieur de l'hôpital peut être très violent au point que certains en viennent paradoxalement à regretter cette aliénation. Car l'hôpital peut en effet devenir pour certains patients comme la caverne de Platon, un lieu d'enfermement d'où la vision de la réalité extérieure est brouillée parce que passée au filtre

---

[2918] *Ibid.,* p. 240.
[2919] Ricœur Paul *Temps et récit. Tome 3 : Le temps raconté*. Paris: Seuil; 1985, p. 439-448.
[2920]Winnicott Donald W., Kalmanovitch Jeannine (Trad.), Stronck-Robert Annette (Trad.), Michelin Madeleine (Trad.), Harrus-Révidi Gisèle (préface). *Les objets transitionnels* Paris: Payot & Rivages; 2010.
[2921] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 55 « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » : « […] son rapport à la citation rappelle le comportement de l'enfant avec l'objet transitionnel que décrit Winnicott. Il le choie mais le malmène, ne veut pas qu'il change sauf s'il le décide, s'en sert pour réguler ses pulsions et calmer ses angoisses, établit grâce à lui le contact entre son intériorité naissante et l'extérieur énigmatique. Ses lectures lui ont servi de doudous avant de devenir des vecteurs de remémoration et des organisateurs textuels ».
[2922] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 505.
[2923] *Ibid.*
[2924] *Ibid.,* p. 439.

médical et où la personne, soumise à la pensée biomédicale, peut se sentir dispensée voire privée de penser et d'agir conformément à ses propres idées et aspirations. Sortir de cette caverne peut être appréhendé de façon ambivalente par ceux qui se voient libérés de leurs chaines. Une telle libération peut en effet être difficile, douloureuse, aveuglante[2925]. Pour Lançon et d'autres patient, sortir de la caverne peut signifier quitter le cocon hospitalier et le maternage des soignants. Il n'empêche que sa vraie (re)naissance ne peut advenir qu'en dehors de l'hôpital lequel, protecteur mais infantilisant et déresponsabilisant, freine voire empêche le phénomène d'individuation et d'autonomisation.

Si Lançon doit se séparer de l'hôpital, de son effet de caverne, pour pouvoir réellement se libérer progressivement de cet état de doute identitaire et existentiel qui ne le quitte pas depuis la défiguration, la perspective de son retour à domicile en illustre la difficulté[2926]. Sa propre (re)naissance en dehors de l'hôpital est loin d'être évidente, spontanée et sans peur. Affronter l'extérieur l'expose à des résurgences traumatiques, telle la vision d'un « jeune Arabe » dans une rame de métro. Cette reviviscence terrorisante de l'attentat permet de soulever la question de l'autocitation dont Lançon fait aussi usage, en plus de celui des citations. Je propose l'exemple d'autocitation suivant :

> […] et, malgré moi, je me suis éloigné de quelques mètres en pensant : « S'il décide de tuer, il devra commencer par ceux qui sont entre nous deux » […] je fus horrifié par ma propre pensée et par l'amalgame qu'elle signifiait[2927].

Ce n'est ici pas tant le contenu de cette autocitation (« S'il décide de tuer, il devra commencer par ceux qui sont entre nous deux »), illustratif de sa terreur du monde extérieur puisque ce dernier se voit immédiatement associé la résurgence massive et incontrôlée de symptômes de stress post-traumatique, que son principe même qu'il importe de questionner. Biagioli ne voit pas dans cette pratique de l'autocitation la même dynamique que celle engagée dans la citation. La citation d'auteurs appréciés permet à Lançon, grâce à l'intertextualité, de se (ré)acculturer par l'immersion dans leur bain d'expérience et pouvoir ainsi renaître progressivement au monde de l'extérieur en se décentrant de lui-même. Avec l'autocitation, il s'agit au contraire du vécu propre de Lançon et non pas de celui d'un *alter ego*. C'est pourquoi Biagioli en souligne, par contraste, d'une part la dimension autoréflexive, d'autre part la portée réparatrice. « La pratique fréquente de l'autocitation de Lançon se justifie par le besoin de restaurer la continuité de soi traumatisé par l'attentat »[2928], écrit-elle. Restauration de l'identité (« la continuité de soi ») brisée et affectée d'un doute massif, comblement des « trous » et des ruptures dans la chair du corps autant que dans la chair du texte, l'écriture dans laquelle Lançon s'est engagé tend à être, si ce n'est curative, du moins réparatrice au sens où Alexandre Gefen l'a déployé dans son

[2925] Depraz Natalie. *Comprendre la phénoménologie*. Paris: Armand Colin; 2012, p. 191-193 : « leur corps vit cette libération comme une aliénation paradoxale, car leur vision de la lumière est souffrance, leur motricité douloureuse ».
[2926] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.*, *Ibid.,* p. 458-459.
[2927] *Ibid.,* p. 506.
[2928] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 59.

ouvrage *Réparer le monde*[2929]. Pour autant, il semble que *Le Lambeau* ne relève pas uniquement d'une pratique narrative thérapeutique, à même de l'aider à cicatriser ses plaies et à combler les failles que l'attentat a ouvertes en lui. L'écriture de ce texte lui permet de se désaliéner du traumatisme et de ses conséquences comme Biagioli invite à le penser en écrivant à ce propos : « Il se tourne alors vers l'écriture, non pour faire partager son interprétation des évènements, mais pour communiquer, puisqu'il ne peut plus parler »[2930]. Par ailleurs, mais dans la continuité de cet élan vital de communication, elle lui permet de créer du lien. C'est ainsi qu'il œuvre, avec patience et persévérance, à d'innombrables mailles relationnelles plus ou moins étroites et plus ou moins consolidées avec les différents soignants qu'il est amené à côtoyer. Relatant leurs rencontres, leurs échanges, certaines caractéristiques marquantes, tout comme leurs goûts culturels tels des marqueurs signifiants de leur existence, il en vient à (re)tisser l'histoire individuelle (la sienne comme celle de chacune de ces individualités) autant que collective (à travers l'histoire nationale qu'il symbolise et en concentrant autour de lui l'énergie de toute une équipe pour sortir de la tragédie vécue par lui autant que par tous). Bien plus encore, *Le Lambeau* semble aussi relever d'une révélation à même de résoudre cet état de doute identitaire autant qu'existentiel dont il fut accablé au sortir de l'attentat. Cette révélation est celle d'un destin d'écriture pour Lançon, un destin que d'aucun pourrait qualifier, comme Biagioli l'a proposé, de « naissance du patient écrivain »[2931].

2.7.3 – Le devenir écrivain

Dans un chapitre d'analyse portant sur *Le Lambeau* parue dans un ouvrage collectif consacré à la dynamique de convergence à l'œuvre entre littérature et médecine[2932], Biagioli développe précisément l'idée que cette œuvre de Lançon ne se réduit pas à un simple témoignage d'une expérience médicale. Elle ne relève pas non plus du récit clinique, en dépit de l'indéniable qualité de la description d'un parcours de soins pourtant complexe et prolongé et le niveau avancé de connaissances médicales et chirurgicales qu'il y déploie. Cette plongée en écriture en contexte de médicalisation lourde et prolongée a donc donné naissance à un écrivain dont les qualités littéraires ont été remarquées et récompensées[2933]. A cet égard, plus encore que la naissance d'un écrivain, Lançon l'étant déjà (quand bien même il ne se considérait pas comme tel[2934]) puisqu'il avait auparavant publié deux romans[2935], il s'agit de la naissance d'un « patient

---

[2929] Gefen Alexandre. *Réparer le monde: la littérature française face au XXIe siècle*. Paris: Corti; 2017.

[2930] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon : qu'apporte le patient écrivain à la médecine narrative ? » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (org.). *Colloque international interdisciplinaire « Littérature, Écritures, Soin – Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? »*. CY Cergy Paris Université, Cergy et Neuville-sur-Oise, 11 au 13 mai 2022.

[2931] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 45.

[2932] *Ibid.*, p.45-63.

[2933] S'il n'a pas reçu le prix Goncourt, manifestement pour la seule raison qu'il ne s'agissait pas d'une « œuvre d'imagination » mais d'un témoignage, il a reçu le prix Femina et, de façon notable, le prix Jean Bernard de l'Académie Nationale de Médecine. En ligne : Le Lambeau, Philippe Lançon, prix Jean Bernard 2018 – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps (academie-medecine.fr), consulté le 21 juin 2024. Je renvoie aussi à : Birnbaum Jean, *Le prix Femina pour Philippe Lançon et son livre « Le Lambeau »*, Le Monde des livres, publié le 5 novembre 2018. En ligne : Le prix Femina pour Philippe Lançon et son livre « Le Lambeau » (lemonde.fr), consulté le 21 juin 2024.

[2934] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 121 : « Moi […] si peu écrivain ».

[2935] Lançon Philippe. *Les îles*. Paris: Lattès; 2011. Lançon Philippe. *L'élan*. Paris: Gallimard; 2013.

écrivain ». C'est précisément ainsi que Biagioli intitule le chapitre qu'elle lui consacre : « *Le Lambeau* de Lançon, naissance du patient écrivain »[2936]. Une telle entité, *a priori* jamais formulée aussi clairement jusque-là, malgré l'abondance des récits de patients[2937], fait écho à celle du « médecin écrivain ». Comme ce dernier est à la fois un médecin mais aussi un écrivain à part entière, le « patient écrivain » invite à être pleinement reconnu dans sa dimension littéraire. Ainsi Lançon est non seulement un patient expert auteur d'une autopathographie très précise mais aussi un authentique écrivain dans la mesure où il ne se contente pas de restituer un témoignage mais bien de produire une véritable œuvre littéraire. Aussi douloureuse qu'elle ait pu être, cette expérience critique du doute dans ses dimensions à la fois identitaire et existentielle s'est révélée fertile dans sa résolution.

2.8 – Le doute comme condition de relation au monde et aux autres

Aussi extrême soit-elle, l'expérience traversée par Lançon rappelle combien le phénomène de (re)construction identitaire, qui est inhérent à la condition humaine[2938], passe par l'épreuve renouvelée, jusqu'à même perpétuité, de la dynamique du doute et de sa résolution. Car se confronter au monde, dans toute sa complexité, ses difficultés et parfois son extrême violence, conduit à devoir accepter que son identité puisse parfois être fragilisée voire gravement menacée, qu'elle doive donc toujours pouvoir se renouveler. Si notre relation au monde et à autrui impose une nécessaire réajustement identitaire, elle implique donc la permanence du doute ou du moins son incessante réactualisation telle une condition *d'être au monde*. A cet égard, il apparaît que le vécu de doute de Lançon peut être éclairé au prisme de l'approche husserlienne du doute[2939] en tant qu'attitude fondamentale de l'existence. Par l'*époché* transcendantale, qui est à la fois reconnaissance du monde et constat *d'être au monde*, c'est bien une (re)naissance de soi au monde sans cesse renouvelée qui est rendue possible.

2.8.1 – La perpétuité du doute

Ce fragment autobiographique centré sur la perte absolue des repères provoquée par l'attentat, la défiguration traumatique et le profond *doute identitaire* qui en ont résulté rappelle que *le soi*, et l'image qui en résulte, n'est pas une donnée figée, immuable, qu'une reconstruction suffirait si ce n'est à restaurer complètement du moins à rappeler pleinement. Processus interminable et éprouvant, marqué à la fois de douleurs physiques, de frustrations, d'angoisses et de renoncements, la reconstruction chirurgicale confronte à une intense et angoissante (re)découverte de soi. Tel un condensé paradigmatique de l'épreuve de la vie, du fait d'*être* en perpétuel *devenir*, cette (re)construction mise en récit par Lançon repose de fait sur la mise en écho du travail chirurgical autant que biographique. Lançon parvient, en effet, à attacher et ajuster du *logos* à la chair, à nouer de la pensée au corps réduit à sa matière brute sous l'effet combiné de la cruauté dévastatrice de l'attentat autant que de la crudité et la réification des

[2936] Biagioli Nicole, « *Le Lambeau* de Philippe Lançon, naissance du patient écrivain » in Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie (dir.). *Op. cit*., p. 45.
[2937] Rossi Silvia, Poma Roberto (préface). *Écrire le cancer: de l'expérience de la maladie à l'autopathographie*. Paris: Téraèdre; 2019.
[2938] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire du patient*.
[2939] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'époché de Husserl et la réduction phénoménologique*.

procédures chirurgicales. Car il ne s'agit pas seulement d'une restauration de la matière, mais de la mise en lumière d'un processus, non pas seulement ponctuel et conjoncturel à l'attentat, mais constant de (re)nouvellement de l'*être* dans toutes ses dimensions identitaires et existentielles. La métaphore de la (re)naissance[2940] plusieurs fois réitérée de Lançon (comme s'il ne cessait de (re)naître), au gré notamment des interruptions / reprises récurrentes du droit à l'alimentation et à la parole (impliquant à chaque fois leur (re)découverte) selon l'état de la greffe et de récidive ou non de l'orostome, en est une illustration. Incessant, toujours inabouti, ce processus de (re)nouvellement de l'*être* ne vise pas une identité unique, linéaire, cumulative (engrangeant les évènements au fur et à mesure), mais un être pluriel, composite, pétri d'incohérences, d'ambivalences voire de contradictions, perpétuellement mouvant, autrement dit pleinement et constamment dans un renouvellement du doute à l'égard de soi-même parce que fondamentalement *in*définitif. C'est ainsi qu'en dépit de l'aboutissement de l'étape cruciale de fermeture et cicatrisation progressives des plaies (y compris *in fine* le « trou »), le corps lui-même témoigne de la permanence d'un tel (re)nouvellement puisqu'il est le siège d'un indispensable processus physiologique continu alternant construction et destruction tissulaires, prolifération et mort cellulaires. Si la finalisation et la reconnaissance (publique et littéraire) du roman de Lançon ont pu inciter à croire au succès *définitif* du lambeau en tant que greffe tissulaire, tout comme à considérer le romancier libéré de toute astreinte médicale, ce n'est pourtant qu'une illusion de désenchaînement. Le vieillissement tissulaire d'une greffe n'étant pas physiologique, il peut souffrir de diverses dégradations prématurées et de dysfonctionnements indésirables justifiant la poursuite si ce n'est des soins du moins d'un suivi spécialisé *ad vitam*. Une telle illusion de désenchaînement advient d'ailleurs tout autant lorsque le corps est indemne de toute affection apparente. Car si l'attention au corps et les soins d'hygiène sont nécessairement constants pour en préserver la santé et en retarder la dégradation par l'effet du vieillissement, ils ne peuvent en empêcher le perpétuel renouvellement transformateur. Rien ne permet donc de prédire précisément et donc d'anticiper la diversité des métamorphoses perpétuellement à l'œuvre dans nos corps. Le doute invraisemblablement violent et brutal qui a affecté Lançon dans toutes les dimensions de son existence, jusqu'à sa survie même, n'était qu'une variante extrême, par sa gravité inqualifiable et par son intensité spatio-temporelle autant qu'historique, d'un état habituel de l'*être*, celui d'une incessante réactualisation du doute quant à ce qu'il peut advenir de *soi*. Etant donné son instabilité et son imprévisibilité, l'*être* est ainsi, de façon naturelle, dans un état de doute permanent mais qui n'accède pas toujours à l'acuité de la conscience. Car, à l'exclusion de ces évènements qui, parce qu'ils sont considérés comme suffisamment significatifs, imposent alors à la conscience l'évidence d'un état de doute, le doute est sinon le plus souvent imperceptible à la conscience, telle une toile de fond omniprésente de la pensée mais qui n'induit ni réflexion explicite ni action consécutive. Par-delà le cataclysme de l'attentat source d'un doute massif et globalisant, l'œuvre de Lançon qu'est *Le Lambeau* permet ainsi aussi d'illustrer cette question de la perpétuité du doute auquel chaque *être* est soumis. La métaphore du « trou » et son ampleur kaléidoscopique, renaissant à l'infini en se déployant et se redéployant sans fin parce que sans cesse remisé en offre une illustration explicite au prisme des innombrables et inépuisables questions que Lançon mobilise comme autant de « trous » inévitables dans le récit de la vie.

[2940] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 246-247.

A l'aune de cette omniprésence du doute, il ne faudrait donc peut-être pas considérer cette aptitude de Lançon à questionner inlassablement comme seulement un effet de sa curiosité journalistique, de son intérêt intellectuel pour tout ce qui l'entoure (le milieu hospitalier et l'activité qui s'y déploie), de sa profonde sympathie, que d'aucuns pourraient qualifier d'attention remarquable à l'autre. Que Lançon ait pu manifester une attention spécifique à toutes personnes rencontrées durant son séjour hospitalier, témoigne d'une aptitude notable à pouvoir approcher l'intime en l'autre et à nouer de relations authentiques et singulières, c'est-à-dire délestées de leur seule dimension instrumentale et utilitaire[2941]. Le fait que tous ces *autres* qu'il a été amené à approcher soient innombrables a ouvert Lançon à un champ sans fin de découvertes autant que d'inconnus : chirurgiens, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, brancardiers, policiers (assurant sa protection), ambulanciers, etc. Le soupçonnant d'avoir très précocement pris des notes, sa chirurgienne Chloé Bertolus précise à ce sujet : « Les mots qu'il met dans la bouche des uns et des autres sont très exacts »[2942]. Mais invoquer par-là un réflexe journalistique, même assorti des qualités éthiques qu'il convient à la profession notamment en termes de rigueur, d'exactitude et de précision, est peut-être réducteur. *Le Lambeau* n'est pas un livre d'investigation quand bien même il apporte un éclairage remarquable sur le fonctionnement de l'hôpital public freiné par ses pénuries de matériel et de soignants, ses dysfonctionnements organisationnels, mais aussi sur le comportement d'une palette très diversifié de soignants à l'aune de leurs missions spécifiques. Or, si la démarche interrogative de Lançon ne relève pas du journalisme d'enquête, elle n'est pas non plus purement intellectuelle et ne vise pas seulement à produire un témoignage circonstancié soutenu d'informations les mieux éclairées d'un point de vue sanitaire. Comme déjà suggéré, elle procède au moins pour partie d'une démarche participative à son parcours de soin. S'informer permet de se former et de participer activement à ses traitements tout en alimentant un certain sentiment de fierté[2943]. Par son acuité d'analyse de la situation, Lançon parvient à devancer non seulement l'information que les soignants ont l'intention de lui transmettre, l'ayant découverte et appréhendée de façon anticipée, mais aussi parfois un diagnostic de complication. Par la rigueur de son apprentissage et la compréhension fine et lucide de sa propre expérience, son niveau de connaissances s'est tellement affiné qu'il en est venu à repérer les erreurs, les oublis ou les négligences des soignants. Cette compétence collatérale n'est certes pas sans effets adverses comme le fait d'« augmenter l'attente, l'inquiétude et le sentiment de solitude » ou encore de vivre du coup « dans le soupçon et la vérification des négligences »[2944]. L'on peut cependant se demander s'il ne s'agirait pas simplement là, bien plus qu'une manifestation de défiance, d'une déclinaison d'un effet de relance systématique du doute. En remplaçant les mots

[2941] Dans sa lettre de remise du prix Jean Bernard à Philippe Lançon, l'Académie nationale de médecine précise : « Nous avons été fascinés par l'acuité de votre regard sur tous ceux que vous côtoyez au sein de l'alchimie hospitalière et par les liens que vous tissez avec eux […] Nous avons été particulièrement touchés par la bienveillance avec laquelle vous avez su écouter les uns et les autres ». En ligne : Le Lambeau, Philippe Lançon, prix Jean Bernard 2018 – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps (academie-medecine.fr), consulté le 21 juin 2024.
[2942] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. *Op. cit*.
[2943] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 207 : « Il ne m'avait fallu que quelques jours pour être fier de mon savoir hospitalier et pour en informer les autres, comme un enfant ou un parvenu ».
[2944] *Ibid.,* p. 207 : « Mon ignorance était bienfaisante : elle me permettait de ne pas remarquer un état que je croyais comprendre, ni les erreurs ou les oublis des infirmières ».

« soupçon » par celui de « doute » et « négligences » par celui de « trous » dans la citation précédente, la boucle semble bouclée. Lançon ne fait rien d'autre que questionner inlassablement, avec ardeur et pertinence, dans le but de s'informer, de se former et de pouvoir agir en comblant les « trous », dont la vie conduit naturellement à ce qu'ils ne cessent de se renouveler. Le principe du « trou », comme celui du doute se décline donc à perpétuité et ne peut qu'appeler à poursuivre le questionnement, lequel se trouve par là-même sans fin possible puisque perpétuellement relancé et renouvelé. S'il s'est trouvé démultiplié du fait de l'intensité et la gravité de la situation vécue par Lançon à l'occasion du traumatisme de l'attentat (comme constituant le « trou » originel qui met le doute en lumière en l'embrasant dans son déploiement), ce phénomène d'interroger et de réinterroger sans cesse n'en constituerait donc pas moins une condition d'être au monde et avec les autres. Interroger, douter relèverait donc de la condition humaine, c'est-à-dire comme condition de l'existence pour Lançon comme pour tout *être*.

2.8.2 – Le doute comme mode d'être au monde

Ce que l'expérience de Lançon donne à percevoir de l'expérience renouvelée du doute comme condition de sa (re)naissance et plus généralement comme condition d'existence de tout un chacun dans le monde et avec les autres, trouve sa traduction philosophique au prisme de l'*épochè* transcendantale conceptualisée par Husserl[2945]. En ne sortant jamais de l'*épochè*, en n'abandonnant donc jamais son état de suspension à l'égard du monde, Husserl ne signifie pas une rupture et un isolement d'avec le monde. Tout au contraire, l'*épochè*, et plus précisément ce qu'il qualifie de réduction phénoménologique, est ce qui permet d'en reconnaître pleinement l'existence, de s'y inscrire et d'être en relation[2946]. Pouvoir toujours suspendre son jugement permet d'être constamment en état d'interrogation, et partant de demeurer attentif au monde, de ne jamais le considérer pour acquis. Pour Husserl, la suspension de tout jugement garantit donc l'ouverture et la connexion avec le monde, ce que le doute cartésien ne permettait justement pas du fait de l'enfermement du *cogito* dans le solipsisme. Le doute est donc pour Husserl une attitude fondamentale d'*existence* au sens où il est une condition d'*être au monde*.

L'attitude de Lançon qui ne cesse de douter et interroger ce qui l'entoure semble pleinement illustrer et concrétiser cette invitation à l'*épochè* phénoménologique. En interrogeant et réinterrogeant sans cesse, il atteste d'une part de ce qu'il *est* réellement existant (ainsi que l'illustre la formulation : « je doute donc je sais que j'existe ») et lui permet d'autre part d'*être au monde*, c'est-à-dire de ne jamais s'en détourner, de ne jamais cesser de le (re)découvrir, de ne jamais se laisser gagner par l'évidence, d'avoir donc toujours l'esprit en éveil. La manière dont il interroge et s'interroge inlassablement à propos de l'expérience extrême qu'il a traversé et continue de vivre, depuis la tragédie de l'attentat et le traumatisme du « trou », en passant par la rencontre avec le milieu médical, la reconstruction corporelle et enfin le rétablissement personnel, tendent à illustrer pleinement ce principe de l'*épochè* phénoménologique telle que

[2945] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique*.

[2946] Löwit Alexandre. *L'« épochè » de Husserl et le doute de Descartes*. Revue de métaphysique et de morale, 1957;(4):399-415. : « Suspendre la position du monde, s'abstenir de croire à son existence, ne signifie pas, chez Husserl, cesser d'y croire pour en douter, la nier, ou rester dans l'indécision ».

définie par Edmund Husserl. De cet état interrogatif ininterrompu qui est le sien émane l'évidence de son existence en tant que subjectivité irréductible au corps organique meurtri et soumis à d'interminables procédures techniques de réparation. Mais ce doute réitéré et toujours adressé, dont typiquement « la liste de questions »[2947] sans cesse renouvelée est la pleine illustration – au point d'en constituer le symbole tandis que le « trou » en est la métaphore –, vient aussi attester de sa présence pleine et entière à ce monde nouveau de l'hôpital qu'il découvre. Ne cesser de l'interroger, dans la diversité de ses composants (qu'il s'agisse des acteurs de l'hôpital, des instruments de soins, des actes thérapeutiques et des protocoles auxquels ils s'intègrent, des spécificités des bâtiments où tout cela se déroule, etc.), témoigne non seulement de la particulière attention qu'il porte à cet environnement (humain autant que matériel) au sens précisément de l'*épochè* husserlienne, mais également l'implication qui est la sienne au sein même de cet environnement par les relations et interactions que cela suscite et déploie[2948]. En somme, il concrétise le principe de douter pour exister, d'interroger pour « être avec », c'est-à-dire pour être dans le monde et en relation avec le monde et avec ces autres qui le constituent.

3 – Chloé Bertolus ou l'éthos du doute au cœur de l'activité d'une chirurgienne

Lançon consacre un chapitre de son livre à sa chirurgienne, Chloé Bertolus, en l'intitulant espièglement « La fée imparfaite »[2949]. Parce qu'elle n'est pas femme à se dévoiler facilement et parce que ce portrait est marqué par l'histoire singulière et la subjectivité de son auteur, on dispose d'éléments certes restreints, et émanant d'un certain regard, mais très précieux pour l'approcher en tant que soignante et tenter de caractériser la place du doute dans la pratique professionnelle d'une bio-médecin en Occident. Chirurgienne renommée, considérée comme une des plus brillantes techniciennes de la médecine, son attitude comme son discours détonnent tant ils sont empreints de doute. Cela s'avère d'autant plus contre-intuitif que ce type de discipline implique de l'assurance et de ne pas tergiverser. En fait, Lançon nous révèle qu'elle est bien plus qu'une experte efficace, fiable dans ses décisions et très douée dans tous les rouages de la technique chirurgicale maxillo-faciale. Outre son travail dans les entrailles des corps comme des blocs opératoires, elle s'avère très attachée à la clinique au lit du malade et aux échanges qui s'y déploient avec ses patients. Le doute y tient une très grande place. Tout d'abord, il intervient comme un outil de réflexion clinique à même de moduler au fil de l'eau l'élaboration d'un projet de reconstruction chirurgicale, et plus généralement de soins, marqué par sa complexité et sa surprenante part de créativité. Par ailleurs, le doute apparaît aussi pour Chloé Bertolus comme fondement et moteur de la rencontre et du dialogue avec chaque patient.

[2947] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 239-240 : « Quand elle entrait, je lui tendais en général une liste de questions écrites, portant aussi bien sur mon destin chirurgical que sur un point de littérature ou de musique évoqué lors d'une visite précédente » ; p. 458 : « Vous m'aviez dit que vous viendriez, que vous répondriez à la dizaine de questions que je vous avais laissées le matin ».

[2948] Depraz Natalie. *Comprendre la phénoménologie. Op. cit.*, p. 193 : « Husserl, dans la Krisis, parle en des termes extrêmement consonnants, de la libération de l'entrave de la pré-donné du monde. La sortie des prisonniers de la caverne est un geste remarquable qui permet de donner un sens existentiel, tout à la fois corporel et pratique, au geste husserlien de l'*épochè* ».

[2949] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 219-242. Lançon intitule ce chapitre « La fée imparfaite »,

Parce qu'elle le considère manifestement apte à exprimer, recevoir, faire écho aux doutes (les siens propres comme ceux de son partenaire dans la relation), elle le reconnaît comme un acteur à part entière de co-construction du projet de soin. Cette propension de Cholé Bertolus à douter contraste avec la vision habituelle conduisant à juger les professionnels de santé comme étant pétris de certitudes, autrement dit comme étant immodestes et manquant d'ouverture d'esprit. A rebours d'un tel préjugé et des obstacles culturels (qui affectent aussi le milieu sanitaire) conduisant à craindre, et donc à taire le doute plutôt qu'à le mobiliser pour sa puissance réflexive et d'élaboration constructive, la pratique professionnelle de Chloé Bertolus repose fondamentalement sur l'éthos du doute.

3.1 – Le doute, un outil clinique et une ouverture au dialogue

Chloé Bertolus est à la fois une clinicienne, pratiquant en l'occurrence la chirurgie maxillo-faciale, et une scientifique œuvrant à l'avancement des connaissances biomédicales dans le domaine spécifique qui est le sien. Claude Bernard qualifiait, en son temps, cette double valence de médecin physiologiste (ou physiologiste médecin) qu'aujourd'hui l'on traduit par bio-médecin. L'usage du doute est manifestement omniprésent à l'une et l'autre de ces deux activités chez Chloé Bertolus ; il est mobilisé comme un outil de travail propre autant à la réflexion clinique s'appuyant sur un faisceau singulier de symptômes qu'au raisonnement scientifique. Elle parle beaucoup avec ses patients et, lors de ces échanges, elle verbalise largement ses doutes au point d'en faire un *éthos* de sa pratique professionnelle.

3.1.1 – Une clinicienne qui utilise le langage du doute à même le lit du malade

Chloé Bertolus est très attachée à l'information de ses patients et aux échanges que cela peut susciter avec eux. Lors d'une interview[2950], elle reconnaît l'importance cruciale que revêt ce que Lançon qualifie de « temps des explications » et souligne son talent à l'avoir si bien retranscrit dans *Le Lambeau*. Répété, et souvent prolongé, jusqu'à empiéter sur les visites de proches[2951], ce temps non chronométré de dialogue en partage avec ses patients, ne lui est manifestement pas moins précieux que le temps de la chirurgie en elle-même. Que ce soit pour aborder une question selon des angles différents, pour ajouter des éléments d'éclairage complémentaire ou en raison d'une évolution de sa propre *réflexion*[2952], elle ne considère jamais cet échange au lit du malade comme secondaire par rapport aux *actes* de chirurgie. Convaincue que « les longues explications techniques » sont indispensables et font ainsi partie intégrante de son travail clinique, elle en reconnaît pourtant les difficultés, voire les écueils éventuels ainsi que l'illustre ce propos : « c'est très difficile d'expliquer à un patient ce que l'on va faire, très difficile et probablement incommunicable de lui expliquer par quelle expérience il va

[2950] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. *Op. cit*.
[2951] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 248 : « Ce n'est que pour quelques minutes, leur disais-je. Mais cela pouvait durer trente, quarante minutes, une heure parfois. Les visiteurs attendaient dans le couloir froid […] ».
[2952] *Ibid.* Philippe Lançon relate l'évolution rapide, sur quelques jours, de la réflexion thérapeutique de Chloé Bertolus passant d'un projet de cicatrisation dirigée avec des greffes simples à celui d'un « lambeau ». Les citations suivantes l'illustrent : « Elle espérait encore conserver les tissus et les bouts de mâchoire intacts. Elle voulait réduire peu à peu la plaie et effectuer des greffes. […] Dix jours après l'explication, l'option fut abandonnée : la balle avait brûlé trop de tissus et d'os pour qu'on puisse ne pas les remplacer. […] pour la première fois, j'ai entendu sortir de la bouche de Chloé le mot qui allait désormais, en grande partie, me caractériser : le lambeau ».

passer »[2953]. Mais par-delà cet inexplicable de l'expérience humaine que seul le vécu permet *in fine* d'éclairer, elle déploie un langage du doute, partageant ses craintes et ses hésitations mais aussi ce qu'elle ignore. Ainsi, outre le devoir éthique d'informer au mieux, ce quelque chose qui permettrait de comprendre la force et la persistance de son engagement dans ce « temps des explications » est peut-être à trouver dans l'impossibilité d'une exacte appréciation, autant par le patient que par elle-même, de ce qui peut advenir. C'est pourquoi elle apporte, lors de ces échanges, non pas des certitudes et des décisions figées mais, tout au contraire, une réflexion en perpétuelle (re)construction, faite de suggestions, de propositions, de revirements, d'allers-retours et même de renoncements. Ce faisant, son objectif n'est ni de faire peur, ni de rassurer, mais que cet *éthos* du doute au cœur de sa pratique clinique soit une perpétuelle ouverture au dialogue.

3.1.2 – Une clinicienne qui doute ouvre au dialogue

Si, par cette posture fondamentale de doute qui est la sienne, elle n'hésite pas à aborder les difficultés, les inconnus, les risques d'échec, il ne s'agit pour autant pas d'un discours déceptif. En plus de pouvoir toujours se questionner sur sa propre pratique et de rester humble au regard de son ignorance quant à ce que vivent précisément les patients, cette démarche perpétuelle de doute relève manifestement bien plus de l'élaboration continue d'un projet de soin qui se cherche et s'élabore dans le flux d'une expérience partagée, en cours et en devenir. Parce que le savoir et les mots de la médecine ne peuvent pas seuls soutenir des explications sur ce qui est précisément visé, ainsi que sur ce qui peut, ou pas, advenir, le doute apporte voix au dialogue malgré tout. Outre qu'ainsi, Chloé Bertolus tente, en dépit de l'incommunicable et de l'imprévisible, de préparer au mieux ses patients à ce qui peut leur arriver au gré de cette lourde chirurgie, elle les amène déjà à sortir un peu de la sombre hantise du trou en verbalisant leurs propres doutes (ainsi que l'épreuve du doute de Lançon a permis de l'éclairer), en ouvrant sur du *toujours possible* à construire ensemble que le dialogue vient révéler.

C'est pourquoi en plus d'être un outil clinique d'appréciation et d'intellectualisation et de conceptualisation des constats effectués au lit de malade, cette façon de partager ses doutes très ouvertement, en reconnaissant donc l'autre apte à les recevoir et à y faire écho, comme à partager leurs propres doutes, constitue un authentique vecteur de rencontre et de dialogue. Chloé Bertolus donne ainsi à voir qu'un praticien qui doute est un soignant qui laisse toute sa place au patient au cœur de ce que l'on pourrait qualifier de clinique du doute.

3.2 – Le doute scientifique pour améliorer sa pratique et toujours espérer

Si Chloé Bertolus a fait du doute un éthos de sa pratique clinique au plus près de ses malades, elle ne cesse aussi de raisonner sur la base du doute scientifique. Entre pulsion de maitrise prométhéenne ou, à l'inverse, posture déflationniste du bio-médecin humble face à la tâche infinie imposant de remettre inlassablement sur le métier son ouvrage, on ne saurait trancher définitivement. Il n'en demeure pas moins que cette façon de raisonner donne chair à l'espoir et permet de ne jamais perdre de vue l'horizon des *possibles* comme toujours envisageables.

[2953] Bertolus Chloé, Interview télévisée du 30 janvier 2020. *Op. cit*.

Si cette modalité très clinique qui est la sienne d'être dans l'écoute et le dialogue au lit du malade témoigne d'une particulière attention à ses malades, on peut se demander si elle ne relèverait pas aussi, pour partie, d'un souci de maitrise. Le sentiment d'incomplétude, de non-contrôle autant que l'insatisfaction de ce qui toujours lui échappe – entre autres, ce vécu expérientiel des patients qui lui est inaccessible et demeure donc intransmissible – contribueraient à cette persévérance à informer autant qu'à s'informer elle-même. Une telle assiduité lui permettrait de conserver un certain degré de maitrise, *a minima* un regard, sur ce qui ne peut définitivement pas être vécu par procuration et partant de contrôle sur la personne. Une telle hypothèse entre certes dans la logique des rapports de pouvoir à l'œuvre entre professionnels de santé et patients, et peut même se justifier à l'aune de la responsabilité en termes d'efficacité et de sécurité des soins qui incombe à la chirurgienne. Mais, cela n'exclut pas pour autant cette position humble qu'offre la posture du doute propre à la recherche biomédicale, consciente qu'elle est manifestement des limites et de la fragilité des savoirs autant que des pouvoirs qui sont les siens.

Chloé Bertolus use aussi du doute comme une scientifique, c'est-à-dire qu'elle peut le mobiliser comme un outil pour réfléchir conformément au principe du raisonnement expérimental. Le fait que ses propos en soient, parfois, si imprégnés témoigne de son souci d'œuvrer aussi à l'avancement des connaissances biomédicales, y compris à partir des constats effectués au lit du malade. Car si ceux-ci venaient à contredire des connaissances établies, cela permettrait de relancer la procédure expérimentale, quitte à mettre en doute un raisonnement expérimental préalable. En optant pour cette posture humble du doute, Chloé Bertolus est en phase avec la modestie de Claude Bernard conscient du caractère précaire des théories scientifiques et du labeur ininterrompu qu'exige l'élaboration des connaissances scientifiques[2954]. Lançon en apporte une illustration dans le propos suivant :

> Deux ans après, Chloé avait toujours des idées et des doutes sur ce qu'il fallait faire et moi, si je n'avais plus guère de fantasmes esthétiques et littéraires, je continuais d'avoir quelques espérances mécaniques […][2955].

Conformément aux enseignements bernardiens[2956], Chloé Bertolus, qui est dotée d'un double profil de médecin et de scientifique (à l'instar de la figure du médecin physiologiste), utilise inlassablement (« Deux ans après, Chloé avait toujours ») le doute comme une méthode de raisonnement clinique et scientifique. En la matière, *idées et doutes* sont intimement liés comme l'écrit Lançon avec cette formule à la fois simple et limpide « des idées et des doutes ». Autrement dit, s'il n'y avait pas de doutes, il n'y aurait pas non plus d'idées. Réciproquement, les idées, qui permettent de formuler des hypothèses, appellent le doute scientifique pour qu'elles puissent être mises à l'épreuve de l'expérimentation, du raisonnement expérimental

[2954] Bernard Claude. *Introduction*. *Op. cit*., p. 85 : « les théories que nous possédons sont loin de représenter des vérités immuables. […] Elles ne sont que des vérités partielles et provisoires qui nous sont nécessaires, comme des degrés sur lesquels nous nous reposons, pour avancer dans l'investigation ; elles ne représentent que l'état actuel de nos connaissances, et par conséquent, elles devront se modifier avec l'accroissement de la science ».
[2955] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 221.
[2956] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

mais aussi de leur application en pratique clinique. Ecrire, comme le fait Lançon, que « Chloé avait toujours des idées et des doutes sur ce qu'il fallait faire », montre bien combien elle est investie dans une telle démarche, d'une part celle d'une clinique sans cesse réactualisée grâce à la mise à l'épreuve et la révision éventuelle de ses données, d'autre part celle de toujours chercher à identifier de nouvelles voies thérapeutiques. Ne pouvant donc s'arrêter sur des certitudes (« toujours […] des doutes ») et ayant sans cesse de *nouvelles idées* pour améliorer la condition concrète de ses patients, tel est donc son éthos professionnel. En ce sens, Chloé Bertolus ne fait rien moins qu'œuvrer naturellement à ces missions princeps de tout centre hospitalo-universitaire (CHU), à savoir améliorer les protocoles de soin et contribuer autant à la recherche clinique que fondamentale.

Lançon lie cette aptitude de sa chirurgienne à user méthodiquement et systématiquement du doute dans sa pratique professionnelle avec la dimension d'espoir (« je continuais d'avoir quelques espérances »). Autrement dit, grâce aux doutes de sa chirurgienne il peut continuer d'espérer une récupération de ces fonctions si essentielles que sont le fait de pouvoir parler, s'alimenter, sourire et même embrasser (« espérances mécaniques »). S'il s'avoue dans le même temps accablé de désillusions (« si je n'avais plus guère de fantasmes esthétiques et littéraires »), elles s'avèrent en fait discutables. La reconnaissance ultérieure de ses qualités littéraires, à la fois publique et par divers prix littéraires, ainsi que le fait que sa chirurgienne puisse toujours proposer de nouvelles options de reconstruction de son visage, annulent à cet égard toute idée de « fantasmes ». L'espoir est effectivement loin d'être insensé et le doute en est donc pleinement porteur, que celui-ci émane des soignants aussi bien que des patients[2957].

3.3 – Le doute comme posture soignante face aux (in)certitudes

Parce que la médecine est avant tout une *pratique* visant la préservation ou la restauration de la santé des individus elle implique, de façon tacite, un devoir d'agir. Ce paradoxe apparent entre, d'un côté l'obligation d'agir, parfois dans l'urgence, de l'autre l'*éthos* du doute, contribue à l'idée erronée mais répandue que le doute serait inapplicable voire intolérable et même dangereux. Or, en plus d'être un outil pour le clinicien et pour le chercheur, l'état d'éveil et de vigilance que permet le doute, en préservant du dogmatisme et de l'illusion de puissance, aide à renoncer aux certitudes et à mieux tolérer l'incertitude.

3.3.1 – Décider et agir ne sont pas incompatibles avec l'éthos clinique du doute

Au détour d'une phrase, Lançon tend à soulever la question de cet apparent paradoxe entre le *douter* et l'*agir* en médecine et l'investit au prisme de la décision médicale. Voici ce qu'il écrit :

> Les décisions se prenaient naturellement au staff, entre chirurgiens, et j'ai vite compris que Chloé ne me donnait que les explications qu'elle jugeait possibles ou nécessaires ; mais elle le faisait de telle façon qu'elle ne semblait rien me cacher de ses hésitations[2958].

[2957] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute comme possibilité d'espérer* au sein du chapitre intitulé *L'épreuve du doute des patients*.
[2958] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 240.

On retrouve là l'*éthos* du doute caractéristique de la pratique clinique de Chloé Bertolus (« ne rien me cacher de ses hésitations »). Mais, alors que le doute, ici concrétisé au prisme des « hésitations », devrait conduire à suspendre son jugement (en cohérence avec le principe de l'*épochè*), cette clinique du doute portée par Chloé Bertolus s'accommode manifestement des multiples décisions qu'impose la pratique médicale. En réalité, le doute intervient en contraste, et non pas en opposition, par rapport à ce qui ne devrait justement plus supporter d' « hésitations », à savoir « les décisions ». Douter et décider ne seraient donc pas incompatibles, ainsi que la construction de cette phrase, s'ouvrant par les « décisions » et se fermant par les « hésitations », tend à le montrer. Cet ordre s'avère d'ailleurs signifiant. Il ne s'agit pas tant de remettre en cause le bien-fondé d'une décision (*a fortiori* prise collégialement[2959] « au staff, entre chirurgiens ») que de ne pas cesser, une fois cette décision prise, d'en interroger le rapport bénéfices / risques. Loin donc de renvoyer, d'un côté à l'irresponsabilité de « décisions » irréfléchies et arbitraires parce qu'elles ne s'encombreraient pas de doutes, de l'autre à un jugement de faiblesse et d'inertie dont témoignerait une attitude hésitante et attentiste, l'analyse de Lançon ouvre une autre voie. A l'impératif de décider, et donc de figer un jugement pour pouvoir agir, ce qui implique de résoudre au moins temporairement le doute, fait écho un autre impératif, en apparence antagonique mais en réalité complémentaire, celui de se soucier des résultats de cette décision et donc, *in fine*, de maintenir en éveil le doute. Cette voie qui rend compatible le fait de décider, d'agir mais aussi de douter témoignerait de l'attention particulière, c'est-à-dire vigilante et continuée, portée à la personne directement concernée par les effets de telles ou telles de ces « décisions » et interventions médicales consécutives. En somme, ce doute, auquel renvoient ces « hésitations » irrésolues en dépit des décisions prises, constitue un gage de responsabilité professionnelle de la part des acteurs de santé quant aux effets de leurs actions sur la santé et la qualité de vie des personnes. Mais outre cette salutaire vigilance, l'état d'éveil continué qu'insuffle le doute dans l'esprit et le comportement des soignants relève aussi de cette conscience aiguisée de la réalité d'une incertitude irréductible en médecine et des aléas qui accompagnent toute procédure sanitaire aussi éprouvée soit-elle.

3.3.2 – Le doute du soignant en réponse au désir de certitudes comme à l'état d'incertitude

Pourtant, les « hésitations » des soignants, aussi légitimes et responsables soient-elles, peuvent être source d'inquiétude pour les patients. Lançon lui-même attend des certitudes et souffre de ne pouvoir en disposer pour, si ce n'est se rassurer, se projeter. C'est ainsi qu'avec humour et dérision, il écrit :

> C'était l'une de ces questions stupides que je continuais à poser malgré tout, sachant que je n'aurais pas la réponse : un chirurgien ne répond pas lorsqu'il n'est pas absolument certain de la réponse, et il ne l'est presque jamais. Elle m'a répondu avec une sorte de sourire qui chassait comme une mouche la question de la pièce[2960].

Qu'importe le contenu de ces questions, Lançon signifie ici combien il lui est difficile de tolérer l'incertain, l'imprévisible, l'inconnu. Son insistance à reposer les mêmes questions (« que je

[2959] *Ibid.,* p. 248 : « Elle m'a précisé comment la décision serait prise en staff, après des échanges serrés d'arguments ».
[2960] *Ibid.,* p. 425.

continuais à poser malgré tout ») révèle à quel point ce flou impalpable peut être mentalement envahissant voire délabrant. Il en viendrait même à confondre la situation d'incertitudes inéluctables, qui peut effectivement être vécue comme toxique[2961], et le fait de douter, c'est-à-dire de demeurer l'esprit en éveil, interrogatif, vigilant, disposé à évoluer et notamment à réviser une décision. C'est pourquoi la (non-)réponse de Chloé Bertolus est précisément celle du doute et plus particulièrement, ce qui pourrait passer pour une pirouette (« une sorte de sourire ») ou du moins un évitement (« chassait comme une mouche la question de la pièce »), celle d'une suspension de tout jugement. Au demeurant, l'expérience clinique montre combien cette situation est fréquente, y compris s'agissant de questions parmi les plus prosaïques que posent les patients. Or, derrière ce qui ne semble relever que de détails organisationnels (Lançon questionne, en l'occurrence, la durée de sa nouvelle hospitalisation) se cache une demande beaucoup plus vaste et une incertitude beaucoup plus grave (la réussite ou pas de la procédure) que ni le patient ni le soignant n'osent aborder frontalement justifiant d'autant la salvatrice retenue que permet le doute.

La sagesse d'une posture médicale de doute à la fois raisonné et raisonnable peut aussi se percuter à la dure réalité du patient. C'est ainsi que la logique de réparation tissulaire, dont la durée est imprévisible tant elle dépend à la fois d'une multitude de facteurs intriqués et de conditions très strictes (nouvelle privation de toutes les fonctions d'oralité selon une durée indéterminée), entre en contradiction avec la résurgence du doute tel qu'éprouvé par Lançon, à savoir l'effroyable hantise du trou. Alors même que Lançon et Chloé Bertolus tendent naturellement vers le même objectif (la fermeture de l'orostome et la cicatrisation du lambeau), le réveil de cette dissension fondamentale que provoquent autant l'insoluble incertitude que la (non-)réponse de sa chirurgienne, rappelle combien cet équilibre relationnel peut se trouver parfois très fragilisé. Parce que la nature foncièrement dissemblable des acteurs de la relation de soin est toujours à risque de raviver leurs dissensions[2962], cet équilibre impose de fréquents réajustements. Or, agir ensemble implique de reconnaître, réciproquement, les réalités et les impératifs de l'autre partenaire de cette relation et de dialoguer, ce qui passe *in fine* par la suspension de son propre jugement (*épochè*), donc le doute.

3.4 – Le doute comme opportunité de créativité et comme ouverture à la complexité

Dans sa façon de mobiliser le doute, Chloé Bertolus cherche aussi à éviter toute fermeture dans l'horizon des possibles en matière de chirurgie reconstructrice et s'autorise ainsi autant de créativité que possible. Mais consciente de la complexité et des limites de son ouvrage, elle est une « fée imparfaite »[2963], ainsi que la qualifie Lançon. Le doute lui permet alors aussi de surmonter le sentiment d'incomplétude et de tendre, non pas vers un modèle stérile de perfection, mais vers un équilibre qui accueille et rend compte des mouvances autant que des fragilités du vivant.

[2961] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'effet Pharmakon de l'état d'(in)certitude* au sein du chapitre intitulé *L'épreuve du doute des patients*.
[2962] Je renvoie à la partie du présent chapitre, intitulée *La flambée des dissensions attise le doute suspicieux à l'égard des soignants*.
[2963] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 219.

Lançon découvre progressivement la complexité du métier de Chloé Bertolus en tant qu'il est bien loin de se réduire à la seule application rigoureuse, et selon un raisonnement méthodique, des données issues de la science en la matière. C'est ainsi qu'il écrit :

> J'ai vite appris, grâce à ce cours particulier d'après nature, que la chirurgie est du grand art et du bricolage incertain : mélange de technique, d'expérience et d'improvisation. On ne choisissait généralement pas entre deux solutions, la bonne et la mauvaise, mais entre plusieurs possibilités qui présentaient toutes des inconvénients. Il fallait les mettre en balance avec les avantages. La balance était équilibrée par un alliage composite : l'état physique et mental du patient, le suivi postopératoire, les incertitudes cellulaires[2964].

Lançon ne s'intéresse pas ici à la question formulée depuis l'Antiquité[2965], de savoir si la médecine est une science ou bien un art. Il s'exprime à partir de ce qu'il constate dans les faits, c'est-à-dire à partir de ce qu'il perçoit du comportement de sa chirurgienne (« cours particulier d'après nature ») et de ce qu'il vit par lui-même des effets de la chirurgie sur son propre corps. Et son corps est le réceptacle autant que l'expression de la technique chirurgicale. Il est donc implicite qu'en plus de la théorie scientifique dont elle est inséparable, elle est naturellement aussi un art au sens de la *technè* antique[2966]. Mais ce qu'il perçoit aussi est ce mélange de haute technicité (« du grand art ») et d'habileté commune (« du bricolage incertain »). Cette évocation du « bricolage » n'est pas sans rappeler la distinction qu'effectuait Claude Lévi-Strauss entre, d'un côté l'application de la méthode de l'ingénieur visant la perfection « technique », de l'autre l'« improvisation » créative du bricoleur dont « la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord" »[2967]. Ce renvoi à ce que tout le monde peut faire, c'est-à-dire bricoler, « s'arranger » tant bien que mal, en plus de la maitrise de l'ingénieur mais plus encore de la situation d'exception de l'artiste véritable, incomparable à tout autre et irremplaçable, illustre la complexité mais aussi une forme de prosaïsme du geste chirurgical. Car, l'objectif reste bien celui de pouvoir réparer, non de produire un improbable chef d'œuvre. À ce sujet, Lançon rapporte le propos évocateur de Chloé Bertolus : « La tentation du chirurgien est d'aller le plus loin possible, de s'approcher de retouche en retouche du visage idéal. Evidemment, on n'y arrive jamais et il faut savoir s'arrêter »[2968]. Elle ne vise donc pas le chef d'œuvre (« visage idéal ») et ne s'en prétend d'ailleurs pas capable (« on n'y arrive jamais ») mais ne renie pas la dimension artistique de cette chirurgie ainsi que le suggère le geste de « retouche en retouche ». Le chirurgien réunirait ainsi à lui seul les qualités de l'ingénieur, du bricoleur et de l'artiste. En tant qu'ingénieur (le socle minimal incontournable des qualités techniques du chirurgien), il fonde sa méthode sur la rigueur et l'exactitude scientifiques. Par contraste, ce qui semble faire étroitement lien entre les qualités de l'artiste et celles du réparateur-bricoleur, les unes et les autres tout aussi nécessaires à l'art de la chirurgie, consiste en leur capacité de *créativité*. Or, la

---

[2964] *Ibid.,* p. 240.
[2965] Platon. *Gorgias*. 464b-466a et 500e-501b.
[2966] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 15-16 : « la tekhnê iatrikê, ou "technique médicale" – consistera à faire quelque chose en sachant, avec une certaine précision scientifique, ce qu'on fait et pourquoi on le fait, en sachant *quoi* et *pourquoi*. La technique, en somme, est un savoir-faire au *quoi* et au *pourquoi* ».
[2967] Lévi-Strauss Claude. *La pensée sauvage*. Paris: Plon; 1962, p. 26-47
[2968] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 220.

créativité se situe aux antipodes de l'ambition de maitrise et de perfection de l'ingénieur. La créativité impose de laisser venir l'imprévisible sans préméditation, d'accueillir l'inattendu et le douteux. Créer, c'est-à-dire produire du *nouveau* implique par principe de l'inconnu, passe par l'« improvisation » et donc l'imagination, joue avec l'incertitude tel un stimulant, impose l'omniprésence du doute. Par sa description de l'activité de sa chirurgienne, Lançon met ainsi de nouveau en lumière combien le doute, chez Chloé Bertolus, ne se réduit pas à son strict usage procédural conformément à la méthode scientifique. Chloé Bertolus excelle certes pour ses qualités d'ingénieur mais aussi pour sa capacité à pouvoir être dans cet état suspendu, sans repères figés, toujours prête à se surpasser et à s'ajuster quitte à inventer. En plus d'être ingénieur, elle est donc également une bricoleuse astucieuse et une grande artiste qui se nourrit du doute comme d'une riche opportunité de créativité.

Lançon use aussi de la métaphore de l'« alliage composite » qui évoque la complexité des interactions et des effets possibles entre de multiples, et parfois improbables, facteurs (« état physique et mental », « incertitudes cellulaires »). La définition d'un *composite* comme rencontre d'éléments « non miscibles mais ayant une forte capacité d'interpénétration » témoigne bien de cette puissance d'équilibre (« La balance était équilibrée ») entre des éléments pourtant réputés (certes à tort) incompatibles (« physique et mental ») ou jugés non pertinents s'agissant des enjeux de cicatrisation (« l'état […] mental du patient »). Aux antipodes d'une dichotomie simpliste et manichéenne entre « deux solutions », d'un côté la justesse, l'efficacité et l'innocuité, de l'autre l'erreur, la fausseté, le danger (« la bonne et la mauvaise »), Lançon perçoit l'immense complexité des soins, et combien cela implique en capacités de prise de recul, de patience, d'esprit critique, de modestie. En somme, il s'agit de toujours pouvoir douter et d'ainsi se rendre ouvert et disponible à autant d'ajustements, de réorientations ou de rééquilibrages que nécessaire. C'est aussi pourquoi cet équilibre à réinventer sans cesse, et qui ne saurait jamais être dénué de risques comme d'écueils (« présentaient toutes des inconvénients »), échappe à tout idéal de certitude comme de finitude ainsi que tend à l'illustrer ce propos :

> Le patient reste avec sa gueule tordue, ses cicatrices, son handicap plus ou moins réduit. Le livre reste seul avec ses imperfections, ses bavardages, ses défauts. Nous avions banalement conclu que l'horizon n'est pas fait pour être atteint[2969].

Si le doute aide ainsi à tendre non pas vers un idéal inatteignable (« l'horizon n'est pas fait pour être atteint »), que ce soit en chirurgie comme en écriture (« le livre reste seul »), mais vers le meilleur équilibre possible (« plus ou moins réduit »), c'est qu'il nous libère aussi de l'exigence asphyxiante et réductrice des normes, à l'instar des normes de perfection (« gueule tordue »), de guérison (« cicatrices ») ou de validisme (« handicap »). L'*épochè* offre un espace de liberté mentale et émotionnelle à même de mieux absorber et surmonter l'aléa inévitable de la pratique médicale, l'angoisse que suscite l'imprévu, le sentiment si fréquent d'inaboutissement. Douter aide aussi à modérer ses attentes, à prendre du recul par rapport aux espoirs démesurés que l'on place encore trop souvent dans la médecine, à ne pas vivre les réajustements nécessaires comme

[2969] *Ibid., p.* 221.

une forme de renoncement voire comme un échec. En comparant l'œuvre de la reconstruction chirurgicale à celle de l'écriture dont il connaît les difficultés et l'incomplétude (« ses imperfections, ses bavardages, ses défauts »), non seulement il opère une véritable prise de conscience mais il est dans l'acceptation. De fait, Lançon consent ici à cette position déflationniste à laquelle invite le doute, celle d'être humble dans sa création (qu'elle relève de la chirurgie ou de l'écriture), de se délester d'exigences par trop ambitieuses (« Le patient reste […] plus ou moins réduit », « Le livre reste seul avec ses imperfections ») et de normes exiguës. Admettre qu'un visage meurtri par une balle tueuse ne puisse être réparé sans cicatrice aucune, comme un livre être marqué par la vie sans ses « bavardages » et ses « défauts », témoigne non seulement d'un phénomène d'identification propre à restaurer chez Lançon des repères et une certaine confiance dans sa propre existence. Sans compter qu'en liant sa propre démarche d'écriture à celle de sa chirurgienne, l'usage du pronom personnel « nous », en tant que « Je et Tu » tel que Martin Buber a conceptualisé la relation intersubjective[2970], témoigne d'une *reconnaissance réciproque* de cette *expérience du doute* en l'autre comme en soi-même et donc de la *rencontre* authentique qu'elle permet autour d'un projet commun à l'œuvre.

4 – Le doute à l'épreuve de leur relation de soin

La relation unique de soin, liant le patient Lançon et la chirurgienne Chloé Bertolus, offre la possibilité d'approcher et d'appréhender la place, les fonctions, les enjeux du doute au cœur de cette interface reliant un patient et un soignant autour d'un projet de soin. Plus particulièrement, elle permet d'interroger la place du doute en situation de crise, au titre de cause mais aussi de conséquence ou encore des deux. Les soins que subit Lançon sont complexes et difficiles mais, à ce stade de sa prise en charge, ils sont bien connus de lui. L'enjeu consiste non plus à surmonter les effets de surprise mais la répétition des interventions et la durée des soins. Or, alors qu'une relation de confiance s'était établie et consolidée au fil du temps, peut-être même un lien moins utilitaire, non dénué d'affects[2971] qu'il faudra discuter, Lançon se trouve submergé par une flambée de doute source d'angoisse, de colère, de désespoir et de défiance à l'égard de sa chirurgienne. Leur relation sombre brutalement dans une période de crise marquée d'évitements ou au contraire d'échanges tendus voire conflictuels. Fait exceptionnel que cette crise tant elle ne reflète pas l'entièreté d'une relation jusque-là constructive et sans heurts.

Pour soudaine, inédite et éprouvante qu'elle soit dans l'histoire de leur relation, cet épisode critique permet d'éclairer plus globalement la façon dont le doute se déploie dans une relation de soin, au gré non seulement des difficultés et des ruptures qu'elle traverse parfois, mais aussi de ses temps apaisés, constructifs et source de satisfaction. Attestant d'un processus en perpétuelle (re)construction, la place qu'y joue le doute n'est pas univoque. Bien des hypothèses pourront être soulevées s'agissant de la présente relation, entre autres et de façon exclusive celles d'une reviviscence traumatique pour Lançon, d'un besoin de rééquilibrage de la relation

[2970] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation centrée sur la réciprocité*.
[2971] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 239 : « J'ai eu pour elle, outre la confiance, une sympathie immédiate ».

pour Chloé Bertolus. Qu'en s'immisçant dangereusement le doute puisse générer de la défiance et agir tel un poison n'exclut pas tout l'inverse, à savoir qu'il constitue une opportunité de clarification, d'évolution, de retissage de liens.

4.1 – Quand le doute ne se parle plus : état de crise dans la relation de soin

Ce premier chapitre a pour objectif d'établir deux constats. D'une part, une profonde crise vient affecter une relation de soin pourtant solide et fonctionnelle. D'autre part, le doute est non seulement au cœur de cet épisode de crise relationnelle mais il s'embrase. Pour ce faire, je mobilise un long extrait tiré de son livre *Le Lambeau*, à même de mettre en lumière ce moment critique et la place cruciale que l'épreuve du doute y joue dans le déclenchement et l'avènement de la crise relationnelle, dans ses conséquences évolutives puis enfin dans sa résolution. Il s'agit d'un échange de mails que Lançon initie, irrité de ne pas parvenir à obtenir, contrairement à l'habitude qui s'était mise en place et en dépit de sa demande réitérée, un moment de rencontre et d'échange présentiel, en face à face, avec sa chirurgienne pour répondre aux interrogations qui sont les siennes à ce moment-là de son parcours de soins. Je mobilise et analyse cet extrait dans son intégralité, c'est-à-dire sans coupure, car tout y importe, notamment le poids de chaque mot. L'objectif est aussi de pouvoir prendre la pleine mesure de la dimension tragique de cette crise, les difficultés de communication, les émotions et la souffrance qu'elle révèle, autant pour l'un que pour l'autre. Il s'agit enfin de pouvoir pleinement apprécier l'effet de calque (mais l'on pourra aussi questionner un éventuel effet de miroir) qui se joue entre le propos de Lançon (le patient) et celui de Chloé Bertolus (la soignante), et d'interroger ses implications. On peut notamment se demander si ce mode en apparence très défensif de réplique point par point contribue à paralyser le dialogue ou, au contraire, à le relancer, à l'instar d'une *disputatio*.

Le mail de Lançon est le suivant :

Chère Chloé,

Le docteur S a passé une heure dans la chambre hier et m'a annoncé mon départ pour lundi aux Invalides, en me précisant les raisons véritables pour lesquelles ils ne voulaient plus a priori de moi : je n'étais pas guéri (sur le plan des cicatrices, orostome). J'espère que cette fois est la bonne, car il n'y a pas de « troisième chance » : si par malheur ce n'était pas cicatrisé, je ne pourrai y retourner.

Vous m'aviez dit que vous viendriez, que vous répondriez à la dizaine de questions que je vous avais laissées le matin. Vous n'êtes pas venue. Ce n'est pas la première fois, et, après ces deux semaines de silence, non pas le mien, mais le vôtre, je ne sais que penser. Je repars avec ma gueule de travers dans le brouillard, sans savoir si c'est vraiment cicatrisé, vous avez à peine regardé hier, pas vu à l'intérieur, or je me souviens parfaitement de ce que vous aviez dit aux Invalides en m'annonçant mon retour : « Cette fois, on ne vous lâche pas tant que ce n'est pas entièrement réglé ».

Est-ce entièrement réglé ? Alors que vous demandez mon albumine, ayant des doutes sur la cicatrisation ? Alors que ce matin encore une infirmière repère une désunion ? Alors que tout le monde ici me disait : « Chloé viendra vous voir et vous expliquer » ? J'aimerais en être certain. Me dire une fois de plus que je fais le complexe du patient-qui-ne-veut-plus-sortir me paraît déplacé : je ne suis pas un enfant, et, je sors maintenant presque chaque jour, je m'y force, je sais que je dois le faire et je prends des initiatives. Croyez-moi, ce n'est pas simple. Entre les gardes du corps, les poches alimentaires à gérer, la fatigue, rien n'est simple.

En fait, toutes ces incertitudes et tout ce silence ne font que me mettre dans une situation de stress bien peu propice à la reconstruction, et je m'étonne que vous n'en ayez pas conscience, ou que vous preniez cela, peut-être, pour de simples caprices. Évidemment ma vie n'est plus en jeu ; mais elle l'est tout de même. Plus il y a de confiance et de sécurité, mieux les choses se passent pour le patient. Du moins, il me semble.

Gabriela qui est plutôt sur la même longueur d'onde que vous (« il faut te prendre en main »), après deux séances de gymnase, avec son œil professionnel, a aussitôt vu que j'étais inapte dans l'immédiat à vivre seul chez moi, au quatrième étage, et l'a dit clairement au docteur S.

Qu'en est-il de cet espace à droite de la lèvre, ouvert et purulent ? De ce petit trou à gauche ? Puis-je reprendre les bains de bouche (Nathalie m'avait déconseillé d'en faire après l'opération de mercredi dernier) ? Quand pourrai-je recommencer à manger ? Combien de temps garderais-je cette gastro ? Quand pourrai-je entreprendre la rééducation ? Qu'en est-il de la mâchoire ? Quand puis-je espérer la suite, les dents ?

Je me doute que vous n'avez pas toutes les réponses, mais je pense que vous devriez les écouter et prendre un quart d'heure pour me parler clairement.

Vous pardonnerez ce mail un peu ferme, mais je suis déçu et énervé ; je crois au rapport de confiance entre le chirurgien et son patient, et en tout cas entre vous et moi. Ni plus, ni moins.
Bonne journée.
Philippe[2972]

La réponse de sa chirurgienne, quasiment immédiate[2973], apparaît dans le livre dans la foulée de son propre mail et donc sans transition, comme suit :

Cher Philippe,

J'entends vos nombreux reproches, et les trouve, je ne vous le cèlerai pas, un peu injustes. Qu'importe.

Je conçois parfaitement vos angoisses et vos désirs de réponses et de programmes inébranlables – et ne puis malheureusement pas y répondre au risque de vous décevoir si la réalité s'avérait différente de mes pronostics. En somme, et malheureusement, je ne sais que peu de choses.

Néanmoins, ce que j'ai constaté hier, c'est que la démarche de reconstruction que nous avons engagée porte ses fruits : on me confirme ce matin qu'il n'y a aucune fuite de salive sous votre lèvre. Nous nous donnons le week-end pour confirmer ce résultat – et c'est pourquoi vous ne partez aux Invalides, à ma demande expresse, que lundi. Qu'il n'y ait « pas de troisième chance » me laisse assez sereine : il n'y en avait pas de deuxième jusqu'à ce que j'appelle le docteur S…

Bref, vous allez aussi bien que possible, tout du moins pour ce qui relève de ma spécialité.

Je vous vois avant votre départ pour les Invalides.

Bonne journée
Chloé[2974]

Le premier constat qui émane de cet échange de mail est effectivement celui d'un état de crise, de rupture dans la continuité de la relation. Il y a certes deux mails envoyés, au titre d'une demande d'explications pour l'un et d'une proposition de réponse pour l'autre, mais l'on ne saurait y voir un véritable échange. Ces mails concrétisent et soulignent la rupture du dialogue

[2972] *Ibid.,* p. 458-459.
[2973] *Ibid.,* p. 460 : « Cette fois, elle n'a pas attendu pour me répondre ».
[2974] *Ibid.*

qui est au cœur de cette crise de la relation, ce dont témoigne aussi le format d'un échange artificiel, parce qu'il n'est que de pure forme et sous-tendu par la virtualité numérique. C'est aussi la rupture d'une organisation fonctionnelle de la relation de soin pourtant bien rodée parce que très ritualisée, dont la « liste des questions » est le symbole, qui fait crise. S'il était naturellement arrivé à Lançon d'adresser des mails à sa chirurgienne et à Chloé Bertolus d'y répondre, ce n'était jamais par défaut mais toujours en surplus de fréquentes rencontres présentielles toujours propices à des discussions denses et prolongées[2975]. Un autre élément de rupture et non des moindres, en plus de la forme, est la tonalité aux antipodes de celle qui caractérisait jusque-là leurs rencontres. Lançon a rédigé un mail pour le moins agressif et accusateur. Si l'on ne lisait pas entre les lignes pour y repérer de l'angoisse, ce mail ne se réduirait qu'à une longue litanie de reproches à l'attention de sa chirurgienne (« Vous n'êtes pas venue », « vous avez à peine regardé hier, pas vu à l'intérieur », « je m'étonne que vous n'en ayez pas conscience », etc.) comme si tout ce qu'elle avait fait auparavant n'avait plus aucune importance, aucun poids ni aucune valeur. Quant au second constat, celui de la centralité du doute, des remarques s'imposent d'emblée. Que la doute se trouve être cause ou conséquence de cet état de crise de la relation semble peu important, ou du moins s'il importe effectivement de faire cette distinction, il s'agit d'abord de constater qu'il est les deux à la fois. Se situant autant comme déclencheur de crise que comme effet consécutif de la crise à l'œuvre, le doute est effectivement omniprésent à cette crise, empruntant des modalités diversifiées d'expression, de déploiement, de résolution. Dans la situation précise que cet échange de mail permet d'éclairer, le doute suscite certes de l'émotion, de la confusion, de l'inquiétude, mais il provoque aussi de la défiance, ce qui n'est absolument pas représentatif de cette relation et s'avère donc inédit. Notamment, il enflamme les dissensions classiquement à l'œuvre entre patients et soignants, y compris celles qui relèvent de la gestion de l'incertitude, pourtant inévitable dans tout parcours de soin, *a fortiori* s'il est long et complexe ainsi que ne l'ignore pas Lançon. En plus de ces différentes questions, je m'attacherai à développer non seulement l'hypothèse du doute comme *pharmakon*, à savoir comme poison mais aussi comme remède, en l'occurrence comme modalité de résolution de la crise relationnelle à l'œuvre. Enfin, j'avancerai l'idée que, même en situation de crise, la confrontation au doute se fait au profit et grâce à une relation de soin authentique c'est-à-dire véritablement et réciproquement soucieuse des personnes en présence et par ailleurs seule à même d'en révéler toutes les potentialités. En somme, le doute pleinement partagé entre patient et soignant garantit la possibilité d'une relation de soin authentique au gré de ses inévitables reconfigurations auxquelles, de fait, il contribue.

4.2 – La reviviscence traumatique toujours possible du doute originel lié au trou

Dans cette crise de la relation de soin, il y a d'abord deux histoires singulières, deux êtres dissemblables, qui ont l'un et l'autre leur part mais sont aussi l'un et l'autre affectés. L'épreuve que cette crise relationnelle constitue pour Lançon est d'ampleur tant elle fait écho avec le traumatisme initial. Si l'éveil du doute résulte manifestement d'une rupture d'équilibre et d'un

[2975] *Ibid.,* p. 239 : « elle passait me voir quotidiennement […] obligeant ceux qui me rendaient visite, à commencer par mes parents, à quitter la chambre. […] cela pouvait durer trente, quarante minutes, une heure parfois. Les visiteurs attendaient dans le couloir froid ».

trop plein d'incertitudes, la raison pour laquelle Lançon sombre dans l'angoisse et en manifeste tant de colère et de rejet, n'est autre que le « trou ». La hantise du trou, sa résurgence traumatique le replongent dans l'expérience de dévastation du premier jour et dans un état de doute massif, semblant sans fond, à la fois identitaire et existentiel.

4.2.1 – La rupture d'un équilibre

Lançon est confronté à une rupture d'un équilibre, vécue par lui comme profondément déstabilisante. D'une part, sa chirurgienne a radicalement changé de comportement à son égard, d'autre part il ne sait plus où est sa place, se sentant à la fois exclu des lieux de soin (« ils ne voulaient plus a priori de moi ») et incapable de réintégrer son domicile (« inapte dans l'immédiat à vivre seul chez moi »). Cette rupture d'équilibre, qui est au sens peircien une rupture de *croyances stabilisées*[2976], suscite chez Lançon une flambée de doute venant, si ce n'est provoquer, attiser la crise relationnelle à l'œuvre.

Ce qui domine de la situation retranscrite dans ces mails, c'est la flambée du doute ainsi que l'état de crise et d'émotion intense qui en résultent. Cela est particulièrement lisible chez Lançon qui s'était pourtant patiemment attelé à retrouver, tant bien que mal, un certain équilibre fait d'habitudes et de personnages familiers dans ce nouvel environnement médicalisé de vie[2977]. Le changement d'attitude de Chloé Bertolus à son égard est d'autant plus manifeste qu'il contraste avec la particulière et constante attention qu'elle lui portait auparavant. Fut un temps, en effet, où « elle passait [le] voir quotidiennement[2978] s'adonnant bien volontiers au rituel de la « liste des questions ». Ne répondant désormais plus à ses sollicitations, *a fortiori* à ses questions, alors qu'antérieurement elle les anticipait toutes, les ratés de rencontre se multiplient. Cette situation conduit au réveil de la hantise du trou et à la résurgence de l'état de doute existentiel massif dans lequel l'attentat, ses blessures et la perspective d'un parcours de reconstruction long et difficile l'avaient plongé. Ses repères perdus, tout particulièrement celui de « la liste des questions », un repère à la fois bien ancré et fort de la symbolique de pouvoir combler le vide provoqué par la destruction, Lançon est comme réaspiré par le « trou ». Il se trouve écrasé et terrorisé par un sentiment d'exclusion, celui de ne plus faire partie de ce monde. N'est-ce pas exactement ce qu'il signifie lorsqu'il écrit : « ils ne voulaient plus a priori de moi »[2979]. La formule est radicale et profondément angoissante. L'hôpital, d'abord lieu d'enferment, d'inconnus et de terreur, était devenu un contenant sécurisant d'où soudainement il risquait d'être exclu[2980].

[2976] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.

[2977] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 383 : Philippe Lançon écrit « On n'échappe pas à l'enfer dans lequel on est, on ne le détruit pas. Je ne pouvais pas éliminer la violence qui m'avait été faite, ni celle qui cherchait à en réduire les effets. Ce que je pouvais faire en revanche, c'était apprendre à vivre ave, l'apprivoiser, en recherchant, comme disait Kafka, le plus de douceurs possible ».

[2978] *Ibid.,* p. 239 : « […] elle passait me voir quotidiennement. Souvent, elle débarquait le soir, sa journée finie, obligeant ceux qui me rendaient visite, à commencer par mes parents, à quitter la chambre ».

[2979] *Ibid.,* p. 458.

[2980] *Ibid.,* p. 384 : « L'hôpital était devenu mon jardin ».

Lançon vit un moment tragique, celui de la prise de conscience du poids d'une solitude extrême à l'aune d'une expérience traumatique toujours susceptible de resurgir, de sa vulnérabilité, des blessures et séquelles affectant à jamais son existence. Or dans ce contexte, tout évènement peut se voir amplifié dans sa signification et ses effets. Ce qui pourrait n'être que la maladresse d'un soignant (qui a pu être sous-tendue par des considérations d'ordonnancement gestionnaire[2981]) prend une ampleur tragique. « Le docteur S […] m'a annoncé mon départ »[2982] tombe ainsi tel un couperet sans préavis ni discussion. On perçoit combien cela ajoute de l'épreuve à l'épreuve que de confronter aussi abruptement une personne à sa nouvelle condition et aux aménagements qu'il devrait désormais seul organiser[2983]. A la hauteur du vécu de Lançon, alors terrassé d'angoisse et de colère, quand bien même ils alimentent effectivement une crise relationnelle avec Chloé Bertolus, ses doutes ne sont peut-être pas si injustifiés et méritent d'être accueillis et pris en compte. Or, cette question est d'autant plus vertigineuse que nombre de patients ne disposent pas d'une voix aussi puissante que celle de Lançon pour s'exprimer, encore moins de son aura. Par manque de littératie[2984], par effet de sidération mentale liée à l'angoisse privant de pouvoir analyser correctement une situation, par crainte de déranger, d'être moqué, d'être encore plus abandonné voire d'être méprisé, ces patients « sans voix » n'osent pas dire leurs doutes et l'espoir qu'ils ont de les voir, si ce n'est compris, du moins entendus et partagés. Restant « sans voix », mais non moins terriblement angoissés, ils se voient plongés dans le vide, pas seulement subjectivement, mais aussi parfois très concrètement à l'instar de ces personnes renvoyées à leur domicile alors qu'elles sont seules et ne peuvent pas encore pleinement subvenir à leurs besoins même primaires (d'alimentation et d'hygiène). A l'instar de Gaston Bachelard dénonçant « le règne du cela » et de « l'utilité » menant à considérer « les personnes comme des moyens » dans sa préface au livre *Je et Tu* de Buber[2985], on est porté à considérer l'état de doute et la réaction de Lançon comme légitimes. En somme, il est légitime et même éthique et salvateur de questionner et donc de douter, à l'échelle individuelle (comme l'a fait Lançon) autant que collective de la rationalité instrumentale à l'œuvre de façon si envahissante au cœur des établissements de santé.

4.2.2 – Le trop plein d'incertitudes

Ainsi que déjà développé dans le chapitre de la présente thèse consacré à *L'épreuve du doute des patients*, parce qu'elle renvoie à l'instabilité et l'imprévisibilité des situations, l'incertitude en matière de santé peut être particulièrement anxiogène[2986]. S'ils ne sont pas synonymes, l'incertitude et le doute n'en sont pas moins parfois étroitement liés. Le type et le degré d'incertitude peuvent faire douter (par exemple, du contrôle d'une situation pathologique, des compétences d'un professionnel de santé, de la fiabilité de prédictions sanitaires, etc.) et ainsi

---

[2981] *Ibid.,* p. 458 : « Ce n'est pas parce qu'elles sont vouées à aider les plus faibles que ces institutions les apprécient. Malgré la bonne volonté de ceux qui y travaillent, elles ont plutôt envie de s'en débarrasser le plus vite possible ».

[2982] *Ibid*.

[2983] *Ibid.,* p. 459 : « Gabriela […] avec son œil professionnel, a aussitôt vu que j'étais inapte dans l'immédiat à vivre seul chez moi, au quatrième étage, et l'a dit clairement au docteur S ».

[2984] Je renvoie à la production de santé publique France sur le sujet. En ligne : La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique., consulté le 16 mars 2026.

[2985] Buber Martin. *Op. cit*., p. 29.

[2986] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Certitudes et incertitudes, une source diversifiée de doute pour les patients*.

fragiliser la relation de soin. Dans son mail, Lançon témoigne effectivement d'un tel trop plein d'incertitudes quant à sa situation et combien cela fait flamber son état de doute à l'égard des soins qu'il reçoit et de l'engagement de sa chirurgienne.

L'état d'incertitude, le manque d'informations ou de projection, et conséquemment le doute que cela provoque et/ou amplifie, peuvent s'avérer d'autant plus difficiles à supporter qu'ils peuvent aussi être sources de conflictualité avec les acteurs de santé. Le mail de Lançon révèle une forme d'épuisement moral face à la durée éprouvée comme interminable de ses soins, à leur inaboutissement et consécutivement à l'absence de projection possible. Son message souligne aussi combien les silences récurrents de sa chirurgienne quant aux incertitudes de sa situation actuelle peuvent être délétères. Que de tels silences soient pleinement assumés ou sous-tendus par sa propre inquiétude en tant que professionnelle, ils ne font qu'attiser l'attente de réponse de Lançon. De fait, l'incertitude s'avère tellement lourde, irritante et interminable qu'elle en devient, pour lui, intolérable. « En fait, toutes ces incertitudes et tout ce silence ne font que me mettre dans une situation de stress bien peu propice à la reconstruction » écrit-il. Il se dit « dans le brouillard » et souligne par-là le désagrément (« Croyez-moi, ce n'est pas simple ») et le sentiment d'insécurité que cela provoque. Il ne parvient pas à voir ce qui pourrait l'attendre et conséquemment à se projeter. La longue succession de questions (« Est-ce […] ? », « Qu'en est-il de […] ? », « Puis-je reprendre […] ? », « Quand pourrais-je […] ? », « Combien de temps […] ? », « Qu'en est-il de […] ? » de nouveau, « Quand puis-je espérer […] ? »), que l'on dénombre à douze au total, souligne cet envahissement mental que constitue l'inconnu total par lequel il se sent de nouveau submergé et l'obsession interrogative douloureuse que cela provoque. Ces questions ont un côté véritablement tragique tant elles témoignent de l'état de vulnérabilité dans lequel il se trouve et s'éprouve (« j'étais inapte dans l'immédiat à vivre seul chez moi »). En plus d'être un mouvement de colère et l'expression de son ressentiment, ce mail constitue un appel à l'aide angoissé.

Il faut dire que l'acutisation à la fois soupçonneuse et anxieuse dans laquelle il se trouve ne lui permet plus de prendre acte des avancées acquises et que Chloé Bertolus se voit contrainte de lui rappeler. « La démarche de reconstruction que nous avons engagée porte ses fruits » tente-t-elle de lui faire remarquer. Or c'est comme si, ne sachant plus quoi penser de sa situation, tout s'était de nouveau effondré, l'éprouvé de résurgence traumatique le ramenant au premier jour de la chirurgie. Lançon se sent à ce point bouleversé qu'il a l'impression d'une totale perte de maitrise de la situation, de n'être plus soumis qu'aux aléas sans rien pouvoir décider, de n'avoir plus d'horizon identifiable (« Quand puis-je espérer la suite, les dents ? »), y compris s'agissant des fonctions les plus élémentaires de l'existence (« Quand pourrai-je recommencer à manger ? »). De-là son illusoire exigence de certitude (« J'aimerais en être certain ») dont il perçoit, aussi instantanément qu'il la formule, la vanité. Se reprenant alors, et usant d'un ton semblant tout à la fois implorant et moralisant, il formule une invitation, si ce n'est à résoudre, du moins à partager ses innombrables questions dans l'espoir d'amoindrir un tant soit peu le niveau d'incertitudes : « Je me doute que vous n'avez pas toutes les réponses, mais je pense que vous devriez les écouter ». Il n'est certes pas dupe de la permanence, de l'inéluctabilité et de l'insolubilité de l'incertitude à laquelle les maladies, les traumatismes et toutes les actions que la médecine engage pour tenter d'y remédier confrontent. Mais il en appelle à la coopération de

sa chirurgienne pour sortir de l'état critique dans lequel il se trouve et vis-à-vis duquel elle détient un pouvoir si ce n'est de résolution du moins d'accompagnement. Or, c'est précisément à cet endroit que Chloé Bertolus se trouve présentement non pas défaillante mais absente ou du moins en décalage. L'un et l'autre en crise, l'un en tant que patient et l'autre en tant que soignante (ainsi que je vais le développer plus loin), ils se trouvent intrinsèquement liés mais dans des besoins et des contraintes tout à fait opposés. Selon les dires mêmes d'une infirmière cadre du service, « Chloé a besoin de prendre de la distance »[2987] quand Lançon désespère de sa présence (« Vous m'aviez dit que vous viendriez »). A sa demande de réponse et de certitude (« vos désirs de réponses et de programmes inébranlables »), elle répond par de l'inconnu, l'aveu de son insuffisance (« je ne sais que peu de choses ») et de l'incertain (« [je] ne puis malheureusement pas y répondre au risque de vous décevoir si la réalité s'avérait différente »). Dans cet affrontement où l'angoisse de Lançon a l'allure d'un puit sans fond creusé et noirci par l'inconnu, l'imprévisible, l'instable, c'est pourtant par l'incertain que sa chirurgienne va tenter de redonner du jeu et de la ventilation. C'est ainsi que Chloé Bertolus vient justement puiser, non sans quelque humour et dans l'objectif non voilé de dédramatiser, à cette eau trouble de l'incertitude pour tenter de le rassurer. Usant de l'effet de miroir inversé, elle répond au supposé *certain* par de l'incertain ainsi que l'illustre l'échange suivant :

Lorsque Lançon écrit :

> J'espère que cette fois est la bonne, car il n'y a pas de « troisième chance » : si par malheur ce n'était pas cicatrisé, je ne pourrai y retourner[2988].

Chloé Bertolus répond :

> Qu'il n'y ait « pas de troisième chance » me laisse assez sereine : il n'y en avait pas de deuxième jusqu'à ce que j'appelle le docteur S…[2989]

A lire cet échange, c'est à se demander si c'est l'incertitude ou bien la certitude qui serait la plus à craindre. A considérer à la fois la situation de Lançon, le déroulé des évènements et les enjeux de la relation de soin qui le lie à sa chirurgienne, la certitude dans laquelle Lançon semble s'enfermer et même s'enferrer (« il n'y a pas de "troisième chance" […] je ne pourrai y retourner ») s'avère manifestement bien plus à risque de clôturer l'horizon des possibles et d'attiser les affres de l'angoisse. L'incertitude, aussi insupportable soit-elle parfois, et le doute qu'elle alimente, sont à l'inverse porteuses d'espoir[2990]. A la certitude de l'absence « de troisième chance », l'incertitude laisse l'opportunité à tant d'autres chances inattendues mais toujours possibles d'advenir. Chloé Bertolus tente ainsi de le rassurer (« la démarche de reconstruction que nous avons engagée porte ses fruits ») et de raviver l'espoir, en contredisant ses inquiétudes, son pessimisme (« ma gueule de travers ») ainsi que ses anticipations anxieuses et négatives (« si par malheur », « je ne pourrai y retourner »), mais surtout en réintroduisant du doute.

[2987] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 452.
[2988] *Ibid.,* p. 458.
[2989] *Ibid.,* p. 460.
[2990] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute comme possibilité d'espérer*.

4.3 – L'émergence du doute comme défiance au cœur de la relation de soin

Cette relation qui était jusque-là riche d'échanges constructifs, intégrant les doutes de l'un et de l'autre comme voie privilégiée d'appréhension de l'autre, de collaboration et d'ajustement réciproque dans toutes les étapes de soin, voit cette modalité d'échange s'effondrer. Rompue, la suspicion flambe. Ce n'est plus un dialogue apaisant mais une joute verbale visant à en découdre. Cette exacerbation de doute d'un tout autre ordre, fondé sur la suspicion, met naturellement à l'épreuve la relation, par les tensions qu'elle suscite et transforme le climat de confiance en défiance. Alors qu'il ne cesse de faire référence à l'importance de la confiance dans la relation de soin (« Plus il y a de confiance et de sécurité, mieux les choses se passent pour le patient »), son long mail est ainsi empli de réprobation et empreint de défiance. L'enjeu est de sortir de cette ornière et d'appréhender, si possible et tout au contraire, ce doute suspicieux et déceptif comme opportunité et levier de reconfiguration du rapport de confiance.

4.3.1 – La suspicion, une inflation du doute qui met la confiance à l'épreuve

Ce qui, au cœur de cette crise relationnelle entre Lançon et Chloé Bertolus, est tout à fait inédit est la suspicion. Jamais l'un et l'autre ne s'étaient jusque-là privés d'exprimer et de partager leurs doutes respectifs, s'appliquant à les résoudre ensemble et œuvrant ainsi en phase au projet commun de soin. La suspicion, particulièrement lisible du côté de Lançon, apporte une tout autre déclinaison au doute. L'autre (sa chirurgienne, et plus généralement le corps soignant) est dès lors appréhendé comme douteux au sens de suspect, non fiable voire menaçant. Il ne s'agit alors plus de cet état de doute propre à être partagé et travaillé dans le cadre d'un projet constructif commun et donc fécond, mais d'une attitude (éventuellement inconsciente) qui tend à juger l'autre.

Alors que la tension relationnelle se fait de plus en plus nettement sentir, Chloé Bertolus écrit à Lançon, par mail interposé, le message suivant : « Je suis passée, malheureusement aux heures de votre absence »[2991]. Un tel message n'a certainement pas manqué de décevoir profondément Lançon. Non seulement il l'a de nouveau manquée à un moment où il éprouve un besoin si pressant de pouvoir discuter avec elle. Mais, il a aussi en tête que son passage précisément au moment où lui-même se trouvait absent ne relève peut-être pas d'un pur hasard. Le soupçon grandissant d'un acte volontaire, c'est-à-dire pleinement conscient ou, au mieux, d'un acte manqué, ne fait qu'accroître le doute, le ressentiment et même la colère. En réalité, et de façon hyperbolique, tout va effectivement devenir source de suspicion à l'égard de sa chirurgienne. A l'origine de cette fragilisation de la relation, il suggère qu'elle n'aurait pas respecté certains de ses engagements (« Vous m'aviez dit que vous viendriez », « je me souviens parfaitement de ce que vous aviez dit »). Le changement de comportement de Cholé Bertolus (ses évitements et ces « deux semaines de silence ») est ensuite surinterprété. S'agit-il de négligence (« vous avez à peine regardé hier, pas vu à l'intérieur »), d'inconstance (« Vous n'êtes pas venue »), de manque de discernement (« je m'étonne que vous n'en ayez pas conscience »), de manque d'attention et d'empathie (« vous devriez les écouter et prendre un quart d'heure pour me parler clairement »), d'une mise à distance voire d'un abandon progressif (« Vous n'êtes pas venue. Ce n'est pas la première fois »), d'un refus de lui dire la vérité (Est-ce entièrement réglé ? ») ou

[2991] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 453.

bien au contraire d'un aveu d'échec que ce « silence » pourrait tout à fait constituer d'autant que la situation clinique va dans ce sens (« désunion », « espace à droite de la lèvre, ouvert et purulent », « petit trou à gauche »). En mettant à ce point en cause le *savoir-être* de Chloé Bertolus en tant que médecin, Lançon vit une véritable inflation de doute.

S'il souligne l'importance de la réciprocité dans la confiance (« je crois au rapport de confiance entre le chirurgien et son patient »), celle-ci ne semble ébranlée que de son côté. Chloé Bertolus n'exprime pas directement, dans son mail de réponse, de reproche ou de suspicion à son encontre. Pourtant Lançon laisse entendre que ce pourrait tout de même être le cas. « Me dire une fois de plus que je fais le complexe du patient-qui-ne-veut-plus-sortir » suggère qu'il s'est senti réprouvé et incompris dans ses craintes et difficultés à décider d'un retour à domicile à ce stade. Outre le fait de fournir des preuves (« je sors maintenant presque chaque jour »), s'aider de l'analyse d'autrui (sa compagne Gabriela) pour prouver qu'il ne fabule ni ne profite de la situation (« Gabriela qui est plutôt sur la même longueur d'onde que vous […] a aussitôt vu que j'étais inapte dans l'immédiat ») conforte l'idée d'une pression suspicieuse, si ce n'est réelle du moins potentielle et à tout le moins vécue comme tel, à son égard. Lançon a effectivement pu subir une telle pression puisque, sous couvert de bienveillance soignante, les professionnels de santé reconnaissent parfois sans peine l'exercer. « Croyez-moi » semble-t-il l'implorer, ce qui reviendrait à dire à sa chirurgienne, ne doutez pas de moi, ayez confiance en moi.

4.3.2 – L'épreuve du doute déceptif face à la (non)puissance médicale

La médecine confronte à l'épreuve de l'aléa, de l'échec et plus généralement à son insuffisance quant à ses connaissances et ses performances. Elle confronte donc au risque de déception et d'insatisfaction, lesquelles s'avèrent particulièrement favorables à l'émergence du doute. S'il est effectivement indispensable de pouvoir douter d'une illusoire surpuissance de la médecine, les limites (si peu acceptables, parce qu'effrayantes) de la médecine font, en réalité, porter le doute avant tout sur les soignants, alimentant d'autant les tensions relationnelles. C'est dire si le doute peut émerger d'un rapport ambivalent à la médecine et à ses acteurs. Cela souligne d'autant l'importance d'un éclairage régulier porté sur ses fondements, ses potentialités comme ses limites.

4.3.2.1 – Le tragique du décalage entre patient et soignant

Au cœur de cette crise se trouve un sentiment de déception particulier puisqu'il résulte de l'insatisfaction des attentes du patient à l'égard de sa chirurgienne, et plus généralement à l'égard de la médecine. En l'occurrence il ne reçoit pas ce qu'il espère ce qui l'irrite profondément. « Je suis déçu et énervé » écrit-il en conclusion de son mail après avoir égrené ce qu'il estime être des négligences voire des manquements de sa chirurgienne (« Vous n'êtes pas venue », « vous avez à peine regardé »). Ses reproches vont jusqu'à l'accuser de tromperie (« Me dire une fois de plus que […] me paraît déplacé », « je m'étonne que vous n'en ayez pas conscience », « je me souviens parfaitement de ce que vous aviez dit ») rejoignant en cela le climat suspicieux précédemment évoqué. Par ailleurs, il remet sur la table la « liste des questions » estimant anormal et délétère qu'elles demeurent sans réponse. On peut ici se demander si un décalage si profond, au point d'en être conflictuel, à ce moment précis de leur relation, ne serait pas en réalité révélateur d'un état plus général et finalement assez courant, de

toute relation entre un patient et un soignant. Les attentes et les espoirs des patients à l'égard de la médecine et de la science biomédicale ne seraient-il pas inévitablement condamnés à être à la fois en décalage et déçus, alimentant en conséquence du doute à leur égard ? Les patients ne surestiment-ils pas eux-mêmes les soignants dans leur puissance d'agir au point d'alimenter un fantasme prométhéen ? L'histoire de Lançon et de sa relation à sa chirurgienne pourrait, à cet égard, être exemplaire. Pour éclairer ce point, il est utile de se remémorer comment cette relation s'est organisée dès son origine[2992]. C'est ainsi que sans avoir même eu besoin de la solliciter, elle a commencé par rien moins que lui sauver la vie, puis elle s'est engagée pleinement à reconstruire son visage défiguré et à en restaurer les fonctions si ce n'est vitales, du moins essentielles aux besoins vitaux primaires et à la socialisation : boire et manger ce qui implique de pouvoir mastiquer et déglutir, respirer, parler. Chloé Bertolus a donc d'emblée pris l'aura d'un ange gardien inconditionnel et surpuissant. Lançon écrit à ce propos :

> Nos rapports avaient débuté sur des bases inverses à celles qui déterminent la plupart des relations humaines : le corps d'abord, dans l'abandon le plus complet, et le reste ensuite. Nous n'avions pas eu rendez-vous, mais mon visage avait aussitôt dépendu d'elle et il continuerait d'en dépendre […] L'intimité qui nous liait était vitale […][2993].

Si le lien qui les unit lui fut en quelque sorte prescrit indépendamment de sa volonté (« dans l'abandon le plus complet »), il n'en demeure pas moins qu'il s'est d'emblée révélé à Lançon comme lui étant vital (« L'intimité qui nous liait était vitale »). De plus, ce rapport de soumission initiale (« bases inverses à celles qui déterminent la plupart des relations humaines ») s'est très vite transformé en allégeance volontaire (« continuerait d'en dépendre »), portée et vivifiée par une totale confiance[2994] et une profonde admiration ainsi qu'en témoigne sa première apparition[2995]. L'aura de la chirurgienne n'a ensuite cessé de croître et ses pouvoirs d'être magnifiés comme lorsqu'il écrit : « Si de moi elle ne savait rien, de mon corps elle savait déjà tout ce qui pouvait lui servir – de sa mécanique et de son état de santé »[2996]. L'anecdote de la photo qu'il pensait lui être nécessaire pour la reconstruction de son visage est tout aussi révélatrice de la puissance qu'il lui prête[2997] bien qu'elle éclaire dans le même temps sur le décalage entre l'attente qui ne peut être qu'illusoire d'une restauration *ad integrum* et ce que peut la médecine. Si, à ce moment-là de son parcours, Lançon ne peut l'envisager, il importe pourtant de douter du pouvoir de la médecine. Le précieux texte de Canguilhem sur « la guérison » vient illustrer cette question :

[2992] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 225 : « Elle m'avait découvert, examiné et opéré vingt-quatre heures avant que nous puissions faire connaissance ».
[2993] *Ibid.,* p. 225-6.
[2994] *Ibid.,* p. 238-239 : « Cependant, qu'elle en sache autant et si peu sur moi ne me gênait pas et j'ai cessé d'y penser en m'abandonnant pour la première fois à ce sentiment dangereux et nécessaire : la confiance ».
[2995] *Ibid.*, p. 239 : « Je l'ai vue pour la première fois le 8 janvier […] : ce fut comme une apparition – et j'écris cela au sens propre, car celui qui la regardait n'était rien de plus qu'un enfant prêt à s'émerveiller de tout ce qui pouvait l'aider vivre ».
[2996] *Ibid.*
[2997] *Ibid.* : « Je lui ai demandé sur l'ardoise si elle voulait une vieille photo de moi en prévision des opérations. […] Elle a haussé les épaules et souri : « Bah ! Je n'en ai pas besoin ! J'étais surpris. J'aurais aimé lui dire : "Comment voulez-vous refaire mon visage si vous ignorez à quoi il ressemblait" ».

> Considéré comme un évènement dans la relation entre le malade et le médecin, la guérison est, à première vue, ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu'il en obtient toujours. Il existe donc un décalage entre l'espoir fondé, chez le premier, sur la présomption de pouvoir, fruit du savoir, qu'il prête à l'autre, et la conscience des limites que le second doit reconnaître à son efficacité[2998].

Au prisme de cette question de la guérison, le propos de Canguilhem souligne le « décalage » qui sépare patient et soignant en termes d'attentes et d'objectifs. Parce que le patient veut la guérison (« ce que le malade attend du médecin »), il prête au médecin un pouvoir qu'il n'a pas (« présomption de pouvoir »). Si, le concernant, Lançon n'est certes pas dupe de cet objectif de guérison ni même de la puissance médicale, il souffre d'une attente proprement interminable. Plus qu'exaspérante, c'est une temporalité épuisante qui l'use et semble constituer un point d'achoppement tragique pour leur relation. S'adosser sur des faits concrets est classiquement mobilisé par les auteurs de santé pour remettre en phase les attentes des patients. Si Chloé Bertolus semble s'y être attelée subtilement et sans brusquer Lançon, elle ne parvient pourtant pas à résoudre ce « décalage » tragique. Refuser la photo, présentée comme modèle à partir duquel elle pourrait, tel une sculptrice, s'inspirer, relève d'une part, très probablement, de sa manière de travailler à partir du corps lui-même, et non pas à partir d'une image. Sous-entendu, le corps, même très endommagé, est le meilleur guide, ainsi que l'illustrent ses propres mots : « La nature est meilleure chirurgienne que moi »[2999]. Et Lançon de compléter par : « Chloé préférait toujours aider la nature plutôt que lui faire violence »[3000]. Cela n'est d'ailleurs pas sans rappeler le principe de la nature médicatrice promu par Hippocrate et que Canguilhem rappelle aussi[3001]. Mais, d'autre part, ce refus poli d'une photo révèle certainement aussi la pleine conscience de Chloé Bertolus qu'une restitution *ad integrum*, c'est-à-dire à l'identique (en quoi consisterait la guérison pour Lançon) est impossible (« la conscience des limites que le second doit reconnaître à son efficacité »). Alors qu'il est encore dans l'effet de sidération provoqué par le traumatisme de l'attentat, on ignore s'il comprend le message sous-jacent de sa chirurgienne, à savoir qu'il n'aura plus le même visage. Il est probable cependant qu'il ne peut pas alors en prendre la pleine mesure, d'autant qu'il n'a pas encore fait l'expérience de la complexité et des diverses complications des innombrables interventions qu'il va devoir subir. Autrement dit le « décalage » explicité par Canguilhem demeure solidement ancré, ainsi que le propos suivant tend effectivement à le suggérer : « Comment voulez-vous refaire mon visage si vous ignorez à quoi il ressemblait. Je me croyais encore chez Photoshop ». Ce refus de photo a donc pu être mal interprété et entretenir un fantasme de surpuissance (qu'elle-même n'a pas su temporiser), à savoir qu'elle n'aurait même pas besoin de photo pour restaurer son visage *ad integrum*. Chloé Bertolus comme d'autres chirurgiens, notamment Hossein, demeurent, à ce stade, nimbés d'une aura divine, ce qui rend Lançon incapable de douter de leur capacité à « refaire [son] visage » au sens de lui restituer son propre visage. Il va d'ailleurs reprendre à

[2998] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 69.
[2999] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 238.
[3000] *Ibid.*
[3001] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 75. Il cite en note de bas de page ce propos de Leibnitz « c'est la nature qui nous guérit plutôt que la médecine », tiré de *Essais de Théodicée*, 1e partie, chap 14.

plusieurs reprises cette métaphore divine[3002] jusqu'à même écrire qu'« ils ont quasiment le pouvoir d'un dieu »[3003]. A ce stade, Lançon ne peut réfléchir autrement, peut-être même ne peut-il simplement réfléchir, et donc douter, tant l'épreuve du traumatisme est encore vive et sidérante. Il ne peut, confronté qu'il est à l'abomination invraisemblable du trou, appréhender aucune autre hypothèse que la restitution de son visage (« la guérison »). Tant que la réalité chirurgicale ne l'aura pas confronté très concrètement (« non ce qu'il en obtient toujours »), il se trouve confronté à cet exercice totalement impossible de modérer son attente.

4.3.2.2 – Renouer, sans nier le décalage

A l'aune de l'aura démiurgique que prêtait le patient à sa chirurgienne avec une constante jusque-là inébranlable, la crise relationnelle à l'œuvre se révèle d'autant plus douloureuse qu'elle s'associe à une violente déflation du mythe de la surpuissance chirurgicale. « En somme, et malheureusement, je ne sais que peu de choses » écrit, entre autres, Chloé Bertolus en réponse à son mail de reproches. C'est dire combien il lui importe d'éclairer, plus encore qu'il ne l'était peut-être déjà, Lançon sur ses propres limites à elle, et plus généralement sur les limites de la médecine et de la science. Contrainte pour tenter de calmer son agressivité de s'imposer cet aveu d'impuissance, ce constat des limites et parfois de l'échec face aux attendus espérés, si ce n'est fantasmés, est d'autant plus tragique que son propre niveau d'exigence est réputé particulièrement haut. Lançon ne peut l'ignorer puisqu'il rapporte le propos éclairant d'une infirmière à ce sujet : « Elle est complètement folle. Elle ne supporte pas l'échec ! »[3004]. Autant dire que cet échange de mail et cet aveu qu'elle s'inflige, tout en dynamitant son statut de divinité, témoignent de la violence (au moins pour son estime personnelle et peut-être sa réputation professionnelle) que représente pour elle aussi la situation particulièrement difficile de Lançon au regard des échecs répétés et des complications récurrentes qu'il subit. Réutilisant, à quelques mots d'écart et donc coup sur coup, l'adverbe « malheureusement », elle réitère ainsi cette confession d'impuissance et s'avoue par-là faillible. Dans ce qu'elle qualifie d'« angoisses » et de « désirs » de certitudes (« réponses et programmes inébranlables »), on peut questionner un éventuel effet miroir, à savoir une projection de ses propres émotions et aspirations tel un parfait écho à celles de Lançon. Elle y répond en réinstillant la nuance et le recul que peut apporter le doute, c'est-à-dire en proposant une non-réponse en forme de mise en suspension : « [je] ne puis malheureusement pas y répondre au risque de vous décevoir si la réalité s'avérait différente de mes pronostics ». Elle affirme par-là son statut d'être humain, et non pas divin, dans les limites de ses aptitudes professionnelles (« tout du moins pour ce qui relève de ma spécialité ») et assumant son impossibilité à tout savoir et à tout prévoir.

Si le décalage entre patient et soignant s'avère inévitable, peut-être n'est-il pas condamné à être une inévitable source de conflit. Du refus d'une « vieille photo »[3005] à la perspective d'un nouveau visage, une autre voie, positive, pourrait s'inviter. Si Chloé Bertolus ne l'ignore pas, elle implique que Lançon puisse s'approprier l'idée que (re)construire, *a fortiori* un visage,

[3002] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 230 : « Les dieux gardent leurs distances, les chirurgiens aussi. Les premiers ont créé l'homme avec de la glaise, dit-on ».
[3003] *Ibid.,* p. 385.
[3004] *Ibid.,* p. 221.
[3005] *Ibid.,* p. 238.

délesté de l'objectif irréaliste d'une reproduction à l'identique d'une réalité ancienne, rejoint celle d'une (re)naissance et d'une histoire entièrement nouvelle à écrire. C'est pourquoi l'aptitude à tolérer le flou et l'incertain, à s'extraire de critères par trop figés parce que prisonniers du souvenir de ce qui n'est plus ou d'un désir fantasmé et inaccessible, à imaginer une pluralité d'alternatives et de chemins à tracer facilite cette dynamique de co-(re)construction. Que les doutes respectifs et partagés de l'un et de l'autre puissent soutenir pleinement une telle dynamique (ainsi que s'y étaient d'ailleurs adonnés Chloé Bertolus et Lançon avant que n'advienne leur crise relationnelle), révèle à quel point douter de ce qui peut advenir, non pas de façon suspicieuse et déceptive mais dans un souci réflexif et pragmatique, est important.

4.3.2.3 – Surmonter la (non)puissance de la médecine grâce au doute

L'actualisation autant que l'acutisation de cette question du décalage entre les attentes (en l'occurrence autant du patient que de sa chirurgienne) et ce que la médecine parvient finalement à prévoir et à offrir sont d'autant plus étonnantes que le sujet n'était pas nouveau entre Lançon et Chloé Bertolus comme en témoigne cette citation :

> Quand j'entrais dans son bureau, j'étais Pangloss. Tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, tout finirait par s'arranger. Quand j'en ressortais, une fois sur deux, j'avais relu *Candide* : le réalisme de Chloé crevait mes illusions[3006].

Ce décalage entre attentes et résultats est à ce point un ferment de crise pour la relation de soin qu'il est du devoir des professionnels de santé d'en avertir les patients. Chloé Bertolus s'y est employée (« le réalisme de Chloé crevait mes illusions ») et Lançon l'a bien entendu (« Quand j'en ressortais […] j'avais relu *Candide* »). Ce n'est donc pas faute d'en avoir distillé le constat au détour d'un refus poli d'une photographie, de l'avoir expliqué et réexpliqué en consultation, de l'avoir concrètement constaté au gré des évènements émaillant le parcours chirurgical de Lançon. Il n'était donc pas ignorant des insuffisances de la médecine et de cet inévitable autant que désolant décalage entre l'espoir et la réalité. Pourtant, les patients ne parviennent pas toujours à modérer leurs exigences, folles parfois, à l'égard d'un autre humain, aussi compétent et brillant soit-il, continuant même parfois à le vénérer tel un démiurge. Les soignants peuvent eux aussi quasiment s'aveugler et, prompts à s'acharner, ne parviennent pas toujours à s'assagir dans les projets thérapeutiques qu'ils élaborent et auxquels ils ne parviennent pas à renoncer en dépit d'échecs et/ou de toxicités évidentes. Le fantasme prométhéen ne manque donc pas de se réactiver sans cesse, voire d'être constamment à l'œuvre, et dans l'esprit de certains patients, et dans l'esprit de certains soignants, baignés par l'illusion de toute-puissance de la science et de la technique, *a fortiori* dans les sociétés occidentales où la biomédecine est reine. Or, parce qu'il peut être source d'incompréhension, de déception et d'insatisfaction, il peut donc générer du doute jusqu'à la défiance et conséquemment de la conflictualité. Un tel constat invite à un travail d'information et de réflexion sur l'histoire de la médecine, ses avancées exceptionnelles autant que ses limites, non seulement à l'échelle individuelle (comme l'a fait Chloé Bertolus) et collective, mais aussi institutionnelle. En dépit de ce que cette situation bien particulière de

[3006] *Ibid.,* p. 219.

crise traduit des enjeux de sa relation avec sa chirurgienne, Lançon témoigne à plusieurs reprises au cours du récit de son parcours de soin d'un tel travail réflexif sur la puissance autant que l'impuissance de la médecine, tous les doutes que cela a pu susciter en lui, ainsi qu'en témoigne cette réflexion :

> [Les chirurgiens] ont quasiment le pouvoir d'un dieu et on les peint sur des fresques eux aussi, mais leur aspect dionysiaque me paraît limité, et ils ont face au patient si souvent dépourvu de libre arbitre, davantage de responsabilités[3007].

Lançon n'est manifestement pas dupe de l'impuissance fondamentale de la médecine et de ceux qui la pratiquent à pouvoir répondre à toutes les demandes et à tous les espoirs, aussi légitimes soient-ils, auxquels aspirent les patients. Il est aussi surtout conscient de la gravité de leur mission (« davantage de responsabilités »), notamment celle de guider des êtres vulnérabilisés, aliénés par la pathologie et la souffrance (« dépourvu de libre arbitre »), et en quoi cela relève inévitablement d'un rapport de pouvoir (« le pouvoir d'un dieu »). De-là le lien entre la puissance / impuissance du soignant dans ses actes médicaux et le pouvoir qu'il exerce inévitablement sur ses patients vient éclairer l'ampleur de ses « responsabilités ». C'est pourquoi cette crise relationnelle avec sa chirurgienne ne relève peut-être pas tant, ou du moins pas seulement, de l'insatisfaction de ses attentes en termes d'expertise médicale et de puissance technique mais d'une demande relationnelle d'une tout autre nature. « Je repars avec ma gueule de travers dans le brouillard, sans savoir si c'est vraiment cicatrisé » écrit-il dans son mail. Mais surtout, il reste dans l'attente de retrouver et poursuivre cette authentique rencontre intersubjective avec cette personne, Chloé Bertolus, dont on perçoit bien, qu'aussi limitée soit-elle dans sa puissance chirurgicale, il l'estime et a confiance en elle, la considérant comme seule à même de pouvoir *in fine* lui sauver la face[3008], au sens propre autant que figuré de préservation de sa dignité.

La question ici soulevée de la confiance conduit aussi par ricochet à celle de la certitude. Par son allusion à ce qu'il qualifie de « raisons véritables » présentées comme ayant justifié la décision abrupte de départ qui lui est annoncée, il suggère qu'elles lui auraient manifestement été cachées. L'angoisse ne manque sans doute pas de brouiller l'esprit de Lançon qui n'ignore pourtant pas qu'en médecine, rien n'est heureusement ni définitif ni immuable[3009] et que s'avancer trop est à très haut risque de se tromper. C'est ainsi qu'à sa demande de certitudes (« inébranlables ») Chloé Bertolus se prémunit et répond : « [je] ne puis malheureusement pas y répondre au risque de vous décevoir si la réalité s'avérait différente de mes pronostics ». D'une autre manière, elle reprend efficacement l'argument de la « troisième chance » puisqu'elle montre, en arguant qu'« il n'y en avait pas de deuxième », l'impasse terrifiante que constituerait de soi-disant certitudes en la matière. L'absence de certitude laisse au contraire toute marge d'opportunités autant que d'espoir à d'autres chances possibles, y compris pour le médecin.

[3007] *Ibid.,* p. 385.
[3008] *Ibid.,* p. 221 : « j'ai pensé que cette folie, qui me sauvait la face, aurait pu faire de moi un homme que l'écriture sauvait ».
[3009] Lambricks Louise L. *Op. cit*., p. II : « il n'existe pas en médecine de vérité unique mais une multitude de vérités valables dans des champs spécifiques et limités qu'il importe de définir ».

Chloé Bertolus réintroduit ainsi de la souplesse, du jeu, elle redonne du *possible* à entendre quand Lançon n'en voit plus (« je ne pourrai y retourner »), relativise la portée de chaque mot, chaque phrase et de ce qui avait été entendu comme promesse (« ce que vous aviez dit aux Invalides »). En réalité, Chloé Bertolus elle-même ignore l'issue de la procédure. Quand bien même ses critères sont évidemment scientifiques, et dotés d'une certaine fiabilité, elle ne manque pas elle-aussi de subir l'aléa et l'inconnu. Peut-être ne s'interdit-elle d'ailleurs pas de miser aussi sur l'espoir, y compris par-delà ce que les seules réalité médicale et rationalité scientifique donnent à entendre et laissent donc présager.

4.3.3 – La flambée des dissensions attise le doute suspicieux à l'égard des soignants

Ainsi que l'analysait Rita Charon, patients et soignants sont « des quasi-étrangers […] l'un préparé à déployer ses connaissances cliniques et l'autre se préparant au pire »[3010]. Les dissensions, en quoi consiste le fait de percevoir et de comprendre les choses de façon très différente mais aussi d'avoir des besoins, des priorités, des objectifs éventuellement très distincts, sont donc à la fois naturelles et nombreuses[3011]. Par l'état d'incompréhension réciproque et de désaccord qui peut en résulter, les dissensions constituent un terreau particulièrement favorable à l'émergence d'un état de doute critique l'un envers l'autre et contribuent ainsi aussi aux tensions relationnelles jusqu'à parfois la crise et la rupture du dialogue. Réciproquement, les moments de crise dans la relation de soin peuvent révéler et/ou aggraver les dissensions entre patients et soignants, dès lors prises dans une boucle d'amplification vicieuse, aggravant d'autant le risque de doute suspicieux et de défiance l'un à l'égard l'autre. C'est précisément ce qui semble être arrivé à Lançon et Chloé Bertolus à savoir l'intrication si étroite entre une crise relationnelle, la flambée du doute, l'embrasement de leurs dissensions, que l'on ne sait plus par quel bout précisément cela a pu commencer.

4.3.3.1 – Quand la communication est mise en défaut

Le présent échange de mail entre Lançon et Chloé Bertolus illustre la grande variété des dissensions qui peuvent distinguer et opposer patient et soignant, les mettre en situation de décalage, de désaccord voire de discorde, conduire à leur incompréhension réciproque. Entre autres manifestations de ces dissensions, il importe de souligner l'effet puissamment délétère de l'incommunicabilité, ou du moins des difficultés de communication entre patients et soignants, ce dont cet échange de mail témoigne très précisément. C'est bien parce que la communication semble rompue que Lançon en vient à cet usage d'un mail au ton revendicatif et qui a presque l'allure d'une lettre recommandée. L'attention particulière que Lançon attache à la temporalité vise à en souligner l'urgence, c'est-à-dire le caractère proprement intolérable. Il est aisé, en effet, d'imaginer combien « ces deux semaines de silence » ont pu être vécues comme interminables, combien l'asynchronie peut, de fait, être douloureuse pour les patients qui se trouvent dans l'attente anxieuse et parfois désespérée d'informations et d'échanges avec leurs soignants. Que les temporalités des patients et des soignants soient naturellement différentes et ne puissent pas être alignées ne devrait pourtant pas amoindrir l'attention qu'un

[3010] Charon Rita, Fourreau Anne (Trad.). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris: Sipayat; 2015, p. 48.

[3011] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin*.

soignant peut porter à ses patients. Chloé Bertolus tente de le rappeler en signifiant par sa réponse mail qu'elle n'est pas moins soucieuse de la situation de Lançon quand bien même elle le voit effectivement moins souvent. De même, bien qu'à distance (et non pas forcément distante), elle continue de prendre très régulièrement des nouvelles (« on me confirme ce matin qu'il n'y a aucune fuite de salive ») et d'effectuer des prescriptions (faisant notamment contrôler son taux d'« albumine »). En dépit d'une tournure qui a certes pu le laisser perplexe, elle n'avait d'ailleurs pas manqué de le lui rappeler explicitement dans une précédente missive : « Soyez assuré que je suis les choses de près – même de loin ! »[3012] lui avait-elle précisé.

Lançon d'ajouter qu'il n'est pas que le défaut quantitatif de communication (le « silence ») qui trouble les patients. C'est aussi la discordance constatée entre les informations transmises (leur type et leur complétude, ou pas) et la réalité des faits et des évènements. La formule « les raisons véritables » suggère qu'elles ne lui avaient peut-être pas été précisées entièrement et/ou correctement, voire peut-être lui avaient-elles été cachées. Tandis que la mention « je me souviens parfaitement de ce que vous aviez dit aux Invalides » vient explicitement souligner la discordance entre ce qui lui avait été transmis et ce qui s'est produit ultérieurement. L'amertume perceptible souligne combien les difficultés de communication éprouvent particulièrement les patients et alimentent la défiance à l'égard des soignants. C'est qu'enfin cette *dys*-communication suscite chez le patient une terreur toute particulière, celle de se retrouver en conséquence incompris et de se sentir abandonné. « Croyez-moi » semble implorer Lançon. Le soignant ne vivant pas ce que vit le patient, ce dernier craint de manquer d'attention à l'endroit précis de la souffrance qui est la sienne et de rester en conséquence in-soulagé. Le mail de Lançon parait, à ce titre, tel un cri désespéré cherchant à faire entendre là où il a mal, là où il a besoin d'aide, là où précisément il a besoin d'informations et de soutien : « ma gueule de travers », « savoir si c'est vraiment cicatrisé », « fatigue », « stress », « cet espace à droite de la lèvre, ouvert et purulent », « Quand pourrai-je recommencer à manger ? », « les dents ? ». Si Chloé Bertolus n'est certainement pas insensible à toutes ces inquiétudes et s'emploie ardemment, en dépit de ses maladresses, à trouver des solutions, de son côté Lançon peine peut-être, dans ces instants de doute aggravé, à raisonner son vécu d'abandon comme à se rappeler qu'elle ne détient pas de baguette magique. Ainsi que lui-même la qualifiait très justement, elle est une « fée imparfaite »[3013].

4.3.3.2 – Quand la proximité manque

Le mail de Lançon révèle encore d'autres dissensions, certes avivées par le contexte de crise relationnelle mais majorant d'autant le doute à l'égard de sa chirurgienne, telle une boucle d'amplification vicieuse. Parmi ces fréquentes causes d'insatisfaction des patients, il y a leur désir, si difficile à combler, de disponibilité et de proximité de la part des soignants. « Vous m'aviez dit que vous viendriez » écrit Lançon, mais aussi un « Vous n'êtes pas venue » d'autant plus accusateur qu'il est complété par « Ce n'est pas la première fois ». Pourtant Lançon ne peut ignorer qu'il est concrètement impossible pour un médecin, *a fortiori* d'une discipline chirurgicale, de se rendre inconditionnellement disponible à ses patients, particulièrement s'il

[3012] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 453.
[3013] *Ibid.,* p. 219.

s'agit de temps d'échange qui ne relèvent pas de l'urgence. C'est pourquoi il parait utile d'interroger une telle exigence à partir d'autres registres que celui strictement médico-sanitaire, et notamment d'un point de vue affectif ainsi que j'y reviendrai.

4.3.3.3 – Quand il y a discordance d'interprétation

Un sujet important de dissension entre patients et soignants relève de l'herméneutique, s'agissant en l'occurrence de la divergence d'appréciation des résultats d'une procédure thérapeutique. Chloé Bertolus affirme que « la démarche de reconstruction […] engagée porte ses fruits », tandis que Phillipe Lançon s'inquiète de sa « gueule de travers », de l'« orostome », de la « désunion [de cicatrice] » repérée par une infirmière, d'un « espace à droite de la lèvre, ouvert et purulent », d'un « petit trou à gauche ». Le contraste est effectivement frappant tant elle semble ne voir la situation que sous son angle positif tandis qu'il n'est obnubilé que par les côtés négatifs. Si sa chirurgienne n'est certes pas indifférente aux complications et préjudices qui sont sources de tant de souffrances et de frustrations pour son patient, son appréciation porte néanmoins essentiellement sur le déroulement et la réussite de la procédure. Cette focalisation de l'attention sur « l'application du protocole » peut être vécue par certains patients comme irritante, voire être insupportable[3014]. Lançon en témoigne, bien plus préoccupé qu'il est par la restauration de son visage (n'avoir plus une « gueule de travers ») et de ses fonctions, dont celle de s'alimenter par voie orale et pour cela avoir des « dents ». S'il est excessif et faux de considérer que le professionnel de santé n'a qu'une obligation de moyens, puisqu'il se soucie évidemment aussi des résultats, et notamment de pouvoir libérer Lançon de toutes ses affres, cette distinction demeure pourtant très vive. Canguilhem écrivait à ce propos :

> Bref, on peut dire que, pour le malade, la guérison est ce que lui doit la médecine, alors que pour la plupart des médecins, encore aujourd'hui, c'est le traitement le mieux étudié, expérimenté et essayé à ce jour que la médecine doit au malade. D'où la différence entre médecin et guérisseur[3015].

Canguilhem met ici en lumière cette dissension fondamentale à l'origine d'un véritable fossé entre, d'un côté le patient qui ne veut que la guérison (« la guérison est ce que lui doit la médecine »), de l'autre le médecin conscient de ne pouvoir l'offrir avec certitude (puisqu'il n'est justement pas un « guérisseur »). Contrairement aux promesses du guérisseur, si le médecin ne peut jamais garantir la guérison, il a l'obligation (« la médecine doit au malade ») de donner accès aux meilleurs traitements disponibles (« traitement le mieux étudié, expérimenté et essayé »). Cela n'exclut certes pas la possibilité de guérison mais ne permet pas de la définir comme objectif, sous peine d'exclure un nombre assez considérable de malades et de conclure à l'échec d'autant de procédures thérapeutiques pourtant très utiles. Loin d'être fondamentalement distincts, les objectifs du patient et du soignant ne s'avèrent discordants

[3014] Brun Danièle. *Op. cit.*, p. 79-80. Dans un chapitre intitulé *La médecine personnalisée n'est pas celle de la personne*, la psychanalyste Danièle Brun en témoigne lorsqu'elle écrit : « S'il revient au patient d'énoncer ses motifs et ses raisons, il sera éventuellement écouté, mais il ne sera pas entendu pour autant. Le médecin, contrarié par la manière dont son malade se livre à l'exercice d'une médecine personnelle fera valoir son adhésion à la médecine personnalisée, c'est-à-dire à l'application du protocole établi ».

[3015] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 71.

qu'en cas d'interprétation binaire (guérison ou pas). Aux antipodes des vaines promesses des guérisseurs, et aussi décevant que celui puisse paraître, l'interprétation médicale offre un panel d'interprétations ouvert non seulement à la singularité et la complexité de chaque situation, mais également à la créativité de l'acte de soin. La dissension autour de cette question d'herméneutique est particulièrement lisible dans l'échange de mail entre Lançon soucieux de guérison (« je n'étais pas guéri ») et Chloé Bertolus soucieuse de « la démarche de reconstruction », de son déroulement rigoureux et du respect de la scientificité des traitements engagés. Que les complications et les difficultés rencontrées ne constituent pas un échec mais s'intègrent, au contraire, au déroulement normal et régulier de « la démarche de reconstruction » ne manque pourtant pas de susciter déception, frustrations et défiance. Il est notable qu'un tel décalage d'appréciation entre soignant et patient peut aussi être constaté en situation de guérison médicale puisque celle-ci n'est pas toujours corrélée au vécu de rétablissement[3016]. La phase de l'après cancer des personnes qui en sont guéries en est une illustration. Cette phase peut, de fait, être marquée non seulement par des séquelles et leurs conséquences sur la vie courante, mais aussi parfois par un sentiment de mal-être en dépit de la guérison scientifiquement avérée de leur maladie. Jean Bernard, hématologue de renom, a utilisé pour qualifier une telle situation une métaphore littéraire : *Le syndrome du colonel Chabert ou le vivant-mort*[3017]. En miroir inversé, des personnes pourtant en situation de non-rémission d'une maladie, voire d'évolutivité de cette dernière, n'en vivent pas moins parfois un ressenti de rétablissement, de bonne santé voire de bien-être s'ils sont indemnes de symptômes invalidants. Autant de situations qui illustrent le potentiel de dissension, et conséquemment de défiance voire de franche conflictualité entre patient et soignant lorsque leurs interprétations respectives s'avèrent discordantes. A cet égard, l'expérience de la psychanalyste Danièle Brun est particulièrement éclairant. Souffrant d'une leucémie, elle a témoigné d'un tel vécu de discordance entre, d'un côté sa propre expérience subjective de son hémopathie (elle ne se sentait pas malade), de l'autre les données biomédicales relatives à sa maladie actant une sanction thérapeutique non négociable. C'est ainsi qu'elle évoque « les symptômes inhérents à la maladie que je n'ai pas » et qualifie l'impératif de traitement dans un tel contexte d'« ubuesque »[3018]. Cette situation lui parut d'autant plus absurde, qu'elle en subira des effets indésirables fort incommodants, au point de se sentir malade bien plus du fait du traitement que de l'hémopathie elle-même. De quoi étonner et susciter stupeur autant que défiance. C'est pourquoi le propos de Canguilhem mérite sans doute d'être complété en l'actualisant à l'aune, d'une part du concept de *rétablissement* qui pour certains patients s'avère bien plus en phase avec leur expérience subjective et avec leurs attendus légitimes[3019], d'autre part des progrès scientifiques qui peuvent conduire à des traitements éventuellement agressifs avant même

[3016] Tourette-Turgis Catherine, Gligorov Joseph, Fleury Cynthia, Pelletier Jean-François. *Including recovery in the care pathway after cancer*. Soins 2018;63(824):66-8. Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*.

[3017] Bernard Jean. *Le syndrome du colonel Chabert ou le vivant mort*. Paris: Buchet-Chastel; 1992.

[3018] Brun Danièle. *Op. cit.*, p. 20-21 : « La situation était, et elle est toujours à mes yeux, un peu ubuesque puisque je dois me soigner comme si j'étais malade pour ne pas avoir les symptômes inhérents à la maladie que je n'ai pas. Bref, je dois composer avec mon caryotype et accepter de me rendre malade avec les traitements prescrits, pour ne pas l'être autrement, plus gravement sans doute. C'est compliqué ».

[3019] Pachoud Bernard. *Se rétablir de troubles psychiatriques. Un changement de regard sur le devenir des personnes*. L'information psychiatrique, 2012 ; 88 : 257-266.

qu'une maladie ne soit cliniquement détectable, et donc avant que la personne ne se sente effectivement malade. A ce propos, Danièle Brun est sévère mais lucide lorsqu'elle écrit : « Chacun sait ou doit savoir que la médecine de pointe a ses raisons que la raison des soignés ne connait pas et n'intègre pas comme les soignants »[3020]. Appréhender, au titre de nouvelles dissensions potentielles, les conditions des progrès de la science biomédicale, s'avère essentiel ne serait-ce que pour alerter de leurs écueils pour les patients. Mais paradoxalement, en alimentant le doute à l'égard des professionnels de santé et de leurs prescriptions, ces dissensions peuvent en effet être sources de défiance, favoriser les tensions relationnelles, conduire au renoncement aux soins voire à la rupture du lien avec le système de santé.

4.3.4 – Une relation en mal de conversation pour parler le doute

Dans le cadre de cette crise relationnelle entre Lançon et sa chirurgienne, la dimension intersubjective de leur relation – c'est-à-dire la modalité bubérienne de la relationde type *Je-Tu*[3021] que Gérard Reach a proposé de qualifier, s'agissant d'une relation de soin, de *conversationnelle*[3022] – semble éclipsée au profit d'une modalité exclusivement *Je-Cela*, c'est-à-dire objectivante, procédurale, purement médico-technique. La liste des questions de Lançon, toutes strictement médicales, ainsi que la réponse de sa chirurgienne centrée sur la seule procédure (« démarche de reconstruction ») et sa seule « spécialité » en témoignent. Cette rupture dans la relation de type *Je-Tu* est d'ailleurs clairement concrétisée par l'absence physique autant que le « silence » de Chloé Bertolus. Une telle crise soulève la question plus générale de la chosification du patient (excluant par principe la possibilité de conversation), facteur de discorde et de fragilisation voire de rupture de la confiance[3023]. Alors que la conversation pourrait constituer un espace propice à l'expression, au partage et à la résolution des doutes (qu'ils émanent du patient autant que du soignant), une relation qui ne serait que chosifiante (de type *Je-Cela*) priverait justement des mots pour parler le doute.

Dans cet extrait retranscrivant une crise relationnelle, la confiance y semble si fragilisée, la tension et l'incompréhension si importantes que les modalités habituelles de la relation de soin sont mises à mal, au bord de la rupture. Le *dialogue vivant*, au travers de la rencontre interhumaine, semble rompu[3024]. La parole *parlée*, celle qui s'offre à l'autre, s'y répercute et en attend une résonance, n'est manifestement plus possible. Il lui faut pour cela un face à face, concrètement un corps à corps patient-soignant. Que, les yeux dans les yeux, les paroles puissent se donner autant qu'être reçues et susciter réflexions et discussions à partir du contradictoire et de la divergence d'appréciations et d'expériences, mais surtout aussi à partir de leurs doutes respectifs comme autant de fondements à même de restaurer et consolider la confiance. La nécessité d'en passer par un mail au ton agressif et revendicatif illustre à quel point cette relation est en crise, combien elle est effectivement en mal profond de *conversation*.

[3020] Brun Danièle. *Op. cit.*, p. 32.
[3021] Buber Martin. *Op. cit*.
[3022] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 390-391.
[3023] Combe Sonia, Spire Antoine. *Op. cit*., p. 111-112 : « la médecine moderne […] s'empare du corps humain comme d'un nouvel objet qu'elle peut désormais découper, morceler, fragmenter, décomposer et recomposer ».
[3024] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 458 : « Vous n'êtes pas venue. […] après ces deux semaines de silence, non pas le mien, mais le vôtre, je ne sais que penser ».

Si le mail tend à annuler la dimension corporelle de l'autre – puisqu'il n'y a même pas le papier qui a été choisi, touché, plié, mis sous enveloppe, comme il n'y a pas non plus le style d'écriture, son application ou sa tension autant que son tremblement de colère éventuel ainsi que l'idée même de la main qui l'a tracée –, l'on peut se demander s'il n'aurait pas aussi un effet de négation de la subjectivité en l'autre. Le présent échange mail, dans le fond, se cantonne à des questions qui fondent l'objectivité médicale (« orostome », « cicatrisation », « désunion », « albumine », « poches alimentaires », « lèvre », « bains de bouche », « reconstruction », « fuite de salive », etc.), tandis que dans la forme seule la colère de Lançon tendrait à subjectiver sa chirurgienne sans la réduire à une prestataire d'actes de santé. A cet égard peut-être s'autorise-t-il une telle colère précisément parce qu'il l'estime profondément en tant que personne. Un tel échange mail parait pourtant bien loin de favoriser la reconnaissance intersubjective et de contribuer à consolider une relation de soin humainement investie. Les partenaires s'en trouvent le plus souvent réduits l'un à offrir une intervention médicale (s'agissant du soignant), via un avis diagnostic et d'éventuelles prescriptions médicales, l'autre à la recevoir (s'agissant du patient). Une telle relation de pure nécessité sanitaire, par ailleurs médiée par un outil générant des échanges inévitablement asynchrones entre des entités pouvant être vécues comme virtualisées, s'accommode peu de la complexité d'une histoire individuelle et ne peut par ailleurs que manquer toute la richesse et la potentialité créative d'une rencontre authentique et présentielle. L'enjeu de communication, *a fortiori* d'un *dialogue vivant*, lorsque la rencontre physique est devenue conflictuelle, répulsive, douloureuse, voire en l'occurrence impossible, demeure cependant ici entier.

Car le patient est dans l'attente éperdue de rencontre et de paroles autres que les siennes et de réponses, même partielles et transitoires, aux interrogations sans fond que ses souffrances et l'incertitude de sa situation suscitent et font circuler dans son esprit sans répit. Il épie et décortique chaque mot, chaque phrase, il scrute le discours et ses modalités que ce soit le moment de sa survenue, ses acteurs, son tempo, ses intonations. Tout dans sa théâtralisation[3025] – confrontant sur une même scène des acteurs du soin au patient épiant et cherchant à comprendre comme le serait un spectateur très attentif – lui semble pouvoir être porteur de sens. C'est ainsi que les moindres réactions du corps et signes dans le comportement sont analysés et interprétés : des yeux qui se baissent, un regard qui s'attarde, un hochement de tête, un silence, un relâchement d'épaules ou tout au contraire une rectitude du corps[3026]. C'est que la relation de soin n'est pas une virtualité mais une réalité qui se vit et ce parfois intensément dans les ondes qui circulent de l'un à l'autre des partenaires. Elle a besoin de ce corps à corps, de se vivre concrètement avec des gestes, des échanges sensoriels (les regards, le toucher) et langagiers. Le message de Chloé Bertolus visant à le rassurer en lui disant qu'elle « sui[t] les choses de près – de loin »[3027] a de quoi l'insatisfaire et alimenter son inquiétude autant que le soupçon. Ce dialogue corporel authentique et par les mots échangés manque cruellement à Lançon qui témoigne par-là de l'importance que revêt pour lui *l'être à l'être* véritable, dans le réel de ce qui est vécu et non pas au prisme d'un médium virtuel. L'écriture d'un mail peut

[3025] Ogien Ruwen. *Op. cit*.
[3026] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 222 : « blonde, souriante, les yeux clairs, toujours droite » ; p. 224 : « elle a dit en redressant la tête » ; p. 238 : « Elle a haussé les épaules et souri ».
[3027] *Ibid.,* p. 453.

certes, d'une certaine manière, constituer un corps à corps physique au prisme des mots puisqu'ils peuvent s'inviter comme des caresses autant que comme des coups portés à l'autre, comme une main tendue autant que comme un geste mettant l'autre à distance. « Chloé a besoin de prendre de la distance »[3028] lui a-t-on d'ailleurs dit. C'est ainsi que la tension qui émane de leur échange par mails interposés pourrait presque relever d'une joute corporelle et plus seulement verbale. A cet égard, en dépit de la distanciation dont il témoigne, elle ne constituerait alors pas un échec, du moins complet, de la rencontre. Quand bien même cette rencontre virtuelle demeure en mal de mots autant que de corps à corps, Lançon y expose ses doutes si pesants, ses nombreuses interrogations, ses profondes inquiétudes et Chloé Bertolus répond à ses questions, sans fuir. Semblant certes se cantonner à l'objectivité médico-scientifique, et tenter de contenir autant que possible les affects (point qu'il importe aussi d'aborder), un tel message ne résout pas (du moins entièrement) l'effet de rupture nette dans la dimension conversationnelle de leur relation grâce à laquelle leurs doutes pouvaient jusque-là pleinement s'échanger. Il apparaît, en effet, que la conversation demeure seule à même de soutenir une relation de type *Je-Tu*, c'est-à-dire une authentique reconnaissance intersubjective laquelle implique de reconnaître l'autre, avec ses doutes, tout autant que soi-même, également doutant, comme sujet.

4.4 – De la place de la dimension affective du doute dans la relation de soin

Que le doute fasse rupture dans un équilibre et bouleverse des repères, il ne sera pas indemne de susciter des émotions plus ou moins vives, non sans conséquences pour la relation de soin. A l'aune de la singulière relation qui s'est instaurée entre Lançon et sa chirurgienne, comme avec d'autres soignants, la question se pose également du rôle et de la place des affects dans la relation de soin, *a fortiori* en situation de crise. De fait, l'allure qu'a pris cette crise conduit à en questionner, si ce n'est la nature affective, du moins le rôle des facteurs affectifs.

4.4.1 – Le doute au risque d'un embrasement émotionnel

L'épreuve du doute en tant que perte de repères et instabilité, peut être source d'émotions puissantes, débordantes et parfois notoirement négatives[3029]. La crise relationnelle elle-même constitue un puissant perturbateur émotionnel. La diversité et l'intensité des émotions qui inondent le mail de Lançon témoignent d'un tel état.

La détresse et l'angoisse de Lançon sont aisément perceptibles. C'est particulièrement le cas lorsqu'il écrit avec la rage du désespoir : « il n'y a pas de « troisième chance » : si par malheur ce n'était pas cicatrisé, je ne pourrai y retourner ». Ce désespoir confine à l'agressivité et le conduit à user de l'autorité comme d'un vain levier de maitrise de la situation qu'il subit : « J'espère que cette fois est la bonne » semble-t-il ordonner à sa chirurgienne. Mais Lançon n'est pas seul à être agressif. Le silence et les évitements récurrents que sa chirurgienne lui impose désormais pourraient confiner, plus qu'à l'oubli, à de la négligence. Aussi involontaire soit-il, on est aussi tenté d'interpréter le propos suivant comme une maladresse blessante :

[3028] *Ibid.,* 452.
[3029] Tiercelin Claudine. *Scepticisme et connaissance (Suite et fin).* Cours de la chaire métaphysique et philosophie de la connaissance du collège de France, du 20 février au 2 avril 2024. En ligne Scepticisme et connaissance (suite et fin) (1) | Collège de France, consulté le 24 mars 2026.

« Bon courage, et soyez assuré que je suis les choses de près – même de loin ! »[3030]. Or, Lançon n'espère pas que « les choses » soient suivies, ce dont en l'occurrence il ne doute pas, mais qu'elle puisse le rencontrer lui en tant que « personne » et non pas par le biais distancié « des choses » qui, certes, le concernent mais le déréalisent[3031]. Or, pour des raisons conscientes ou pas, il est manifeste qu'à ce moment-là de leur relation, Chloé Bertolus ne cesse plus d'éviter la rencontre interhumaine qu'il espère[3032]. Quoi que l'on puisse rationaliser sur la persistance d'une réelle attention soignante de sa part et sur l'absence de manquement à la mission de chirurgien maxillo-facial qui est la sienne, une telle configuration ne peut être vécue sans éprouver, de la place où se situe Lançon, de l'étonnement, de l'incompréhension, de la déception, de la tristesse et même de la douleur. La colère et l'agressivité qui émanent de son mail, s'ils n'en sont consécutifs, s'en font l'écho. Se trouvant dès lors réciproquement violents l'un envers l'autre, une telle réciprocité n'est pas sans marquer l'existence même de cette relation, à une échelle autre que purement objectivante et instrumentale, et des enjeux autres que médico-scientifiques qu'elle sous-tend. Mais cet état émotionnel est protéiforme et mouvant. Au-delà de l'émotion violente faite de colère et de dépit en phase avec la brutalité des changements d'attitude qu'il subit, dont le passage sans transition de la chaleur humaine à la froideur de la rationalité technique distanciée, Lançon se trouve aussi accablé par la peur et par la solitude. En dépit de son allure de boutade, la phrase « Me dire une fois de plus que je fais le complexe du patient-qui-ne-veut-plus-sortir »[3033] révèle combien il vit cette situation comme blessante et humiliante. Quand bien même l'ambivalence est bien réelle, ce sentiment d'être rabaissé au statut d'être capricieux (« pour de simples caprices »), faible et dépendant (« inapte dans l'immédiat à vivre seul chez moi ») fait écho en miroir à l'impression d'être poussé dans le vide, démuni et sans repères, accroissant d'autant sa détresse. Nombre de patients témoignent d'un tel vécu de l'hôpital comme d'un lieu, non seulement de soumission aux nécessités des soins et de leurs acteurs, mais aussi d'infantilisation (« je ne suis pas un enfant ») à l'aune du paternalisme des soignants et des rapports de pouvoir qu'ils aiment à préserver, et enfin d'abandon au moment où l'institution estime seule ne plus rien leur devoir[3034]. Lançon est loin d'être le seul à traverser de telles émotions. Claire Marin dans son livre *Hors de moi*, Ruwen Ogien dans son ultime essai *Mes mille et une nuits* ou Danièle Brun avec son dernier ouvrage *Madame Vertigo et son cancer*, témoignent tous – deux philosophes et une psychanalyste – et avec force d'une telle expérience de l'univers médical, celle d'une forme de désenchantement et de profonde solitude[3035].

[3030] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 453.

[3031] Dans la modalité bubérienne de type *Je-Cela*, il peut y avoir une attention très puissante à l'égard du patient, mais cette attention ne porte pas sur les manifestations dont le patient peut faire directement l'expérience. Ce dernier, en tant que *Tu*, c'est-à-dire en tant que personne, se perçoit comme exclu.

[3032] Chloé Bertolus se situe à ce moment-là précis dans une modalité relationnelle de type exclusivement *Je-Cela* et donc strictement objectivante. Elle se refuse manifestement à le rencontrer selon une modalité *Je-Tu* c'est-à-dire en tant que sujet et non pas seulement comme objet médical d'une expertise technico-scientifique.

[3033] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 458.

[3034] *Ibid.*, p. 457 : « Est-ce que j'ai fait du gras à l'hôpital ? J'ai compris, ce soir-là, que mon crédit compassionnel auprès de l'institution risquait de passer assez vite dans la case débit, et que […] il allait falloir ruser pour obtenir d'elles ce qu'elles ne voulaient pas forcément donner ».

[3035] Zorn Fritz, Le Lay Olivier (Trad.), Lançon Philippe (préface). *Mars*. Paris: Gallimard; 2024. Lançon, qui est l'auteur de la préface de cette nouvelle traduction, écrit p. 10 : « le chagrin qui n'est pas dit rejoint la colère dans ce petit coin noir où règne la condition humaine, et particulièrement celle du lecteur : la solitude » ; p. 15 : « il écrit la confession d'un solitaire ».

4.4.2 – Le soignant affecté, un ferment de déstabilisation relationnelle

Si la résurgence d'un intense état de doute a, de façon manifeste, assailli Lançon, de nouveau submergé par la hantise du trou, rien ne permet d'exclure, à l'aune de cette crise relationnelle qu'ils partagent, un état de doute tout aussi déstabilisant dans la vie de Chloé Bertolus. Une telle hypothèse invite non seulement à considérer l'impact des affects qui peuvent aussi submerger les soignants, les déstabilisant dans leurs repères habituels, y compris s'agissant de la relation de soin. Elle permet également d'envisager le doute existentiel que tout soignant est susceptible d'éprouver, comme un ferment potentiel, si ce n'est de crise, du moins de déstabilisation pour la relation de soins.

S'agissant des affects de Chloé Bertolus et de ce qui lui arrive à l'occasion de cet épisode critique de leur relation de soin, *Le Lambeau* laisse sur sa faim. Le récit de Lançon ne permet que de suggérer par bribes l'état émotionnel qui pourrait être celui de Chloé Bertolus à ce moment-là. Parmi ces bribes, il y a son comportement d'évitement récurrent mais aussi sa posture défensive bien lisible dans son mail de réponse, ainsi qu'en témoigne le choix de se calquer comme en miroir, sur le même modèle. Elle répond point par point, à l'ensemble des arguments de Lançon, mais en contrepoint telles de véritables répliques défensives. Elle use par exemple des mêmes formules de politesse ferme (« Chère Chloé, […] Bonne journée. Philippe », « Cher Philippe, […] Bonne journée. Chloé »). S'ajoute une révélation importante formulée par une infirmière cadre prénommée Christiane : « Chloé a besoin de prendre de la distance »[3036]. Une telle phrase en dit évidemment long sur le malaise affectant fort possiblement aussi Chloé Bertolus. Quand bien même ses émotions ne nous sont pas accessibles, elle est très probablement aussi affectée ainsi que tendent à le suggérer son changement brutal et radical de comportement comme son absence physique de la scène qu'elle partageait jusque-là constamment avec Lançon, le laissant en conséquence et de façon fort inhabituelle seul et dans un vécu d'abandon.

Relier l'origine de cette crise relationnelle à l'épuisement consécutif aux difficultés de prise de greffe, de cicatrisation et à la récurrence de complications (récidive d'orostome, désunion de cicatrices, infection, etc.) sources de souffrances et frustrations interminables semble assez évident. Pourtant au cœur de cette crise, il y a aussi le changement de comportement notable et en apparence inexpliqué de Chloé Bertolus. Alors qu'elle maitrise la méthode du doute scientifique, tel un outil bien rodé pour son travail clinique et son activité de recherche, elle n'en demeure pas moins une personne comme toute autre, susceptible de rencontrer des épreuves existentielles pouvant elle aussi la plonger dans un tout autre type de doute. Elle n'est pas à l'abri de traverser elle-même une période de doute tel que Peirce l'a conceptualisé, à savoir un moment critique d'instabilité voire de rupture, lui imposant une remise en cause, une reconfiguration, et surtout de retrouver des repères, éventuellement renouvelés, et des croyances stables. C'est ce que tend à suggérer le propos d'une infirmière soucieuse d'apaiser Lançon agacé et inquiet de ne plus voir sa chirurgienne :

[3036] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 452.

> Vous devez comprendre, Monsieur Lançon. Chloé a besoin de prendre de la distance. Elle vous suit de très près, mais elle s'est beaucoup investie, comme nous tous, et elle en paie sans doute le prix. Elle a pris sur elle ce qu'on appelle le mal du patient. Elle doit s'en débarrasser[3037].

Comme Lançon, on est interpelé et tenté d'interpréter cette formule « le mal du patient ». Comme lui, mais naturellement bien différemment, Chloé Bertolus souffre peut-être aussi de l'échec répété, de l'épreuve de voir son engagement dans des procédures thérapeutiques complexes systématiquement mis en défaut. Certains soignants, impliqués auprès de patients dits chroniques, occupés par un souci permanent à leur égard, répétitivement confrontés à l'impuissance face à la maladie et aux rechutes récurrentes, peuvent en arriver à en souffrir profondément. Débordés, ils peuvent s'en trouver affectés au cœur de leur vie professionnelle[3038], mais aussi personnelle. Mais si Chloé Bertolus souffre du « mal du patient », rien ne permet d'affirmer qu'elle soit en état de *burn-out*. Que Chloé Bertolus soit évidemment habituée aux difficultés et complications inhérentes à de telles procédures de greffe n'enlève rien à l'épreuve que cela peut constituer, *a fortiori* en cas d'échecs répétés[3039]. Lançon propose cette analyse de la situation :

> […] je soupçonnais que ma non-cicatrisation l'agaçait. Les chirurgiens n'aiment guère que leurs patients ne justifient pas leur efforts et Chloé supportait mal l'échec. Elle avait mis tant d'énergie dans ce visage qu'il ne lui était pas permis de la décevoir[3040].

A la toute-puissance d'une orfèvre de la chirurgie, par ailleurs dotée d'une volonté et d'une persévérance de fer (« tant d'énergie dans ce visage »), vient s'opposer la dure réalité du corps blessé, fragile, faillible (« non-cicatrisation ») et cela ne manque pas d'irriter et de « décevoir ». Faut-il pour autant parler de manifestation ou de blessure d'amour-propre (« Chloé supportait mal l'échec ») comme tend à le suggérer ce propos d'une infirmière : « Elle est complètement folle. Elle ne supporte pas l'échec ! »[3041]. Ainsi que le suggère Lançon (« je soupçonnais »), l'engagement et le professionnalisme de Chloé Bertolus sont si importants que l'épreuve de « l'échec » ne peut qu'avoir été difficile à gérer, suscitant doutes et questionnements. Il temporise d'ailleurs la sentence de l'infirmière en louant sans crainte, et comme par contraste, « cette folie, qui [lui] sauvait la face »[3042]. Quoi qu'il en soit, on aurait donc grande peine à croire qu'elle n'ait pas douté de sa stratégie thérapeutique et de la façon dont elle a pu la mener. Consciente des limites de ses compétences, elle n'ignore pas qu'elles ne sont jamais ni définitivement acquises, ni suffisamment exhaustives, et qu'il ne faut donc jamais cesser de les renforcer. On peut dès lors suggérer que Chloé Bertolus a pu se trouver en situation de fragilité,

---

[3037] *Ibid.,* p. 452.
[3038] De telles situations peuvent conduire des professionnels de santé à un sentiment d'insatisfaction professionnelle, à une perte du sens de leur travail, à un affaiblissement de leur sensibilité à l'égard des souffrances éprouvées par les personnes auxquelles ils apportent leurs soins jusqu'à en devenir même indifférents, *in fine* à l'épuisement de leurs ressources personnelles et donc au *burn out*. Je renvoie sur le sujet à : Freudenberger Herbert J. *Staff Burn-Out*. Journal of Social Issues 1974;50(1):159-65. Chabot Pascal. *Op. cit*. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *De l'importance de mettre en doute son propre rapport au métier de soignant*.
[3039] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 241 : « les greffes secondaires échouaient l'une après l'autre […] je ne cessais de fuir sous la lèvre inférieure ».
[3040] *Ibid.,* p. 452-3.
[3041] *Ibid.,* p. 221.
[3042] *Ibid.*

peut-être de perte de confiance, à tout le moins de doute quant à sa capacité à pouvoir gérer et surmonter toute cette charge mentale. L'échec éventuel, les difficultés, l'insatisfaction du résultat (pour Lançon comme pour elle-même), mais surtout aussi l'incroyable pression que représentait l'enjeu national et historique de reconstruire le visage d'un célèbre rescapé de *Charlie Hebdo*, ont pu y contribuer à cette prise de distance nécessaire pour se restaurer et recouvrer un équilibre mis à mal par la situation. Qu'il lui ait fallu prendre du recul (et l'on pressent qu'il puisse s'agir d'une décision collective), quitte à se distancier au moins temporairement de Lançon, ainsi que de se partager la tâche de son suivi avec des collègues – cela ne signifiant pour autant ni passer la main, encore moins l'abandonner – serait une explication plausible. Peut-être a-t-elle ainsi pu œuvrer à retrouver des repères et un équilibre mis à mal au gré des difficultés et des doutes rencontrés.

4.4.3 – Source et place des affects au cœur de la relation entre soignant et patient

S'ils peuvent l'un et l'autre se trouver aux prises avec leurs émotions respectives, il est inévitable que l'interface relationnelle liant patient et soignant en soit affectée. Inversement, la relation elle-même, *a fortiori* si elle se trouve en situation de crise, peut être source de bien des émotions, notamment d'affects destructeurs autant pour l'un que pour l'autre. Aussi tabou soit-elle, la question de la dimension affective de la relation de soin doit être prise en considération. D'évidence, cette relation entre Lançon et Chloé Bertolus a été traversée d'affects particulièrement intenses. On peut aussi se demander s'il ne s'est pas joué entre eux une trop grande proximité affective (ainsi qu'en témoignent, par exemple, leurs sorties culturelles au musée[3043]) pouvant, conséquemment, éclairer la crise que leur relation a traversée.

Dans son rapport singulier à Chloé Bertolus, Lançon a manifesté une grande diversité d'affects, de l'admiration sans faille, à la colère rageuse, en passant par le dépit et la déception. En matière de dépit, les critiques portées par Lançon sont si lourdes (dont l'allégation de négligence et d'abandon) qu'elles en deviennent « injustes ». C'est d'ailleurs bien ainsi qu'elles sont vécues par Chloé Bertolus (« J'entends vos nombreux reproches, et les trouve, je ne vous le cèlerai pas, un peu injustes »). S'agissant de l'intensité de sa colère et de ses reproches, si elle doit certes être appréciée à hauteur de la gravité de son état de santé, des souffrances et des attentes légitimes qui en résultent, elle semble l'exact contre-pied de l'estime et de l'admiration qu'il lui porte et dont on perçoit le caractère excessif. Au regard de l'agressivité qu'il déploie à l'encontre de Chloé Bertolus, on est ainsi tenté de soulever la question d'une certaine forme de dépit amoureux, d'un comportement possiblement possessif et jaloux à son égard. Son aisance dans l'écriture et l'attention manifeste portée à la forme et à la rhétorique de son mail tendraient à rendre son message violent et blessant, s'il n'était aussi surtout dominé par la détresse et l'angoisse. Cette richesse intellectuelle trouve aussi sa fonction dans la modulation des rapports de force au sein de cette relation. En miroir inversé du pouvoir médical de sa chirurgienne, Lançon semble ainsi user (et même abuser) de son statut auto-octroyé de dominant culturel[3044]. Par ailleurs, son attitude, y compris son niveau d'exigence (dont témoigne cette liste interminable de questions pour lesquelles il n'envisage pas de rester sans réponse), soulèvent

[3043] *Ibid.,* p. 422 et 425-430.
[3044] *Ibid.,* p. 225 : « J'aimais l'attirer sur le terrain littéraire, le seul où je pouvais ne pas me sentir dépendant et dominé ».

la question des rapports de genre. Il semble ainsi s'être égaré dans un de ces stéréotypes de genre encore à l'œuvre dans nos sociétés permettant aux hommes de rabaisser (« je m'étonne que vous n'en ayez pas conscience ») si ce n'est humilier une femme, aussi brillante soit-elle, qui ne répondrait pas à ses demandes. Peut-être n'aurait-il pas osé rédiger et adresser un tel message à un chirurgien homme. Tout ceci pourrait alors relever, au moins pour partie, de la blessure affective d'un homme se sentant trahi et déboussolé de souffrir de l'absence de sa chirurgienne et de la distance qu'elle lui a imposée sans même l'avoir prévenu. Mais alors, s'il a si mal, peut-être est-ce parce que, d'une manière ou d'une autre il l'aime, voire ils s'aiment. Cela reconduit de fait à cette hypothèse d'une trop grande proximité affective dans l'émergence de la crise affectant leur relation. Qu'il ne s'agisse certes pas d'une relation amoureuse ni même d'une amitié, ainsi que Lançon le revendique à plusieurs reprises dans son récit, n'annule en rien l'affection qui peut les avoir unis. N'hésitant pas à la comparer aux femmes de sa vie, ce dernier écrit :

> Chloé bénéficiait d'un supplément d'attention qui n'était pas dû à l'amour mais aux circonstances. Quand elle entrait, je lui tendais en général ma liste de questions écrites, portant aussi bien sur mon destin chirurgical que sur un point de littérature ou de musique évoqué lors d'une visite précédente [3045].

Ces deux-là ont manié à merveille l'art de la *conversation* dans la relation de soin (« pas dû à l'amour mais aux circonstances [médicales] ») telle que promue par Gérard Reach sur inspiration de la modalité relationnelle bubérienne de type *Je-Tu*[3046]. Parler « de littérature ou de musique » entre pleinement dans ce cadre *conversationnel* mais peut aussi avoir une résonance affective (« supplément d'attention ») au gré de certaines *affinités électives*. C'est pourquoi leur éloignement brutal et subi pour l'un quand il a été imposé par l'autre, outre qu'il perturbe grandement l'équilibre de la relation de soin jusque-là établie en en rompant les habitudes (« ma liste de questions écrites »), peut aussi relever d'une tension de nature affective (au sens de la philia[3047], c'est-à-dire d'amitié « médicale ») et de l'inquiétude quasiment amoureuse (à l'image d'une crise de couple) de perdre cette relation. Une part inconsciente, le transfert, intervient dans toute relation de soin, y compris dans le cadre de disciplines médicales qui ne relèvent pas du psychisme. Outre les passages à l'acte agressifs par voie de mail (pour l'un comme pour l'autre) et les actes manqués permettant l'évitement de la rencontre[3048], le texte de Lançon est aussi émaillé de réflexions évocatrices d'un tel mécanisme d'attachement transférentiel comme lorsqu'il écrit : « Je me sentais en dette avec elle […] comme un enfant qui veut plaire à sa mère absente »[3049]. Il est alors aisé de comprendre l'impact que des

---

[3045] *Ibid.,* p. 239-240.
[3046] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Op. cit.*, p. 358-365 et 390-391. Et je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité.*
[3047] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute comme pacification de la relation de soin et comme (r)éveil de la philia*.
[3048] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 453 : « Je suis passée, malheureusement aux heures de votre absence ».
[3049] *Ibid.,* p. 223.

changements comportementaux et relationnels ont pu avoir sur les modalités du transfert[3050], provoquant de vives émotions et un sentiment de perte de repères et d'abandon.

Si à l'opposé de Lançon, on ignore tout des émotions de Chloé Bertolus, il est évident qu'elle n'a pas mis d'emblée de véto ni de limites claires en s'engageant dans cette relation bien au-delà du strict périmètre de la procédure médico-scientifique. C'est notamment avec un plaisir non dissimulé, qu'elle s'est prêtée à la richesse de leurs échanges culturels et aux opportunités de sorties extrahospitalières. La question n'est donc pas tant d'invoquer un interdit déontologique ou de se contenter de condamner un tel engagement affectif comme source potentielle de crise pour la relation de soin. Il s'agit d'apprécier une telle implication affective comme une modalité relationnelle éventuellement enrichissante pour la qualité des soins en eux-mêmes mais aussi pour la relation de soin elle-même et ses divers partenaires. En somme, une telle modalité relationnelle – qu'il ne partagea pas qu'avec Chloé Bertolus mais avec bien d'autres soignants – œuvrerait tel un *care* pour le patient autant que pour les soignants.

4.5 – Le doute comme *Pharmakon* et comme *Kairos* pour la relation de soin

L'appréhension négative que suscite assez spontanément l'état de doute tend à en masquer la puissance dialectique et salvatrice. Le doute est loin de n'être qu'un poison pour l'individu, dès lors paralysé dans l'angoisse, la perte de repères et l'indécision, ou pour la relation contaminée par la défiance. Le doute peut, en effet et tout au contraire, être particulièrement enrichissant et constituer une authentique voie de résolution de conflits internes comme de reconfiguration favorable d'une relation en crise. S'il peut donc certes parfois être extrêmement toxique, le doute devrait pouvoir aussi toujours être appréhendé comme *pharmakon* et donc être mobilisé pour sa puissance en tant que remède. Tel que Platon dans *Phèdre*[3051], puis Jacques Derrida dans « La pharmacie de Platon »[3052], déploient le concept de *pharmakon*, il pourrait donc être à la fois un poison et un remède, et non pas seulement l'un à l'exclusion de l'autre. En ce sens il peut aussi être considéré comme un *kairos*, c'est-à-dire comme une opportunité d'évolution, de (re)construction et même de (re)naissance, avec tout ce que cela véhicule d'inédit, de neuf, de propre à l'émerveillement.

4.5.1 – Le doute comme opportunité de reconfiguration relationnelle

En suscitant immanquablement du doute, une situation de crise relationnelle tend à fragiliser le rapport de confiance. Mais le doute ainsi déployé trouve ses justifications et pourrait ainsi

---

[3050] Sur le lien entre transfert et philia dans la relation entre patient et soignant je renvoie à : Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 159-160 et 192-194 : « l'action conjointe de trois facteurs – intérêt, sympathie active, autorité personnelle du médecin – donne toujours lieu au phénomène de transfert. […] il établira avec lui un authentique relation d'amitié, une amitié d'espèce "médicale" ».

[3051] Platon. *Phèdre*. 274c-275b : « Pharmacée *(Pharmakeia)* est aussi un nom commun qui signifie l'administration du *pharmakon,* de la drogue : du remède et/ou du poison. "Empoisonnement" n'était pas le sens le moins courant de "pharmacée". […] A peine plus loin, Socrate compare à une drogue *(pharmakon)* les textes écrits que Phèdre a apportés avec lui. Ce *pharmakon,* cette "médecine", ce philtre, à la fois remède et poison, s'introduit déjà dans le corps du discours avec toute son ambivalence. Ce charme, cette vertu de fascination, cette puissance d'envoûtement peuvent être – tour à tour ou simultanément – bénéfiques et maléfiques. Le *pharmakon* serait une *substance,* avec tout ce que ce mot pourra connoter, en fait de matière aux vertus occultes, de profondeur cryptée refusant son ambivalence à l'analyse ».

[3052] Derrida Jacques. *La dissémination*. Paris: Seuil; 1972, p. 69-197.

constituer une opportunité de remise en cause, de questionnements réciproques et d'évolution de la dynamique relationnelle à même de restaurer la confiance. Le doute, aussi critique soit-il, pourrait dès lors être appréhendé comme *kairos*[3053], c'est-à-dire comme une opportunité de reconfiguration relationnelle postcritique et du climat de confiance.

Que la relation de soin puisse, à certains moments, être empreinte de soupçons entre ses différents partenaires n'est ni inhabituel ni anormal. La confiance n'est pas due aux soignants, par principe, au motif que leur mission les conduirait naturellement à faire du bien sans jamais se tromper ni faillir. Elle n'est pas plus due aux patients puisqu'ils sont eux aussi susceptibles de ne pas respecter des consignes médicales. La confiance ne cesse de se (re)construire[3054] et en cela, accueillir, partager, affronter les doutes récurrents contribuent à éviter les ruptures, résoudre les crises, renforcer la relation de soin et surtout continuer de soigner du mieux possible ainsi qu'en témoigne Lançon lorsqu'il écrit :

> Ce fut – et ça reste – notre seul moment de tension. Ni elle, ni moi, ni le docteur S, ni personne n'avaient tort ni raison. Chacun jouait au mieux son rôle, selon son point de vue, dans une situation inflammable. Et chacun a fait en sorte, au dernier virage, que j'atterrisse de nouveau là où je pouvais ne pas m'écraser[3055].

La crise relationnelle qu'ont traversé Lançon et sa chirurgienne, non seulement ne fut pas irréductible (« notre seul moment de tension »), mais sa résolution s'est avérée propice d'un point de vue soignant (« que j'atterrisse de nouveau là où je pouvais ne pas m'écraser »). Concrétisant l'idée que le doute est complémentaire plutôt qu'antagoniste de la confiance, l'*épreuve* du soupçon a ainsi pu participer de cet *espace d'intelligibilité*[3056], naturellement constitué de dissensions (« situation inflammable ») et partant de tensions, entre patient et soignant[3057]. Aussi douloureuse et angoissante qu'elle ait pu être, autant pour le patient que sa soignante, cette crise atteste le fait qu'une relation de soin se (re)construit continument au gré de questionnements inépuisables et d'états de doute sans cesse réactualisés.

4.5.2 – Le doute, un pharmakon … et surtout un remède pour la relation de soin

Si, intuitivement, il semble assez évident qu'une situation de crise relationnelle provoque et alimente du doute en chacun de ses partenaires, il est aussi apparu qu'une inflation de doute, sur un mode suspicieux et/ou déceptif, peut fragiliser toute relation de soin. Cause ou conséquence d'une crise relationnelle, il peut naturellement être les deux étant donné son omniprésence et ses effets auto-amplificateurs. Pourtant, à rebours d'une telle condamnation du doute comme facteur de risque pour la relation de soin et le climat de confiance, on pense moins spontanément à le mobiliser comme un facteur susceptible de contribuer, tout au contraire, à la qualité d'une relation de soin, voire comme une condition de rencontre authentique. Ce faisant,

---

[3053] Je renvoie au sous-chapitre chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le doute du patient revêt l'ampleur et les enjeux d'une crise.*
[3054] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit.*
[3055] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 460.
[3056] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine.* Paris : Seuil, 2002, p. 15-31, ici p. 15.
[3057] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit.*

cela conduit à s'interroger sur le doute non seulement comme poison mais aussi comme remède pour la relation de soin, et donc à convoquer le principe du *pharmakon*[3058].

L'un et l'autre, Lançon (précisant « je ne sais que penser ») autant que Chloé Bertolus (qui « a besoin de prendre de la distance »[3059]) sont en situation de doute au sens d'une perte de repères et d'un déséquilibre suffisamment désagréable et problématique pour qu'il impose d'être résolu sous peine de rupture. La relation de soin qui les unit ne peut qu'être elle-même affectée, y compris de façon critique. Pourtant, si le doute peut effectivement aggraver la situation jusqu'à provoquer une rupture, il peut tout autant constituer un moteur de reconfiguration. Chloé Bertolus, qui ne subit pas les affres d'un patient en souffrance et subissant l'agression récurrente de traitements aux résultats incertains, a manifestement en tête ce risque de rupture et apporte un contrepoint positif à l'état de crise qui les affecte en relativisant, voire en valorisant les dimensions d'inconnu (« je ne sais que peu de choses »), d'incertitude (« si la réalité s'avérait différente »), de non-maitrise (il n'y a pas « de programmes inébranlables ») et *in fine* l'état de doute comme ouverture à des *possibles* grâce à une reprise astucieuse autour de cette question angoissante et obsédante pour Lançon de la « troisième chance »[3060]. Chloé Bertolus semble ainsi s'adonner dans ce mail de réponse à la pratique antique de l'*épochè*[3061], la suspension de tout jugement, dont l'objectif est l'apaisement de l'esprit, l'*ataraxie*. L'absence de réponse médicale suffisamment solide ou même l'absence de connaissances médico-scientifiques disponibles peuvent rendre nécessaires la suspension du jugement, ne serait-ce que pour éviter des erreurs, des désillusions (« ne puis malheureusement pas y répondre au risque de vous décevoir si la réalité s'avérait différente de mes pronostics »), de la défiance. Il n'en demeure pas moins que pour qu'une telle attitude puisse être comprise et acceptée, sans inquiéter ni décevoir des patients si constamment en attente d'informations, les raisons et enjeux d'une suspension du jugement doivent être expliqués. Et notamment, il s'agit de rassurer les personnes en leur rappelant que cela n'est ni une mise en danger, ni un non-agir, encore moins un abandon. Peut-être est-ce ce qui a manqué à Lançon et que l'éclaircissement tardif de Chloé Bertolus par son mail de réponse tend à compenser.

S'il est ainsi effectivement un *pharmakon*, l'état de doute se présenterait *in fine* peut-être bien plus comme un remède que comme un poison. Laissant place à l'imprévu, aux revirements, aux nouvelles options, ne fermant en somme jamais l'horizon des *possibles*, le doute permet de ne pas renoncer à la possibilité de (re)formuler des interrogations, y compris à partir de ce qui semblait relever de conclusions ou d'affirmations définitives. Même lorsqu'il relève d'une dynamique d'apaisement des tensions, des inquiétudes et de la charge mentale face aux inconnus et à l'incertitude irréductible, il n'en demeure pas moins toujours un état interrogatif aux antipodes d'une attitude attentiste, passive, déconnectée des besoins concrets et des nécessités d'action comme cela est particulièrement le cas en situation médicale où la nécessité

[3058] Derrida Jacques. *Op. cit.*, 108-133.
[3059] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 452
[3060] *Ibid.,* p. 460 : « Qu'il n'y ait "pas de troisième chance" me laisse assez sereine : il n'y en avait pas de deuxième jusqu'à ce que j'appelle le docteur S… ».
[3061] S'agissant du concepts *épochè* et *ataraxia*, je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme*.

de décider et d'agir est omniprésente. Cette dynamique invite aussi à accueillir et à tolérer, voire à (ré)introduire de l'indéterminé, de l'instable, de l'incertain, du réflexif comme autant de moteurs indispensables à la pratique clinique et la recherche en santé. Enfin, le doute en situation médicale tend toujours à se présenter comme une opportunité relationnelle, certes parfois conflictuelle mais néanmoins une issue à la solitude face à la maladie par l'entrée dans la relation qu'elle impose et/ou par son éventuelle reconfiguration. Si l'autre ne renvoie que certitude (dans un esprit purement dogmatique) ou une absence de réponse, on comprend qu'il ne puisse y avoir de relation. La situation de Lançon a pu montrer, à maintes reprises, que l'exposition détaillée, autant que les manifestations psychocorporelles, de ses doutes ont suscité un engagement de ses divers soignants (en plus de sa chirurgienne) et une dynamique relationnelle renouvelée. S'il faut certes du courage et accepter d'être déstabilisé, que ce soit en tant que soignant autant que patient, pour accueillir le contradictoire et les doutes portés par le partenaire de la relation de soin, cela ne peut être répulsif, encore moins destructif, si l'un et l'autre conservent un objectif commun de co-construction, ce qui implique reconnaissance réciproque et respect mutuel. Par ailleurs, quand bien même les tensions liées aux doutes des uns et des autres sont inévitables, elles n'en sont pas pour autant insolubles et permettent surtout de rechallenger régulièrement la relation de soin en travaillant à la meilleure compréhension possible des questions soulevées et à toute réorientation éventuelle du projet de soin en conséquence. Non linéaire, non figée, la relation de soin est en perpétuelle (re)construction et le partage des doutes qui s'y opère lorsqu'une authentique réciprocité entre patient et soignant est à l'œuvre, y contribue grandement.

Enfin, pour Lançon, la reconfiguration douloureuse de la relation de soin provoquée par cette crise de doute atteste aussi de son autonomisation que Chloé Bertolus elle-même avait fini par appeler de ses vœux[3062]. Elle fait en cela pleinement écho aux propos suivant de Canguilhem : « L'objectif du médecin comme celui de l'instituteur est de rendre sa fonction inutile »[3063]. Cette reconfiguration laisse, en effet, entrevoir son émancipation progressive que d'aucuns pourraient qualifier de sevrage tant sa relation de soin avec sa chirurgienne fut effectivement forte, et par certains côtés, sans doute, trop affective, trop fusionnelle. De son émancipation de cette femme chirurgien dont sa vie autant que son visage dépendaient, et dont on rappelle qu'elle fut d'ailleurs souvent qualifiée de mère[3064], à sa propre reconstruction, par lui-même et en lui-même, choisissant sa voie propre, Lançon a manifestement franchi à l'occasion de cette crise relationnelle un pas considérable dans son parcours de rétablissement. C'est pourquoi cette réflexion qu'il a à propos de Chloé Bertolus « cette folie, qui me sauvait la face, aurait pu faire de moi un homme que l'écriture sauvait »[3065] ne devrait plus être entendue au conditionnel.

[3062] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 393 : « Il faut vous protéger de tout le monde et de toutes les bêtises que vous disent les uns et les autres sur la suite, sur votre visage qui va devenir comme ci ou comme ça. […] Vous avez une personnalité très spéciale. Vous avez su trouver votre force ici, et c'est bien. Vous avez fait de ce service un nid accueillant et séduisant, tous sont entrés dans ce nid, et vous devez maintenant en sortir pout leur échapper ».
[3063] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. Op. cit., p. 98.
[3064] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 223 : « Je me sentais en dette avec elle et je lui envoyais des photos de Poussin, de Picasso, comme un enfant qui veut plaire à sa mère absente ».
[3065] *Ibid.,* p. 221.

4.6 – Pas d'intersubjectivité sans doute, pas d'issue au doute sans la relation

Le Lambeau permet d'appréhender la relation de soin dans sa globalité, c'est-à-dire selon ses différentes modalités, ainsi qu'une lecture bubérienne permet de l'éclairer, mais aussi dans ses moments critiques. Il apparaît que le doute est omniprésent à tous ces aspects et tient une place essentielle. Non seulement, son partage entre les différents partenaires de la relation, soignant autant que patient, constitue la garantie d'une véritable rencontre intersubjective, mais un tel partage s'avère salvateur en cas de crise.

4.6.1 – Le Lambeau invite à une lecture bubérienne de la relation de soin liant Lançon à ses soignants

L'expérience que retranscrit Lançon dans *Le Lambeau* invite à une lecture bubérienne de la relation telle que Gérard Reach y a réfléchi dans le contexte particulier de la médecine occidentale fondée sur les sciences biomédicales[3066]. La distinction que propose Martin Buber en deux modes de relation que ce dernier qualifie de « mots-principes »[3067], à savoir *Je-Cela* et *Je-Tu*, lui est apparue particulièrement pertinente et utile pour comprendre les différences dans les modalités relationnelles qui lient patients et soignants[3068]. Les soins dont a bénéficié Lançon relèvent d'une spécialité médicale à forte exigence technico-scientifique, où donc la modalité *Je-Cela* tendrait à prévaloir. Pourtant, son récit illustre aussi, à maintes reprises, en quoi la relation de soin tire grand profit à impliquer cette tout autre modalité relationnelle, dite *Je-Tu*, que Reach qualifie de temps de *la conversation*[3069].

Lançon décrit et différencie avec une particulière acuité ces deux modes de relation qui renvoient, selon Buber, à la dualité pour l'homme de sa relation au monde. Tout d'abord, Lançon est manifestement très au fait de cet effet de chosification qu'impose l'objectivation médico-scientifique et que Reach intègre à cette modalité particulière d'appréhension de la personne malade qui est propre à ce qu'il résume comme le temps de *la consultation*. « Il y a toujours un moment où vous redevenez pour les seconds [les chirurgiens] un tas de viande et d'os à refaçonner »[3070] écrit Lançon, telle une parfaite illustration du règne du *Je-Cela*, lorsqu'il redevient exclusif, inévitablement réducteur voire grossier et surtout fondamentalement éloigné de la personne malade en tant qu'elle n'est pas qu'un objet mais aussi un *sujet*. Cette réduction du patient à n'être qu'un objet pour le soignant, est certes compréhensible pour un chirurgien lorsqu'il se trouve au bloc opératoire concentré sur le seul *corps* d'un patient inconscient du fait d'une anesthésie générale. Mais même en dehors de ce type de circonstance extrême qu'est, entre autres exemples, une intervention chirurgicale, la négation du sujet au profit de l'objet peut continuer de prévaloir. Cela peut notamment être le cas à l'occasion d'une consultation médicale durant laquelle le soignant procède à un examen clinique (entre autres observation, palpation, auscultation) et se prête à un minimum de discussion (dont l'intitulé *interrogatoire*

[3066] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.
[3067] Buber Martin. *Op. cit*., p. 35-67.
[3068] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit.*
[3069] *Ibid.,* p. 358-365, notamment en p. 358 : « Ô merveille, que de pouvoir se parler ! Je veux faire ici l'éloge de la conversation, moment où se réalise la *rencontre* de deux protagonistes du soin ».
[3070] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 230.

démasque d'ailleurs peut être la vraie nature[3071]). Car si le patient n'est appréhendé qu'au prisme de données biomédicales et/ou d'un état de maladie ou de santé, c'est-à-dire selon une modalité de type *Je-Cela*, il n'y a alors pas de rencontre véritable, puisqu'il n'y a pas de reconnaissance du sujet, et à plus forte raison pas de reconnaissance intersubjective. La présence physique du patient et même son état de conscience en éveil ne change rien au fait qu'il est chosifié, tout comme le soignant lui-même qui l'appréhende selon ce mode de relation. Le patient comme le soignant se trouvent alors dans le monde de l'objectivité pure, privés de réciprocité, c'est-à-dire qu' « aucune relation interne et réciproque ne s'établit entre l'homme et le monde »[3072]. Ils sont, en conséquence, totalement seuls, en plus de la brutalité à laquelle renvoie cette chosification, autant de l'un que de l'autre.

Mais, Lançon insiste sur une tout autre modalité relationnelle qui est, selon Reach, celle de la *conversation* et qui renvoie au mode de relation de type *Je-Tu* de Buber. Il ne la décrit pas qu'avec Chloé Bertolus mais avec de nombreux autres soignants à propos desquels Lançon s'avère pourtant particulière laconique. Il en est ainsi de cette culture de la conversation qui s'instaure avec sa kinésithérapeute maxillo-faciale, dont on ne connaîtra guère que le prénom, Denise[3073], et dont on apprend qu'elle est réputée pour sa rigueur au travail de rééducation voire son « autoritarisme ». Pourtant, en dépit de cette dureté au labeur à laquelle elle ne déroge pas, Lançon nous apprend que « Chaque séance, aussi dure soit-elle, entre massage et ventouses, était un dialogue et un échange de confessions »[3074]. Il tend ainsi à témoigner d'une parfaite conjonction entre temps de consultation de type *Je-Cela* (« massage et ventouses ») et temps de conversation de type *Je-Tu* (« dialogue », « échange de confessions »). Celle-ci ne viendrait donc pas perturber le déroulement des soins techniques (ce que Denise n'aurait pas toléré), encore moins réduire leur efficacité puisque Lançon a même, du coup, semblé à la fois mieux les accueillir et mieux les tolérer. Lançon propose un plus long développement encore d'une telle modalité relationnelle de type *Je-Tu* grâce à la relation qu'il a pu entretenir avec un autre chirurgien du service de chirurgie maxillo-faciale. On ne connaîtra d'abord que son prénom, Hossein, et son origine iranienne dont chacun sait qu'elle est associée à l'art de la conversation, avant de pouvoir découvrir tout ce que l'intimité de leurs nombreux moments de conversation permettra de dévoiler. Lançon écrit à ce propos :

> Son goût de la mondanité, dans ma chambre, avait une vertu inattendue : en me parlant comme autour d'un verre de (bon) vin, il me faisait entrevoir le *retour au salon*, à la vie parisienne, à sa culture et à ses indispensables frivolités. En résumé, il introduisait entre les sondes de l'égalité, de la légèreté – et une continuité avec la vie extérieure[3075].

[3071] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 352 : « comment le patient peut-il répondre aux questions indiscrètes de "l'interrogatoire" (quel horrible mot !), se prêter à l'examen clinique ».
[3072] Buber Martin. *Op. cit*., p. 14. Dans sa présentation Robert Misrahi écrit : « Dans ce rapport de choséité avec le monde, rapport qui en retour chosifie et "objectivise" le sujet lui-même, aucune relation interne et réciproque ne s'établit entre l'homme et le monde ».
[3073] Ne pas mentionner les noms de famille peut simplement relever du secret de la confidentialité ou bien de la familiarité qui a pu s'instaurer au gré de leurs conversations, de même que Lançon a pu également parler de sa chirurgienne en ne mentionnant plus que son prénom.
[3074] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 494.
[3075] *Ibid.,* p. 386.

Cette citation montre à quel point cette autre modalité relationnelle que la seule modalité *Je-Cela*, est importante pour Lançon. Il révèle ainsi combien, non seulement cette relation avec Hossein lui est agréable, mais aussi combien elle s'avère précieuse à son parcours de soin au point de la qualifier de « vertu inattendue ». Sous sa plume, il semble définir l'art de la *conversation* promue par Gérard Reach en invoquant plusieurs caractéristiques. Tout d'abord, cette conversation entre en cohérence avec le sens usuel, à savoir « échange de propos », issu du latin classique *conversatio* signifiant « commerce, intimité, fréquentation »[3076]. Il est notable que si cette conversation semble déconnectée des objets de la médecine, elle ne les exclut pas pour autant, ne serait que du fait de leur omniprésence (« entre les sondes ») et parce qu'ils en constituent le contexte (« dans ma chambre »). Par ailleurs, cette conversation est une façon de s'ouvrir et d'être présent au monde (« la mondanité », « le *retour au salon*, à la vie parisienne »), ce qui ne n'implique pas de fuir ou de nier le contexte médical et ses impératifs (« une continuité avec la vie extérieure »). Surtout, elle permet d'ouvrir à d'autres rapports possibles au sein de la relation. De fait, la conversation permet à chacun de ses partenaires de se retrouver à « égalité » (« il [Hossein] introduisait […] de l'égalité »), sans avantage *a priori* de l'un par rapport à l'autre et donc sans l'asymétrie inévitable que le besoin d'assistance et de soins impose au malade. Elle les positionne simplement comme des acteurs du monde (« mondanité »). Les statuts de patient et de soignant s'effacent donc au profit d'un état d'*être au monde* marqué par des habitudes (« le *retour au salon* » qui n'est autre que le lieu privilégié de l'art de la conversation), des traditions (dont celle du « (bon) vin »), une culture (« la vie parisienne »). La conversation, c'est aussi un retour à de la légèreté possible (« frivolités ») en tant qu'elle peut profiter à tous et à chacun selon ses propres choix, en complet contraste avec la lourdeur de l'hôpital (la dureté des procédures subies et la charge mentale qu'elle suscite). Cette modalité relationnelle ne réduit donc plus la personne à un statut de patient contraint et restreint à sa maladie et aux soins qu'elle lui impose. De même, elle ne l'enferme plus dans l'espace cloisonné, et de fait si souvent vécu comme *hors du monde*, de l'hôpital, mais l'appréhende, si ce n'est pleinement dans le monde, du moins ouvert à celui-ci, dans « une continuité avec la vie extérieure ».

C'est grâce à ce climat propre à la conversation et à la posture à laquelle elle invite – à savoir, pour le soignant, se positionner à la même hauteur que le patient – que « la confidence »[3077] devient réciproquement possible. Faisant écho à cet « échange de confessions »[3078] précédemment évoqué avec Denise, la conversation est donc caractéristique en cela qu'elle permet au sujet de se révéler à l'autre comme à soi-même grâce à l'autre dans un partage d'intimité. A cet égard, il paraît pour le moins inattendu que cette propension à la révélation de soi puisse aussi émaner du soignant. Or, c'est ainsi que Lançon nous en en apprend beaucoup sur le caractère de Hossein[3079] et sur son histoire personnelle (sa famille contrainte à l'exil lors

[3076] Site du CNRTL consulté en ligne le 02 décembre 2025 : CONVERSATION : Définition de CONVERSATION. On retient la signification générale contemporaine : « Échange de propos, sur un ton généralement familier et sur des thèmes variés, entre deux ou plusieurs personnes ».
[3077] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 386 : « une curiosité qui transformait la relation, avec la courtoisie de celui qui semble vous croire assez intelligent pour vous mettre dans la confidence ».
[3078] *Ibid.,* p. 494.
[3079] *Ibid.,* p. 385 : « son implacable douceur informative » ; p. 386 : « Il disait les choses en souriant, d'une voix douce, d'un air presque amusé, ou distancié ».

de la Révolution islamique). Par-là s'est ainsi dévoilé que sous « son optimisme et sa civilité » se cachait « une conscience nette de ses limites » comme de « l'impact irréversible des évènements »[3080], en l'occurrence ceux ayant affecté sa vie et celle de ses proches. Autorisé, grâce à cette modalité relationnelle de type *Je-Tu*, à comparer son propre vécu à celui d'Hossein également marqué dans sa chair et dans son intimité par la grande histoire, Lançon a pu, au gré d'un phénomène d'identification, découvrir des similitudes[3081] et par-là se révéler à lui-même. C'est pourquoi justement il écrit : « C'était bien dans la confidence de mon propre cas qu'il me mettait »[3082]. La conversation permet donc autant au sujet de se révéler que d'être révélée, de se reconnaître dans la réciprocité, ce qui ne se résume précisément pas à une communauté d'expérience mais à une communauté de reconnaissance. De cette proximité qu'offre ainsi la conversation résultent non seulement la confirmation d'appartenance à un même monde, mais un sentiment de fraternité tels deux êtres semblablement meurtris mais vivants au monde, *présents* l'un à l'autre. La conscience de l'un comme de l'autre se trouve, en effet, dans cette potentialité réceptive, c'est-à-dire de pouvoir être à l'écoute, soucieux et affecté par l'histoire de l'autre comme par la sienne propre dans un vivant mouvement d'attention et de *présence* réciproque[3083].

Cette modalité de relation de type *Je-Tu* à l'œuvre entre Lançon et Hossein est enfin aussi une illustration du principe bubérien de *réciprocité*. Si, loin de toute considération médicale, leurs nombreux échanges d'impressions, d'avis, de goûts, de découvertes, notamment en matière musicale[3084], témoignent d'une complicité réelle et d'une amitié à venir[3085], ils marquent aussi la réciprocité à l'œuvre dans leur relation. Ainsi que Bachelard analysait la réciprocité selon Buber, « l'être rencontré se soucie de moi comme je me soucie de lui. Il espère en moi comme j'espère en lui »[3086]. C'est précisément ce qui a caractérisé la relation en mode *Je-Tu* liant Lançon et Hossein mais que Lançon déploya en réalité à l'égard de bien d'autres professionnels. On peut en effet se demander ce que signifie le fait d'emmener sa propre chirurgienne au musée[3087] ou le fait de questionner et faire s'exprimer de façon intime et personnelle des soignants à partir d'un panel de tableaux recensé dans le livre d'une exposition[3088]. Lançon se serait-il alors comporté en guide, thérapeute, aidant de lui-même autant que des soignants

---

[3080] *Ibid.,* p. 386.
[3081] *Ibid.* : « Les parents d'Hossein avaient quitté l'Iran […]. Des meubles et des objets de famille étaient demeurés là-bas, dans un hangar. […] Je comprenais peu à peu que, dans ma propre vie, les choses étaient aussi rangées dans un hangar dont elles sortiraient sans doute, mais plus tard ».
[3082] *Ibid*.
[3083] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation centrée sur la réciprocité*.
[3084] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 388 : « Nous échangions depuis quelque temps des disques avec Hossein […] je l'ai vu s'approcher et me montrer un CD d'un pianiste américain, Richard Buhlig : c'était *l'Art de la fugue* que j'écoutais de plus en plus souvent […] Hossein m'a dit : "J'ai pensé que vous ne connaissiez peut-être pas cette interprétation", et il avait raison ».
[3085] *Ibid.,* p. 230 : « Plus tard, il est devenu un ami : le jour où, changeant d'hôpital, il ne s'est plus occupé du patient ».
[3086] Buber Martin. *Op. cit.*, p. 29. Dans sa préface, Bachelard écrit : « Cette réciprocité […] n'apparait vraiment que sur l'axe où oscille, où vibre le je-tu. Alors, oui, l'être rencontré se soucie de moi comme je me soucie de lui. Il espère en moi comme j'espère en lui. Je le crée en tant que personne dans le temps même où il me crée en tant que personne ».
[3087] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit*., p. 422 et 425-430
[3088] *Ibid.,* p. 455.

l'ayant sous leur responsabilité ? Outre que le soin ne serait pas forcément là où on croit, ni forcément médical, la question se pose ici de la réciprocité à savoir que le soigné devient lui-même un soignant, de même que le sachant est aussi un apprenant. Or, cela n'a en rien perturbé son parcours thérapeutique, aussi technique qu'il fut, s'y mariant au contraire harmonieusement. C'est ainsi qu'à propos du comportement d'Hossein à l'égard de ses patients, Lançon écrit : « L'esprit des patients était relié par le geste du chirurgien »[3089] ainsi que l'illustre ce moment musical partagé au bloc opératoire, c'est-à-dire pendant que l'un opérait tandis que l'autre était opéré[3090], attestant aussi au passage le mariage réussi des modalités *Je-Cela* et *Je-Tu*. C'est ainsi qu'au cœur d'un bloc opératoire aseptisé et configuré pour n'accueillir que des gestes techniques, ce moment musical partagé, et s'inscrivant dans le cadre non médical de leur pratique de la conversation, s'est révélé bienfaisant autant pour l'un (le patient) que pour l'autre (le soignant)[3091]. « La relation thérapeutique est à double sens »[3092] conclut Lançon. C'est dire s'il affirme à la fois la présence et l'importance de la réciprocité dans la relation de soin, à savoir que celle-ci ne saurait se réduire uniquement à une relation de type *Je-Cela*. En somme, l'art de la conversation propre à la relation *Je-Tu* ne devrait plus s'inviter seulement comme une improbable bonne surprise – cette « vertu inattendue » telle que l'a qualifiée Lançon – mais être incontournable.

4.6.2 – Le partage du doute comme issue et comme condition de l'intersubjectivité dans la relation de soin

Le vécu itératif de doute de Lançon et la crise relationnelle qu'il traverse avec sa chirurgienne permettent aussi d'éclairer les conditions d'une relation de soin authentique. D'une part, il apparait que le doute trouve son issue dans la relation de soin. D'autre part, la mise en partage de leurs doutes respectifs, autant en tant que patient que soignant, peut agir comme remède en cas de crise relationnelle. Enfin, plus encore qu'une modalité fonctionnelle à même de soutenir cet espace d'intelligibilité, un tel partage de leurs doutes respectifs opère comme condition d'une rencontre véritablement intersubjective et non pas strictement utilitaire. En somme, si le doute a besoin de la relation soin pour sa résolution, la relation de soin aurait elle-même besoin du doute en partage pour exister autrement que de façon purement instrumentale.

Dans son livre *Pour une médecine humaine*, Gérard Reach développe dans un chapitre intitulé « Soigner, le verbe d'une rencontre »[3093], cette idée qu'une rencontre véritable, c'est-à-dire au sens bubérien de type *Je-Tu*, serait en réalité indispensable au soin. Pour le justifier, il décrit l'histoire de « Franz Ingelfinger, médecin éminent, éditeur-en-chef de 1967 à 1976 du *New England Journal of Medicine* »[3094]. Souffrant d'un cancer, il est confronté à la nécessité de

[3089] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 387.
[3090] *Ibid.,* p. 389 : « Hossein a installé le CD dans le lecteur. Tandis qu'on désinfectait et anesthésiait la cuisse droite, les premières notes, si lentes, du premier contrepoint sont passées entre les bonnets des infirmières pour entrer une à une, comme les gouttes d'un début de pluie, dans l'oreille ».
[3091] A l'inverse, certains travaux soulignent l'importance du décentrement tel que pensé par Simone Weil, c'est-à-dire de l'abstraction de soi jusqu'à même l'effacement comme condition de non-instrumentalisation d'autrui. Je renvoie sur le sujet à : Crépeau Alexandre. *Enjeu personnel, éthique et politique : des injonctions contradictoires dans les domaines professionnels du care*. Revue française d'éthique appliquée 2023;N° 14(1):34-49.
[3092] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 494.
[3093] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 293-4.
[3094] *Ibid.,* p. 293.

devoir faire un choix (« entre chimiothérapie et radiothérapie »[3095]) mais n'y parvient pas. Il en est très déstabilisé et traverse alors une période critique de doute angoissant et insoluble. Cette incapacité s'avérait d'autant plus étonnante qu'il disposait de toutes les compétences nécessaires, y compris les meilleures, étant justement lui-même un éminent spécialiste de ce type de maladie. Gérard Reach propose l'explication suivante à cette situation :

> Le docteur Ingelfinger ne pouvait exercer sur lui, patient, son activité médicale professionnelle. Il avait besoin de quelqu'un pour cela, qui le soigne et qui l'aiderait ensuite à *se soigner*, ce qui ne serait plus la même chose[3096].

La très haute compétence médicale de ce médecin ne lui permet pas de se soigner lui-même (« ne pouvait exercer sur lui, patient, son activité médicale professionnelle »). Alors qu'il est maitre en la matière, il se trouve dans l'incapacité de pouvoir mobiliser, pour lui-même, ses connaissances biomédicales et sa maitrise des données scientifiques relatives à la maladie dont il est spécialiste et dont il souffre. Il ne peut, en tant que soignant, s'adresser à lui-même, en tant que patient, comme s'il n'était qu'un *objet* maladie, un *Cela*. A travers la réflexion de l'un de ses collègues l'enjoignant à *rencontrer* un médecin qui le soignerait (« Franz*, what you need is a doctor* »)[3097], se révèle toute l'importance et la nécessité d'une relation de soin (« besoin de quelqu'un […] qui le soigne ») au sens de relation intersubjective de type *Je-Tu*. Ce que Gérard Reach traduit ainsi : « Il avait besoin d'être le *Tu* d'un *Je* »[3098]. Privé de toute capacité de décider et d'agir, il n'a pu sortir de cet état de doute épouvantable qui l'accablait[3099] que dans la relation. C'est dans cet espace de rencontre, d'intelligibilité[3100] et de réflexivité que ce doute accablant, parce qu'il a pu être partagé, a pu conduire à une décision tout aussi partagée, c'est-à-dire co-élaborée.

Ce que cet exemple donne à entendre, et a de commun avec l'expérience de Lançon, est ce rôle essentiel, même incontournable, non seulement du soignant, mais surtout de la relation de soin qui se noue avec ce dernier, pour pouvoir sortir du doute. En rappel des enseignements des philosophes pragmatistes américains, Charles Sanders Peirce invite à sortir du doute en retrouvant un état dit de *croyance* propre à restaurer de l'*habitude dans l'action*[3101], tandis que John Dewey préconise un travail d'*enquête*[3102] qui, par la recherche de tous éléments de réponse, indices, repères, résultats d'expérience, permet une résolution (même provisoire) de cette situation d'irritation liée au doute qui déstabilise. Le patient ne peut y parvenir seul, alors même que les rebondissements, inédits et imprévisibles, relatifs à la pathologie et aux aléas thérapeutiques ne cessent de l'assaillir. Que Lançon exprime clairement ce besoin du soignant, ce besoin fondamental de la relation de soin, non pas forcément en vue de réponses définitives

---

[3095] *Ibid.*
[3096] *Ibid.,* p. 294.
[3097] Ingelfinger Franz J. *Arrogance*. N Engl J Med 1980;303(26):1507-11.
[3098] Reach Gérard. *Pour une médecine humaine*. *Op. cit*., p. 294.
[3099] *Ibid.,* p. 293 : « il lit tout ce qui a été publié ; il ne dort plus la nuit : il est incapable de décider ».
[3100] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine.* Paris : Seuil, 2002, p. 15-31, ici p. 15.
[3101] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.
[3102] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey*.

puisqu'il les sait illusoires (« Je me doute que vous n'avez pas toutes les réponses »), mais pour que ses questions puissent, *a minima*, être entendues (« vous devriez les écouter ») témoigne non pas d'une pulsion conflictuelle mais précisément d'un effort de sortie de crise dont l'un et l'autre, patient autant que soignant, sont garants. A sa manière certes excédée, parce qu'angoissée, Lançon ne dit rien moins que son besoin de relation, autrement dit combien le soignant est indispensable au patient pour sortir du malaise si intense que peut provoquer le doute. C'est dire si la relation de soin est bien, en effet, ce qui permet au patient de trouver une issue aux états de doute, plus ou moins intenses dans lesquels la maladie, les traitements, les complications, tout évènement déstabilisant (rechute) peuvent le plonger. La relation de soin est une façon d'accompagner le patient vers un nouvel équilibre de vie *avec* la maladie et les traitements, impliquant donc de nouveaux repères, de nouvelles habitudes. Or, ce n'est pas seulement par l'apport de soins techniques que se joue ce rôle salvateur et régulateur des soignants, mais bien au prisme d'une relation authentique. L'effet hautement délétère de cette crise relationnelle entre Lançon et sa chirurgienne en a, par contraste, révélé toute l'importance, *a fortiori* à un moment où celui-ci se sentait particulièrement en difficultés[3103]. La distanciation objective autant que subjective de Chloé Bertolus, son silence, l'ont replongé dans des affres de doute aussi profonds qu'au temps zéro de l'attentat et de sa défiguration. Cette rupture manifeste dans leur cours habituel de leur relation a précipité son effondrement, le replongeant dans une crise existentielle. Par leurs histoires respectives, Franz Ingelfinger et Lançon mettent en lumière non seulement la fonction de guide du soignant, mais l'importance d'un co-cheminement. C'est parce qu'ils sont ensemble, parce qu'il y a une reconnaissance et un engagement réciproques, qu'il peut y avoir une issue au doute. L'issue au doute et à la crise que ces situations médicales complexes et terriblement éprouvantes peuvent susciter se trouve dans la *rencontre réciproque* au cœur d'une relation de soin qui ne se réduit pas à sa seule dimension objectivante et instrumentale (relation de type *Je-Cela*) mais intègre chaque partenaire comme *sujet* à part entière doté de pensées, de savoirs, d'émotions et d'histoires personnelles à partager (relation intersubjective de type *Je-Tu*). Si une telle relation de soin, fondée sur la reconnaissance intersubjective et la réciprocité, apparait comme issue aux crises, y compris au sein même de cette relation, c'est aussi parce qu'elle permet le partage et l'élaboration réflexive à partir de toutes formes de doute (quels qu'en soient l'origine, les modalités, les enjeux, etc.). L'idée qui émerge alors est qu'une telle relation ne pourrait justement se forger qu'à partir d'une telle expérience partagée du doute. La rencontre intersubjective authentique et le partage du doute se rejoignent donc non seulement comme modalité de résolution des situations de crise, mais comme principe relationnel fondamental pour les soins en ayant pour fondement l'essence de la réciprocité qu'est la reconnaissance inconditionnelle de l'autre (qu'il soit patient ou soignant) en tant que *sujet doutant* comme soi-même, et réciproquement.

[3103] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit.,* p. 458 : « je ne sais que penser. Je repars avec ma gueule de travers dans le brouillard, sans savoir si c'est vraiment cicatrisé ».

L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : MADELEINE LEBOUC ET LE PSYCHIATRE PIERRE JANET

Quel bonheur ce serait de me croire folle, c'est lorsque j'en doute que je souffre le plus[3104].

Maître Jacques, *Une inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet*, 1993.

[3104] Maître Jacques, Lantéri-Laura George (préface). *Une inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet*. Paris: Anthropos; 1993, p. 287.

La relation de soin qui lia à la fin du 19e siècle l'éminent psychologue et psychiatre Pierre Janet à l'une de ses plus célèbres patientes, connue sous le nom de Madeleine Lebouc et figure mystique de son temps, est particulièrement intéressante pour explorer la question du doute en médecine et au cœur de la relation de soin. D'une part, l'histoire personnelle et la situation médicale de Madeleine ont suscité bien des questionnements et errances diagnostiques au point de faire souvent douter le savant, en plus de tant d'autres. Ce type de situation d'incertitude diagnostique n'est pas sans effets délétères ; les soignants ont parfois beaucoup de mal à tolérer cet état inconfortable de doute quant à la situation de leurs patients ce qui peut les conduire à rejeter leurs plaintes ou à poser des diagnostics abusifs. D'autre part, son caractère et sa perspicacité n'ont pas manqué de déstabiliser voire de mettre à l'épreuve les convictions de ce spécialiste du psychisme. A cet égard Madeleine constitue une figure paradigmatique intemporelle représentative de ces patients qui, à défaut d'un diagnostic positif conformément aux critères de scientificité, peuvent se voir taxés de fabulation ou de troubles psychiques et être discriminés en conséquence. Or, c'est précisément dans ce type de configuration, à savoir lorsque par ignorance de la causalité des plaintes alléguées (à l'instar des douleurs de Madeleine) la situation échappe au *pouvoir sachant* et régulateur de la science, que l'enjeu de la signification des plaintes alléguées[3105] et du *lien* patient – soignant au cœur de la relation s'avère d'autant plus important. C'est pourquoi, cette relation permet enfin d'entrevoir comment le doute peut se trouver mobilisé au cœur de cet interface relationnel en dépit de tout ce qui oppose patients et soignants et dont il s'agira effectivement, dans un premier temps, de constater l'ampleur pour pourvoir d'autant mieux en apprécier aussi les apports possibles.

En dépit de son époque de survenue (d'ailleurs marqué par la montée progressive de ce qu'Entralgo qualifie de « révolte du sujet »[3106]) et de sa singularité, cette relation de soin s'avère d'une incroyable actualité s'agissant des déterminants, des modalités, des enjeux ainsi que des écueils des liens qui s'établissement ou pas, bien souvent laborieusement, entre patients et soignants. Les spécificités de cette époque, dont il faut naturellement tenir compte (notamment le fait que les technologies médicales n'avaient pas encore pris le dessus sur la clinique[3107]), ne provoquent notamment pas d'anachronisme fondamental et n'impactent pas significativement sa pertinence quant à la question du doute. Cette relation de soin acquiert ainsi une valeur universelle, ses caractéristiques pouvant s'appliquer à notre époque contemporaine. C'est ainsi qu'entre Janet, illustre scientifique très impliqué dans ses travaux de recherche en psychopathologie, et Madeleine, internée sous contrainte à l'occasion d'une décompensation psychiatrique de tonalité mystique, se déploie l'asymétrie de la relation de soin sous ses travers les plus extrêmes. A première vue, une femme dans cette situation et à cette époque ne dispose d'aucun *poids* face à l'autorité d'un *sachant* comme Janet. Or leur situation s'avère beaucoup plus riche et complexe que cette représentation caricaturale. A cet égard, il est éclairant d'apprécier combien la parole du doute peut peser lourd dans l'équilibre relationnel et la qualité

[3105] Le Breton David. *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique*. L'information psychiatrique 2009;Vol 85(4):323-8. : « La douleur n'est pas la traduction mathématique d'une lésion mais une signification, c'est-à-dire une souffrance, elle est ressentie selon une grille d'interprétation inhérente à l'individu ».
[3106] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 127-146.
[3107] Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *Op. cit.*. Combe Sonia, Spire Antoine. *Op. cit.*

d'une rencontre entre patient et soignant en dépit de leurs dissemblances, de leurs dissensions et de leur asymétrie de pouvoir.

Sur la base de cet exemple historique de relation de soin, différentes typologies de doute seront ainsi explorées et leurs effets sur l'interface relationnelle appréhendés. Pour ce faire, le corpus mobilisé inclut en les mettant en écho deux sources de nature bien différente : d'une part les écrits de Madeleine constitutifs d'un véritable récit de vie de type autopathographique[3108] ; d'autre part la mise en scène fictionnelle, mâtinée d'humour, de leur relation de soin telle que l'a proposée le scénariste Claude Baqué en plusieurs scènes de rencontre et de dialogue entre Madeleine et Janet[3109]. Il importe ici de souligner que cette réflexion ne saurait avoir de prétention historique ni psychopathologique et que l'usage de la fiction permet précisément de ne pas tomber dans cet écueil. Cette réflexion a pour seule ambition de réfléchir à la relation de soin et à la place qu'y joue le doute. Il s'agira notamment d'interroger ce préjugé d'incompétence si facilement appliqué aux patients, *a fortiori* en situation de troubles psychiques, et conduisant à leur *silenciation* et au déni de leurs doutes afin tout au contraire d'en éclairer la légitimité, la pertinence et l'importance pour la qualité des soins et de la relation de soin.

1 – Justification du choix de la relation de soin entre Pierre Janet et Madeleine Lebouc

La relation de soin n'est pas donnée par principe au motif qu'il y aurait un patient et un soignant. Une relation de soin est un processus en perpétuelle (re)construction. Beaucoup de facteurs sont susceptibles de venir impacter ce processus plus ou moins (dé)favorablement. Entre autres facteurs de dissension possible entre patient et soignant, le doute dans la diversité de ses occurrences et de ses déclinaisons est plus habituellement considéré comme un facteur de fragilisation que de renforcement de cette relation. Si, comme je souhaite le démontrer, la réalité est bien plus complexe, il n'en demeure pas moins que le doute, *a fortiori* s'il reste irrésolu, peut constituer une source d'incompréhension, de tension relationnelle et conduire à divers écueils. C'est en partant de l'exemple d'une situation plutôt périlleuse en matière d'approche et de gestion du doute entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet, que je projette de révéler toute la richesse, les atouts et en définitive l'importance déterminante qu'il y a à oser exprimer et partager les doutes au cœur même de la relation de soin.

1.1 – Bref rappel historique au sujet de cette relation de soin

Informé par son élève Maurice Apte, auteur d'une thèse sur les *stigmatisés*[3110], du cas d'une patiente susceptible de l'intéresser particulièrement, le célèbre psychiatre Pierre Janet (1859-1947) rencontre une patiente qui se fait appeler Madeleine Lebouc. Cette dernière constituera

[3108] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie*.
[3109] Baqué Claude, Bruno Pierre (postface). *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*. Paris: De l'insu; 2022. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *De la mise en récit de la relation de soin*.
[3110] Apte Maurice. *Les stigmatisés. Etude historique et critique sur les troubles vaso-moteurs chez les mystiques*. Faculté de médecine de Paris: Thèse pour le doctorat de médecine; 1903.

pour celui-ci un cas d'étude sans précédent. L'histoire, les symptômes (crises extatiques, stigmates, anorexie confinant à l'inédie, démarche sur la pointe des pieds) et les nombreux échanges qu'il entretint avec cette patiente tout au long de vingt-deux années de suivi marquèrent profondément sa réflexion médicale et scientifique sur les conduites humaines, ses travaux de recherche en psychologie et son œuvre publiée. Il consacra ainsi la première partie de son ouvrage majeur *De l'angoisse à l'extase*[3111], paru en 1926, à l'observation et à l'analyse du cas de « Madeleine » puis la troisième partie à l'interprétation de ses troubles. Or, cette étude de Janet non seulement s'est abstraite de son contexte socio-historique, mais elle ne donne à voir qu'une partie réduite de la vie et de l'histoire de Madeleine Lebouc, de sa véritable identité Pauline Lair Lamotte (1853-1918). Seul l'historien Jacques Maître la révèlera en plus de proposer une biographie élargie à son histoire familiale, sociale, culturelle en la contextualisant au gré des évènements de son époque (dont La Commune) dans son ouvrage *Une inconnue célèbre*[3112]. Il la sortira ainsi de l'image d'une indigente mystique et hystérique à laquelle elle était cantonnée[3113] (raison pour laquelle je respecte dans ce travail l'identité qu'elle s'est choisie à savoir Madeleine Labouc). Par ailleurs, si la présence de troubles mentaux ne fait guère de doute, l'approche psychopathologique de ce cas complexe n'a quant à elle jamais cessé d'être reprise et ne saurait donc être considérée comme clôturée par la seule interprétation de Janet au motif qu'il en a fait « un cas exemplaire de "folie psychasthénique", sur la base de cycles où alternent épisodes de doute et de torture morale (entre obsession et mélancolie) et épisodes d'extase et de modifications sensori-motrices majeures (frisant la grande hystérie) »[3114]. Autant avant qu'après Janet, l'analyse pathographique de l'histoire et des symptômes de Madeleine Lebouc n'a cessé de faire couler beaucoup d'encre, continuant d'être revisitée et de se parfaire au point qu'aucun diagnostic médical définitif n'ait finalement pu être posé[3115]. Ces innombrables relectures – de nouvelles restant d'ailleurs toujours possibles – tendent à témoigner de l'irrésolution fondamentale de l'état de doute que l'histoire de cette patiente n'a jamais manqué de susciter. Les interprétations qui en ont résulté ayant elles-mêmes suscité du doute, il apparaît illusoire d'espérer un jour une conclusion définitive à son sujet.

[3111] Janet Pierre, Nicolas Serge (préface), Blondel Charles (introduction). *De l'angoisse à l'extase. Etudes sur les croyances et les sentiments : 1926-1928*. Paris: L'Harmattan; 2009 [1926].
[3112] Maître Jacques. *Op. cit*.
[3113] Castel Pierre-Henri. *La Madeleine de Janet, ou comment s'écrit l'expérience de l'extase*. Savoirs et clinique 2007;8(1):211-6. : « Il est difficile de ne pas inféoder ces questions à une ambition, une fois encore, pathographique. La force de Jacques Maître est d'avoir, contre Janet, restitué l'ancrage ordinaire, autour de 1900, des thèmes que brasse Pauline. En fait, le recours à l'histoire et à la sociologie dénaturalise "l'état mental" de Pauline ; il montre que l'effet psychopathologique résulte directement de la mise entre parenthèses de cet arrière-plan contemporain ».
[3114] *Ibid*.
[3115] *Ibid*. : « Le cas Madeleine est en effet un *locus classicus* de la casuistique psychiatrique. Est-ce une psychose, ou non ? Est-ce un délire mystique comme il s'en observe dans la paranoïa ? Les états dits de "sécheresse" et de "torture" sont-ils des symptômes de mélancolie anxieuse ? Ou est-ce un emballement imaginaire de type hystérique sur un matériau religieux, avec des jouissances sexuelles et des somatisations symboliques à crever les yeux ? En quoi les doutes et les scrupules de Pauline se démarquent-ils des symptômes obsessionnels classiques ? Le concept janétien de "folie psychasthénique" offre-t-il un intermédiaire recevable entre ces possibilités ? ».

1.2 – Actualité des situations de doute irrésolu en médecine ou la hantise de l'errance diagnostique

Avant de justifier le choix de cette *relation de soin* – une relation certes singulière mais aussi exemplaire pour la diversité des thèmes en lien avec le doute en médecine qu'elle permet de soulever –, il importe de souligner que l'histoire même de cette patiente est déjà, à elle seule, très intéressante pour explorer les enjeux du doute dans la pratique médicale. Elle permet d'illustrer la situation, non rare en médecine, de difficulté diagnostique, parfois même d'errance, et les écueils que cela charrie. L'errance diagnostique[3116] est naturellement grande pourvoyeuse de *doute clinique* irrésolu. Par la dépense de temps et d'énergie, comme par le sentiment d'incompréhension, d'impuissance voire d'échec qu'elle suscite, elle déstabilise les acteurs soignants et s'avère parfois très difficile à gérer. Quand bien même l'histoire de Madeleine se situe à la fin du 19e siècle et en dépit des variantes (de contexte, de présentation symptomatique, de lecture syndromique, d'organisation des soins) induites par le changement d'époque, la configuration de difficulté diagnostique n'en reste pas moins un évènement à la fois courant et toujours d'actualité pour les professionnels de santé. Exactement comme cela s'est joué dans le cas de Madeleine, la tendance à apposer une étiquette psychiatrique, ou *a minima* psychosomatique, sur des manifestations médicalement incomprises et scientifiquement inexpliquées traverse les époques. Qualifier une personne de « folle » et/ou supposer le caractère *fonctionnel*, c'est-à-dire sans réalité anatomique autant que physiologique, de certaines plaintes suggérant par là qu'elles relèveraient de pures productions de l'esprit est un raccourci fréquemment emprunté lorsque la (bio)médecine se voit prise en défaut pour les éclairer et ainsi les justifier. C'est ainsi que la qualification *sine materia* (à l'instar du prurit *sine materia* désignant des démangeaisons cutanées pour lesquelles aucune étiologie probante, notamment dermatologique, n'a pu être détectée) sous-entend le plus souvent une absence de réalité autre qu'imaginaire. C'est pourquoi, ce que je décrirai par le prisme de l'histoire de Madeleine (la durée de son hospitalisation à la Pitié Salpêtrière de plus d'une décennie n'étant pas le moindre des arguments illustrant l'errance diagnostique caractéristique de sa prise en charge médicale) n'est pas anachronique. En effet, c'est dans tous ses faits et gestes qu'elle fut suspectée de folie et opportunément qualifiée d'*hystérique* à une époque où un tel diagnostic pouvait correspondre à un effet de mode et ainsi être porté par excès. La fréquence de plaintes fonctionnelles et d'états suspects de maladie pour lesquelles on ne dispose que de trop peu voire pas de données scientifiques probantes pour attester de leur nature réellement pathogène continue de mettre les acteurs de santé en difficulté en dépit des progrès de la science médicale. En plus d'être incomprises et déconsidérées, ces personnes peuvent donc aussi manquer de recevoir un accompagnement adapté à leurs besoins.

1.3 – Le renoncement ou la fuite des acteurs de santé face au doute médical irrésolu

La situation d'errance diagnostique (et conséquemment de soins) peut en soi représenter une sorte de quintessence du doute en médecine. Mais, du fait même de son irrésolution, elle conduit

[3116] L'errance diagnostique en quoi consiste l'absence de diagnostic en dépit des symptômes rapportés par les malades est à bien distinguer de l'errance médicale (aussi qualifiée de nomadisme) consistant à consulter plusieurs praticiens pour un même diagnostic.

à un écueil majeur qu'est précisément son rejet. Les acteurs sanitaires en viennent à rejeter le doute en rejetant le patient qui en est à la source au prétexte que sa situation particulière, non seulement met en échec les acteurs sanitaires, mais révèle les insuffisances de la science médicale.

Que ce soit à l'époque de Madeleine ou bien de nos jours, la question qui se pose aux acteurs de santé lorsqu'un diagnostic précis manque à se faire jour (rapidement et facilement), reste peu ou prou la même. Bien à raison sans doute, tant elle est éternelle et surtout légitime puisqu'elle implique un engagement concret de la médecine et ses acteurs, cette question pourrait se formuler ainsi : s'agit-il réellement d'une entité (d'un état) pathologique ? Nous verrons qu'au sujet des *stigmates* de Madeleine, le propos suivant a ainsi été prêté à son médecin psychiatre Janet : « Mais avant d'entrer dans les interprétations, j'ai voulu […] me faire simplement une opinion sur leur réalité »[3117]. De là apparait le spectre d'un fossé qui peut d'emblée et durablement séparer le patient du soignant. Parce que questionner la « réalité » médicale se cachant éventuellement derrière les allégations d'une personne n'est rien moins que faire peser le soupçon sur des plaintes ressenties, le climat de confiance ne peut qu'en être affecté. Parce qu'aussi, un tel positionnement *jugeant* et *sachant* des soignants exclut de fait le patient de ce champ d'aptitudes, celles de disposer d'un savoir sur son propre corps et d'une capacité de discernement quant à son expérience de l'état de santé ou de maladie. Que le malaise de l'errance diagnostique puisse amplifier le travers paternaliste de la pratique soignante, cela n'en révèle pas moins la méconnaissance et le défaut d'appropriation des enseignements de Canguilhem. Questionner, pour un patient donné, le normal comme le pathologique ne relève pas d'une *norme* qui serait préétablie et immuable mais doit s'appuyer sur sa propre *expérience normative*[3118], nous explique-t-il. Qu'une *norme* de *vie bonne*[3119] puisse être trouvée, ou retrouvée, en dépit d'une pathologie (même sévère et handicapante) relève d'une appréciation conjointe de la personne elle-même et de son soignant. De même, affirmer d'un état qu'il est pathologique ne dépend pas seulement, ni prioritairement, de l'appréciation qu'en font de tierces personnes, en la matière les professionnels de santé (aussi outillés soient-ils d'instruments de haute précision), mais implique aussi l'*expérience subjective* et donc *normative* de la personne concernée. Canguilhem écrit :

> C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades[3120].

Avant que n'émergent les potentialités de la médecine préventive (visant à éviter la survenue de maladies) comme des traitements préemptifs (visant à soigner une affection avant qu'elle ne se manifeste cliniquement), la médecine s'adressait à des personnes s'éprouvant malades (« se sentent malades »), rappelle Canguilhem. A moins qu'une erreur d'appréciation, une

[3117] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 97.
[3118] Lefève Céline. *Autour de Canguilhem. Op. cit.,* p. 47-97 (chapitre « La conception individuelle du normal et du pathologique de Georges Canguilhem »).
[3119] Butler Judith , Rueff Martin (Trad.). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Paris: Payot & Rivages; 2020
[3120] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique. Op. cit.*, p. 205.

perturbation du jugement, un effet de déni ne s'immiscent dans cette évaluation – ces facteurs pouvant d'ailleurs affecter autant le patient que le soignant –, l'*expérience subjective* d'un état pathologique (l'expérience de se sentir malade émanant donc de la personne elle-même) servait de guide à la médecine pour lui venir en aide. Ce n'est qu'à partir de cette expérience (donc « secondairement ») que la médecine œuvrait alors à identifier les raisons de cet état pathologique (« en quoi ils sont malades »). C'est sur ce second point que les choses ne sont peut-être pas aussi simples que présentées ici par Canguilhem. Dans la pratique clinique courante, ou comme l'illustre de façon singulière l'histoire médicale de Madeleine, la médecine peut se trouver en difficultés, voire en échec, pour répondre précisément à une personne se sentant malade quant aux raisons de son état. Lorsqu'elle ne parvient pas à identifier l'origine des troubles ressentis ni même à fournir les preuves d'une maladie, la médecine ne peut au mieux que laisser planer une hypothèse. Et, tentant de caractériser cette hypothèse, elle l'expose à diverses conjectures toujours sujettes à l'erreur d'appréciation et de jugement, ce qui impose de toujours pouvoir la réviser. La médecine peine pourtant dans cette entreprise.

Reprenons, en la complétant, la question telle que précédemment posée : s'agit-il réellement d'une entité (d'un état) pathologique ? Ou bien, au contraire, n'y-a-t-il rien qui relève apparemment d'une « réalité » pathologique ? Ce supposé *rien de pathologique* ne relèverait alors, tout au plus, que d'un état *indéterminé*. Il pourrait certes justifier et susciter un suivi évolutif mais resterait aux antipodes de ces états considérés comme nobles parce qu'authentiques que constituent des maladies comme le cancer. Mais alors, cet état *indéterminé* serait-il une variante du normal, une bizarrerie, une lubie, une simple exagération en lien avec des traits de caractère tels qu'une nature sensible et émotive, ce qui amène insensiblement à l'hypothèse de trouble fonctionnel et/ou psychosomatique. D'emblée, les connotations morales ne manquent pas. Selon une telle dichotomie, dans la première configuration – celle d'une entité considérée comme réellement pathologique et donc sérieuse, digne d'intérêt et de compassion – la médecine, estimant avoir toute sa place, œuvre ardemment à l'évaluation diagnostique la plus fine et à une prise en soins cohérente avec le diagnostic retenu. Dans la seconde configuration – celle d'une supposée non-entité pathologique – la position médicale s'avère le plus souvent *sceptique* et tend à conduire insensiblement les acteurs de santé à s'en désintéresser, à les considérer comme indifférents[3121], autant en termes d'enquête diagnostique que d'accompagnement. Ce qui prend dès lors l'allure d'un renoncement à la dynamique du *doute clinique* et au devoir d'assistance sanitaire peut survenir secondairement à une enquête considérée comme exhaustive mais vaine au sens où il ne s'est trouvé, *in fine*, aucune altération objective ni aucune menace apparente pour les fonctions vitales. Cette position sceptique ne manque pas de susciter divers écueils dont le délaissement voire le rejet de la personne à l'origine d'un abandon et d'un défaut d'assistance mais aussi la perte d'estime pouvant conduire à sa stigmatisation et sa discrimination. A cet égard, il est tentant de considérer la propension médicale à produire des *diagnostics par défaut*, c'est-à-dire sans preuve suffisante, comme un mécanisme de défense à même de les prémunir de telles conduites. Comme je le développerai plus loin, c'est ainsi qu'en dépit de sa rigueur scientifique, le psychiatre Janet conclura, *sans*

[3121] Je renvoie au concept d'*adiaphora* sceptique explicité dans le chapitre de présente thèse, intitulé : *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme.*

preuve, à la causalité psychogène des *stigmates* présentés par sa patiente Madeleine. A cet égard, la qualification de psychiatrique ou du moins invoquant la nature au moins en partie psychogène de troubles allégués, mais restant médicalement inexpliqués, n'a rien perdu de son actualité. Il est ainsi notable qu'un tel diagnostic par défaut puisse *in fine* constituer un excès de diagnostic qui a pas mal de chances d'être inapproprié ou même erroné, et à tout le moins inutile. Sans compter que diverses conséquences indésirables peuvent en résulter. Un traitement inadéquat et source d'effets secondaires, un retard diagnostique de la maladie dont il pourrait être réellement question, la pathologisation à tort d'un état qui ne le justifie pas et/ou dont les ressorts ne sont pas de nature médicale (s'agissant par exemple de ressorts sociaux, éducatifs, spirituels), ne sont pas les moindres de ces conséquences.

Diverses entités nosographiques – certaines semblant traverser les âges comme l'hystérie, d'autres marquées par leur ancrage historique et pouvant relever d'une reconnaissance toute récente – recouvrent ces *états indéterminés*, intermédiaires, qui ne relèvent ni de l'évidence médicale ni de de la preuve scientifique mais de la conjecture. De telles entités, fondées empiriquement, s'avèrent propices à l'écueil de l'erreur de diagnostic. En l'absence d'explication probante de ses troubles, un patient peut en effet se voir assigné à cette catégorie diagnostique, parfois à raison mais aussi parfois à tort. Parmi ces entités, outre l'entité générique des manifestations psychosomatiques dans toute la diversité de leurs expressions possibles, peuvent se trouver aussi l'hystérie, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, la colopathie fonctionnelle, le syndrome du côlon irritable, la myofasciite à macrophages[3122], la phase dite tertiaire supposée d'une maladie de Lyme même non documentée d'un point de vue microbiologique[3123], et bien d'autres encore. Reposant sur les conditions d'avoir, d'une part formellement éliminé tout autre diagnostic, d'autre part réuni un ensemble de critères dont il est notable qu'aucun n'est en soi spécifique, cela laisse planer une insoluble incertitude. De plus, beaucoup de ces critères sont effectivement de nature *fonctionnelle*, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas associés à une altération anatomique à la fois objectivable et explicative mais relèvent de l'*appréciation subjective* de la personne concernée, à l'instar du prurit *sine materia*, de la fatigue inexpliquée[3124] ou de douleurs non lésionnelles dont il est difficile de ne pas faire lien avec un autre type de vécu, celui d'une souffrance sur laquelle la médecine n'aurait peut-être pas de prise (contrairement à d'autres disciplines telle l'anthropologie[3125]) d'où son embarras et ses maladresses. Car cette *appréciation subjective* de la personne est complétée par celle du soignant lui-même qui tente – malgré l'absence d'éléments objectifs palpables et mesurables – d'en évaluer notamment la texture, l'intensité et le retentissement sur la qualité de vie. Cela rend de tels diagnostics d'autant plus difficiles. Il n'est ainsi pas rare qu'ils puissent manquer d'être portés si les symptômes sont minimisés et/ou banalisés par l'un ou l'autre des partenaires de la relation, et plus particulièrement par le soignant puisqu'il n'en fait pas directement

[3122] Soares Santos Daniela, Santos Arsénio, Rebelo Olinda, Santos Rui M. *Macrophagic myofasciitis. A challenging diagnosis*. BMJ Case Rep 2018;2018.
[3123] Caumes Eric. *Maladie de Lyme. Réalité ou imposture ?* Paris: Robert Laffont; 2021
[3124] Gramont Baptiste, Goutte Julie, Feasson Léonard, Millet Gauillaume, Hupin David, Cathebras Pascal. *Chronic fatigue: What investigations? And what for?* Rev Med Interne 2023;44(12):662-9.
[3125] Le Breton David. *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Paris: Métailié; 2010. Le Breton David. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié; 2012.

l'expérience[3126]. De tels diagnostics peuvent tout aussi bien être portés par excès (et donc à tort), notamment pour rassurer voire satisfaire une personne (ou son entourage) en lui proposant un diagnostic explicatif à ses maux[3127]. Certains symptômes peuvent alors être majorés par l'anxiété des patients ou dramatisés sous l'effet d'un biais de désirabilité des soignants. Car, à défaut de preuve objective d'une maladie donnée et d'explication rationnelle, scientifiquement admise et documentée, d'un état pourtant suspect, la médecine rechigne à se satisfaire d'un « non-diagnostic », à patienter et surveiller sans savoir, à accompagner sans forcément tout comprendre, à stagner dans la zone grise de l'incertitude persistante et du doute irrésolu autant à l'échelle diagnostique que thérapeutique. L'errance diagnostique, par la prise de conscience de l'insuffisance de la science médicale à répondre à toutes les questions que soulèvent les patients, par la béance qu'elle ouvre du fait de l'incertitude et de l'inconnu, par l'instabilité et l'inconfort liés au *doute clinique* persistant qu'elle provoque et entretient, est bien une éternelle hantise pour les médecins. Le risque est dès lors soit d'apposer une étiquette psychiatrique ou bien un nom de maladie par excès (surdiagnostic sur lequel il peut être ensuite très difficile de revenir), soit de rejeter une telle situation hors du champ de la médecine, en négligeant par-là même une personne pourtant en besoin d'aide. Dans l'un et l'autre cas, cette tendance est bien celle du renoncement au doute et partant du rejet, parfois très concrètement, de celui qui le suscite.

1.4 – L'histoire de Madeleine Lebouc comme exemple de cas médical irrésolu

Le parcours de Madeleine illustre ces difficultés diagnostiques que peuvent rencontrer les acteurs sanitaires. Son parcours a été marqué par plusieurs hospitalisations au sein de différents services de soins et dans différents hôpitaux ainsi que par la mise en échec, d'un point de vue diagnostique autant que thérapeutique, de plusieurs équipes médicales. L'un de ces échecs a d'ailleurs été constitué par sa fuite de l'hôpital avant même qu'elle n'ait pu être transférée dans le service du Professeur Charcot qui s'y intéressait et avait exigé son hospitalisation de sorte à pouvoir explorer sa situation singulière par lui-même[3128]. Quant à son séjour dans le service du Professeur Janet, la durée prolongée de cette hospitalisation illustre à elle seule l'incertitude diagnostique et la difficulté de sa prise en charge, quand bien même beaucoup de temps fut aussi en réalité consacré à l'observation de son cas. Cette hospitalisation contribua, en effet, grandement aux travaux de Janet participant ainsi autant, si ce n'est plus, à sa recherche médicale (dont la visée est donc purement intellectuelle, et savante) qu'aux soins proprement dits, la constituant en cela peut-être bien plus comme un *objet de recherche* que comme *sujet de soins*. Enfin, s'il est certes reconnu, s'agissant de Madeleine, qu'une affection mentale « ne fait guère de doute, par elle-même »[3129], celle-ci n'a pourtant jamais été clarifiée et définitivement précisée, ni de son vivant ni ultérieurement en dépit de l'évolution et de

[3126] Black N., Burke L., Forrest C. B., Sieberer U. H., Ahmed S., Valderas J. M.*, et al. Patient-reported outcomes: pathways to better health, better services, and better societies*. Qual Life Res 2016;25(5):1103-12.
[3127] L'article de presse suivant relate l'histoire de Valentin chez lequel a été posé un diagnostic de maladie de Lyme alors qu'il souffrait de troubles psychiatriques : Robert-Diard Pascale, *Début du procès de Valentin, 15 ans au moment des faits, qui a tué ses parents et mis le feu à leur maison en Isère*, Le Monde [Société], publié le 11 mars 2025. En ligne : Un double parricide devant le tribunal pour enfants, consulté en ligne le 11 mars 2025.
[3128] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 37.
[3129] *Ibid*., p. VI.

l'affinement des critères diagnostiques en psychiatrie[3130], actuellement fondés sur les versions régulièrement actualisées du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux[3131]. Même si, fondamentalement, une telle situation n'est peut-être pas si rare en psychiatrie – puisque ne disposant pas de critères diagnostiques objectifs des maladies, cette discipline médicale ne peut se dégager de l'appréciation empirique qu'en font les cliniciens –, il semble aussi qu'aucune des préconisations thérapeutiques auxquelles elle se prêta n'améliora significativement sa situation. Sauf à considérer l'effet bénéfique de la relation soignante entretenue avec Janet, mais ne pouvant pas non plus éliminer une évolution naturelle spontanément favorable de sa situation, bien des questions restent ainsi ouvertes quant à la nature précise de la situation médicale de Madeleine, et le resteront.

La question régulièrement posée du lieu d'accueil le plus adapté pour Madeleine est une autre façon d'appréhender cette question de l'errance diagnostique voire de l'erreur d'aiguillage. A savoir, Madeleine relevait-elle de la médecine ou pas, ou du moins quels aspects de sa situation auraient pu effectivement en relever quand d'autres pas ? Nombre de ceux qui l'ont approchée ont effectivement pu se trouver perplexes : relevait-elle plutôt du couvent, de la prison, de l'hospice, de l'assistance publique, de l'hôpital, de l'asile ? Passant parfois sans transition de l'un à l'autre, elle a ensuite séjourné pendant près de deux décennies à l'hôpital, mais c'est pourtant finalement dans sa famille qu'elle est retournée vivre jusqu'à son décès. Ayant toujours gardé un solide lien filial fait d'affection et de confiance avec sa sœur Sophie, cette dernière a pu la convaincre de revenir vivre en Mayenne[3132], où elle put s'adonner à sa foi comme elle l'avait en réalité fait durant toute sa vie ce qui a effectivement pu échapper à ceux qui ne voyaient en elle qu'une causalité psychiatrique (ainsi que je le développerai plus loin). En cohérence avec l'incertitude relative au lieu d'accueil et de vie susceptible de lui être le plus adapté, fait écho l'incertitude relative à son statut médical, et partant également son statut religieux. Que tout ce qui fut avancé médicalement puisse, *in fine*, être attribué (en totalité ou en partie) à la profondeur de sa foi et non point à la folie ou au mensonge, renvoie à la question de la tension et du contraste qui peuvent exister entre les *normes*, qu'elles soient sociales, culturelles, familiales, mais aussi médicales, et les aspirations, les libres choix et l'autonomie de la personne. Par-delà leurs excès et leur étrangeté, la tonalité mystique de son comportement et les choix de vie de Madeleine se sont toujours avérés en conformité avec sa foi. Peut ainsi être soulevée la question de la pathologisation, non seulement excessive mais peut-être inappropriée, du fait religieux chez Madeleine, les normes en matière de religion affectant les médecins comme tout autre citoyen. Qu'en somme, et le constat est applicable à tout un chacun, tous les aspects de la vie de Madeleine ne pouvaient peut-être pas se prêter à une approche exclusivement médicale sous peine d'erreur de jugement et d'errance diagnostique.

[3130] *Ibid*., p. X à XIV.
[3131] American psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. Washington: American psychiatric association; 2013.
[3132] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 355-356.

1.5 – L'accueil du doute, *a fortiori* irrésolu, comme enjeu de préservation de la relation soin

C'est à se demander si ce n'est pas justement à l'aune de cette irrésolution si fréquente du doute en médecine que les enjeux de qualité de la relation de soin se révèlent être d'autant plus importants. Si dans les situations où un diagnostic peut être clairement établi, où les connaissances scientifiques et la technique médicale conduisent à des performances thérapeutiques inégalables et optimales (au point de guérir des maux auparavant mortels), l'enjeu relationnel n'en est pas moindre (*a fortiori* en cas de maladie grave), il peut cependant paraître de moindre importance et passer au second plan. La confiance semble alors moins dépendre de la qualité de la relation que des prouesses technico-scientifiques et de l'aura de puissance de la médecine qu'incarne le professionnel. A l'inverse, en situation d'irrésolution (partielle ou plus complète) du doute, la qualité de la relation se révèle d'autant plus essentielle qu'elle se voit naturellement fragilisée, ne serait-ce que parce que les compétences du professionnel sont questionnées tout comme cela met en lumière les zones d'ignorance de la science, les difficultés et l'incertitude de la pratique soignante. A défaut du support de la technique et de la science, la qualité humaine de la relation (ne pouvant alors pas se réduire à une interaction instrumentale) comme l'enjeu de maintien du lien et de la confiance tendent à devenir prioritaires. Le mouvement consistant à prendre du recul peut de fait sembler naturel et légitime. D'un côté, le soignant est tenté de renoncer et donc d'abandonner le patient qui le met en échec. De l'autre, le patient, cherchant de façon pragmatique des réponses et une aide adaptée, est tenté de changer de professionnel quitte à s'en remettre parfois à des charlatans prompts à apporter des réponses sans fondement ni preuve mais qui séduisent et comblent le vide. Autrement dit, face au doute irrésolu, le risque de fragilisation voire de rupture du lien est grand avec le soignant ou plus généralement avec le milieu médical.

Soutenir le *lien*, faire vivre la relation de soins, constituent en réalité un défi récurrent en médecine, et ce en toutes circonstances. S'il n'est pas exprimé et mis en partage de sorte à pouvoir l'éclairer, le travailler et l'éprouver, de puissantes sources de doute s'avèrent particulièrement propices à l'émergence de la défiance, parmi lesquelles, entre autres : les innombrables difficultés inhérentes aux pratiques soignantes, les inconnus que la science n'a pas comblés, le constat d'impuissance tragique de la médecine face à certaines pathologies, la complexité si fréquente des situations de vie où la maladie vient faire effraction, les incompréhensions bien humaines entre des acteurs dont les intérêts ne sont jamais complètement superposables et qui ne partagent ni le même langage, ni le même vécu ni parfois les mêmes objectifs. L'exemple choisi de la relation de soin liant Janet et Madeleine permet effectivement d'y donner écho et de révéler toute l'importance d'accueillir et éprouver le doute, dans toute la diversité de ses occurrences, au cœur de la relation de soin.

2 – Spécificités méthodologiques et choix du corpus de travail

Il me faut ici préciser les spécificités méthodologiques mises en œuvre pour pouvoir aborder et travailler la question du doute en partage au cœur de la relation de soin qui lia Janet et Madeleine. L'histoire et les travaux du célèbre psychologue et médecin psychiatre français

Pierre Janet sont bien connus, ayant fait l'objet de nombreuses recherches et analyses à l'origine d'un corpus historique conséquent. De même, le cas de sa patiente Madeleine Lebouc a aussi bénéficié de divers travaux visant une relecture psychopathologique et historicisée de ses manifestations. C'est tout particulièrement le cas s'agissant de l'apport du travail effectué par le sociologue Jacques Maître qui a contribué à la sortir de l'image d'indigente mystique et d'hystérique délirante qui lui avait été plaquée en dépit des multiples interprétations psychopathologiques proposées à son sujet. Jacques Maître est aussi le seul à avoir révélé la véritable identité de Madeleine Lebouc, à savoir Pauline Lair Lamotte[3133]. Ce n'est pourtant pas une nouvelle analyse psychopathologique et/ou historique, encore moins une étude de cas religieux, que vise le présent travail de recherche sur Janet et Madeleine Lebouc. Il est notamment exclu d'aborder le sujet de l'extase source de beaucoup de réinterprétations et d'intenses controverses (entre clergé, médecine, philosophie via la métaphysique) ne serait-ce que parce que sa définition s'avère équivoque et variable selon les époques[3134]. Ce n'est pas non plus le type de diagnostic qui importe ici mais la façon dont la relation de soin peut se déployer et comment elle permet (ou pas) de mettre en partage l'état de doute, d'interrogation, d'incertitude entre patient et soignant. Il s'agit ainsi par l'exemple de Janet et Madeleine d'approcher la relation de soins ordinaire, celle susceptible de concerner tout un chacun. Il s'est ainsi agi de retrouver l'humain sous les figures historiques autant que sous les cas médicaux, les étiquettes psychopathologiques et les titres professoraux. Il était donc d'emblée impératif de ne pas tomber dans l'écueil d'analyser « la Madeleine de Janet », puisqu'une telle vision relevait d'un seul homme, d'un seul médecin, d'un seul chercheur. Une Madeleine par ailleurs condamnée à n'être que l'*objet* destiné à son étude des comportements humains, et s'en trouvant dès lors désincarné, *dé*subjectivé, abstrait. Car, comment à elle-seule, Madeleine pouvait-elle permettre une approche globale des comportements humaines sans tomber dans l'écueil de la production d'un prototype non humain. La première démarche a ainsi consisté à choisir la manière de restituer à ces deux personnages historiques si célèbres leur valeur humaine ordinaire au travers de leurs rôles respectifs en tant que patient et soignant (comme le serait tout autre patient et tout autre soignant). Partant ils ne se trouveraient pas non plus privés des prérogatives, des vulnérabilités et des travers qui sont les leurs du fait de ces rôles spécifiques au sein de la relation de soins. Un tel abord permet d'octroyer à la patiente qu'est Madeleine le plein droit d'éprouver des doutes à l'égard de son état de santé comme du milieu médical sans pour autant que ses doutes soient nécessairement qualifiés de symptôme psychiatrique à intégrer à la caractérisation de son état mental[3135]. La maladie mentale, aussi avérée soit-elle, non

[3133] Maître Jacques. *Op. cit*., p. XXXII.

[3134] Houdard Sophie, « Penser l'extase XVIIe-XIXe siècles » in Cabanès Jean-Louis, Philippot Didier, Tortonese Paoo (dir.). *Paradigmes de l'âme. Littérature et aliénisme au XIXe siècle.* Actes du colloque international Sorbonne Nouvelle-Paris 3, Paris : Sorbonne, 2011, p. 55-71.

[3135] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., p. 400-1. Dans la troisième partie dédiée à l'interprétation des troubles de Madeleine, Janet identifie le doute comme l'un des symptômes de ce qu'il qualifie d'« état névropathique primitif », en y consacrant le tout premier chapitre de cette partie intitulé « Doute et timidité ». Mais dans la lecture psychopathologique de Janet, le doute est synonyme d'obsession au point que le terme « obsession » (quelle que soit sa déclinaison) vient se substituer à celui de « doute » qui n'apparaît ensuite quasiment plus. Il commence son chapitre ainsi : « Ce qui frappe au premier abord dans notre description de l'état de tentation c'est le grand développement des *obsessions* ». Et plus loin, il précise encore : « il y avait fréquemment des périodes qui pouvaient durer plusieurs mois pendant lesquels Madeleine était constamment et cruellement tourmentée par une série d'idées obsédantes qui changeaient d'objet, mais qui avaient toujours au fond le même caractère. Je rappelle seulement […] les obsessions de l'hérésie, du couvent ou de la vie laïque […] le cruel problème moral

seulement n'immunise pas vis-à-vis du doute mais elle ne saurait en outre justifier que les interrogations et les doutes des personnes qui en seraient affectées ne soient pas accueillis par les professionnels de santé. En réalité aucune condition médicale (y compris celle d'une altération profonde du jugement voire de la conscience) ne justifie quelque position dogmatique que ce soit de la part des soignants, autrement dit de se rendre sourds aux doutes de leurs patients. Ainsi portée par le souhait de ne pas participer à la psychiatrisation des moindres faits et gestes autant que des paroles et des pensées de Madeleine, je n'ai volontairement pas retenu pour mon corpus de travail de documents scientifiques et notamment pas l'ouvrage majeur de Janet, *De l'angoisse à l'extase*, reposant essentiellement sur l'analyse psychopathologique du *cas Madeleine*. Car pour pouvoir réfléchir à la question du doute au cœur d'une relation de soin en prenant pour exemple cette patiente-là et cette relation-là dans ce que ce que l'une et l'autre ont de plus ordinaire (c'est-à-dire comme tout autre soignant, comme tout autre patient et comme toute autre relation de soin), il importait de ne se positionner ni en psychiatre ni en historien. Et il était aussi essentiel de pouvoir revenir à la personne elle-même dans son identité narrative non réduite à un corps biomédical ce qui a opportunément été rendu possible grâce aux divers récits que Madeleine a produit à partir de son expérience de vie.

2.1 – S'extraire des analyses scientifiques existantes et des sources documentaires historiques

L'objet n'est pas ici de revisiter les données socio-historiques ni même médico-scientifiques déjà documentées. L'objectif est au contraire de se délester de l'influence des nombreuses analyses spécialisées et interprétations déjà existantes et validées, issues des travaux historiques et psychopathologiques, elles-mêmes étant fonction des diverses disciplines scientifiques investies, afin de se projeter dans cette relation de soin, certes exemplaire mais comme il en serait de toute autre relation.

En choisissant, pour illustrer la question du partage du doute entre un patient et un soignant, la relation thérapeutique, très connue et historiquement documentée, qui s'est nouée entre Janet et Madeleine, le propos n'est pourtant ni historique, ni socio-anthropologique ni même médical (notamment en termes de santé mentale). Il était à cet égard essentiel d'éviter ce travers qui fut manifestement celui de Janet, à savoir une démarche analytique restrictive que le psychiatre Georges Lantéri-Laura qualifie de « scientiste et intemporelle »[3136]. L'objectif n'est de fait pas de proposer une nouvelle interprétation médico-psycho-sociale historicisée (cela ayant déjà été

---

des relations avec le bon Dieu. Puis ce sera le problème de la lévitation, le problème du directeur laïque, etc., etc. Si Madeleine ne présentait que ce seul état, personne n'hésiterait à la considérer comme une obsédée scrupuleuse ». En jugeant que « Ces obsessions dans ce cas comme dans tous les autres dépendent d'une impuissance à conclure dès qu'un problème quelconque se pose devant la réflexion », Janet laisse entendre qu'il pourrait s'agir-là d'une forme de scepticisme radical caractérisé par l'impossibilité de tout jugement sur les choses et donc effectivement « une impuissance à conclure ». Pourtant, alors qu'une fois considérée l'impossibilité de tout jugement, le sceptique se libère l'esprit de cette charge en optant pour l'indifférence et l'ataraxie, l'obsession persiste quant à elle indéfiniment sans libérer jamais l'esprit de celui (l'obsessionnel) qui en est affecté. Les sceptiques ne sont pas des obsessionnels, ils ne souffrent pas d'une maladie du doute puisqu'ils s'en délestent aisément. Ainsi, c'est en réalité bien plus sur la persévération et le ressassement, le caractère envahissant et douloureux de pensées fixes, que Janet déploie son analyse que sur un état sceptique de doute à jamais insoluble porté sur toutes choses mais dont il est possible de se détacher. *In fine*, son analyse n'est pas philosophique mais résolument psychiatrique.

[3136] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. VIII.

produit et d'autres interprétations savantes le seront peut-être encore) mais de pouvoir, d'une part s'intéresser à des éléments de situation tels qu'un symptôme, la mise en œuvre d'une enquête diagnostique, l'effet d'une préconisation thérapeutique, un constat d'évolution (favorable, défavorable ou neutre), la confrontation à l'inconnu et/ou l'incertitude d'un état, une situation de désaccord entre les partenaires de la relation, etc. Il s'agit, d'autre part, de se pencher sur les échanges qui ont pu se tenir entre cette patiente et ce soignant, mais sans préjugé ni théorisation préalable, en se prémunissant autant que faire se peut des décryptages déjà existants et validés ainsi que des biais interprétatifs liés aux disciplines scientifiques (histoire, sociologie, psychiatrie, etc.) impliquées dans les diverses analyses dédiées à ces personnages célèbres et à leur relation. Parmi ces biais qui peuvent influencer l'analyse d'une relation de soin, une attention très particulière doit être portée au statut de l'observateur / interlocuteur du patient, particulièrement celui d'être médecin et/ou scientifique, *a fortiori* doté d'une grande renommée, ainsi qu'au contenu de ses productions éventuelles. Or c'est précisément le cas de Janet, au regard non seulement de son aura, mais aussi de ses écrits puisque *De l'angoisse à l'extase*[3137] porte pour l'essentiel sur l'étude du cas de Madeleine et sur l'interprétation de ses troubles (première et troisième parties) à partir de son observation clinique et de ses écrits[3138]. Pour toutes ces raisons, les ouvrages de Janet (y compris *De l'angoisse à l'extase*) ou d'autres professionnels de la santé mentale qui se sont penchés sur l'histoire de Madeleine pour tenter d'en mieux caractériser la psychopathologie et en affiner le diagnostic n'ont pas été retenus, *a fortiori* au regard de l'impact de l'époque sur le type de référentiels diagnostiques mis en œuvre en la matière. C'est ainsi que le diagnostic historique, au sens où Barthes l'entend[3139], de délire psychasthénique dont Janet avait identifié les traits caractéristiques en la personne de Madeleine n'existe plus dans la classification actuelle de maladies mentales. Par ailleurs, si les travaux historiques et sociologiques ont pu m'aider à disposer d'une culture plus globale sur cette femme qui fut rendue aussi célèbre par son dévouement aux plus pauvres et par les manifestations de sa foi, ces ouvrages n'ont pas non plus été retenus pour l'argumentaire de la présente recherche puisqu'elle n'a aucune ambition socio-historique.

De façon contre-intuitive, s'extraire d'une lecture strictement médicale du cas de Madeleine s'est aussi avéré primordial. Le propos n'est pas le diagnostic médical précis de l'état de Madeleine, voire de ses différents états, mais la réflexion dubitative qui a pu s'élaborer dans l'interface relationnelle la liant à Janet. Il s'agit d'explorer comment à la fois leur dialogue et la façon dont l'une et l'autre ont éventuellement pu partager leurs doutes (dans la diversité de leurs objets et de leurs modalités de déploiement comme de résolution) sont venus impacter le déroulement de l'enquête médicale visant à clarifier la situation de Madeleine mais également la tonalité de leur relation de soin. Et, peu importe qu'aucun diagnostic psychiatrique définitif

---

[3137] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*.

[3138] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*. : « […] les milliers de pages qu'a laissées la "stigmatisée de la Salpêtrière" sont l'essentiel du matériau que Janet mobilise dans *De l'angoisse à l'extase* ; à part une poignée de lettres, ces pages ont été détruites ou perdues et sans les citations de Janet, nous ne pourrions pas même tenter de voir autrement Madeleine ».

[3139] Barthes Roland. *Leçon inaugurale faite le Vendredi 7 Janvier 1977*. Paris: Collège de France; 1977, p. 29-30 : « par la lecture, je tenais rassemblés dans ma conscience trois moments de cette maladie [la tuberculose] : le moment de l'anecdote, qui se passe avant la guerre de 1914, le moment de ma propre maladie, alentour 1942, et le moment actuel, où ce mal, vaincu par la chimio-thérapie, n'a plus du tout le même visage qu'autrefois ».

ne fut jamais porté, quand bien même une affection mentale « ne fait guère de doute, par elle-même »[3140]. Une telle incertitude est d'ailleurs renforcée par l'importante évolution des concepts psychopathologiques et l'anachronisme qui en résulte[3141]. Entre, d'une part la polysémie et la labilité que recouvrent le mot et le concept de délire, d'autre part l'évolutivité des repères diagnostiques, il semble en effet illusoire d'espérer un ajustement diagnostique *a posteriori*. On ne se soucie de fait pas ici du diagnostic psychiatrique précis puisqu'il est lui-même toujours resté et restera indécis. Ainsi, et comme déjà précisé, il s'est notamment agi de s'abstenir d'utiliser les travaux de recherche et les interprétations de Janet concernant Madeleine en dépit de leur richesse et de leur intérêt historique, scientifique, médical, au regard de l'influence inévitable qui en aurait résulté.

Le regard de Janet était de fait incontestablement restreint. Ainsi, alors même qu'il ne pouvait ignorer l'identité réelle de Madeleine, ne serait-ce que pour des raisons administratives de recensement des personnes hospitalisées, il a pourtant toujours gardé dans ses écrits cette identité masquée, secrète, usant systématiquement de son pseudonyme « Madeleine ». Une telle censure visant à empêcher son identification peut certes s'expliquer par la seule raison déontologique du secret médical ainsi que du respect de l'anonymat dans les travaux de recherche. Mais une autre raison ne peut être négligée qui relève de l'approche inévitablement réductrice qui n'a pas manqué d'être portée sur sa situation. Défaut de reconnaissance subjective, voire négation de sa subjectivité, autant que réductionnisme médical faisant que « son vrai nom et l'essentiel de sa biographie étaient restés soigneusement cachés »[3142] ce qui « [donnait] d'elle une vue unilatérale [l'enfermant], précisément sous son pseudonyme, dans la perspective de la maladie mentale »[3143]. Fermant ainsi le champ des *possibles* en termes d'interrogations et de doute, donc d'interprétations et de diagnostics ainsi que de modalités de reconnaissance comme d'options d'accompagnement, une forme de cécité s'est de fait littéralement abattue sur l'histoire réelle et plus globale de cette femme. Restreinte à un *cas* médical « définitivement isolé dans sa pathologie »[3144] et prenant valeur de paradigme promis en cela à l'éternité, un récit mythologique a pris forme, celui dit de la « Madeleine de Janet », la « stigmatisée de la Salpêtrière », autant dire d'une folle.

Il s'est donc agi, tout au contraire, en s'intéressant à son identité narrative, d'entendre la voix pure de Madeleine en tant que personne en souffrance et confrontée à divers troubles, indépendamment de l'interprétation médicale, historique, et même théologique, qui a pu en être faite, autrement dit en dehors des controverses diagnostiques sans fin la concernant. Plus particulièrement, l'objectif a été de se projeter au plus près de sa voix intérieure et mouvante lorsqu'elle s'interroge, lorsqu'elle doute (que ce soit de son état, de sa foi, des interprétations diagnostiques qui lui sont proposées, des conseils qui lui sont prodigués, des prescriptions qui lui sont faites), lorsqu'elle se voit troublée autant que mobilisée par les raisonnements médicaux

[3140] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. VI.
[3141] *Ibid.*, p. XI-XII : « Un diagnostic ne constitue pas une entité isolée et autosuffisante, mais un élément inintelligible, si on ne le situe pas par référence à un certain état du savoir de la pathologie dont il relève ».
[3142] *Ibid.*, p. XX.
[3143] *Ibid.*, p. XXI.
[3144] *Ibid.*, p. VI.

qui lui sont opposés ou par le discours de tiers se voulant raisonnables et protecteurs (comme celui de sa famille, de son père spirituel ou bien sûr des acteurs sanitaires).

2.2 – Se situer au plus près de l'identité narrative des acteurs de la relation de soin

Afin de se positionner au plus près de la rencontre qui s'est jouée dans la relation de soin liant la patiente Madeleine et le soignant Janet, il est apparu essentiel de pouvoir considérer la première autant comme identité narrative que comme corps biomédical, c'est-à-dire dans ce « rapport tripartite entre la santé, l'identité narrative et l'intégrité du corps »[3145], le second autant comme personne que comme professionnel.

Il importe donc de considérer l'identité narrative de la personne qu'est Madeleine, telle qu'elle a été conceptualisée par Paul Ricœur dans *Temps et récit*[3146]. Paul Ricœur signifie notamment par-là que le soi n'est pas d'abord une chose ou un objet déjà présent et qu'il suffirait de révéler mais un processus en ce qu'il s'inscrit dans un projet en construction de l'identité propre à la personne dans son rapport à soi comme aux autres et qui passe par la narration de soi par le récit qu'est l'identité narrative. Pour cela il distingue, d'une part l'identité au sens de « mêmeté » qu'il qualifie d'*idem*, et qui relève de l'évidence et de la constance dans le temps. D'autre part, il définit l'*ipse* (ou « ipséité ») en quoi consiste l'identité au sens de « soi-même ». Cette identité *ipse* se trouve dans un processus sans cesse renouvelée de constructions. Elle implique pour se (re)construire une réflexivité sur soi (par des interrogations, de la mise à distance, des doutes, du temps) de sorte à permettre une appropriation de ce qui peut dès lors être considéré comme *propre à soi-même*, sans pour autant que cela ne se fige de façon définitive. L'une et l'autre de ces identités, *idem* et *ipse*, « soi » et « soi-même », ne sont pas superposables et se trouvent même distanciées l'une de l'autre. Elles ne peuvent se rejoindre justement que grâce à l'identité narrative, venant alors se compléter de façon dialectique ce qui signifie que chaque individu se constitue par le biais d'une narration de soi continuée, car toujours renouvelée, telle une mise en intrigue de soi et par soi grâce au récit de soi. Avec cette notion d'ipséité, l'identité n'est donc pas condamnée à un noyau dur dans lequel elle risquerait d'être figée à l'instar de ce corps biomédical auquel la science médicale tend immanquablement à la réduire, au travers notamment de l'objet-maladie ou de l'objet-handicap qui pourrait s'y rattacher. Sans pour autant exclure ni la maladie ni le handicap ainsi que tout ce que cela implique, une tout autre histoire, bien plus vaste, ouverte à la complexité, au temps long et évolutif, à la mise en récit d'un vécu très personnel dans une perspective unique insubstituable et donc irremplaçable, est possible grâce au langage. C'est là ce à quoi les humanités médicales permettent de donner accès quand la biomédecine peine à ouvrir son horizon au-delà du seul corps biomédical.

> La raison d'être et la mission de la médecine consistent à honorer la vie à l'encontre de sa déréliction, à atténuer dans la mesure du possible les souffrances physiques et mentales par les soins apportés, et à améliorer les conditions physiologiques et, par extension, la qualité de vie

[3145] Laforest Daniel. *La littérature et les humanités médicales : examen d'une tension irrésolue*. Tangence 2021;(125-126):73-88. En ligne : Laforest Daniel – La littérature et les humanités médicales – Tangence 2021, consulté le 10 mars 2024.
[3146] Ricœur Paul *Temps et récit. Tome 3 : Le temps raconté*. Paris: Seuil; 1985, p. 439-448.

> des individus et des populations. Quand on les voit difractées à travers le prisme des humanités médicales aujourd'hui, cette raison d'être et cette mission prennent la forme devenue complexe d'une relation tripartite. Cette relation réunit désormais la notion de santé, puis l'intégrité de la personne incarnée dans un corps (le « soi »), et enfin l'identité narrative, c'est-à-dire le maintien de cette intégrité dans le temps et le langage[3147].

L'on voit bien ici que le « soi », auquel renvoie l'*idem* du corps biomédicalisé, et le « soi-même », c'est-à-dire ce qui est propre à soi au sens où la personne s'approprie une certaine histoire médicale qu'elle peut considérer comme lui étant propre, et qui donc relève de l'*ipse*, constituent, à l'aune des humanités médicales, des entités indissociables. C'est l'identité narrative qui assoie cette indissociabilité en chaque être d'un corps (comme pour tout autre être humain) et d'un récit à l'œuvre qui lui est unique et fondamentalement insubstituable. Nier cette identité narrative reviendrait à nier la personne en la condamnant à n'être qu'un corps composé d'une chair de tissus organiques tels que l'on peut les observer chez un boucher. Ne pas pouvoir accéder à sa propre identité narrative, c'est aussi se voir définitivement réduit à une série d'évènements bruts propres à l'effacement de l'individualité (à l'instar de la personne réduite à son statut de cancéreux, d'alcoolique, de schizophrène, de sans-domicile ou de migrant). Tout à l'inverse, en permettant leur appropriation intime (quelle que soit la temporalité qui pourrait être nécessaire à cet effet), l'identité narrative œuvre à leur historisation au cœur d'un récit personnel et à l'élaboration de modalités d'y faire face et d'en faire des leviers d'évolution grâce à une lecture dynamique parce que toujours renouvelée et intentionnelle parce que projective. C'est ainsi que par rapport à un évènement traumatique, tel que des violences subies, une maladie, un handicap, et bien d'autres évènements douloureux, l'identité narrative apporte non seulement le langage, mais également cette souplesse et cette énergie de l'affirmation de « soi-même » en tant qu'*ipse* à même de résister et d'éviter l'absolutisation. La personne n'est dès lors pas condamnée à se dissoudre et à disparaitre dans l'évènement qu'est, par exemple, le diagnostic d'une maladie mentale (à l'instar précisément de l'histoire de Madeleine). Trop souvent encore, la personne se trouve invisibilisée, voire effacée sous le voile noir et effrayant d'un diagnostic (par exemple de schizophrène), c'est-à-dire niée dans tout ce qui la caractérise dynamiquement au cœur d'une perspective de vie qui lui est propre. L'organisation mondiale de la santé elle-même a proposé une définition de la santé impliquant de reconnaitre la personne dans toutes ses dimensions de vie. Une telle définition exclut de ne l'appréhender qu'au prisme d'un diagnostic biomédical ou du strict traitement d'une pathologie[3148]. Or, puisqu'elle « joue un rôle crucial dans la constitution de la personnalité et dans le projet d'une vie bien vécue, une "vie bonne" »[3149], l'identité narrative est particulièrement propice à éclairer

---

[3147] Laforest Daniel. *Op. cit*.

[3148] *Ibid*. : « Il faut donc réitérer que, jusqu'à nouvel ordre et en regard du sens commun, quelque chose comme une identité narrative demeure au centre de nos préoccupations face à la notion de santé. Nulle surprise, donc, à voir la forme narrative tenir le haut du pavé dans le cadre interdisciplinaire des humanités médicales. Si la santé peut se définir une première fois, en biologie, comme le maintien dans le temps de l'équilibre d'un organisme avec ses fonctions inhérentes, et si pour nous, depuis 1946, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élevé cette définition à celle d'un "état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité", on voit alors mieux en quoi l'identité narrative peut être conçue comme contrepartie privilégiée de ces définitions, avec ce que cela comporte d'impact immédiat sur nos conceptions de la littérature ».

[3149] *Ibid*.

ce qui œuvre à la santé, l'équilibre, la qualité de vie d'une personne. C'est précisément à cette identité narrative de Madeleine que les traces de ses écrits donnent accès, à savoir tout ce qui lui a permis de réagir, de se construire, peut-être même de survivre.

Le choix de se situer au plus près de l'identité narrative de Madeleine au cœur de la relation de soin qui l'unit à Janet explique le choix d'un corpus littéraire spécifique[3150]. Il inclut d'une part l'ensemble de ses propres écrits (au titre d'autopathographie), d'autre part une œuvre littéraire de fiction (qui n'est pas moins compatible avec l'identité narrative[3151]) relatant divers dialogues, notamment ceux qu'elle a pu entretenir avec Janet[3152]. De fait, les écrits de Madeleine relèvent pleinement de la narration de soi au sens d'un travail d'ispéité médié par l'identité narrative, c'est-à-dire de lecture à visée réflexive et unificatrice ainsi que d'appropriation de son propre vécu, à la fois en termes de symptômes – tout particulièrement son vécu de transformation et d'envol – que d'interactions avec le milieu médical. Par ce regard critique qu'elle porte inlassablement sur elle-même et ce processus récurrent de (ré)interrogation des évènements de son vécu, elle peut signifier (à savoir donner du sens) et unifier son existence grâce aux mots et à la trame de lecture qu'elle vient poser sur cette dernière selon un mouvement continué. Caractéristique de l'identité narrative, ce processus reflète et conduit à l'appropriation de son expérience en tant que vécu qui lui propre.

Suivant le mouvement de reconnaissance subjective amorcé par Jacques Maître, le choix d'appeler cette patiente célèbre Madeleine Lebouc permet non seulement de tenir compte de son identité réelle en tant que personne autant que patiente (considérant les données d'enregistrement de l'identité de naissance des patients hospitalisés que Janet ne pouvait ignorer), mais aussi de respecter son libre choix de projection identitaire. Madeleine permet aussi de ne pas la réduire à un corps biomédicalisé et pathologisé ni de disjoindre ce dernier de l'identité narrative qu'elle s'est, elle-même, octroyée[3153]. Ce choix a donc été maintenu tout au long de mon texte sauf lorsque la question de l'interprétation psychopathologique de son pseudonyme était spécifiquement soulevée, s'agissant particulièrement de l'usage qui en était fait par le corps soignant pour la réduire à une malade psychique. Dans le même ordre d'idée, le choix de Pierre Janet ou Janet a été fait afin de tenir compte de l'homme autant que du médecin et/ou du chercheur scientifique. L'usage de Professeur Pierre Janet ou Professeur Janet n'était alors parfois envisagé que pour marquer plus spécifiquement la fonction professionnelle et/ou le statut dans la hiérarchie médicale et sociale.

2.3 – Le choix d'un corpus littéraire : entre récit de vie et fiction de relation

Afin donc d'éviter de ne voir Madeleine qu'au travers des lunettes du médecin et chercheur Pierre Janet et, plus généralement, de se prémunir de l'écueil d'une lecture restreinte et biaisée

[3150] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Pourquoi la littérature pour traiter la question du doute en médecine ?*
[3151] Laforest Daniel. *Op. cit.* : « On dira seulement ici, pour paraphraser le philosophe William James, que si la vie narrativisée, et à plus forte raison l'identité narrative, peuvent tout à fait être des fictions, leurs effets n'en seront pas moins bien réels ».
[3152] Baqué Claude. *Op. cit.*
[3153] Laforest Daniel. *Op. cit*.

par l'effet de discipline des sources scientifiques (qu'il s'agisse d'histoire, de médecine, de psychologie, de sociologie) dont elle émanerait, seules deux sources ont été retenues : d'une part, les propres écrits de Madeleine envisagés au titre de récit littéraire ; d'autre part, un ouvrage présentant sur un mode fictionnel plusieurs scènes de dialogue entre Janet et Madeleine et se situant en une même unité de lieu et de temps, à savoir son séjour prolongé à l'hôpital de la Salpêtrière, donnant ainsi accès à certains aspects imaginés de leur relation de soin en s'inspirant de leur histoire réelle[3154].

Les écrits de Madeleine ont été regroupés et édités par Jacques Maître dans la troisième partie de l'ouvrage biographique qu'il lui a consacré, *Une inconnue célèbre* sous-titré *La Madeleine Lebouc de Janet*, dans un chapitre simplement intitulé « Les textes »[3155]. Jacques Maître précise qu'il s'agit d'un ensemble de « correspondances, propos, poèmes et journaux intimes » qui ont pu être récupérés à l'état fragmentaire, les documents originaux n'étant plus disponibles[3156]. Si Janet a pu être dépositaire de ces écrits et ainsi contribuer à leur sauvegarde, celle-ci s'avère en réalité limitée puisqu'il ne reste que bien peu de pages parmi les milliers qui lui ont été confiées[3157]. Il n'a manifestement pas non plus œuvré à valoriser les écrits de Madeleine au titre, par exemple, de récit de patient. Quant à la fiction utilisée pour tenter d'entrevoir, sentir et penser la relation de soin et les dialogues qui ont pu se nouer entre Janet et Madeleine, autrement dit comment le doute a pu s'y trouver partagé et débattu, elle provient de l'ouvrage paru en 2022, situé entre scénario de film et pièce de théâtre[3158], élaboré par le metteur en scène Claude Baqué sous le titre *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*[3159]. Cet auteur précise qu'il s'agit « d'une fiction, basée sur des faits réels, dont [il a] puisé l'essentiel de la matière dans les ouvrages de Janet, tout particulièrement *De l'angoisse à l'extase* (1926), et de Jacques Maître, *Une inconnue célèbre* (1993) »[3160].

2.4 – Le récit personnel de Madeleine Lebouc

Les écrits de Madeleine, à l'état fragmentaire et rendus disponibles grâce à Jacques Maître, sont constitués pour l'essentiel par une importante correspondance entretenue principalement avec sa sœur Sophie dont elle a été très proche tout au long de sa vie. S'y trouvent aussi quelques lettres à l'attention de son père, de sa sœur Mathilde ou du père Conrad, son directeur de conscience. S'il ne persiste au sein de ces écrits qu'un seul court fragment de lettre à l'attention de Janet[3161], ce dernier n'en demeure pas moins évoqué dans certaines lettres qui ne lui sont pas

---

[3154] Je renvoie aussi à : Winocour Alice. *Augustine* ([Film, 105 min]. France: Dharamsala, 2012. Ce film relatant la relation qui lia le célèbre neurologue Jean-Martin Charcot et sa patiente Louise Augustine Gleizes repose sur un même procédé fictionnel inspiré de faits historiques.
[3155] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 195-320.
[3156] *Ibid*., p. 195 : « ces éléments émanent tous de Pauline, sauf certaines lettres retenues […] parce qu'elles la concernent directement. Dans tous les cas il s'agit de passages fragmentaires, car les documents originaux ont disparu et nous ne pouvons récupérer que des citations. […] Les points de suspension signalent des coupures dans les sources utilisées ».
[3157] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*. : « Deux milles grandes pages : c'est ainsi que Janet décrit les documents qu'elle lui aura remis entre les années passées dans son service et son laboratoire […] et la veille de son décès ».
[3158] Aux dernières nouvelles de février 2026, un film est en cours de réalisation par Claude Baqué lui-même.
[3159] Baqué Claude. *Op. cit*.
[3160] *Ibid*., p. 9 (en note de l'auteur)
[3161] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 263.

directement adressées. Le fait qu'il ait été dépositaire des écrits de Madeleine explique peut-être l'absence notable de cette partie de sa correspondance, ne souhaitant peut-être pas risquer de la voir diffuser. Outre les lettres, des souvenirs ainsi que divers écrits regroupés sous l'intitulé de chapitre « Paroles et poèmes »[3162] contribuent aussi à ce récit qu'aujourd'hui l'on qualifierait d'autopathographique.

Au travers de sa narration personnelle, l'ensemble offre un accès privilégié et authentique au *vécu* de Madeleine tel qu'éprouvé par et en elle-même, et donc dépouillé de toute lecture médicale pathologisante et psychiatrisante de sa situation. Cet éclairage porte sur la singularité de ce récit dans son style comme dans son contenu. S'agissant du style, on peut relever les répétitions et les boucles circulaires reconduisant à des propos similaires. Il eut été facile d'en proposer une lecture uniquement psychiatrique – et d'ainsi les réduire à leur caractère seulement obsessif – s'ils n'étaient le plus souvent enrichis ou revitalisés, en dépit de nombreuses années d'écart, parfois à l'échelle d'une décennie, rendant *in fine* le récit d'autant plus solide et cohérent. Redondance qui n'est donc pas qu'à concevoir comme symptôme, celui de la persévération, puisque le récit donne à entendre la progression du raisonnement. L'ensemble donne en effet aussi accès à la richesse de ses réflexions non censurées, de ses questionnements angoissés, de l'évolution du fil de sa pensée quant à sa situation personnelle et notamment ses manifestations (qu'elle les lie à ce qu'elle identifie comme « sa » maladie[3163] et/ou à sa foi). Enfin, il permet d'entrevoir comment Madeleine perçoit les acteurs de soins qu'elle fut amenée à côtoyer ainsi que les modalités et l'impact de ses interactions avec ces derniers, notamment sa façon d'éprouver et formuler des doutes quant à sa situation médicale autant que sa prise en charge. A cet égard, ces écrits constituent aussi un formidable témoignage historique du type de relation de soin à l'œuvre à l'époque, à savoir une relation paternalisme favorisant les situations d'emprise aux dépends des patients (à l'instar de la durée invraisemblable de son hospitalisation ou des appels à l'aide qu'elle adresse à sa sœur pour tenter d'infléchir le jugement de Janet).

Les écrits de Madeleine s'intègrent ainsi pleinement au « corpus littéraire des patients » tel qu'il a été défini et délimité pour ce travail de recherche. Indemne du filtre médical et donc d'une traduction via un prisme sanitaro-centré, qu'elle soit édulcorante, dramatisante ou bien surtout *pathologisante*, ce récit spontané donne un accès direct à ce qui peut être identifié comme le « vécu patient »[3164]. Il permet d'appréhender Madeleine précisément tel qu'elle se vit avec ses maux, au cœur de son âme et par tout son corps, mais aussi tel qu'elle se présente elle-même en tant que *patiente*, indépendamment des interprétations extérieures et des considérations instrumentales et utilitaires des professionnels de santé. Un tel récit se distingue en effet radicalement de l'*histoire de la maladie* classiquement élaborée et retranscrite par les professionnels de santé[3165]. Cet intitulé, définissant spécifiquement le récit produit par les soignants, souligne d'ailleurs de lui-même le caractère objectivant et les effets de délestage et d'abstraction du sujet se trouvant comme effacé, néantisé, dépouillé de toute sa subjectivité, au profit du seul *objet maladie*. Le récit de Madeleine est aussi à distinguer clairement des

[3162] *Ibid.*, p. 267-280.
[3163] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 225, 236, 244, 247, 252.
[3164] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie*.
[3165] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *De l'importance du récit de la maladie en médecine*.

productions émanant des principes de la *narrative-based medicine*[3166], ne serait-ce que parce que de tels récits sont produits par les soignants, non les patients. Bien que visant à retranscrire un récit intégrant la voix propre du patient, donc d'honorer et rendre compte de sa subjectivité, l'implication de l'observateur / auditeur / rédacteur qu'est le soignant n'est pas sans influence sur la nature même du récit. Outre le filtre qu'applique la propre interprétation subjective d'un soignant, lequel ne peut se dévêtir complètement de lui-même et de son statut, le procédé prive le patient de pouvoir s'exprimer intégralement et par lui seul, de façon unique et singulière ; ne serait-ce qu'en termes de style propre, de rythme, de spontanéité désentravée, et partant de confusion possible, d'ambivalences, de revirements, de lapsus et autres éclats de voix et de vie mouvante et intime à même le texte, c'est-à-dire précisément ce à quoi le texte de Madeleine donne pleinement accès. Or, conformément à la formule « *honoring the stories of illness* »[3167] de Rita Charon, les « récits de maladie » constituent ce qui doit pouvoir être extrait grâce au langage de la matière brute du vécu expérientiel des patients. Dans les termes de ce projet aussi, la maladie est donc bien le point d'intérêt ultime ; ce en quoi la médecine narrative est réputée favoriser le diagnostic et améliorer la qualité de l'accompagnement thérapeutique via une relation de soins empathique, mieux éclairée et plus pertinente dans sa réponse aux besoins des personnes. Bien que la voix et l'interprétation du patient priment dans le récit qui en émane, le professionnel en assure la transcription et la médiation. Par contraste, le récit du patient *par* le patient lui-même s'en distingue précisément à ce titre mais aussi parce qu'il n'a pas de visée sanitaire *a priori* (tels que l'aide au diagnostic et au traitement ou l'amélioration du suivi ainsi que du dialogue et des interactions entre patients et soignants). Il peut, de fait, n'avoir qu'une visée personnelle, tel un impératif intime de mise en mots de l'épreuve de la maladie, de la crise et des souffrances qui peuvent en résulter et privent parfois du langage et du pouvoir de communiquer. Le récit du patient émerge alors de l'ineffable comme lutte, restauration et dépassement possibles ou tout simplement recouvrement d'une voix propre. Car l'accès au langage mène dans son sillage au recouvrement de la dignité[3168], à la préservation ou au rétablissement de soi et laisse entrevoir l'horizon des *possibles*. Que cette narration personnelle soit rendue publique, ou pas, de tels récits ne seraient-ils pas toujours adressés ? Rien n'est moins sûr. Si la dimension épistolaire des écrits de Madeleine tend à le suggérer, elle n'exclut pas la prééminence du dialogue avec elle-même ou avec Dieu seul dans une démarche autoréflexive si ce n'est auto-justificatrice.

L'autopathographie de Madeleine témoigne aussi d'un mouvement qui pourrait être celui d'une (auto)affirmation subjective à la fois pour elle-même et dans le monde au sens où « la littérature en tant qu'art du continu dans le discontinu, c'est-à-dire en tant que tentative de saisir en même temps l'expérience de vivre dans son extériorité (être un corps dans le monde) *et* dans son intériorité (être un sujet pensant dans l'univers diachronique du langage) »[3169]. Pris dans le projet d'objectivation des divers maux qui affectent le corps que porte et impose la médecine, les professionnels santé tendent à nier le *sujet*, *a fortiori* le « sujet pensant », pourtant

[3166] Charon Rita, Wyer Peter, Group NEBM Working. *Narrative evidence based medicine*. Lancet 2008;371(9609):296-7.
[3167] Charon Rita *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
[3168] Laforest Daniel. *Op. cit*.
[3169] *Ibid.*

consubstantiel au malade qu'ils rencontrent et dont ils doivent s'occuper. Les patients n'ignorent pas être l'objet de cette réification par le corps médical et d'une négation de leur subjectivité. Par la production du récit de leur maladie en quoi consiste l'autopathographie[3170], l'écriture restaure et reconnaît leur statut de « sujet pensant dans l'univers diachronique du langage ». Ce *sujet écrivant*, et donc apte à user de son propre langage pour penser et *expliciter* la maladie qui l'affecte dans la diversité de ses manifestations évolutives, s'affirme à lui-même et au monde. Partant, il s'approprie ce droit de produire par lui-même le récit de la maladie, prérogative par trop considérée comme seulement dévolue à la médecine. Si la médecine narrative tend à reconnaître le savoir du patient sur sa propre histoire, et donc à l'honorer en tant que *sujet sachant*, la rédaction concrète de ce récit de la maladie n'en reste pas moins l'apanage des soignants. Par contraste, l'autopathographie permet à Madeleine, comme à tout autre patient, de s'affirmer comme sujet de langage. Cette mise en mots au prisme de l'écriture personnelle l'inscrit dans le monde, sans restriction à la sphère et au discours sanitaires.

Le récit de Madeleine est aussi très riche de la densité et de l'impact de ses interactions avec le milieu sanitaire de l'époque. A cet égard, il constitue un éclairage important quant au vécu d'une relation de soin, mais en le considérant précisément depuis le point de vue de la patiente qu'elle est. Tout particulièrement, s'agissant de Janet, elle se réfère naturellement au contenu et aux effets des nombreux échanges qu'elle a pu avoir avec ce dernier ainsi qu'aux messages qu'elle lui adressait et dont elle espérait naturellement un effet. En cela, elle ne peut nier l'écho possible, mais recherché, de ses écrits auprès de ce dernier (d'autant plus qu'il en fut dépositaire) et conséquemment leur impact non seulement sur l'appréciation de sa situation personnelle (à l'échelle diagnostique autant que thérapeutique) mais aussi sur l'élaboration de connaissances plus générales en psychologie[3171]. Certaines lettres sont explicites à ce sujet. Bien qu'adressées à sa sœur Sophie, celle-ci se voit sommée t'intercéder en sa faveur auprès de Janet[3172]. Ainsi, si le récit de Madeleine échappe certes à l'interprétation rationnelle et au contrôle, analytique autant que régulateur, du scientifique et du médecin, il s'y révèle qu'elle n'y est pas sourde ni indifférente et en quelque sorte y répond par ce biais. Preuve aussi qu'elle n'ignore pas qu'au cœur d'un tel contrôle médical se trouve une fâcheuse tendance à vouloir appliquer une explication pathologique généralisante, et partant un étiquetage, à toute manifestation voire à tout raisonnement pour les figer au titre de symptôme d'une maladie, au risque de l'exclusion de toute autre explication. S'agissant, la concernant, de l'hypothèse d'une affection mentale, impliquant par définition des perturbations de la pensée et pouvant dès lors affecter les capacités de jugement, Madeleine ne manque pas de s'inquiéter de l'interprétation que pourraient subir ses propos. A cet égard, même si elle ne se censure pas par crainte d'être méjugée, elle s'avère particulièrement vigilante. C'est pourquoi aussi, troublée voire

---

[3170] Rossi Silvia, Poma Roberto (préface). *Écrire le cancer: de l'expérience de la maladie à l'autopathographie*. Paris: Téraèdre; 2019.

[3171] Castel Pierre-Henri. *Op. cit.* : « Dans ce dialogue avec Janet, elle avait ainsi conscience que ses textes servaient de matériel à la reconstruction pathographique de son cas, en vue d'illustrer une théorie à son sujet, celle de son médecin ; mais de son côté à elle, ces mêmes textes donnaient une forme pensable au réel corporel et psychique tout extraordinaire qui l'agitait ».

[3172] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 248 : « Assure-le donc, sans donner d'explications, que j'ai *bonne mémoire de ce qui m'est arrivé*, et qu'il peut me croire en confiance. … Dis-lui que je peux discerner l'hallucination de ce qui est réel, que ce que j'ai dit de ma vie est bien vrai, *qu'il peut me croire*… ».

profondément affligée par certains discours de Janet, elle tend naturellement à se défendre. Car, outre qu'ils contribuent à inoculer plus encore de doute dans son esprit en crise, situation dont elle est elle-même consciente et soucieuse[3173], de tels discours viennent percuter parfois douloureusement ce qui lui est le plus cher : sa foi. Par-là, le récit de Madeleine s'avère riche aussi du constat intemporel des effets intrusifs, du paternalisme et des jugements parfois sur-interprétatifs, voire inappropriés, et non dénués d'agressivité et de pulsion d'emprise des professionnels de santé à l'égard des patients ainsi que de leur impact sur la qualité du lien de confiance entre un patient et un soignant.

Il est enfin notable qu'en miroir du récit personnel littéraire de Madeleine, nous ne disposions pas de matériau de ce type émanant de Janet. Ses publications et plus généralement ses écrits relèvent en effet strictement de ses travaux de recherche scientifique en psychologie et en psychiatrie. Janet n'entre de fait pas dans la catégorie du médecin-écrivain. Pour cette raison aussi et ainsi ne pas l'observer et l'écouter au seul prisme de ses fonctions de médecin et de chercheur via ses écrits scientifiques, ceux-ci n'ont pas été retenus pour ce travail. J'ai donc choisi d'appréhender Janet au travers du personnage de fiction que dépeint, en s'inspirant de sa véritable histoire, Claude Baqué pour constituer la mise en scène de film (ou de théâtre) que relate son ouvrage *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*[3174].

2.5 – La relation fictionnelle entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet : une mise en scène

La fiction permet de donner accès à une réalité qui sans cela resterait invisible, inaudible, impalpable, en somme inaccessible[3175]. La relation de soin se joue et ne cesse jamais de se rejouer à la fois dans le secret du colloque singulier et dans l'instantanéité d'un réel immaitrisable et non garanti. Ce n'est pas seulement parce qu'elle s'éprouve le plus souvent dans l'intimité d'une salle de consultation isolée de tous les regards, c'est aussi parce que le vécu de la relation n'appartient qu'à ceux qui la vivent, ce qui la rend dans son essence même inaccessible. Constituée de moments plus ou moins fréquents qui sont à la fois imprévisibles, inédits, uniques, irréversibles, la relation de soin se vit, advient en se vivant et n'advient qu'ainsi. Il parait donc bien impossible d'accéder à la réalité d'une relation de soin sans la modifier dans son essence, sa spécificité, son unicité puisque même une transcription historique est une (re)construction. On ne peut donc l'aborder que de façon indirecte et le médium de la fiction permet d'en produire une certaine version à partir de laquelle il est possible de réfléchir aux interactions entre patient et soignant, en l'occurrence à leur façon d'y faire exister la question du doute et d'en assurer la gestion.

2.5.1 – Pourquoi envisager une fiction de relation ?

Dans la perspective d'étayer la question du *doute en partage* au cœur même de la relation entre patient et soignant, les différents niveaux et modalités de relation doivent pouvoir être

[3173] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *De la révélation divine à la crise mystique, le doute non moins à l'œuvre.*
[3174] Baqué Claude. *Op. cit*.
[3175] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le récit de patient, entre témoignage et fiction*.

envisagés. Or la relation thérapeutique ne peut pas être appréhendée sous sa seule dimension instrumentale, qu'elle soit à visée utilitaire comme la transmission de consignes sanitaires ou de prescriptions médicales, à visée technique comme la réalisation de certains examens, ou encore à visée organisationnelle comme le suivi évolutif d'une affection. La relation de soin passe aussi par une rencontre intersubjective qui ne réduit pas la personne malade à un *objet maladie* mais la considère pleinement comme sujet qu'il importe d'écouter et avec laquelle il faut pouvoir dialoguer. C'est par ce dialogue que peuvent être abordées toutes les interrogations relatives à une maladie ou un projet de soins. C'est aussi l'endroit où les doutes devraient pouvoir être partagés et c'est pourquoi il constitue le noyau dur de mes explorations et réflexions. Mais, ainsi que déjà précisé, la relation de soin entre un patient et son soignant se joue à la fois dans l'intimité du colloque singulier, par définition à huis clos, ainsi que dans l'instantanéité du réel. Entre, d'un côté le nécessaire respect de la confidentialité qui en fait un lieu de secrets, de l'autre le caractère peu ou pas perceptible de ces moments qui font toute l'effectivité du lien (tels ces instants suspendus, parfois même sans paroles lorsque l'échange de regards ou un simple geste peuvent suffire), le cœur de la relation de soin parait bien peu accessible à qui n'en fait pas partie. Et même en ce cas, c'est-à-dire en tant que l'un ou l'autre de ses acteurs, la vision que pourrait proposer soit le patient soit le soignant de la relation de soin dont il est partie prenante ne serait que partielle parce qu'unilatérale. Elle ne pourrait relater que ce qui se vit de son côté de la relation sans pouvoir s'extraire des biais d'interprétation liés aux épreuves et/ou contraintes qui sont les siennes. C'est pourquoi, il est apparu que la fiction pouvait constituer une méthode à même d'éclairer ce qui normalement n'est pas accessible mais s'avère pourtant le plus essentiel de la relation de soin pour pouvoir y aborder la question du doute en partage, à savoir tout ce qui relève de la rencontre intersubjective[3176]. La fiction permet aussi de développer des faits historiques attestés, de rendre plus accessible le vécu psychique et subjectif de Madeleine et de mettre d'autant mieux en valeur l'importance du doute dans la rencontre clinique. Je développerai donc ici les raisons qui m'ont conduite à ce choix de méthode de travail, à savoir une approche fictionnelle de la relation de soins à travers l'exemple de celle qui lia Janet à Madeleine ainsi que sa particularité formelle. Il s'agit en effet d'une mise en scène à vocation théâtrale se déployant opportunément sous forme de dialogues.

2.5.2 – Les limites d'une lecture de la relation de soin au prisme du récit des patients

L'éclairage de la relation de soin par les récits de patients se fait au prisme de leur propre subjectivité. S'il met particulièrement en lumière les affects qui traversent inévitablement cette relation, il ne parvient pas à en révéler le cœur même qu'est l'intersubjectivité.

Ainsi que déjà précisé, les récits de patients relatant leur expérience de la maladie en usant de l'écriture narrative, réunis sous le terme générique d'autopathographie, sont ici envisagés au titre de textes littéraires et non pas comme des textes historiques[3177]. Je ne leur octroie pas non plus, dans le cadre de ce travail, une valeur médicale (au titre, par exemple, d'outil diagnostique et de suivi) propre à alimenter une argumentation scientifique et à servir de preuve, quand bien même ils ont pu être utilisés à cet effet, en l'occurrence par Janet dans le cadre de ses travaux

[3176] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *De la mise en récit de la relation de soin*.
[3177] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie.*

de recherche en psychologie. Ils reflètent uniquement l'expérience vécue du point de vue de la personne et transcrite par elle-même. Ces récits relèvent ainsi d'une lecture subjective. Ils ouvrent à l'intelligibilité par la personne elle-même des ressentis, des raisonnements, des réactions, des comportements qui peuvent se jouer au cœur de la relation de soin. Mais cette intelligibilité se déleste d'une lecture de la maladie restreinte au prisme exclusif de son processus pathogène et de ses conséquences instrumentales n'ayant d'autre fondement que la rationalité médico-scientifique. Entre autres effets, de tels récits invitent ainsi à appréhender et apprécier autrement, et surtout plus largement ce qui, plutôt que de constituer un stigmate de la maladie, relèverait du caractère, des aspirations singulières, de l'histoire intime d'une personne et apporterait une coloration particulière à sa maladie, mais sans s'y confondre, ni en justifier le diagnostic. Si tant est que leurs relations avec les soignants soient évoquées dans ces récits, ces derniers en offrent aussi une approche subjective, ouverte à la diversité des affects possibles à leur égard et dès lors particulièrement mis en valeur. Allant de la crainte voire la peur, de la soumission, du mépris voire de la haine à l'admiration, l'attirance, l'affection voire au sentiment amoureux, la palette des émotions et des sentiments à l'égard des professionnels de santé est infinie, fluctuante et non dénuée d'ambivalence. L'impact de tels affects, qui sont autant de facteurs qui ne relèvent pas de la rationalité scientifique (et viennent d'ailleurs la percuter), est incontestable, ne serait-ce que par leurs effets sur la qualité et/ou les performances de la relation de soins. Les tensions et rapports de force, d'influence réciproque, parfois de plaisir partagé mais aussi d'emprise qui peuvent s'y déployer sont modulés en conséquence. L'épreuve du doute qui s'y joue pleinement en est aussi notablement remaniée (que le doute soit d'ailleurs exprimé et partagé ou pas), au point de faire varier significativement l'équilibre du rapport confiance / défiance, le niveau de compréhension et/ou d'acceptation de la réalité d'un vécu intime (s'agissant des professionnels) ou d'une donnée de santé (s'agissant des patients) ainsi qu'enfin le degré d'adhésion et de coopération à un projet de soins, voire de co-construction de ce dernier. La relation de soins, ainsi renforcée ou inversement fragilisée, de façon variable et évolutive, riche de cette part humaine, sensible, parfois irrationnelle (selon la référence d'où l'on se place), à tout le moins difficilement maitrisable, ne se résume de fait pas à la seule rationalité scientifique et instrumentale. Les récits de patients permettent précisément d'entrevoir la place importante qu'occupe cette dimension humaine des affects que les soignants cherchent pourtant, dans un fantasme de maitrise et d'objectivité, à dénier et évacuer. Invoquant comme marqueur d'humanité de leur pratique soignante l'empathie, cette dernière, qui se doit de demeurer raisonnable et appropriée[3178], est en réalité bien loin d'embrasser toute la complexité des affects qui se nouent, consciemment ou pas, au cœur de la relation de soins et en déterminent bien des rouages et tensions positives autant que négatives. Il n'en demeure pas moins qu'une telle lecture de la relation de soin ne peut passer qu'au travers des lunettes subjectives du patient qui en fait le récit ce qui peut conduire à en négliger certains aspects et/ou à les colorer d'une façon qui ne permette pas d'en apprécier pleinement l'ensemble des caractéristiques et des enjeux.

[3178] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *De l'écueil du surinvestissement humain des soignants.*

2.5.3 – Les limites d'une lecture de la relation de soin au prisme du regard soignant

En miroir, qu'en est-il des récits émanant de soignants ? J'ose ici proposer mon témoignage de soignante et avouer qu'il me semble bien difficile de faire usage de mes propres récits de moments relationnels partagés, parfois intensément, avec certains des patients que j'ai été amenée à soigner, sans introduire d'importants biais. Aucun soignant ne peut se prémunir du retour insidieux, parce que souvent ancré dans l'inconscient collectif du milieu sanitaire, d'une langue bien particulière (celle des bio-soignants), de mots connotés (la singularité du vocabulaire médical pouvant le rendre choquant, troublant voire inaccessible à de non-initiés), de réflexes de posture (celle du soignant *sachant*), de modalités de pensée déterminées et s'imposant malgré et même contre soi (les actes étant sous-tendus et contraints sous l'effet du discours d'autorité que distille la biomédecine dès les tous premiers enseignements du métier). D'un autre côté, en dépit des impératifs d'indépendance, d'objectivité et de rigueur de la science médicale, force est de constater aussi combien mes interactions avec les patients se sont vues mâtinées de ma propre histoire personnelle, comme des effets de transfert souvent inconscient, ne manquant dès lors pas de flouter mon expérience de la relation de soin au prisme de ma propre subjectivité. Autrement dit, en tant que soignante ce dont je pourrais témoigner à propos de la relation de soin ne peut qu'être orienté. Quand bien même j'ai naturellement pu moi-même être patiente en d'autres circonstances, je ne puis jamais être patiente et soignante d'une même relation de soin. En tant que soignante, je ne dispose au mieux que d'une vision partielle puisque je n'expérimente alors qu'une des places de cette relation. La position et le vécu du patient comme ce qui se joue précisément dans l'interface relationnelle me sont difficilement accessibles et m'échappent donc au moins en partie.

Revenant à mon présent statut de chercheuse et m'étant, durant ce doctorat, libérée de mes fonctions hospitalières de soignante de sorte à pouvoir m'y consacrer autant que possible et en me libérant du maximum des influences et déterminismes que j'évoquais précédemment, je puis proposer ceci. Pris entre, d'un côté la rationalité scientifique et instrumentale qui fonde sa pratique, de l'autre sa propre interprétation subjective, le récit des soignants peine aussi à pouvoir éclairer la relation de soin. Soit, comme précédemment développé, il s'agit d'ouvrages de nature médico-scientifique, à l'instar des publications de Janet relatant les résultats de ses travaux de recherche en psychologie. Offrant en l'occurrence un angle de vue psychopathologique, il tend à cantonner Madeleine dans un statut de malade mentale et partant, il ferme *de facto* toute possibilité relationnelle équitable et de dialogue sincère. Par principe, il ne peut en effet considérer son jugement comme fiable. Soit, il s'agit de textes littéraires émanant de soignants, à l'instar de la figure du médecin-écrivain tel que Jacques Chauviré, particulièrement au travers de son *Journal d'un médecin de campagne*[3179] riche de réflexions sur le métier de médecin, Oliver Sacks et ses nombreux livres relatant ses expériences de cas médicaux notables, à mi-chemin entre littérature médicale et ouvrage grand public, et plus récemment Martin Winckler dont les récits à type de romans narrent la vie et les émotions de médecins comme dans *La Maladie de Sachs*[3180]. D'autres professionnels de santé contribuent aussi aux récits de soignants comme l'écrivaine Nicole Malinconi dont le livre *Hôpital silence*

[3179] Chauviré Jacques. *Journal d'un médecin de campagne 1950-1959*. Mazères: Le temps qu'il fait; 2004.
[3180] Winckler Martin. *La maladie de Sachs*. France: P.O.L; 1998.

est inspiré de son expérience d'assistante sociale au sein d'un service de gynécologie-obstétrique. Mais, d'une part ces auteurs ne se dépouillent évidemment pas dans ce type d'écriture de leur habit de soignant, d'autre part ils sont portés par une vision propre et critique de leur profession. Tout comme les récits de patients, ces récits de soignants, eux-aussi appréhendés comme des textes littéraires, relèvent de leur interprétation subjective de la situation narrée. Ils offrent d'ailleurs à entendre également la palette des sentiments qui peuvent animer les soignants, depuis leurs motifs et états de contentement, de joie, de plaisir, de tendresse voire d'affection mais aussi leurs angoisses, leurs colères, leurs déceptions, leurs peurs et leurs découragements. De façon notable, ce médium du récit donne aussi accès à la profondeur de leurs doutes s'agissant de leur pratique et plus généralement de leur profession. Il ne s'agit alors pas tant d'une tentation d'émancipation critique vis-à-vis du rail rigide de la protocolisation scientifique que d'un moment autoréflexif quant à la logique et au sens de leur implication et de leurs actions en tant que soignants et partant une méditation sur la condition de soignant. En la matière, l'interface relationnelle n'est pas exclusivement le sujet même s'il ne manque pas d'être évoqué comme un facteur d'intérêt parmi d'autres.

2.5.4 – S'approcher au plus près du réel de la relation de soin grâce à la fiction

Dès lors, la question est bien celle d'accéder, ou du moins celle de s'approcher au plus près de cette interface relationnelle qui fait le cœur même de la relation de soin et pouvoir ainsi explorer comment s'y partage le doute dans la diversité de ses objets, de ses modalités et de ses enjeux entre ces deux acteurs pourtant si dissemblables que sont le patient et le soignant. Il m'est apparu qu'il n'était sans doute pas possible de se situer précisément là où se joue très concrètement – bien que de façon souvent imperceptible pour un observateur extérieur non engagé – la rencontre intersubjective autrement que par la fiction. Puisque donc il s'agirait alors d'un théâtre où l'intersubjectivité se verrait mise en scène de façon fictionnelle, Janet et Madeleine devenant alors eux-mêmes des personnages non pas intégralement fictionnels mais mis en fiction (tout comme Charcot et Augustine dans le film éponyme *Augustine*[3181] relatant de façon romancée et même transgressive leur relation), il n'y a plus dès lors d'exigence historique ni même sociologique indépassable. L'objectif principal devient celui de s'intéresser à la relation de soin en elle-même, et en général, dans toute la diversité de ses caractéristiques possibles et en l'occurrence d'y questionner la place du doute et la façon de le travailler au cœur de la relation. De façon contre-intuitive, le biais de la fiction permet aussi de se délester du poids du mythe pesant sur ce genre de personnes et qui lui impose immanquablement certaines représentations pour le moins difficiles à assouplir. En tant que personnage de fiction, Janet peut dès lors apparaitre et être considéré comme un soignant parmi d'autres, en l'occurrence médecin psychiatre, impliqué dans une relation de soin à partir de laquelle il s'agit de réfléchir aux différentes modalités d'expression et de gestion du doute à l'interface de sa rencontre avec les patients.

Héroïne du film *Amour*[3182] aux côtés de Jean-Louis Trintignant, l'actrice Emmanuelle Riva, interrogée sur la méthode de travail du cinéaste autrichien Michael Haneke dit simplement ceci

[3181] Winocour Alice. *Op. cit.*

[3182] Haneke Michael. *Amour* [Film, 126 min]. France, Autriche, Allemagne : France 3 Cinéma, Degeto Film, Westdeutscher Rundfunk et Bayerischer Rundfunk, 2012.

: « C'est un métier de visionnaire. Il y a une force. Il faut qu'il y ait trop pour qu'il y ait assez ». Généralisant cette qualité de *visionnaire* aux autres grands réalisateurs, Emmanuelle Riva semble suggérer que la fiction (en l'occurrence cinématographique), par l'acuité du regard qui peut s'y déployer, pourrait mieux éclairer la réalité que ce qu'en offre à voir et à entendre la réalité elle-même. Il ne s'agit effectivement pas d'entendre ici la caractère visionnaire au sens d'une faculté de vision claire de l'avenir, en quoi cosisterait un don de *préscience*, mais dans le sens d'une capacité à pouvoir voir la réalité d'une façon à la fois juste, approfondie, précise voire acérée, en somme « Celui, celle qui perçoit ou qui croit percevoir la réalité profonde des choses, au-delà du visible, de l'immédiat »[3183]. Qu'il s'agisse de films ou de romans, les récits fictionnels peuvent ainsi donner accès à ce surplus de réel que la réalité n'offre pas elle-même spontanément ou bien parce qu'il s'y voit masqué, trop lointain, inaccessible, indéchifrable, brouillé, illisible ou intraduisible. Des scories diverses et des parasitages permanents qui encombrent l'existence comme de l'amalgame invraisemblable d'informations et d'évènements qui détournent l'attention, l'œuvre de fiction en permet l'extraction, le dépouillement et l'éclairage. De façon parfois désagréable voire éprouvante, à l'instar de ce que tendent effectivement à provoquer les films de Michael Haneke, l'œuvre de fiction par la finesse et la pertinence qui peut s'y déployer, invite à pénétrer la chair de la réalité jusqu'en ses tréfonds, à en être touché, troublé voire percuté, sans pourtant fermer la porte à toute liberté et évolutivité d'accueil et d'interprétation. Romanciers, cinéastes mais aussi artistes contribuent par leur imagination, leurs intuitions, leurs créations, leurs œuvres à la possibilité d'un autre regard sur la réalité, peut-être plus juste et pertinent parce que mieux éclairé et visionnaire justement. Dans le film *Amour*, il s'agit de l'histoire d'une relation entre deux êtres, en l'occurrence une relation d'amour, et comment cette relation se voit percutée mais se mobilise face au grand âge, à la souffrance, à la perte d'autonomie. Or, c'est précisément ce qu'il nous importe de tenter d'approcher, si ce n'est d'atteindre, au plus près et au plus juste, à savoir la réalité même d'une relation, en l'occurrence une relation de soin entre une patiente et un médecin. Si l'acuité du regard et de l'analyse du cinéaste Michael Haneke, tout comme son intelligence et sa finesse, ont permis la mise en lumière tragique d'une relation d'amour dans son film éponyme, ces mêmes qualités ont permis au scénariste Claude Baqué de se situer au plus près du réel de la relation de soin qui a lié de façon durable Madeleine à Janet en la mettant en scène sous forme de dialogues fictionnels.

En l'absence de tout autre moyen d'accès et de transcription, *a fortiori* de transcription neutre ou du moins qui puisse se situer d'une part en dehors du seul filtre de l'analyse et de la posture médicales, d'autre part en dehors de la seule position subjective (qui peut aussi être un parti pris) de l'un et/ou l'autre des membres de la relation de soin, je propose donc de tenter de l'appréhender grâce au vecteur fictionnel. Si cette fiction ne saurait certes exclure la subjectivité de son auteur à l'égard des acteurs de la relation qu'il met en scène, il n'en est cependant pas partie prenante et c'est là ce qui importe puisqu'il se trouve dès lors indépendant dans sa création à l'égard de ses personnages comme de leurs modalités relationnelles. L'usage d'une fiction pour relater la réalité et la complexité d'une relation de soin qui a véritablement existé

[3183] Il s'agit de la définition fournie par le CNRTL. En ligne : https://www.cnrtl.fr/definition/visionnaire, consulté le 22 décembre 2023.

mais qui resterait, sans ce média, inaccessible du fait de l'absence d'élément de preuve documentaire, permet ainsi d'en approcher et d'en penser le contenu et un certain nombre de ses variations. Le postulat étant d'ailleurs qu'ainsi s'ouvre aussi la possibilité d'imaginer grâce à cette mise en fiction toutes ces *variations possibles de la réalité* d'une relation de soin, que ces variations soient passées ou à venir. Une telle mise en scène pourrait en effet constituer un véritable outil pédagogique d'apprentissage de la relation de soin à l'attention des étudiants en santé comme des soignants si souvent maladroits dans leurs paroles comme dans leurs actes à l'égard des patients. Mais il pourrait également s'adresser aux patients, et plus généralement aux citoyens, eux-aussi dans la méconnaissance et l'incompréhension des comportements qu'ils observent au sein du milieu sanitaire. Parce que pensée de façon fictionnelle, une telle relation de soin ouvrirait le champ de toutes ses variations possibles grâce à un jeu de rôles où chacun (patient ou soignant ou simple citoyen) pourrait amener de sa propre expérience vécue ou fantasmée de la relation de soin (qu'elle soit positive ou négative) et ainsi inventer d'autres scènes de dialogue (constructif ou bien, au contraire, conflictuel) possible. Parce que Claude Baqué donne pleinement voix et écho aux doutes que peuvent avoir éprouvé autant la patiente Madeleine Lebouc que le médecin Pierre Janet, il ouvre aussi à l'opportunité de toutes autres voix possibles. Par cet outil éducatif, l'émergence du doute et son partage dans la relation de soin pourraient ainsi être mis en situation fictive – que ce soit en amont ou même dans le cours inépuisable de son expérimentation en vie réelle – et joués dans la diversité de ses circonstances de survenue et déclinaisons possibles, comme de ses écueils et de ses modalités résolutives. L'on peut gager que cela permettrait peut-être d'œuvrer contre le tabou qui pèse sur le doute en médecine, la défiance qu'il suscite, les incompréhensions et discordes qu'il provoque parfois. Tout à l'inverse des idées reçues sur le doute, particulièrement l'idée qu'il constituerait une menace pour la relation de soin, je proposerai ainsi de développer notamment, en me basant sur cette relation de soin entre Pierre Janet et Madeleine Lebouc mise en fiction par Claude Baqué, toute la puissance de lien qu'il recèle bien au contraire, en plus de constituer un outil clinique indispensable.

3 – Le contexte de cette relation de soin et son actualité

Dans la relation « patient – soignant » qui le lia à Madeleine, femme particulièrement pieuse qui fut suspectée de délire mystique, Janet occupe la place du médecin spécialiste du psychisme et il fut, en ce domaine, l'un des plus renommés de son époque. Survenue historiquement à la transition des 19e et 20e siècles, cette relation de soin s'inscrit dans la société de son temps, profondément patriarcale (les femmes n'ayant alors encore aucuns droits), en pleine industrialisation (à l'origine de l'essor du prolétariat et des inégalités sociales) et politiquement marquée par le conflit franco-germanique et la Commune de Paris, par ailleurs à l'aube de l'affaire Dreyfus. C'est aussi une époque importante pour l'histoire de la médecine, et celle de la psychiatrie en particulier puisqu'elle fut concomitamment marquée par l'apogée de la science médicale et par la naissance de la psychanalyse. En l'occurrence, Janet, grand défenseur de la

psychologie expérimentale, représente la figure du chercheur scientifique, s'inscrivant parfaitement dans le modèle bernardien de la médecine expérimentale[3184].

3.1 – Le contexte général et singulier de Madeleine Lebouc

Pauline Lair Lamotte (1853-1918), plus connue sous l'identité d'emprunt de référence biblique Madeleine Lebouc sur laquelle je reviendrai, est une figure remarquée de son époque qui, entre l'église catholique et le milieu médical, a provoqué bien des interrogations et des controverses, à ce jour non résolues. Figure illustre parmi les extatiques « à une époque où pullulaient comme jamais mystiques stigmatisées et miraculeuses (car le 19e siècle finissant est leur âge d'or) »[3185], elle bouscule à la fois la nosographie psychiatrique et suscite le malaise au sein de l'église alors en pleine controverse au sujet de l'assomption de la vierge Marie. Sa notoriété et son intérêt n'ont d'ailleurs pas perdu de leur actualité si l'on s'en tient aux publications (articles, notamment dans le domaine de la santé mentale, et livres, y compris de fiction dont l'ouvrage de Claude Baqué est une illustration) qu'elle continue de susciter.

3.1.1 – Madeleine, une femme au cœur d'une société dominée par le patriarcat

La vie de Madeleine couvre la seconde moitié du 19e et le tout début du 20e siècle. Elle vit à une époque où les femmes sont encore considérées comme des êtres mineurs. Jugées naturellement inférieures par rapport aux hommes, elles sont traitées comme tels. Leur vie est contrainte et déterminée par l'autorité des hommes, d'abord celle de leur père puis celle de leur mari. Consacrée par le code civil napoléonien, cette domination juridique masculine se concrétise aussi par leur dépendance matérielle puisqu'elles ne peuvent disposer de compte épargne et donc d'argent sans l'autorisation et l'intervention de leur mari, ainsi que par des inégalités de jugement à l'instar des peines de justice différenciées. C'est ainsi qu'en cas d'adultère une femme subit une peine d'emprisonnement, tandis qu'un homme n'est condamné qu'à une amende, venant par-là illustrer l'interdiction pour les femmes à pouvoir disposer de leur propre corps. Alors même que certaines femmes ont joué un rôle dans les affaires politiques, y compris durant la Révolution française laquelle leur a certes conféré le statut de citoyennes, elles restent cependant privées de droits civiques, parmi lesquels le droit de vote. Si le suffrage universel a ainsi été accordé à tous les hommes majeurs à compter de 1848, il ne le sera qu'en 1944 pour les femmes. Madeleine qui meure en 1918 avant les premiers mouvements suffragistes autour des années 1920 n'aura donc jamais connu d'autre condition que celle d'une situation de discrimination systémique à l'égard des femmes dans un monde ancré sur la domination masculine. A cet égard, il importe de souligner que si elle fuit sa famille, et partant l'autorité paternelle, avant même toute perspective de mariage éventuel, elle ne s'émancipe pourtant pas de toute autorité masculine. Elle s'épaule ainsi d'un guide spirituel et moral quant à la conduite de sa vie en la personne de père Conrad auquel elle confie tout. Le caractère religieux, et non pas biologique, de l'intitulé « père » vient d'ailleurs souligner la dimension de consentement à cette autorité, donc d'allégeance volontaire, que présuppose le choix d'un directeur de conscience amené par principe à juger du comportement de la personne

[3184] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.
[3185] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*.

qui s'y soumet. Très affectée par sa disparition, elle s'en remet ensuite et comme sans transition à une autre figure masculine puisque c'est en Pierre Janet qu'elle choisira un substitut paternel autant que marital, tant il est aisé de penser à l'hypothèse d'une telle dynamique transférentielle. Or elle ne pouvait ignorer l'autorité dont il allait pouvoir d'autant plus disposer sur elle et sur sa vie puisqu'en plus de son aura, il était tout à la fois responsable de sa situation médicale, donc de son projet thérapeutique, juge de la catégorisation psychopathologique de ses symptômes (et de la stigmatisation consécutive pouvant en résulter) ainsi que décideur de son maintien ou non en hospitalisation (autant dire de son internement). Considéré sous cet angle, en dépit de sa volonté d'émancipation de son milieu social, il semblerait que Madeleine soit toujours restée notoirement soumise au patriarcat en vigueur.

3.1.2 – Madeleine, une femme en rupture avec son milieu social

> C'est alors que j'ai brisé définitivement avec les miens et que je me suis jetée à corps perdu dans la voie que me traçait ma passion emplissant mon âme, l'amour de la croix et l'amour des pauvres[3186].

Ainsi se trouve résumé ce moment de rupture de Madeleine d'avec la première partie de son existence et ce vers quoi elle s'est alors destinée. Issue d'une famille catholique bourgeoise de Mayenne, son milieu social d'origine n'était pour l'époque pas considéré comme le plus dur en termes de conditions de vie et de discrimination à l'égard des femmes. Contrairement aux paysannes, aux ouvrières ou aux domestiques, c'est-à-dire ces femmes des milieux populaires dont les conditions d'existence pouvaient s'avérer particulièrement rudes, *a fortiori* en cette période d'intense industrialisation, les femmes de la bourgeoisie étaient plus préservées voire favorisées. Par-delà leurs obligations, celles du mariage comme de leur bonne conduite quant à leurs devoirs d'épouse et de direction domestique du foyer (dont l'éducation des enfants, la gestion du personnel de maison, la réception adéquate des relations de son mari), les femmes de ces milieux plus aisés étaient très généralement dispensées de devoir assumer un travail complémentaire. Certaines pouvaient même s'adonner à des activités comme des sorties au théâtre ou à l'opéra, éventuellement l'organisation de salons culturels, voire disposer d'une résidence de villégiature.

Madeleine vient manifestement de ce type de milieu social, fondé sur le modèle patriarcal de la femme au foyer mais invitant aussi à un certain type de vie en société. Or c'est pour elle, la découverte progressive d'un monde qu'elle trouve repoussant et difficile. Elle y éprouve un malaise croissant. Les mondanités qui structurent la vie sociale en vigueur au sein de sa propre famille finissent par lui paraitre à la fois insupportables et incompatibles avec ses aspirations profondes. Source de bien trop d'inquiétudes pour elle, son malaise va jusqu'à être source d'idées suicidaires ce qui la conduit à aspirer au retrait pur et simple de la vie en société. C'est ainsi qu'elle écrit :

[3186] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 203.

> Depuis l'âge de quinze ans j'ai des moments de dégoût de la vie des hommes en voyant ce qu'est le monde, la société, j'en suis écœurée, je préfèrerais mourir plutôt que de vivre dans cette société. […] à défaut d'une vie de dévouement, je voudrais au moins une vie de solitude, de silence et de prière …[3187].

Ce propos est important. Non seulement Madeleine y exprime cette révulsion progressive, mais très tôt ressentie, à l'égard de son milieu social d'origine et expliquant ce mouvement longtemps en puissance et finalement irrépressible qui la conduira à s'émanciper de sa famille pour pouvoir y échapper. Mais elle déconstruit aussi, dans le même temps, l'écueil consistant à psychiatriser cette émancipation, c'est-à-dire à le constituer en symptôme précoce d'un trouble mental. Une telle expérience est, en effet, loin d'être unique même si, par-delà leur anachronisme, les témoignages de cet ordre tendent certes plus souvent à émaner de personnes issues de milieux défavorisés, marqués par des situations de précarité extrême et de grande pauvreté intellectuelle en contexte d'accès restreint à l'éducation et à la culture[3188]. Mais quel que soit le milieu qui se trouverait être la source d'un tel mal-être, celui-ci peut parfois être si profond qu'il en vient à menacer l'équilibre psychique et jusqu'à la vie même de la personne. Madeleine le dit assez clairement : « je préfèrerais mourir plutôt que de vivre dans cette société ». Si la formule a certes pu paraitre exaltée, elle n'en témoigne pas moins de l'intensité du malaise éprouvé et de l'urgence d'y trouver une issue. Par ailleurs, en suivant la causalité d'un environnement de vie délétère à la personne, l'assertion d'une maladie mentale primitive en deviendrait même caduque. Il ne saurait dès lors être question d'un putatif trouble de l'humeur endogène, c'est-à-dire sans objet, mais plutôt d'un mal-être réactionnel à un objet au contraire bien identifié, celui d'un environnement social bien circonscrit, qui l'incommode et même l'écœure (« j'en suis écœurée »). Ainsi qu'elle l'explicite de façon limpide, en usant de ses propres mots, il ne s'agit pas d'un « dégoût de la vie » mais d'un « dégoût de la vie des hommes », c'est-à-dire ceux de la société dans laquelle elle a vu le jour puisque, par ailleurs, elle aspire à la communauté humaine à travers « une vie de dévouement » mais au bénéfice d'autres hommes, les plus démunis. S'il n'avait donc été cette époque bien particulière de l'histoire française marquée par l'étouffement de toute voix féminine discordante (à l'exception de figures très remarquées comme celle d'Olympe de Gouges, survenue plus tôt dans l'histoire mais, finalement, elle aussi réduite au silence par la guillotine) et le bannissement de tout mouvement de libération d'une femme, son histoire aurait pu être lue sous un autre jour que seulement celui du déraillement et de la folie. Ainsi qu'en témoigne l'occurrence de vécus similaires pour lesquels l'extraction du milieu vécu comme pathogène a permis un épanouissement salvateur, le malaise éprouvé par Madeleine aurait ainsi pu être analysé comme explicable, légitime (étant donné la diversité des êtres et de leurs aspirations) et même résoluble. Mais l'époque l'interdisait. Elle n'a dès lors eu d'autre issue que de fuir. Et c'est en fuyant son milieu d'origine et en concrétisant par-là son rejet de la mondanité, qu'elle va se réouvrir au monde, à travers la découverte d'un tout autre monde. Son mouvement d'isolement vient paradoxalement mettre à jour sa vocation sociale pour les plus démunis. C'est là toute la rigueur et la clairvoyance de sa personnalité, à savoir qu'en réalité, elle ne refusait pas le monde (puisque, précisément, elle n'est pas misanthrope) mais un certain monde.

[3187] *Ibid*., p. 200.
[3188] Eribon Didier. *Retour à Reims*. Paris: Fayard; 2009.

3.1.3 – Madeleine, une femme faisant le choix de l'engagement social humanitaire

C'est dans un tel état d'esprit qu'elle décide, très jeune, de quitter sa famille, « abandonnant patronyme, patrimoine et rang social »[3189]. Elle se rend alors à Londres, puis Paris, écrivant à ce propos : « Je pourrais d'avantage m'isoler et éviter de me mêler aux conversations, car déjà je me sentais incapable d'avoir de fréquents rapports avec le monde »[3190]. C'est au cœur de ces grandes villes, qu'elle découvre avec effroi le dénuement extrême de la masse urbaine des miséreux. Entre effroi et révélation, elle prolonge alors son mouvement d'isolement. Elle décide de rompre tout lien avec sa propre famille afin qu'ils n'essaient pas de la détourner de ses choix de vie, celui de la pauvreté et de l'accompagnement des plus démunis. Ses vingt et un ans marquent un tournant radical dans sa vie. « Mon ambition était d'être une des créatures les plus pauvres, les plus inconnues, les plus dégagées de toutes les choses matérielles »[3191], écrit-elle dans ses souvenirs de l'année 1874. Ses conditions de vie sont de fait les plus ascétiques qui soient :

> […] n'ayant de vêtements que ceux que je portais, ne prenant que de l'eau et un peu de pain et j'en manquais assez souvent. J'avais pour tout mobilier un crucifix, une moitié de couverture, une boîte de bois qui me servait d'oreiller et qui contenait ce qu'il me fallait pour travailler à coudre des bourrelets de fenêtre, une cruche d'eau et une cuvette de terre[3192].

Madeleine renonce absolument à tout confort, particulièrement celui que lui aurait assuré sa famille bourgeoise, et refuse toute assistance qu'elle soit simplement occupationnelle ou surtout matérielle. C'est ainsi qu'elle va même jusqu'à décliner des propositions d'emploi[3193], notamment parce qu'elles seraient par trop à risque de la maintenir dans le giron protecteur d'un foyer familial[3194]. C'est donc bien au prisme d'un choix éclairé et volontaire qu'il faut comprendre la vie de pauvreté menée par Madeleine. Sa sœur Sophie œuvre à la reconnaissance de cette vocation humanitaire qui est la sienne lorsqu'elle écrit, dans une lettre adressée à ses parents datée du 29 novembre 1874 : « Oui Pauline a toujours été passionnée pour la pauvres, les malades, tout ce qui souffre enfin … »[3195]. C'est bien parce qu'elle voulait être au contact des êtres les plus en détresse socialement, mais aussi les plus malades (en accompagnant des cancéreux jusqu'à leur mort[3196]) et les plus méprisés, exclus, maltraités (en côtoyant les milieux de la prostitution) qu'elle recherchait activement à vivre dans la plus grande misère, parmi les prolétaires. Et c'est finalement à sa sœur Sophie, qui semble si bien la comprendre et à laquelle

---

[3189] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 9.
[3190] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 202.
[3191] *Ibid*., p. 205.
[3192] *Ibid*., p. 269.
[3193] *Ibid*., p. 204 : « Ma Sœur chérie, *je ne puis, je ne dois pas* accepter la place qui m'est offerte : je ne pourrais en remplir les obligations ».
[3194] *Ibid*., p. 202 : « [Elle se plaça comme femme de chambre dans la famille d'un commerçant londonien]. Mais là, je me trouvais trop bien accueillie, trop gâtée par la maitresse et par ses filles qui avaient trop d'égards pour moi et qui voulaient sans cesse me parler ».
[3195] *Ibid*., p. 207.
[3196] *Ibid*., p. 211 : A propos d'un souvenir portant sur la période de 1875 à 1878 : « J'ai soigné pendant six mois une vieille femme qui avait un affreux cancer, elle ne me donnait qu'un morceau de pain par jour et parfois un peu de lait … » ; p. 213 : un autre souvenir de la période de 1878 à 1887 : « J'ai eu pendant neuf ans pour compagne une malade atteinte [elle aussi] d'un cancer de l'estomac sans compter ses autres maladies ».

elle restera toujours liée, qu'elle doit l'orientation explicitement franciscaine de cette vocation à la pauvreté[3197].

3.1.4 – Madeleine, la vocation franciscaine et le destin d'une extatique

S'agissant de la tonalité christique de sa personnalité, de son aspiration au dénuement et de sa vocation au service des plus pauvres, elles seraient donc explicitement inspirées du Tiers-Ordre franciscain. « Je lus le Vie de saint François d'Assise et dès lors ma vocation me fut connue »[3198] écrit-elle. C'est à maintes reprises qu'elle explicite dans ses textes cette vocation et justifie ainsi, notamment à ses proches, les raisons de son comportement, selon ses propres mots « sa conduite passée et présente »[3199]. C'est ainsi que l'on peut lire dans ses souvenirs portant sur la période de 1873 à 1874 durant laquelle « elle traversait le quartier de la Tour pour aller à la messe du couvent des franciscaines », les propos suivants :

> […] vivre moi aussi dans un complet détachement de tout, une vie de travail et d'isolement parmi le pauvre peuple, celui d'être une pauvre ouvrière ignorée, perdue dans la société des pauvres gens […] je voulais être vraiment pauvre […] plus pauvre que les plus pauvres …[3200]

Portée par cette vocation, Madeleine en est effectivement venue à se soumettre à des conditions de vie extrêmement difficiles. S'exposant à diverses privations (notamment alimentaires et de sommeil) comme aux intempéries climatiques (au froid et à l'humidité), elle n'a pas hésité à mettre en péril son état de santé, prenant le risque d'un affaiblissement de son corps voire de maladies liées à la précarité[3201].

L'aspiration mystique de Madeleine ne cessera de s'amplifier, ainsi qu'en témoignent l'évolution de sa situation (notoirement l'apparition de stigmates sur ses mains et ses chevilles, rappelant ceux de François d'Assise en son temps mais aussi sa démarche sur la pointe de pieds assortie d'une sensation de lévitation imminente) ainsi que de ses écrits, au point de devenir une figure illustre parmi les « extatiques » de son époque. Ainsi, le père Conrad, son directeur de conscience et père spirituel, « ne jugeait pas la comparaison déplacée de Madeleine à la mystique de Lisieux »[3202]. Pourtant, contrairement à Thérèse Martin qui fut déclarée Sainte Thérèse de l'Enfant-Jésus, elle ne fut jamais canonisée. Il n'empêche, comme elle colore tous ses écrits, cette tonalité mystique affecte désormais toute son existence et l'ensemble de ses choix. A l'image de la vie du Christ Jésus, Madeleine décrit à plusieurs reprises dans ses textes son aspiration à prendre sur soi le malheur des hommes et l'ensemble de leurs péchés. Dans

---

[3197] *Ibid*., p. 228 : Lettre à sa sœur datée du 29 mai 1893 : « C'est que je voulais te dire, chère sœur, que je te saurais toujours gré de cette lettre où tu me faisais connaître le Tiers-Ordre de saint François ».
[3198] *Ibid*., p. 227.
[3199] *Ibid*., p. 217 : Lettre adressée à son père datée du 15 décembre 1884 : « Au moment de t'expliquer ma vocation, je ne trouve rien de mieux à faire que de t'envoyer le panégyrique de Saint François d'Assise, dont je suis une enfant, […]. Tu y verras exposé mieux que je ne pourrais faire la raison de ma conduite passée et présente ».
[3200] *Ibid*., p. 202.
[3201] *Ibid*., p. 269 : « C'est quand j'ai vécu seule que j'ai eu le plus de privations, j'ai passé neuf mois n'ayant de vêtements que ceux que je portais, ne prenant que de l'eau et un peu de pain et j'en manquais assez souvent » ; Et quelques lignes plus loin dans le texte « Loin de prendre des précautions je m'exposais à toutes les intempéries, j'ai passé des nuits dehors par des pluies battantes, j'ai couché dans la boue sur le pavé ».
[3202] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*.

une lettre à son père datée du 15 décembre 1884 (elle avait alors 31 ans), on peut ainsi la lire : « […] je laisse le monde pour me donner uniquement à Lui, m'efforçant d'imiter autant que possible Notre-Seigneur dans sa vie de souffrance et d'humiliation »[3203]. Et quelques années plus tard, de façon tout aussi claire : « Oui, j'ai pris sur moi tous les péchés des hommes. Dieu m'a fait connaître qu'Il voulait que je m'unisse au Sacrifice de Jésus Victime … »[3204]. De-là émane aussi la référence biblique da sa nouvelle identité, qu'elle s'est elle-même choisie ainsi qu'en témoigne cet écrit :

> Dieu m'ayant donné une vocation spéciale et m'appelant à souffrir pour moi et pour tous mes frères, je porte le nom qui convient. Tu sais que dans l'ancien Testament le bouc émissaire était chargé de tous les péchés du peuple d'Israël. Eh bien, cher Père, tu me comprendras, j'en suis sûre[3205].

Dans ce propos issu d'une lettre adressée à son père biologique, Madeleine explique ce choix d'identité qui s'est avéré à la fois mûrement réfléchi et en cohérence à la fois avec sa vocation et son histoire de vie. Les écrits personnels de Madeleine font d'ailleurs remonter cette aspiration christique à sa plus tendre enfance[3206] ainsi qu'en témoigne ce souvenir, parmi bien d'autres : « Une ange est venu me dire dans mon enfance que je devais souffrir pour tous, j'ai compris ce que Dieu attendait de moi […] »[3207]. C'est pourquoi tout en reconnaissant le caractère certes exagéré des traits de la personnalité et de la spiritualité de Madeleine, au point d'atteindre à une « rigueur subversive »[3208], divers analystes s'accordent pour la considérer comme une extatique comme tant d'autres à son époque. « Sa piété reste bien de son temps. […] Même les stigmates se trouvent dans l'esprit d'un siècle où naquirent tant de personnes tenues par leur entourage pour stigmatisées »[3209] écrit le sociologue Jacques Maître dans son introduction à l'ouvrage biographique qu'il consacra à Madeleine. De même, pour le psychiatre Georges Lantéri-Laura, « rien ne montre que [la] bizarrerie [des convictions de Pauline] appartînt indubitablement à la pathologie »[3210]. Il n'empêche, à défaut d'une canonisation, cette situation finira par la conduire à l'hôpital psychiatrique entre les mains du successeur de Jean-Martin Charcot, le tout aussi célèbre Pierre Janet.

3.1.5 – Madeleine, une femme au cœur de la psychiatrie du 19e siècle

Madeleine cumulait beaucoup de raisons pour se retrouver jugée (que ce soit par la justice, la médecine ou la religion) et enfermée (que ce soit dans un hospice, un asile, un hôpital ou même en prison). Pour s'être volontairement soustraite à l'autorité familiale et avoir renié son milieu de naissance pourtant aisé, stable et protecteur, elle pouvait aisément être qualifiée de femme déviante. Sa façon de vivre comme une indigente, parfois à même la rue (« j'ai couché dans la

---

[3203] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 218.
[3204] *Ibid*., p. 220.
[3205] *Ibid*. : Lettre de Pauline à son père (peut-être de 1888).
[3206] *Ibid*., p. 197 : Souvenir de la période 1858-1859 : « Déjà à l'âge de cinq ans … Je souffrais surtout en songeant aux malheureux qui souffrent … j'étais avertie la nuit que je devais souffrir de toutes les douleurs des autres personnes ».
[3207] *Ibid.,* p. 270.
[3208] *Ibid.,* p. XXX.
[3209] *Ibid.,* p. XXVI.
[3210] *Ibid.,* p. XIV.

boue sur le pavé »[3211] a-t-elle pu préciser) ou dans des milieux jugés malsains comme ceux de la prostitution, ont pu être considérés comme une menace pour l'ordre public autant que social et susciter son arrestation par des gendarmes. Son état de santé fragilisé par ses conditions de vie extrêmes l'a parfois conduite à l'hôpital dans l'hypothèse d'une pathologie de la précarité (entre autres, dénutrition et/ou infection telle que la tuberculose). Enfin, le caractère inhabituel, excessif, étrange et inquiétant de ses choix de vie, de ses propos comme de son comportement – notoirement l'apparition de sa démarche sur la pointe des pieds et son allégation d'envol imminent – a finalement conduit à suspecter un trouble mental. Manifestement inoffensive (bien que détonant avec l'ordre social établi au sein de son milieu d'origine et côtoyant des milieux pour certains jugés de corruption et de dépravation) et indemne de pathologie somatique, et à défaut de pouvoir être reconnue pour sa sainteté par l'église embarrassée par son cas, Madeleine s'est vue adressée vers la psychiatrie dans l'hypothèse d'un état de *délire mystique*. A partir de ce premier constat, il importe de rappeler brièvement la situation plus générale de la psychiatrie de l'époque et ses évolutions afin d'éclairer au mieux le contexte de la rencontre de Madeleine avec ce fonctionnement asilaire et ses acteurs ainsi que son parcours médical au cœur de cet univers bien particulier. Pour Michel Foucault, le malade psychiatrique était livré à la « toute-puissance » du médecin au sens où celui-ci disposait d'une autorité ultime et sans réelle limite sur lui[3212]. Le principe asilaire, tel que conceptualisé et structuré par les figures historiques marquantes que sont Philippe Pinel et son homologue anglais Samuel Tuke, reposait précisément sur la valorisation de la figure médical, à l'origine de bien des écueils. Car si l'enfermement à l'asile avait bien pour objectif, en isolant les personnes souffrant de troubles mentaux, de les étudier et de les soigner, le personnage médical s'avérait, *in fine*, le seul à même de pouvoir en juger et le conditionnement moral sous-tendu par ses soins ne manquait pas de contribuer à cet enfermement.

3.1.5.1 – Madeleine au cœur du modèle asilaire

Contemporaine de Camille Claudel (1864-1943) internée de 1913 jusqu'à son décès, Madeleine a donc connu la même psychiatrie, celle de la seconde moitié du 19e et du début du 20e siècle. Dans la continuité évolutive de ce que Michel Foucault qualifiait de « grand renfermement »[3213] à l'âge classique, cette psychiatrie est fondée sur le modèle asilaire devenu dominant au tournant des 18e et 19e siècle et même avalisé par la loi fondatrice de 1838[3214]. En cette fin de 19e siècle, la psychiatrie continue donc d'enfermer les malades mentaux, même s'il s'agit

[3211] *Ibid.,* p. 269.

[3212] Foucault Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard; 2017 [1976].

[3213] *Ibid*., p. 67-110 et notamment p. 108-109 : « L'internement est une création institutionnelle propre au XVIIIe siècle. Il a pris d'emblée une ampleur qui ne lui laisse aucune commune dimension avec l'emprisonnement tel qu'on pouvait le pratiquer au Moyen Âge. Comme mesure économique et précaution sociale, il a valeur d'invention. Mais dans l'histoire de la déraison, il désigne un événement décisif : le moment où la folie est perçue sur l'horizon social de la pauvreté, de l'incapacité au travail, de l'impossibilité de s'intégrer au groupe ; le moment où elle commence à former texte avec les problèmes de la cité. Les nouvelles significations que l'on prête à la pauvreté, l'importance donnée à l'obligation du travail, et toutes les valeurs éthiques qui lui sont liées, déterminent de loin l'expérience qu'on fait de la folie et en infléchissent le sens ».

[3214] L Marguerite, Ripa Yannick. *Carnets d'une séquestrée*. Paris: Le Sycomore; 1983, p. 8-9. A propos de cette loi, les propos suivants de l'historienne Yannick Ripa sont éclairants : « La loi de 1838 […] tente de faire la synthèse entre le désir, issu de la philanthropie bourgeoise du XIXe, de soigner les aliénés, et la volonté de protéger la société contre les déviants qu'elle sécrète. La loi de 1838 est l'acte officiel de la naissance de ces établissements de l'époque, "loi de police et de bienfaisance" ».

désormais de lieux spécifiques, ainsi qu'en témoigne l'histoire de Camille Claudel et Madeleine est elle-même restée hospitalisée à la Pitié-Salpêtrière durant plusieurs années.

Non sans écueils, le 19e siècle a été marqué par des évolutions marquantes en matière de savoirs, d'institutions et de traitements psychiatriques. Outre que l'asile, au sens d'un lieu dédié aux personnes atteintes de troubles mentaux, s'est imposé comme modèle institutionnel dominant et a ainsi mis fin à leur enfermement au sein des hôpitaux généraux ou des prisons, la psychiatrie s'est progressivement formalisée en discipline médicale de sorte que cela ouvrait dans le même temps à la perspective de soins tout en restant bien à part au sein de la médecine. Ainsi que l'explicite l'historienne Yannick Ripa, « si la folie avec la naissance de la psychiatrie a acquis droit de cité au sein des maladies, elle n'en demeure pas moins une affection "pas comme les autres", et est de ce fait traitée dans des hôpitaux spéciaux »[3215]. Entre autres figures éminentes de ces évolutions, le médecin aliéniste Philippe Pinel (1745-1826), précurseur de la psychiatrie moderne[3216] et notamment de la classification des troubles mentaux[3217], est réputé, non seulement pour avoir œuvré à libérer les malades mentaux de l'hôpital Bicêtre des chaînes auxquelles ils étaient entravés, mais aussi pour avoir bouleversé le regard sur les « aliénés » en affirmant la possibilité de les soigner avec des traitements réputés plus humains. C'est surtout l'idée même de vouloir *soigner* les malades mentaux qui consistait dès en soi en une intention de réhumanisation de ces personnes. Préconisant de fait l'abandon de mesures se révélant être dans ce contexte aussi stupides que délétères (dont les saignées), il conceptualise ce qu'il qualifie de « traitement moral » ayant pour fondement l'idée que l'on peut traiter la folie par la parole et par le raisonnement, telle une préfiguration des psychothérapies à venir[3218]. C'est que Philippe Pinel croyait en la curabilité de la folie et c'est dans cette unité de lieu qu'est l'asile, dès lors conçu comme un lieu pour guérir, qu'il convenait d'œuvrer à ce dessein fondé sur l'observation, l'écoute, la compréhension et le raisonnement des malades. En d'autres termes, l'isolement des malades mentaux selon un mode asilaire répondait à une double perspective, à la fois sécuritaire et thérapeutique, donc globalement aussi humanitaire, l'asile constituant le lieu où ils pouvaient être protégés et traités. Pour majeures qu'elles puissent paraître, ces transformations quant à l'appréhension des personnes souffrant de troubles mentaux, quant à leurs soins et quant à leur accompagnement, n'ont cependant été ni parfaites ni sans écueils.

3.1.5.2 – D'un enchainement à un autre ou l'émergence de la figure du médecin tout-puissant

Si Philippe Pinel a pu alimenter l'espoir de substituer un modèle thérapeutique à un modèle répressif, Foucault relativise la portée de cette évolution et en souligne les effets pervers dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*[3219]. D'une part, s'il ne s'agit certes plus de la prison mais de l'asile, les personnes n'y sont pas moins enfermées, parfois interminablement et dans

[3215] Ibid., p. 8
[3216] Pinel Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier; 1800.
[3217] Pinel Philippe. *Nosographie philosophique, ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: Richard, Caille et Ravier; 1798-1799.
[3218] Pinel Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Op. cit*.
[3219] Foucault Michel. *Histoire de la folie. Op. cit.*

des conditions tout aussi carcérales, d'oppression et de très grand dénuement[3220]. La surpopulation, la promiscuité, la misère extrême des lieux, les pénuries (notamment alimentaires), la violence peuvent y régner. D'autre part, elles passent d'un enchainement à un autre, se trouvant désormais à l'asile sous l'autorité toute-puissante des médecins. Ces derniers y sont, en effet, seuls juges et décideurs, ayant tout droit sur l'existence des personnes internées ce qui, dès lors, ouvrait la porte à l'arbitraire d'internements injustifiés et abusifs ainsi que cela a pu être relaté à travers d'innombrables témoignages[3221]. Cette situation était par ailleurs favorisée par le « non-fonctionnement des garanties dont la loi de 1838 était censée entourer les malades »[3222] ce qui a conduit le grand journaliste engagé de l'époque qu'est Albert Londres à écrire que « La loi de 1838, en déclarant le psychiatre infaillible et tout-puissant, permet les internements arbitraires et en facilite les tentatives »[3223] et d'ajouter que « Sous la loi de 1838, les deux tiers des internés ne sont pas de véritables aliénés. D'êtres inoffensifs, on fait des prisonniers à la peine illimitée »[3224]. Par-delà ces abus, qui n'impliquaient d'ailleurs pas que les médecins mais l'ensemble de la société, à tous les niveaux de son organisation (ne serait-ce qu'aux motifs d'ordre, de sécurité[3225] et de respect des normes sociales), c'est aussi la modalité relationnelle entre patient et médecin qu'il importe de questionner. Dans cette structuration de la psychiatrie héritée des réformes portées par Philippe Pinel, la figure médicale est en effet survalorisée au point qu'elle se voit même nimbée d'une aura de divinité comme l'illustre cette description de Foucault :

> […] la structure qui enveloppe le personnage médical ; il a amplifié ses vertus de thaumaturge, préparant à sa toute-puissance un statut quasi divin. […] ; il en a fait le Regard absolu, le Silence pur et toujours retenu, le Juge qui punit et récompense dans un jugement qui ne condescend même pas jusqu'au langage[3226].

Ainsi, non seulement la figure médicale a remplacé celle de l'expert judiciaire des tribunaux, du géôlier de prison ou du gardien de léproserie, mais il est également détenteur d'une autorité ultime « qui punit et récompense dans un jugement qui ne condescend même pas jusqu'au langage ». C'est dire l'aura de supériorité dont bénéficie le personnage médical au point de le comparer à une puissance divine désincarnée qui n'a pas même besoin du langage pour faire valoir sa sentence. Elle s'impose comme d'elle-même. Cette « toute-puissance » dont il apparaît

---

[3220] Londres Albert. *Chez les fous*. Paris: Arléa; 1999 [1925], p. 151 : « Les fous mangent dans des baquets. Les trois quarts des asiles sont préhistoriques, les infirmiers sont d'une rusticité alarmante, le passage à tabac est quotidien ».
[3221] Ripa Yannick. *L'affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle* .Paris: Tallandier; 2010. L. Marguerite. *Op. cit*. p. 11 : Je relate le propos de Yannick Ripa dans sa présentation de l'ouvrage : « Quelles que soient et la réalité et la nature du mal qui affecte Marguerite, force est de constater que son internement ne s'inscrit pas dans la légitimité juridique, le titre de ses mémoires apparaît justifié et le serait même sur Marguerite était atteinte de paranoïa aiguë ! ».
[3222] L. Marguerite. *Op. cit*., p. 8.
[3223] Londres Albert. *Op. cit*. p. 153.
[3224] *Ibid.*, p. 153.
[3225] Ripa Yannick. *La ronde des folles. Femme, folie, et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)*. Paris: Aubier; 1986, p. 20 : « Plus qu'une maladie à soigner, la loi enferme un danger qu'elle cherche à neutraliser. Les circulaires préfectorales mettent sans cesse l'accent sur la violence qui leur parait sommeiller chez tout malade. Ce que les autorités nomment alors la "dangerosité" devient le moteur de la politique d'assistance ».
[3226] Foucault Michel. *Histoire de la folie. Op. cit.*, p. 631.

dès lors évident à tous qu'il est divinement doté n'est pas seulement celle d'être l'unique juge de l'existence des internés (s'agissant notamment du maintien ou non de leur internement, de son type et de ses conditions, ainsi que des traitements prescrits). Elle provient aussi de ce que le médecin possède sur eux « le Regard absolu » qui, en plus du don de clairvoyance, renvoie à son pouvoir de seul *sachant*. En tant que ce pouvoir de voir et de savoir se définit comme le fait de disposer de toute connaissance sur le malade (c'est-à-dire bien plus que ce dernier ou toute autre personne, dont les proches, ne pourraient en savoir par eux-mêmes), il vient d'autant plus justifier et asseoir l'autorité conférée à la figure médicale. Plus encore, puisqu'ici qualifié de « thaumaturge », cette « toute-puissance » renvoie enfin à son pouvoir de *guérisseur*. Par la force divine prêtée au médecin, celui-ci serait donc aussi à même de ramener les fous à la raison, de résoudre leurs troubles, en somme de les guérir.

Il est notable que le discours de Madeleine à l'égard de Pierre Janet est en phase avec ce type représentation, celle du médecin tout-puissant et ayant dès lors toute autorité. « L'autorité que vous avez sur moi est toute divine »[3227] lui exprime-t-elle, et il ne s'agit là que l'une parmi les multiples occurrences du même ordre[3228]. C'est donc en conscience qu'elle consent à l'autorité médicale de Janet. Tel un guide suprême, elle s'en remet pleinement à lui, à son jugement et à ses décisions, ainsi qu'en témoigne cette injonction on ne peut plus claire : « Ne me laissez jamais choisir seule »[3229]. Dans un mouvement de lâcher-prise et d'effacement derrière la figure imposante du médecin, elle va jusqu'à dire : « La volonté de Dieu est devenue votre volonté, mon pauvre esprit malade se repose sur vous du soin de disposer de moi-même pour le moment présent et pour diriger l'avenir … »[3230]. Semblant ici renoncer à sa liberté de penser comme d'éprouver sa propre existence, se délestant de son libre arbitre (« votre volonté »), se soumettant ainsi corps et âme (« repose sur vous du soin de disposer de moi-même »), elle se chosifie elle-même telle une offrande d'elle à Janet. Un tel propos n'est pas sans faire écho à l'analyse de Foucault sur le rôle joué par les patients eux-mêmes, participant à leur alinéation, à leur propre enchainement à la personne du médecin :

> […] le malade acceptera cet abandon entre les mains d'un médecin à la fois divin et satanique, hors de mesure humaine en tout cas ; de plus en plus il s'aliénera en lui, acceptant d'un bloc et à l'avance tous ses prestiges, se soumettant d'entrée de jeu à une volonté qu'il éprouve comme magique, et à une science qu'il suppose prescience et divination, devenant ainsi au bout du compte le corrélatif idéal et parfait de ces pouvoirs qu'il projette sur le médecin, pur objet sans autre résistance que son inertie, tout prêt à être précisément cette hystérique dans laquelle Charcot exaltait la merveilleuse puissance du médecin[3231].

Foucault souligne ici, peut-être cependant de façon par trop catégorique, la responsabilité du malade en ce qu'il s'abandonnerait lui-même à la « toute-puissance » du médecin (« il

[3227] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 274.
[3228] *Ibid.,* p. 274 : « Votre volonté m'apparaît tout aimable parce qu'elle se confond avec l'ordre divin » ; p. 275 : « Je ne vous vois plus qu'avec l'auréole de l'autorité divine… ».
[3229] *Ibid.,* p. 284 : « Ne me laissez jamais choisir seule, vous savez que je n'arriverai à rien, tandis que si vous me guidez j'arriverai peut-être à être bonne à quelque chose ».
[3230] *Ibid.,* p. 274.
[3231] Foucault Michel. *Histoire de la folie. Op. cit.*, p. 629.

s'alièner en lui »), à la fois sans nuance et de façon *a priori* (« en bloc et à l'avance » ; « se soumettant d'entrée de jeu »). Comme illustré par les propos de Madeleine, l'aura divinatoire qui est accordée au médecin peut effectivement relever d'une projection des patients eux-mêmes au point d'ailleurs que, pour la justifier, ceux-ci s'avèrent tout disposés à se soumettre à ses projections symptomatiques performatives, et ainsi à jouer précisément le rôle qu'il leur a accordé et prédit (« tout prêt à être précisément cette hystérique » prédite, plus que diagnostiquée, par Charcot). Le médecin apparait dès lors doté d'une capacité à voir l'invisible, à prédire l'avenir, à dévoiler les mystères. Loin donc de relier positivement son pouvoir à la science dont il serait détenteur, c'est bien plutôt à ce qu'ils estiment être puissance de magie et de « divination » de leur médecin que les patients se rattachent. C'est en cela que, selon Foucault, les patients peuvent devenir les acteurs de leur propre chosification, se laissant manipuler au sens propre comme au sens figuré par la figure du médecin. Devenant ce « pur objet sans autre résistance que son inertie », métaphore de la matière inerte à laquelle le malade serait dès lors réduit, puisque s'étant dépossédé par ses propres soins de sa subjectivité et de son libre arbitre, « le malade mental est entièrement aliéné dans la personne réelle de son médecin »[3232]. S'il importe de questionner la possibilité d'une telle aliénation chez Madeleine, du moins d'en retrouver un certain nombre de déterminants, ils n'en demeurent pas moins labiles et inconstants. Si cela permet, au regard de la situation bien particulière qui est la sienne, de nuancer quelque peu l'analyse de Foucault, nous verrons aussi qu'elle sait se défendre et défendre la propriété impartageable ainsi que la valeur de ses symptômes. Il n'en demeure pas moins que Janet est un « personnage médical » hautement valorisé par Madeleine, porté en cela aussi peut-être par des effets de transfert à l'égard de la figure masculine qu'il représente, que ce soit dans sa dimension paternelle (après que, à cette place, Père Conrad se soit substitué au père biologique, c'est ensuite Janet qui l'a relayé après son décès) et/ou maritale (d'autant que l'un et l'autre sont de la même génération).

3.1.5.3 – La psychiatrie comme outil de contrôle social, notoirement des femmes

Lorsqu' Albert Londres écrit que « La loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société »[3233], il souligne par-là combien la médecine dite aliéniste, sous couvert d'une justification sanitaire et sécuritaire, œuvrait en réalité comme gardienne de l'ordre social établi, contraignant tous déviants à rentrer dans le rang. C'est dire combien la pratique de la psychiatrie a pu être détournée de sa mission soignante au profit du seul contrôle moral des individus, pour peu qu'ils se soient écartés des normes (en l'occurrence bourgeoises et masculines). Foucault, bien plus tard, défendait des idées similaires lors de ses Cours au Collège de France sur *Le pouvoir psychiatrique*[3234]. La psychiatrie, explique-t-il, a été utilisée comme modalité de contrôle des idées et de normalisation des comportements considérés comme déviants pour la société bourgeoise de l'époque. C'est que, comme le rappelle l'historienne Yannick Ripa, « Michel Foucault met en exergue les analogies entre l'appréhension de la "folie à l'âge classique" et des autres déviances, reliées par la dangerosité, notion fluctuante, éminemment

[3232] *Ibid.*, p. 630.
[3233] Londres Albert. *Op. cit*. p. 149.
[3234] Foucault Michel *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*. Paris: Gallimard; 2003.

subjective et politique »[3235]. Selon cette analogie, celle de leur dangerosité (qui ne relève donc pas seulement d'une menace physique ou pour l'ordre publique, puisqu'une femme sortant simplement des sentiers battus pouvait s'y retrouver aussi), les fous, qui ne sont donc pas tous malades, mais qui tous dérangent[3236], peuvent être amenés, sous couvert d'une justification psychiatrique, à subir l'internement et des mesures de coercition, autant d'actions à même de conduire à leur exclusion sociale[3237]. Ainsi, tout en invoquant l'objectif de soins et de rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux (les fous), la psychiatrie se préoccupait aussi des *anormaux*, des *déviants*, au sens de tous ces individus qui, dans leur extrême diversité, pouvaient aller à l'encontre des normes sociales établies. Lorsque Foucault avance la folie comme moyen de domination, il l'entend précisément comme un outil de pouvoir pour les autorités, utilisé pour maintenir l'ordre social, en excluant au besoin les individus le menaçant. Un tel constat s'avère d'autant plus valable s'agissant des femmes, les discriminations liées au genre féminin restant d'ailleurs d'actualité, y compris dans nos sociétés contemporaines et au cœur même du système de santé sous la forme d'inégalités de genre en santé, d'une attention sanitaire et de soins différenciés[3238]. L'époque où Madeleine a côtoyé la psychiatrie fait bien partie de cette période à laquelle Foucault fait référence dans son cours sur *Le pouvoir psychiatrique*. En matière d'abus perpétrés par la psychiatrie, la peine des femmes était redoublée, simplement parce que femmes. Les hôpitaux psychiatriques se sont, de fait, avérés être des outils d'autant plus féroces de régulation sociale des femmes.

Se situant au cœur d'une société masculine, la psychiatrie de cette époque et plus généralement l'ensemble de la médecine n'ont pas manqué de contribuer activement aux discriminations à l'œuvre dans l'ensemble de la société à l'égard des femmes. Dans le milieu sanitaire, les femmes médecins ou scientifiques restaient exceptionnelles, à l'instar de Marie Curie (1867-1934), alors qu'elles pouvaient être infirmières, reproduisant par-là le schéma classique du privilège masculin des hautes fonctions, celles du savoir, du pouvoir et de l'autorité. Il importait donc que les femmes ne s'éloignent pas du rôle qui leur était dévolu, celui d'être de bonnes mères et des épouses bienveillantes. Tout écart à la norme patriarcale risquant de les mener à l'asile, elles furent nombreuses à subir une psychiatrisation abusive. Car, en plus de la situation de femmes souffrant réellement de troubles mentaux ou de démence, les comportements féminins jugés déviants, c'est-à-dire hors des normes attendues, et/ou dangereux pouvaient être aussi divers que : se révolter contre les forces de l'ordre, délinquance, prostitution, débauche dont mœurs sexuelles considérées comme dépravées, avoir pratiqué ou subi un avortement, fille-mère, être rebelle dont refuser le mariage et/ou la maternité, souhait d'étudier, de faire carrière, de changer de statut social, de transcender son statut par exemple en subvenant seule

[3235] Ripa Yannick. *L'affaire Rouy. Op. cit.*, p. 291.
[3236] Londres Albert. *Op. cit*., p. 37. L'article est intitulé « Avec ces dames » : « Mme Mémot est la meilleure ouvrière de l'atelier, elle n'a d'autres maladies que d'avoir les intestins rouges. Sans cette *idée* qui persiste, on la remettrait en liberté. Se croire les intestins rouges, est-ce un danger pour soi ou pour la société (loi de 38) ? A la réflexion, les meilleurs spécialistes répondent : pourquoi pas ? ».
[3237] *Ibid*., p. 152 : « On n'a pas cherché à les guérir mais à les boucler » ; p. 154 : « la société de 1938 a bâti une loi. Elle tient en ces mots : "Ce citoyen nous gêne, enfermons-le. S'il veut sortir, ouvrons l'œil" ».
[3238] Je renvoie au rapport « Sexe, genre et santé » de la HAS sur le sujet. En ligne : Haute Autorité de Santé - Rapport « Sexe, genre et santé » : et après ?, consulté le 5 mars 2026.

à ses besoins, en s'engageant publiquement, en s'impliquant en politique, être célibataire, simplement solitaire, souffrir d'un chagrin d'amour ou de famille, être en rupture de ban, subir un revers de fortune[3239], avoir été abandonnée et toute autre cause incongrue. Ces femmes qui dérangeaient bien plus qu'elles ne souffraient de troubles mentaux n'en ont pas moins été considérées comme déviantes jusqu'être diagnostiquées folles et être internées. Tel fut le cas d'Hersilie Rouy (1814-1881) qui a pu en relater les circonstances illégales et les conditions injustes aberrantes dans un journal d'enfermement, par la suite publié sous forme de *Mémoires*[3240]. Arbitrairement internée durant près de quinze années, cumulant les faits défavorables d'être pianiste, compositrice et célibataire, elle a aussi surtout été victime de l'ordonnancement d'un demi-frère avide la privant de son identité et cherchant à la déshériter. Une fois libérée, non sans peine, grâce à Édouard Le Normant des Varannes, directeur à Orléans de l'un des nombreux établissements amené à l'accueillir, elle mena un combat pour la reconnaissance de son préjudice et contre les internements psychiatriques abusifs. C'est « l'affaire Rouy »[3241]. Dénonçant les carences judiciaires de la loi asilaire de 1838 et plaidant pour sa révision, son action et ses écrits (bien qu'en partie censurés) rejoignent le mouvement antialiéniste dont l'écho fut malheureusement assourdi par l'éclatement de la guerre de 1870 avec l'Allemagne.

Le regard de la psychiatrie et la pratique de l'internement à l'asile ont ainsi constitué un authentique outil de contrôle social, particulièrement répressif à l'égard des femmes, souffrant ou pas de troubles mentaux. Par cette menace de l'emprisonnement, l'objectif était d'interdire toute déviance, de réduire les femmes au silence et à la soumission, d'assurer l'extinction de tout écart à la norme bourgeoise et masculine en vigueur. Les femmes devaient être assujetties et pour cela elles se voyaient confinées à la sphère privée, réduites au rôle d'épouse soumise et de mère dévouée, au mieux, cantonnées à des fonctions subalternes (comme celle d'infirmière, plutôt que médecin). Mais dès lors qu'elles pouvaient menacer l'ordre patriarcal établi, aller un tant soit peu à l'encontre de leur devoir de soumission aux valeurs établies par des hommes et pour des hommes, elles risquaient d'être disqualifiées, taxées de dépravation, suspectées de folie. Beaucoup se sont retrouvées internées dans l'unique dessin de pouvoir ainsi les exclure, les marginaliser et œuvrer à les reprogrammer pour agir conformément aux normes morales en vigueur. Bien nombreux sont les hommes, qu'ils soient leurs pères, leurs maris ou leurs médecins, qui n'ont pas hésité à faire abusivement enfermer ou à garder enfermées interminablement des femmes[3242], parfois simplement pour leurs extravagances ou leurs fragilités mais surtout pour leur indiscipline et leur insoumission. Bien des femmes, comme

---

[3239] *Ibid*., p. 37-38 : « Mlle Aline est des régions libérées. Elle a perdu, par la guerre, foyer et famille. […] La police la ramasse. On l'envoie ici. Ce n'était pas une psychopathe, j'aurais dû la relâcher, mais elle était sans ressource. […] Bref ! Un docteur charitable, un pays en enfance au point de vue assistance sociale. Résultat : une jeune fille abandonnée vit depuis quinze mois chez les folles ! ».

[3240] Rouy Hersilie, Doinel Jules-Stanislas (préface). *Mémoires d'une aliénée. Mlle Hersilie Rouy* Paris: P. Ollendorff; 1883.

[3241] Ripa Yannick. *L'affaire Rouy. Op. cit.*

[3242] Londres Albert. *Op. cit*. p. 36. Dans l'article « Avec ces dames », Londres rapporte à ce sujet le propos explicite d'une internée révoltée : « Le mot "sortie" a mis le feu à la baraque. - Honte sur le docteur ! Honte sur toute sa descendance ! Honte sur son diplôme de la faculté ! Il me garde prisonnière comme une assassine. Je veux sortir, vous m'entendez ? … ». L'histoire de différentes femmes illustres en témoigne aussi, parmi lesquelles Camille Claudel, Hersilie Rouy, Louise Augustine Bouvier et naturellement Pauline Lair Lamotte.

Hersilie Rouy, ont subis de véritables emprisonnements, ont été séquestrées (selon les propres termes de plusieurs d'entre elles[3243]) dans des établissements où les conditions d'existence pouvaient être très dégradés, où les *supposés soins* prodigués ont pu s'avérer agressifs, humiliants, indignes. Ces pratiques n'avaient en réalité d'autre objectif que de soumettre les femmes, de les contraindre à l'obéissance, la modération, la passivité, et pour ce faire de les reconditionner mentalement. Désormais bien connus et très bien documentés, les abus d'internement des femmes et les sévices (à l'instar des bains glacés ou des douches intempestives et violentes que l'euphémique terme hydrothérapie s'évertue à vouloir masquer) qu'elles ont pu y subir ont donc été particulièrement fréquents. L'histoire du célèbre hôpital de la Pitié-Salpêtrière, situé en plein cœur de Paris souffre, à cet égard, d'une effrayante réputation, riche des souffrances et des cris de bien des femmes (jusqu'à près de 10 000 internées) qui s'y trouvaient littéralement enfermées comme de véritables prisonnières. Bien des documents relatent désormais très clairement ces évènements qu'il s'agisse d'archives et d'analyses historiques[3244], de travaux d'artistes, à l'instar de l'œuvre de l'artiste Mâkhi Xenakis[3245] (plus de deux cents sculptures de femmes exposées justement dans la chapelle Saint-Louis de la Salpêtrière), ainsi que de diverses œuvres fictionnelles qui s'en sont directement inspirées[3246].

3.1.5.4 – Madeleine, une patiente elle aussi asservie et chosifiée par la psychiatrie de l'époque ?
Madeleine est une femme qui a cumulé bien des motifs d'internement, parmi lesquels une particulière exaltation de ses sentiments ayant très tôt marqué sa vie[3247], mais aussi sa rupture avec son milieu familial et social d'origine, son refus catégorique de tous les codes classiques de la bourgeoisie, son renoncement à une vie prédéterminée d'épouse et de mère, son choix de vie indépendamment de toute aide matérielle (notamment celle de son père), son refus de certaines propositions d'emploi qui l'eussent maintenue dans un milieu bourgeois supposé protecteur, son comportement réitéré de fuite et parfois d'errance, son vagabondage considéré comme source de désordre publique, sa vie de misère jusqu'à avoir vécu à même la rue, le fait de côtoyer des milieux de prostitution et de dépravation, la dégradation physique de sa santé par défaut d'alimentation et exposition à des conditions de vie insalubre. Autant de motifs de signalement et de préemption par les acteurs de la santé mentale. Ayant eu connaissance de sa situation, Jean-Martin Charcot avait d'ailleurs exigé qu'elle soit transférée dans son service provoquant sa fuite de l'hôpital où elle se trouvait alors[3248]. Voici ce qu'elle en rapporte dans une lettre du 29 mai 1893 adressée à sa sœur Sophie :

[3243] L. Marguerite. *Op. cit*.
[3244] Ripa Yannick. *La ronde des folles. Op. cit.*,
[3245] Xenakis Mâkhi. *Les folles d'enfer de la Salpêtrière*. Arles: Actes Sud; 2004. Mâkhi Xenakis s'immerge dans le « plus grand lieu d'enfermement de femmes depuis Louis XIV jusqu'à Charcot, […]. Désirant faire sortir ces milliers de femmes de l'oubli, elle réalise un groupe de 260 sculptures qu'elle installe dans la nef principale de la chapelle Saint Louis de la Salpêtrière puis, dans les jardins de l'hôpital ».
[3246] Mas Victoria. *Le bal des folles*. Paris: Albin Michel; 2019. Malye Julia. *La Louisiane: roman*. Paris: Stock; 2024
[3247] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 198 : « Dès mon enfance j'ai souffert de mon amour exalté qui ne parvenait pas à s'exprimer ».
[3248] *Ibid.,* p. 229 : Il est mentionné en note de sa lettre du 29 mai 1893 que « la fuite de Madeleine hors de l'hôpital pour échapper à Charcot et à la Salpêtrière semble avoir eu lieu entre la lettre du 14 mai [1893] […] et celle du 29 ».

> Il y a à la Salpêtrière des vieillards et des infirmes, des folles, puis des salles de malades que l'on soigne comme dans les autres hôpitaux. C'est dans ces salles que l'on voulait m'envoyer parce qu'on s'occupe spécialement des maladies nerveuses, rhumatismes, etc… Il y a des appareils pour l'électricité, etc… qui ne se trouvent pas dans les autres hôpitaux.
> Maintenant, il ne faudrait pas être surprise, chère sœur, si tu entendais dire que je suis *folle*. Plusieurs peuvent le croire sérieusement[3249].

On retrouve dans ce propos toute la crainte d'une femme de l'époque se sentant cernée (« il ne faudrait pas être surprise ») par le risque d'accusation de folie (« dire que je suis *folle* ») et d'internement consécutif. Elle n'aurait peut-être pas fui si cette crainte n'avait été suffisamment sérieuse (« Plusieurs peuvent le croire sérieusement »). Elle n'ignore manifestement rien de ce qui se passe à la Pitié-Salpêtrière (« Il y a à la Salpêtrière […] des folles […] des appareils pour l'électricité ») ni de la tristement illustre renommée de Charcot en la matière. Sa plus grande peur était alors associée à ce qu'elle rassemble sous le terme « électricité », incluant dans son esprit aussi l'hypnose, comme j'y reviendrai ultérieurement. En définitive, sans pour autant avoir été une rebelle acharnée, Madeleine ressemble bien à toutes ses femmes authentiquement menacées d'enfermement parce que, pour une raison ou une autre, elles se sont trouvées à la marge.

Ses comportements étaient certes inhabituels, troublants et, de fait, inquiétants si l'on veut bien considérer le souci, bien plus que l'embarras, de sa famille à son sujet. L'étrangeté de ses choix de vie et le danger que cela pouvait représenter pour sa santé, ne serait-ce même que physique, furent des motifs compréhensibles d'inquiétude. Mais il s'y est surtout aussi ajouté ensuite un ensemble de manifestations dont il fut tout aussi légitime d'en suspecter le caractère psychiatrique, si ce n'est dans la nature, du moins dans la tonalité. Des élans de mysticisme, à la fois réitérés et s'amplifiant dans leur expression (dont l'installation d'une démarche sur la pointe des pieds attestant selon elle de son envol imminent vers Dieu ainsi que la répétition d'états de crise extatique) en sont arrivés à envahir totalement son espace mental et à remplacer tout autre occupation. A cet égard, l'exaltation de son humeur ne semblait plus avoir de limites. Par ailleurs, le décès du père Conrad, son directeur de conscience, a aussi constitué pour elle un évènement particulièrement douloureux au point de décompenser très brutalement son humeur et de se compliquer d'une crise psychique fortement évocatrice de délire paranoïaque de persécution[3250]. Les propos délirants autour d'un démon l'assaillant deviennent alors envahissants[3251]. Si Madeleine a certes cumulé plusieurs raisons de se retrouver à la Salpêtrière, notoirement celle de cette crise psychiatrique avérée survenue en contexte de deuil, et si elle n'a manifestement pas subi les difficiles conditions d'internement décrites par ailleurs[3252], il

---

[3249] *Ibid.,* p. 228.
[3250] *Ibid.,* p. 231 : Il est précisé en note que « Pauline s'imagine déjà poursuivie par la Justice et va bientôt dénoncer aux autorités des crimes, des complots, des catastrophes imminentes ».
[3251] *Ibid.,* p. 230 : « On fait courir *toutes sortes de bruits* que mon compte et le diable s'est arrangé pour laisser peser sur moi *tous les soupçons imaginables* » ; p. 232 : « […] en raison d'intrigues habilement ourdies par le démon, je suis l'objet de graves soupçons de la part de la police et d'autre part du parti religieux… ».
[3252] *Ibid.,* p. 224 : C'est depuis l'hôpital que Madeleine écrit le 10 février 1893 dans une lettre à l'attention du Père Conard : « Ces dames sont bonnes, bonnes, bonnes, et l'on jouit dans cette maison d'une grande tranquillité ». Aurait-elle d'autant mieux vécu les conditions de son internement qu'à l'extérieur elle vivait dans le plus grand dénuement, l'insalubrité, l'isolement et l'exposition permanente à de nombreux dangers.

importe pourtant de questionner la durée de son séjour et les motifs réels du maintien de son internement. Peut-être ne s'agissait-il pour Janet que de poursuivre son étude expérimentale des troubles mentaux, et plus généralement des conduites humaines, grâce à son cas si singulier et selon lui exemplaire. L'observation de Madeleine a en effet constitué l'essentiel de la matière que son ouvrage majeur *De l'angoisse à l'extase*[3253], notoirement centré sur l'étude des croyances et des sentiments, relate. Ainsi que l'analysait de façon vertigineuse Albert Londres, « Des internements qui, au début, sont légitimes cessent de l'être par suite de l'évolution de la maladie »[3254]. On peut aussi se demander si Janet eut agi différemment si son patient à l'étude avait été un homme, et en quoi, peut-être, la condition féminine a pu d'autant plus favoriser la chosification de Madeleine au point de la faire disparaître sous le cas dit de « La Madeleine de Janet ». Sans compter que Madeleine s'est avérée particulièrement inoffensive[3255], dévouée et même soumise, confortant ainsi la domination patriarcale à l'œuvre à l'hôpital comme dans la société.

3.2 – Le contexte de Pierre Janet

Pierre Janet (1859-1947) fut en France un des pères fondateurs de la psychologie, comme le fut aux États-Unis William James, et un éminent théoricien et chercheur en ce domaine jusqu'à la fin de sa vie. Il fut également philosophe et médecin psychiatre, ces deux disciplines étant les seules lui ayant permis, à l'époque, d'aborder les questions psychologiques. Il est dit de lui : « Janet était le plus glorieux des psychiatres français à son époque »[3256].

Ne pouvant ici proposer ni une biographie détaillée ni une analyse exhaustive de l'ensemble des travaux scientifiques constituant l'œuvre de Janet qui fut considérable, je propose dans cette contextualisation de souligner les éléments les plus importants pour tenter d'approcher au plus près, et afin de l'éclairer au mieux dans sa compréhension possible, la relation de soin qui a pu se nouer avec Madeleine. Celle-ci fut l'une de ses plus célèbres patientes. A l'époque de leur rencontre et tout au long de la longue relation de soin qui a suivi, il officiait à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, notamment au sein du laboratoire de psychologie de la clinique neuropsychiatrique dont Jean-Martin Charcot lui avait confié la direction. Les éléments relatifs à l'évolution et aux grandes caractéristiques de la psychiatrie de l'époque ont été développés dans le chapitre consacré au contexte de Madeleine, et je m'y réfèrerai donc au besoin ici.

3.2.1 – Pierre Janet, un homme de la bourgeoisie du 19e siècle

Pierre Janet et Madeleine Lebouc sont tous deux issus de la bourgeoisie du 19e siècle dont ils ne pouvaient donc ni l'un ni l'autre ignorer les codes. Le premier, très conservateur, ne s'en est jamais affranchi, œuvrant tout au contraire au respect de l'ordre établi. La seconde s'est quant à elle radicalement émancipée de l'idéologie bourgeoise sans pour autant se déprendre d'une figure masculine d'autorité.

[3253] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*.
[3254] Londres Albert. *Op. cit*. p. 150.
[3255] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 247, Lettre à Sophie du 26 septembre 1896 : « Ma folie d'ailleurs n'est pas bien dangereuse pour les personnes avec lesquelles je vis. Je puis affirmer que j'ai toujours été en bonne intelligence avec tout le monde ».
[3256] *Ibid.,* p. XX.

3.2.1.1 – Une société patriarcale affectant la pratique médicale de Janet

Pierre Janet fait partie de la société bourgeoise patriarcale de son époque. Si diverses personnalités notables sont identifiées au sein de sa famille, il s'agit toujours d'hommes : des graveurs célèbres à l'époque, un directeur de l'école supérieure d'électricité de Paris, un certain Louis qui fut libraire et auteur, et surtout son oncle Paul Janet, philosophe reconnu, qui marqua sa jeunesse et influença son orientation première vers la philosophie. La profession médicale, et plus généralement soignante, n'est pas indemne des représentations sociales à l'œuvre dans cette société, particulièrement celles qui affectent la condition des femmes. Ainsi qu'abordé dans le chapitre précédent, la discrimination et la stigmatisation à l'œuvre à l'égard des femmes ont été largement documentées dans les établissements de santé mentale de l'époque, se manifestant par des préjugés psychiatrisant les moindres écarts à la soumission attendue, la non-considération de leur parole et de leurs droits, des internements abusifs (dans leurs indications comme leur maintien) et des soins humiliants. Même s'il ne se comportait peut-être pas lui-même explicitement de la sorte (rien dans ce qui est rapporté de son attitude ne rappelant, à cet égard, la spectacularisation des femmes si constamment opérée de son temps par Jean-Martin Charcot), le rapport de Pierre Janet à Madeleine Lebouc n'a certainement pas manqué d'être imprégné, un tant soit peu, par le contexte de déconsidération systématique des femmes.

Par ailleurs et plus généralement, la bourgeoisie est aussi marquée par une très haute opinion d'elle-même. Pierre Janet a pu être imprégné par une exigence d'excellence et de reconnaissance. Sa carrière brillante l'a conduit à une grande visibilité, assurant de nombreux cours à la faculté et donnant tout au long de sa vie des conférences à travers le monde. Il se prêtait bien volontiers aux mondanités et ne rechignait pas à bénéficier de la célébrité que lui offrait un large auditoire, y compris non scientifique. Il était donc un homme sensible au prestige.

3.2.1.2 – Du paternalisme médical jusqu'à l'emprise de Janet sur Madeleine

De même, dans cette société patriarcale comme dans la médecine de l'époque, le paternaliste était notoire. Rien ne prémunissait le clinicien Pierre Janet du paternalisme médical classiquement à l'œuvre dans le milieu sanitaire. Dans cette posture de pouvoir sous-tendu par le fait de détenir la connaissance, le patient était considéré comme un être fragile, vulnérable et incompétent tandis que le médecin, détenteur du savoir, s'estimait (et c'est bien ainsi qu'il était appréhendé) seul apte à pouvoir juger et décider. En tant qu'éminente figure de la philosophie et de la médicine, par ailleurs dotée d'une renommée toute particulière dans le domaine du psychisme humain, son aura de maitrise et son autorité n'en étaient que plus fortes. Janet ne pouvait échapper à la qualification et à la reconnaissance de médecin spécial, forcément tout-puissant et régnant en maître. Comment une femme telle que Madeleine, affectée de bizarreries comportementales, démunie matériellement, en rupture avec son milieu familial et social, plusieurs fois arrêtée par la police, *a fortiori* suspecte de troubles mentaux, eut-elle pu échapper à la déconsidération et au jugement d'inaptitude. C'est *a minima* à une double stigmatisation, et partant discrimination, celle liée à son genre et celle liée à sa fragilité mentale, que la société la vouait. Il importe donc de questionner le paternalisme, voire le rapport possible d'emprise de Janet sur Madeleine, l'un ayant pu être exacerbé et l'autre suscité parce que justement elle était

une patiente et non pas un patient. Il est un fait qu'elle fut soumise à l'autorité de Janet, ainsi qu'elle l'explique clairement dans ses écrits, l'ayant érigé en maitre dominateur dont elle accepte et dit même apprécier de porter le joug[3257]. Mais plus encore, la comparaison de Pierre Janet à une divinité, à Dieu même, introduit une dimension non seulement de dévotion mais aussi d'emprise, qui semblent ici intrinsèquement liées. « [J]e constatais qu'il était vrai que j'étais votre bien, votre propriété, que vous aviez pouvoir sur moi, de par Dieu »[3258] lui dit-elle explicitement. C'est là que la situation s'avère peut-être bien plus complexe qu'une simple question de paternalisme, mais qu'elle semble ici revêtir une dimension transférentielle. Ainsi que l'analyse le psychanalyste Pierre-Henri Castel : « Il y va du lien transférentiel […] Madeleine obéit absolument à Janet, lui remet la direction de sa conscience fort au-delà de toute exigence purement thérapeutique et donc contingente »[3259]. Bien des patients en arrivent certes parfois à appréhender leur médecin comme un Dieu tout-puissant parce qu'effectivement il se serait révélé fabuleusement capable de comprendre leur situation et de les guérir. Et ce n'est pas sans favoriser les abus de pouvoir et les situations d'emprise à l'égard desquels la responsabilité des médecins est grande. Pour autant, il n'est pas anodin qu'une mystique comme Madeleine s'en remette à Janet comme à Dieu. « Que vous dirai-je de mon état ? […] je suis trop bien. […] Le bon Dieu est tout près et Il vient lui-même visiter les malades qui ne peuvent descendre » écrit-elle dans une lettre du 10 février 1893 rédigée depuis l'hôpital à l'attention du Père Conard[3260]. Cette vénération éprouvée pour la figure médicale de Pierre Janet a par ailleurs connu des degrés d'intensité jusqu'à atteindre l'état de ferveur. C'est ainsi qu'elle a pu en arriver à ne plus s'en remettre qu'à Janet, y compris aux dépends même de sa propre foi, ainsi que le suggère ce propos issu d'une lettre du 23 mars 1901 : « je ne ferai rien de ma propre initiative et ne chercherai pas *lumière* tant que je n'aurai pas la *preuve* que je ne suis pas *folle* »[3261]. L'emprise parait ici totale (« je ne ferai rien de ma propre initiative »), n'ayant plus pour seul guide que Janet, sa parole semblant même prévaloir sur l'esprit de de Dieu (« [je] ne chercherai pas *lumière* ») pourtant essentiel pour elle jusque-là. Cet état d'esprit se confirme quelques jours plus tard (28 mars 1901) dans une autre lettre adressée à sa sœur Sophie à ce propos : « je ne pouvais avoir *une double direction*. Puisque pour le moment je suis *malade* et sous *l'obéissance du docteur* je n'ai point à demander de conseils ailleurs »[3262]. A l'aune de ce type de relation, le risque est grand pour le patient de l'effacement de sa propre subjectivité. N'ayant probablement rien à redire d'une patiente parfaitement soumise et dévouée, quand bien même cela impliquait qu'il se voit lui-même comparé à Dieu, et y voyant peut-être simplement l'expression psychopathologique de symptômes, de coloration mystique, liés à son trouble mental (qualifié d'emblée de « délire religieux » dans *De l'angoisse à l'extase*[3263]), Janet n'est pas allé à l'encontre d'une telle ferveur à son égard. Dès lors ne manqua-t-il probablement pas

[3257] *Ibid.,* p. 274 : « Le sentiment que j'éprouve est inexprimable, je n'aurais jamais cru qu'il fût si doux de vous être soumise » ; « Quelle paix indicible procure à mon âme cet abandon de moi-même à votre direction ! Quelle douceur je goûte à porter le joug ».
[3258] *Ibid.*
[3259] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*.
[3260] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 224.
[3261] *Ibid.,* p. 258.
[3262] *Ibid.*
[3263] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*.

de contribuer ainsi à maintenir sa patiente dans une posture de passivité au sein de la relation de soin et à l'extinction de son libre arbitre.

3.2.2 – Pierre Janet et son rapport ambigu à la religion

Le lien entre le scientifique Janet et la religion n'est pas anodin et l'intérêt si appuyé et prolongé (plus de vingt années) qu'il a porté à une personnalité mystique comme celle de Madeleine ne l'est pas moins. Alors même qu'en tant que scientifique, il aurait dû être neutre sur le sujet de la foi, du moins dans sa façon d'aborder sa recherche expérimentale et ses interprétations psychopathologiques[3264], il se concentre pourtant sur cette thématique et se trouve bien souvent ambivalent à ce sujet. En témoignent d'une part le choix d'étudier spécifiquement la patiente singulière en tant que grande mystique qu'est Madeleine, d'autre part la qualification de « délire religieux » (dont la connotation sous-jacente, notoirement péjorative, ne saurait échapper) qu'il met d'entrée en exergue pour désigner le cas étudié dans son livre *De l'angoisse à l'extase*. Si l'ouvrage ambitionne d'y déployer son étude des croyances, celles-ci ne sont pourtant pas l'apanage du fait religieux. Par ailleurs, l'état pathologique qu'il souhaitait aussi par-là décrire, en quoi consiste ce qu'il qualifie de délire psychasthénique n'est pas spécifiquement caractérisé par des thématiques en lien avec la religion, plus généralement la spiritualité, *a fortiori* le mysticisme. Il importe donc ici de souligner cette ambiguïté de Janet à l'égard de la religion et en quoi cela a pu influencer et l'enquête diagnostique et la nature de la relation de soin qu'il a entretenue avec Madeleine[3265]. En défendant fermement le diagnostic psychiatrique contre le fait religieux, Janet exprime une forme de résistance (qui est une prise de position) à l'égard de la religion. Il veut affirmer son agnosticisme.

Bien qu'issu comme Madeleine de la bourgeoisie catholique, leurs trajectoires en matière de religion se trouvent aux antipodes l'une de l'autre. Ainsi, à la plénitude et à l'engagement absolu de l'une s'oppose le scepticisme affiché de l'autre. Pour autant, il est tentant de penser que son intérêt pour les manifestations mystiques et sa manière de les aborder ne seraient peut-être pas étrangers à son propre passé troublé par le *sentiment religieux* et son choix de renoncer à la foi non sans en avoir souffert terriblement. Cette ambiguïté s'origine apparemment dans sa jeunesse. Il traverse alors une douloureuse crise mystique[3266] ce qui le conduit à la perte de ses convictions religieuses et à se présenter par la suite comme ouvertement agnostique[3267]. De là, serait aussi né son intérêt pour diverses questions essentielles du fonctionnement psychique,

---

[3264] Hulin Michel. *La mystique sauvage: aux antipodes de l'esprit*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993, p. 167 : « Cependant, reconnaître l'inévitabilité des représentations religieuses dans le discours spontané par lequel se traduisent divers états de béatitude n'équivaut en rien à attribuer à ces états une origine et une finalité religieuse. Le langage religieux peut très bien être parallèlement dénoncé comme une description fantastique et mystique d'états psychologiques dont la source et le sens seraient à chercher ailleurs. Et c'est bien ce que Janet entend montrer dans le cas Madeleine ».

[3265] Hulin Michel. *Op. cit*., p. 166-7 : « Agnostique en matière religieuse, Janet a longtemps cru pouvoir étudier les phénomènes mystiques en mettant entre parenthèses leur contenu représentatif proprement religieux. C'est seulement peu à peu, grâce à une familiarité toujours plus grande avec la personnalité de cette extatique, qu'il a compris que les thèmes religieux n'étaient pas un simple matériau parmi d'autres utilisés par certains déviants dans leurs constructions délirantes, mais se trouvaient inscrits dans la nature de la chose même, c'est-à-dire avaient vocation à réapparaître chaque fois que des affects fondamentaux comme la joie, la quiétude ou l'enthousiasme venaient à s'emparer de l'âme ».

[3266] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 122.

[3267] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*.

notoirement la question des croyances ou celle des sentiments. Comme à l'époque la psychologie n'existait pas encore en tant discipline autonome et n'était pas non plus enseignée, il s'immerge dans l'étude de ces thématiques en s'engageant dans un double parcours disciplinaire, d'abord par le biais de la philosophie puis, quasiment simultanément, celui de la médecine.

3.2.3 – Pierre Janet, un spécialiste éminent du 19e siècle en matière de psychisme humain
Le parcours menant Janet à l'étude du psychisme est marqué par l'intrication de la philosophie et de la médecine.

3.2.3.1 – La philosophie, première voie d'accès aux questions psychologiques pour Pierre Janet
Janet s'est d'abord formé à la philosophie. Initié par son oncle Paul Janet, philosophe reconnu et le précédant comme normalien et professeur à la Sorbonne, il intègre l'École normale supérieure en 1879. Il y rencontre Henri Bergson qui deviendra un ami. Il obtient l'agrégation de philosophie en 1882. Il devient alors professeur de philosophie dans divers lycées, notamment au Havre. Tout sa vie il continuera de s'intéresser à la philosophie, entretenant des échanges avec divers grands philosophes, Henri Bergson mais aussi Émile Durkheim et Lucien Lévy-Bruhl. En 1894 parait la première édition de son Manuel du baccalauréat de philosophie, le *Manuel du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique*, qu'il remaniera à diverses reprises pas la suite.

Conscient que les questions psychologiques, particulièrement celle des croyances qui le préoccupe beaucoup, ne sont plus seulement abordées par la philosophie, mais que la médecine commence aussi à s'y intéresser de plus en plus, il va faire ses premiers pas à l'hôpital. Se souciant de la condition des aliénés et pressentant la pertinence de l'étude de leurs troubles pour éclairer et comprendre le fonctionnement psychique, c'est au Havre, où il enseigne au lycée, qu'il va approcher pour la première fois des personnes souffrant de troubles mentaux en se portant bénévole à l'hôpital[3268]. Cela le conduit progressivement vers une thèse de philosophie intitulée *L'Automatisme psychologique*, qu'il soutient et publie en 1889. Il y développe ses nombreux travaux et articles de recherche produits entre 1885 et 1888 sur le sujet. Recevant un accueil très favorable, l'intérêt porté à ce travail fut tel que son livre sera ensuite plusieurs fois réédité[3269]. De là s'affirme son ambition de démarquer la psychologie de la philosophie et de lui adjoindre une activité de recherche fondée sur la méthode expérimentale. De même que dans la continuité de son travail observationnel des pathologies mentales initié à l'hôpital du Havre, sa transition vers la médecine s'accélère et se concrétise.

3.2.3.2 – L'orientation médicale de Pierre Janet, une autre façon d'aborder les questions psychologiques
Impressionné par sa première thèse de 1889, *L'Automatisme psychologique*, le neurologue Jean-Martin Charcot lui confie dès 1890 la direction de son laboratoire de psychologie à la Salpêtrière. Tout en poursuivant ses enseignements de philosophie, l'orientation

[3268] L'hôpital psychiatrique du Havre porte depuis lors le nom de Janet.
[3269] Janet Pierre. *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Masson; 1989 [1889]

psychopathologique manifeste des travaux de Janet ne fait qu'affermir son engagement dans les études médicales et le conduit résolument vers la médecine. Il soutient sa deuxième thèse de doctorat, celle-ci de médecine intitulée *L'État mental des hystériques* en 1893 sur la base d'une somme impressionnante de travaux de recherche. Cette thèse sera rapidement complétée par de nombreux autres articles de recherche, compilés en 1898 dans *Névroses et idées fixes*[3270].

Il est incontestable que Janet se trouve à la pointe de la recherche en psychiatrie de son époque. Il en explore les thèmes principaux dont les névroses ce qui l'a conduit à produire des descriptions cliniques et psychopathologiques remarquées de l'hystérie, des phobies ou des obsessions. Il en extrait notamment une entité pathologique nouvelle qu'est la psychasthénie[3271], qualifiée en langage psychanalytique de névrose obsessionnelle[3272]. Dans la continuité de Théodule Ribot et de Jean-Matin Charcot, Janet adhère lui aussi à l'hypothèse de l'origine psychologique des troubles hystériques qui s'est faite progressivement jour. Venant de la philosophie et notamment inspiré de la théorie d'un inconscient psychique universel défendue par le philosophe allemand Eduard von Hartmann (1842-1906)[3273], Janet comprend d'autant mieux l'importance d'une telle approche. Elle sous-tend qu'il y a une logique sous-jacente aux phénomènes psychiques, quels qu'ils soient, y compris les plus étranges et incongrus. Et cela vient du coup conforter tout l'intérêt qu'il porte à l'observation des malades, la compréhension du fonctionnement psychologique pouvant dès lors s'envisager à partir de l'étude et l'interprétation des troubles mentaux à travers leurs diverses manifestations. La très longue observation de Madeleine, qui a permis à Janet d'avancer dans sa réflexion sur l'étude des croyances, en est une claire illustration. La pathologie mentale offre bien pour Janet l'opportunité d'expérimenter en vie réelle différentes facettes du psychisme humain et d'approcher ainsi ses lois, à travers les diverses déclinaisons (normales et pathologiques) de ses manifestations externes.

3.2.3.3 – Pierre Janet ou l'application de la méthode expérimentale à la recherche en psychologie

L'étude expérimentale des pathologies mentales est au fondement des immenses travaux de Janet et l'hôpital en constitue le laboratoire privilégié. A partir des innombrables observations qu'il peut y faire, son ambition est de parvenir à décrire les lois générales de la psychologie. Les patients s'y trouvent à la fois sous l'œil direct de l'observateur et dans des conditions contrôlées, en plus du temps habituellement long des internements, autant de paramètres à même de permettre d'en analyser tous les détails et d'en suivre les moindres évolutions. Mais il importe aussi de souligner combien Janet, inspiré en cela par la postérité de Claude Bernard, est soucieux de rigueur expérimentale, et donc d'objectivité, ainsi qu'en témoigne ce propos :

[3270] Janet Pierre. *Névroses et idées fixes. Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement* Paris: Masson; 1990 [1898].
[3271] Janet Pierre *Les Obsessions et la psychasthénie*. Paris: L'Harmattan; 2005 [1903].
[3272] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*. Castel est conscient que de tels rapprochements sont problématiques, notamment au prisme du risque de glissement de la névrose obsessionnelle vers le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Il pose simplement la question suivante : « En quoi les doutes et les scrupules de Pauline se démarquent-ils des symptômes obsessionnels classiques ? ».
[3273] von Hartmann Eduard , Nolen D. (Trad.). *Philosophie de l'inconscient*. Paris: L'Harmattan; 2008 [1869].

> Cette psychologie doit être objective et ne peut étudier que les actions, les attitudes, les langages du malade. Il n'est pas prudent, il est quelque fois absurde d'essayer de nous représenter la pensée intime du malade en nous mettant à sa place et en imaginant ce que nous aurions senti nous même dans les mêmes circonstances. Nous ne sommes pas identiques au malade que nous supposons par définition dans un état d'esprit différent du nôtre[3274].

Il parait ici assez manifeste que Janet se méfie de la subjectivité (« la pensée intime »), d'ailleurs autant celle du patient, pas essence inaccessible, que la sienne propre, incapable d'approcher, *a fortiori* de percer au cœur celle du malade. Sur l'argument de n'être « pas identiques » entre patient et soignant, Janet estime qu'il n'est pas même possible de se « représenter » cette « pensée intime » prohibant de ce fait l'idée de pouvoir se l'imaginer (« en imaginant ce que nous aurions senti nous-mêmes »)[3275]. Il importe dès lors de ne pas s'en embarrasser, au risque d'erreurs d'interprétation. On retrouve là ce très classique critère garant de la rigueur expérimentale, à savoir l'éviction de toute forme de subjectivité. Cela conduit Janet à asséner comme d'autorité, cette injonction à savoir que la « psychologie doit être objective ». A cet effet, il enjoint de ne considérer que les données objectives en quoi consistent, selon lui, « les actions, les attitudes, les langages du malade ». C'est précisément sous cet angle que se sont opérées ses activités de *psychologie expérimentale* à la Salpêtrière conduisant à la production et la publication d'une exceptionnelle somme de résultats que ce soit dans des articles de recherche scientifique ou dans des livres qui seront traduits en plusieurs langues. Ses travaux de psychologie expérimentale le mèneront ainsi à élaborer, entre autres, une psychologie des conduites, en en proposant une vaste étude descriptive et analytique. L'action étant, selon lui, l'élément premier, il s'agit d'étudier les « actions extérieures dans diverses circonstances »[3276] de sorte à hiérarchiser les phénomènes psychologiques, des plus automatiques aux plus élaborés, à l'instar des conduites. Il considère ainsi les conduites humaines comme des actions en conscience, la conscience étant par ailleurs elle-même à considérer comme une conduite particulière[3277]. Outre les conduites, Janet travaillera aussi à l'élaboration d'une psychologie fondamentale des croyances, sujet auquel il fut particulièrement sensible, comme des sentiments. Autant de travaux fondamentaux constituant les bases à partir desquelles s'élaborera par la suite la recherche contemporaine en psychologie, inspirant notamment les travaux de l'éminent psychologue et épistémologue Jean Piaget.

3.2.3.4 – Pierre Janet, clinicien et thérapeute auprès des malades

Si Janet fut en matière de psychologie un chercheur et un théoricien hors pair, il fut aussi un clinicien préoccupé des soins de ses patients, notamment dans le cadre de son activité hospitalière. En plus de ses recherches, il a aussi eu une activité de psychothérapeute manifestement soucieux d'accompagner la personne dans sa globalité. Il était en effet convaincu

---

[3274] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., p.203.

[3275] Au sujet de l'imagination, la démarche de Janet s'oppose en tous points à celle de John Sassall puisque pour ce dernier elle est une condition de possibilité de rencontre de l'autre. Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le support inestimable de l'imagination dans la pratique clinique de Sassall*.

[3276] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., p.203.

[3277] *Ibid.,* p. 204 : « […] il faut dans cette psychologie de l'action faire une place à la conscience […] que l'on ne peut méconnaître chez les hommes […]. Mais il faut parler du phénomène de la conscience comme d'une conduite particulière, comme d'une complication de l'acte qui se surajoute aux actions élémentaires ».

qu'il ne suffit pas de cibler uniquement le symptôme (toujours prompt à changer de visage si le contexte pathologique plus global persiste, à l'instar du phénomène de transfert d'addictions) mais qu'il importe de prendre en considération et de soigner l'individu dans son ensemble. Sa bibliographie atteste de son intérêt pour la prise en charge thérapeutique des patients ainsi qu'en témoignent les ouvrages qu'il y a consacré : *Les Médications psychologiques : Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie*[3278] publiées en 1919 sous la forme de trois énormes volumes (plus de 1000 pages) de thérapeutique seront ensuite résumées dans *La médecine psychologique*[3279] publié en 1923.

3.2.3.5 – Pierre Janet, une postérité atténuée par l'effet d'aura de la psychanalyse

Pierre Janet est considéré comme le fondateur de la psychopathologie moderne qu'il a souhaité résolument démarquer de la neurologie. Et c'est finalement en l'émancipant de la philosophie, de la physiologie et de la médecine, qu'il a pu instituer la psychologie comme une discipline à part entière et autonome. Il est d'ailleurs à l'origine, autour des années 1900, de la création du *Journal de psychologie normale et pathologique*, ainsi que la Société de psychologie considérée comme l'une des plus importantes au monde (actuelle Société Française de Psychologie).

Janet a par ailleurs assuré une importante activité d'enseignement de la psychologie qu'il a poursuivie toute sa vie, non seulement à la Sorbonne et au Collège de France, mais aussi par diverses conférences qu'il fut invité à effectuer à travers le monde. C'est en 1896 qu'il devient chargé de cours de psychologie à la Sorbonne puis maître de conférences en 1899. Dès 1895, la suppléance du cours de Théodule Ribot (1839-1916) à la chaire de « Psychologie expérimentale et comparée » du Collège de France lui est confiée. Il est de fait un digne héritier de ce personnage éminent, lui aussi agrégé en philosophie et considéré comme à l'origine de la reconnaissance de la psychologie comme discipline scientifique autonome. Janet est ensuite titularisé professeur au Collège de France en 1902 et il y enseignera jusqu'en 1934, ses leçons de psychologie fondamentale ayant fait l'objet d'une publication[3280].

La postérité de Janet n'a pourtant pas eu l'éclat que ses vastes travaux pouvaient laisser pressentir. Peut-être est-ce du fait de l'ombre porté sur son immense carrière par celles d'autres tout aussi illustres spécialistes du psychisme humain à une époque de grandes découvertes sur la psyché, mais donc aussi de profonde instabilité des connaissances. Tel un trio indissociable, le lien est étroit entre le philosophe devenu psychologue et psychiatre qu'est Janet, le neurologue Jean-Martin Charcot (auquel le premier succéda à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière), enfin le révolutionnaire psychanalyste Sigmund Freud issu lui aussi de la neurologie. D'une part, Janet représente ainsi la période post-Charcot marquée par la fin du spectacle des *Hystériques*, d'autre part, alors qu'ils sont contemporains et issus du même bain, il se distingue par une certaine rivalité d'avec Sigmund Freud dont il n'aurait pas partagé toutes les théories psychanalytiques, notamment celle du transfert. Pourtant, inspiré du philosophe allemand Eduard von Hartmann et de sa théorie d'un inconscient universel[3281], il avait lui aussi posé

[3278] Janet Pierre. *Les Médications psychologiques.* Paris: L'Harmattan; 2007 [1919].
[3279] Janet Pierre. *La médecine psychologique*. Paris: Société Pierre Janet ; 1980 [1923].
[3280] Janet Pierre. *Pierre Janet, Leçons au Collège de France (1895-1934)*. Paris: L'Harmattan; 2004.
[3281] Von Hartmann Eduard. *Op. Cit*.

l'hypothèse de ce qu'il qualifia de « subconscient ». Mais ne disposant alors pas de données d'expérimentation psychologique, il avait préféré ce terme (sans doute moins engagé) à celui d'inconscient. Pour autant, son hypothèse précédant celle de l'inconscient freudien, c'est à se demander si la paternité de la psychanalyse – avant l'heure, puisqu'avant Freud – ne pourrait finalement lui être reconnue. D'ailleurs, malgré les réticences qu'on lui aurait prêtées à ce sujet, Janet ne niait pas non plus l'importance de la sexualité dans l'origine des névroses. Enfin, reconnaissant l'importance des traumatismes et des souvenirs traumatiques, il fut pionnier dans le développement d'une théorie du psycho-traumatisme.

Pourtant, même s'il est resté l'un des plus célèbres psychologues français du 19e siècle et malgré l'importance considérable des travaux de Janet en matière de psychopathologie, ceux-ci se sont trouvés éclipsés sous l'effet de la révolution analytique qu'a pleinement assumée et portée Sigmund Freud. En dépit de sa clairvoyance, Janet était un conservateur, engoncé dans le discours académique rationnel et officiel en vigueur à l'université. Son ambition scientifique, et partant ses exigences en termes de preuves expérimentales, expliquent peut-être aussi une certaine frilosité à l'égard des hypothèses psychanalytiques, particulièrement celles de l'inconscient et du transfert. Il n'aurait ainsi pas su ni pu endosser l'originalité de telles nouveautés sur le psychisme, dont le caractère disruptif ne pouvait qu'émouvoir. Ses apports, pourtant importants pour la psychopathologie, ont alors été affaiblis sous l'effet du succès de plus en plus éclatant de la psychanalyse devenue dominante.

3.2.4 – Madeleine Lebouc, plus qu'un sujet de soin, un objet d'étude pour Pierre Janet ?
Madeleine constituera, en effet, un cas d'étude sans précédent pour Janet. Son histoire et ses symptômes cliniques (crises extatiques, stigmates, anorexie plutôt qu'authentique inédie, marche sur la pointe des pieds, etc.), ainsi que les nombreux échanges qu'ils entretinrent tout au long de deux décennies de suivi marquèrent profondément sa réflexion sur les conduites humaines, ses travaux de recherche et conséquemment son œuvre en matière de *psychologie expérimentale*.

Peut-être ne l'a-t-il d'ailleurs jamais considérée que comme un *objet d'étude*, un spécimen du laboratoire que constituait l'hôpital de la Salpêtrière, au sein duquel les supposées *folles* se voyaient soumises, particulièrement à l'époque de Jean-Martin Charcot, à toute une série d'observations, de descriptions, d'expérimentations parmi lesquelles la stimulation électrique, l'hydrothérapie, le magnétisme, l'hypnose. Lui-même a maintenu Madeleine hospitalisée de nombreuses années à la Salpêtrière et en a fait le cas princeps de ses recherches sur les conduites humaines et sur ce qu'il qualifia de folie psychasthénique. En témoigne *De l'angoisse à l'extase*[3282] quasiment entièrement fondé sur la description et l'analyse de la situation symptomatique de Madeleine. Autrement dit, elle n'a possiblement été, pour lui, rien de plus qu'un spécimen parmi d'autres, mais tellement exemplaire qu'il l'a pleinement utilisée en la consacrant modèle de base pour la généralisation scientifique. Quitte peut-être à avoir infléchi certains traits de son histoire et de ses manifestations au profit de sa démonstration scientifique

[3282] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*.

et de son « ambition pathographique »[3283] (et ce point fera l'objet d'une discussion ultérieure). Quand bien même, un seul cas ne pouvait à lui seul constituer le prototype idéal (c'est-à-dire en contenir l'exhaustivité des critères dans leur état le plus évident), Madeleine lui a offert ce qu'il souhaitait, à savoir l'opportunité de décrire cet état pathologique dit de délire psychasthénique[3284]. A cet effet, il s'est soucié de préserver l'expression de ses symptômes dans ce cadre d'observation privilégié qu'est son service d'hospitalisation de la Salpêtrière. Difficile dès lors de nier que cette patiente ait ainsi été instrumentalisée au profit de ses recherches scientifiques et de son ambition, celle du développement de la connaissance scientifique en matière de psychologie et psychopathologie à laquelle il a consacré toute sa carrière et ce jusqu'à la fin de ses jours. Pour autant, rien ne permet d'affirmer qu'il ait renoncé à la soigner.

C'est ainsi qu'au Janet scientifique fait écho un Janet clinicien, l'un et l'autre si étroitement liés, au point qu'indissociables ils en seraient presque indiscernables. Il est pourtant possible de distinguer la dimension scientifique de Janet et d'en analyser les modalités de raisonnement (en l'occurrence de type expérimental) et les répercussions en termes d'orientation, de choix, de décisions s'agissant de ses interventions médicales en nous appuyant sur la façon dont il a étudié et appréhendé spécifiquement le cas de Madeleine. Avec l'aide du support – certes fictionnel mais inspiré à la fois de faits réels et de l'œuvre publiée de Janet – que constitue l'ouvrage de Claude Baqué *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*[3285], il importera notamment de questionner la dimension de soin, par-delà la seule production de connaissances en psychologie, dans la pratique de Janet. Parce que l'équilibre peut être délicat, voire conflictuel, entre science et art médical, entre expérimentation et empirie, il est légitime d'interroger l'impact qu'a pu avoir l'ambition scientifique de Janet, d'une part évidemment sur ses modalités de recherche comme sur la nature de ses découvertes (ce qui pourrait expliquer qu'il ne se soit pas ou très peu engagé sur le terrain de l'inconscient), d'autre part sur sa pratique clinique. Comment et jusqu'où son attachement à la rigueur expérimentale ont pu affecter sa rationalité diagnostique et se répercuter sur son activité soignante sont des questions auxquelles l'étude de sa longue relation de soin entretenue avec Madeleine peut offrir quelque éclairage.

3.3 – Pertinence et actualité d'une telle configuration relationnelle en dépit des spécificités de son contexte

Une telle configuration relationnelle est-elle d'actualité et pertinente en dépit du contexte spécifique qui est la sienne ? La question s'est en effet posée de considérer l'histoire singulière de Madeleine, assez archétypale de ces états dits mystiques, tels qu'ils se sont déployés à bien des époques et dans toutes les cultures chez nombre de personnes imprégnées de spiritualité, comme peut-être anachronique voire hors-sujet s'agissant de l'exploration d'une relation de soin et du partage du doute en son cœur. Or, la présentation clinique de Madeleine, ses divers symptômes ainsi que la relation de soin qui la lia à Janet me sont au contraire apparus comme particulièrement pertinents. En dépit du décalage d'époque (pas si lointaine en réalité), cette

[3283] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*.
[3284] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., p. 333-398. Tout le chapitre III de sa deuxième partie est consacré au « délire psychasthénique ».
[3285] Baqué Claude. *Op. cit*.

relation ne se révélait pas non plus hors-sujet étant donné l'actualité du modèle de relation de soins qui s'en dégage et les enjeux liés au doute qui s'y déploient. La situation de Madeleine et son rapport à la médecine se font par ailleurs l'écho de bien des situations et des plaintes très contemporaines. Quand bien même leurs référentiels ont naturellement évolué avec le temps, diverses expériences actuelles, relevant ou pas de la spiritualité, peuvent manifester bien des ressemblances, s'agissant de la perception de sensations inhabituelles dont le caractère pathologique est dès lors questionné. Ces états semblent ainsi partager quelque analogie avec toute une catégorie de manifestations dites « fonctionnelles » que nombre de patients rapportent et adressent parfois très directement aux acteurs soignants, non sans les mettre en difficulté. Très souvent sollicitée, la médecine peine pourtant à apporter une écoute individualisée, des réponses personnalisées, un soulagement ou tout simplement un regard autre que pathologisant, notoirement psychiatrisant, au mieux psychosomatisant, sur ces plaintes et manifestations. Il pourra s'agir de fatigue paraissant inexpliquée et de fait inexplicable scientifiquement au point d'en paraître suspecte, de certaines émotions, disproportionnées et invalidantes, d'allure transcendante, de certaines douleurs sans correspondance lésionnelle apparente, sans logique neuronale et donc déroutantes par leur étrangeté, de malaises et vertiges à bilan pourtant exhaustif négatif et finissant ainsi par être perçus comme de nature psychogène (par exemple, hystérique), et de toutes sensations floues, perçues comme bizarres et plus ou moins incommodantes. Au prétexte que ces manifestations ne sembleraient relever, elles aussi, que d'éprouvés internes, considérés comme purement subjectifs parce qu'inaccessibles à une objectivation clinique ou par les outils techniques et modernes dont dispose la science médicale, la médecine ne parvient globalement pas à se prémunir d'un étiquetage psychopathologique. Se situant le plus souvent dans le registre de la nosographie psychiatrique, ces étiquettes à la fois abstraites, impersonnelles et déconnectées de l'histoire individuelle et précisément subjective de chaque personne[3286] ne manquent pas de provoquer stupeur, déception et défiance de la part des patients et ainsi de fragiliser la relation de soins. C'est dire si le malaise de la médecine à l'égard de certains symptômes peut être intemporel et si l'enjeu du dialogue et de la confiance dans la relation s'avère d'importance. Pour toutes ces raisons, l'histoire de Madeleine n'est peut-être pas si anachronique. Cette relation de soin entre Janet et Madeleine s'avère donc à la fois pertinente et d'actualité pour réfléchir au doute tel qu'il peut se déployer à l'interface relationnelle entre patient et soignant.

4 – L'épreuve du doute vécu par la patiente Madeleine Lebouc

Si l'éprouvé de doute chez Madeleine a pu faire l'objet d'une stricte interprétation psychopathologique au point que Janet l'a isolé comme un symptôme cardinal du trouble psychiatrique qu'il estime avoir diagnostiqué chez elle – identifiant à cette occasion la nouvelle entité nosographique dite de *folie psychasthénique* –, il importe de ne pas se contenter de cette lecture réductrice. Le parti pris est ici qu'un trouble mental éventuel ne devrait pas conduire à déconsidérer les doutes, et partant les croyances, de la personne qui en serait affectée. Sauf à considérer une phase psychiatrique aiguë pouvant gravement altérer (mais de façon temporaire)

[3286] Bourbon Marion. *Peut-on encore « aller mal » sans pour autant « être malade » ?* Paris : AOC, 2023. En ligne : Peut-on encore « aller mal » sans pour autant « être malade » ? - AOC media, consulté le 23 février 2024.

la capacité de discernement et de jugement d'une personne, l'importance de ses doutes, par l'aptitude critique et réflexive dont ils sont une illustration, et leur puissance dialectique ne devraient être ni niés ni dévalorisés. Le prérequis est donc bien ici que les doutes éprouvés par une personne malade, y compris dans une situation pathologique affectant sa santé mentale (ce qui n'exclut dès lors aucune maladie, même somatique), n'ont pas moins de potentialité de valeur et de pertinence.

A bien des égards, Madeleine s'est trouvée confrontée à l'épreuve du doute. Qu'il s'agisse de son parcours de vie en tant que femme non conforme et donc aux prises avec les normes de la société française du 19e siècle, de son parcours spirituel particulièrement engagé mais affecté par l'incompréhension et le mépris du monde ecclésiastique, de sa vie psychique maintes fois fragilisée et émaillée de phases de décompensation psychiatrique, Madeleine a vécu d'intenses périodes d'interrogation et de remise en cause. Au gré de cette vie mouvementée, parsemée de difficultés et l'obligeant, pour trouver sa voie propre et pouvoir s'y conformer, à des prises de décision radicale (entre autres, quitter sa famille parentale[3287], adhérer au Tiers-Ordre franciscain[3288], fuir l'hôpital pour échapper à la mainmise de Charcot[3289]), Madeleine a effectivement vécu d'intenses périodes de doute. Contrairement au doute intellectuel volontaire et maitrisé de type cartésien, il s'agit bien ici de cet état de doute entendu au sens peircien de déstabilisation des repères, de rupture brisant les habitudes et l'équilibre, de malaise viscéralement éprouvé. Un tel doute est à la fois subi (et non pas provoqué) par la personne et l'affecte en profondeur et globalement. Il a pu être si intense chez Madeleine qu'il a pu la conduire à des moments de crise – entre autres, crise mystique mais aussi crise psychique – dont il importe d'apprécier le retentissement existentiel et les modalités de résolution, en quoi consiste selon Peirce l'établissement d'un nouvel état de croyance stabilisé[3290].

4.1 – Madeleine, une femme en crise qui sème le doute

A l'instar de ce que vivent bien des personnes (et sans doute nul n'y échappe à un moment ou un autre de son existence), le vécu de Madeleine relève sous bien des aspects et à diverses reprises d'authentiques situations de *crise*. Si l'on ne s'attache qu'à la question sanitaire, certains des épisodes critiques qui ont émaillé son histoire médicale ont d'ailleurs pu être suffisamment intenses pour justifier son hospitalisation et plusieurs expertises médicales spécialisées (en neurologie, maladies infectieuses ou médecine interne) avant que ne s'installe une prise en soin lui étant spécifiquement dédiée et stabilisée à la fois dans la continuité et le long terme grâce au suivi de Pierre Janet. Si la crise psychiatrique particulièrement grave qui a provoqué cet accompagnement spécialisé n'est pas le moindre des évènements critiques de son

[3287] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 203. S'agissant des « Souvenirs concernant 1873-74 », il est ainsi mentionné : « j'ai brisé définitivement avec les miens ».
[3288] *Ibid.,* p. 227 dans sa lettre à Sophie du 29 mai 1893 : « Je lus la Vie de saint François d'Assise et dès lors ma vocation me fut connue »
[3289] *Ibid.,* p. 229 : Cette fuite est mentionnée comme ayant eu lieu entre le 14 et le 29 mai 1893 ; p. 239 relatant la lettre du 23 mars 1894 de Mme X au père Prosper de Martigné : « M. Charcot est venu la voir parce qu'elle lui avait été signalée comme un sujet intéressant et il lui avait dit que le lendemain il la ferait conduire à la Salpêtrière. Mais elle a eu l'esprit de deviner les choses, et dès le lendemain matin, elle a délogé sans tambour ni trompettes. ».
[3290] Je renvoie aussi aux sous-chapitres de la présente thèse intitulés *Le lien indissociable entre doute et croyance* et *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.

existence, bien d'autres périodes de crise, que l'on ne saurait exclusivement rattacher à son histoire médicale, l'ont émaillée. C'est ainsi que son choix radical de vie dédiée aux plus pauvres en épousant la cause franciscaine de la plus intransigeante des façons a provoqué une rupture avec sa famille comme son milieu social d'origine, et plus généralement un comportement de rejet de la société de son époque et de ses valeurs. Ce choix du renoncement à toute autre condition sociale que l'effacement et le dénuement, est intrinsèquement lié à un autre mouvement de rupture qu'est sa vocation spirituelle. Par son choix du don total d'elle-même à Dieu, elle renonce à toute autre forme d'amour que l'adoration divine[3291], se soustrayant ainsi à l'injonction faite aux femmes quant à leur mode de vie, quitte à en payer le prix, celui d'être jugée pour résolument folle. A bien des égards, Madeleine donne ainsi l'image d'une femme qui se rebelle, d'une femme qui est en crise autant qu'elle fait crise.

4.1.1 – Madeleine sème le doute autour d'elle

Le *doute réel* (tel qu'entendu au sens peircien[3292]), et la situation de déstabilisation voire de *crise* qu'il peut provoquer, fait en effet rupture avec l'état, si ce n'est habituel, du moins antérieur. Cette rupture est parfois si radicale qu'elle brouille l'ensemble des repères identitaires de la personne mais aussi de son milieu de vie. C'est bien à cela que Madeleine a été confrontée et a pu confronter son entourage. Car, selon leur intensité, les effets de déstabilisation peuvent alors impacter des tiers en plus de la personne elle-même, particulièrement si celle-ci tarde à prendre conscience et/ou à s'inquiéter du déséquilibre qui l'affecte. Il est clair que Madeleine a suscité autour d'elle bien des réactions, des inquiétudes, des interrogations, des bouleversements. Autant dire qu'elle a semé le doute en faisant rupture à tout va, puisque quasiment à tous les niveaux de la société, depuis sa famille proche jusqu'à l'église, en passant par le milieu médical mais également la police ainsi que la justice qui l'ont mise en prison à plusieurs reprises. C'est dire l'impression de danger qu'elle pouvait, par tant d'effets de rupture d'avec l'ordre (familial, social, médical, ecclésiastique) établi, représenter.

L'entourage peut ainsi se trouver lui-même pris dans cette *crise de doute*. Le caractère inattendu, hors norme et inquiétant de l'état de Madeleine a ainsi pu provoquer, à bien des occasions, de vives réactions de son entourage et la mobilisation de diverses entités extérieures (les services sociaux, sanitaires et de maintien de l'ordre public) et même certains membres de son réseau relationnel partageant ses aspirations spirituelles, en premier lieu son confesseur et guide spirituel qu'était le Père Conrad. Mais il est des institutions notables qui se sont trouvées particulièrement bousculées par sa situation, à savoir d'une part le corps médical, d'autre part l'Eglise.

[3291] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 201 : « J'ai compris que je ne pourrai jamais retrouver sur terre mon idéal, une affection en retour de la mienne, […] jamais je ne me marierai… Cette résolution […] est devenue pour moi un engagement sacré que rien ne me fera rompre […] » ; Elle confirme ce propos : « moi aussi j'aime ; mais mon amour, c'est Dieu ».

[3292] Peirce définit le *doute réel* comme une expérience viscérale d'effondrement des certitudes. Ce *doute réel* ne saurait se commander contrairement à la démarche intellectuelle maitrisée de Descartes. Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*. : « Mais le seul fait de donner à une proposition la forme interrogative n'excite pas l'esprit à la lutte pour la croyance. Il doit y avoir doute réel et vivant ».

4.1.2 – Madeleine, une femme en crise qui fait douter la médecine

Le milieu médical a été bien en peine avec Madeleine. Elle a fait douter nombre d'interlocuteurs soignants quant à la nature précise de sa condition et la façon d'y remédier. Elle est ainsi plusieurs fois passée au filtre de l'enquête clinique visant à éprouver diverses étiologies somatiques avant que de se reporter sur la causalité psychique. Psychose ? Paranoïa ? Hystérie ? Trouble obsessionnel ? Mélancolie ? Etc. Finalement, aucun diagnostic psychiatrique définitif ne semble avoir jamais pu être retenu[3293]. Même si Janet a pu décrire grâce à sa situation singulière une nouvelle entité pathologique, on est porté à se demander s'il s'agit bien d'un diagnostic personnalisé la concernant précisément elle en tant que *sujet* unique de soin ou bien s'il s'agit plutôt d'un cadre nosologique général. A cet égard, une telle configuration peut être représentative de celle vécue par bien d'autres personnes rencontrées en pratique médicale courante. La médecine, tolérant difficilement que les explorations médicales restent vaines d'un point de vue diagnostique, et n'épuisent donc pas le doute suscité par une personne, persévère pourtant au risque de s'égarer. On peut ainsi se demander s'il était réellement nécessaire de cibler la piété de Madeleine, quand bien même elle fut extrême, pour éclairer sa pathologie mentale. En invoquant un délire mystique, Janet n'a pas manqué d'accabler passablement Madeleine, jusqu'à même susciter une certaine détresse en la faisant douter de sa propre foi, sans pour autant apporter une plus-value diagnostique ni parvenir à lui prodiguer des soins réellement efficients. Sans compter qu'avoir suggéré que des troubles nerveux sous-tendent l'expérience mystique lui a aussi attiré la foudre de l'Eglise.

4.1.3 – Madeleine, une femme en crise qui fait « douter » l'Eglise catholique

Je n'entrerai pas ici dans les détails car ce n'est pas le sujet. Simplement, il importe de souligner que Madeleine, par sa situation singulière, a aussi mis en difficulté le monde de l'église au point de provoquer une *expertise religieuse*, une sorte de procès spirituel[3294]. Furent relevées et soulignées à cette occasion des incompatibilités entre sa situation singulière et l'attitude d'un saint authentique, entre autres que « Ce n'est pas l'excès qui caractérise les saints, mais bien la régulation de la mesure "prudentielle" » ou encore qu'un saint « n'est pas un *désinséré* », mais surtout qu'en dépit de l'intensité et de la sincérité de son sentiment religieux, Madeleine n'aurait pas produit de réalisations concrètes dans le monde (prenant l'exemple de la fondation de couvents)[3295]. Madeleine bénéficia certes de la qualification de chrétienne méritante mais elle ne fut pas canonisée. Elle resta dédaignée par l'Eglise étant, au mieux, considérée comme une figure par trop imaginative mais égarée. Et de cette controverse entre science et religion que sa situation suscita, il n'y eut aucun vainqueur. Querelle stérile, puisque ni l'une ni l'autre ne sont capables de cerner l'indicible de la jouissance d'une femme ainsi que ce propos le rappelle :

[3293] Castel Pierre-Henri. *Op. cit*. : « Le cas Madeleine est en effet un *locus classicus* de la casuistique psychiatrique. Est-ce une psychose, ou non ? Est-ce un délire mystique comme il s'en observe dans la paranoïa ? Les états dits de "sécheresse" et de "torture" sont-ils des symptômes de mélancolie anxieuse ? Ou est-ce un emballement imaginaire de type hystérique sur un matériau religieux, avec des jouissances sexuelles et des somatisations symboliques à crever les yeux ? En quoi les doutes et les scrupules de Pauline se démarquent-ils des symptômes obsessionnels classiques ? Le concept janétien de "folie psychasthénique" offre-t-il un intermédiaire recevable entre ces possibilités ? ».

[3294] Lusa Marina. *Le cas Madeleine de Pierre Janet : la mystique au carrefour des discours de la science et de la religion*. La Cause du Désir 2012;N°81(2):50-4. En ligne : Le cas Madeleine de Janet : la mystique au carrefour des discours de la science et de la religion | Cairn.info, consulté le 30 mars 2025.

[3295] *Ibid.*

« Ce que nous montre le cas Madeleine, n'est-ce pas d'abord l'effort accompli par des hommes afin de classer, sérier et encercler l'innommable de la jouissance "*pas toute*" ? »[3296].

4.1.4 – Madeleine, une femme en crise qui doute aussi d'elle-même et de sa situation

Madeleine n'était pas dans le déni. Ses écrits attestent d'une conscience aiguë et d'un intérêt particulier pour les bouleversements qui l'affectent puisqu'elle cherche à en démêler la logique et même à en extraire une signification très personnelle. Elle doute, elle doute authentiquement, et elle œuvre à élucider cet état et à retrouver un équilibre. C'est dire si une véritable puissance de (re)subjectivation est inhérente au processus même du doute et de la *crise* qu'il provoque. Il passe d'abord par une série de questions qu'elle s'adresse à elle-même, sans se dérober : Qui suis-je ? Qui suis-je en train de devenir ? se présentent tel le présage de sa métamorphose identitaire ; Suis malade ? Suis-je folle ? attestent de sa conscience de l'anormalité de la situation. C'est dire si Madeleine, submergée de questionnements[3297], est en pleine crise de doute vis-à-vis d'elle-même, mais aussi vis-à-vis de la médecine au regard des jugements médicaux portés sur sa situation. En plus du déséquilibre existentiel, le doute prend ici la forme d'un intense processus *auto-critique*, de remise en cause d'elle-même annonciatrice aussi de sa (re)subjectivation identitaire.

Mais d'autres questions, suscitées par son interaction avec le milieu médical, sont venues la submerger douloureusement : Ai-je perdu la foi ? témoigne de la terrible confusion qu'a provoqué en elle l'autorité de la parole médicale et des risques délétères d'une lecture médicale du sentiment religieux ; la foi au prix de la folie comme seule alternative ? signe le dilemme auquel la confrontent les travers à la fois paternaliste et scientiste de la médecine de Janet, ce qui lui fera même dire « Dites que je suis folle mais croyez ce que je dis »[3298]. Madeleine est bien au fait de la différence de rationalité entre folie et foi, entre science médicale et mysticisme. Bien plus que Janet elle est capable de les mettre sur des plans différents[3299]. Ce déchirement est aussi révélateur de la discordance qui peut exister entre patient et soignant. Au travers des lettres qu'elle adresse à sa sœur Sophie, émerge la description de son état tel qu'elle le percevait elle-même et tel qu'elle vivait subjectivement sa propre situation en miroir et par contraste d'avec ce que les médecins pouvaient en penser. Le contraste que ces lettres mettent en lumière montre bien qu'il n'y a pas toujours de concordance entre la *crise* au sens médical et le *vécu subjectif* de crise par le patient lui-même. Or, de même que cela influence notoirement la qualité de la relation de soin comme le déroulement du processus même des soins, l'expérience subjective d'un état pathologique est un apport essentiel jusque dans sa lecture diagnostique. C'est ainsi que lorsque le soignant (Janet, mais d'autres aussi) qualifie et stigmatise l'état psychique de Madeleine comme un état de certitude inhérent au délire, il passe en réalité à côté

[3296] *Ibid.*

[3297] On retrouve chez d'autres auteurs ce type de retour interrogatif sur soi qui, sous l'effet d'un diagnostic médical, submerge de questions. Je signale particulièrement l'expérience de Stéphane Lambion, confronté très jeune à un infarctus du myocarde. En ligne : Stéphane Lambion | De nos corps dévorés - remue.net, consulté le 2 novembre 2023.

[3298] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 195-320.

[3299] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *La vanité de l'enquête scientifique face au vécu de l'extase*.

de l'expérience subjective qui est la sienne, à savoir celle d'une puissante crise de doute et des reconfigurations inévitables qu'elle impose.

Sur ce mouvement de fond attestant d'une transformation progressive de son être (s'agissant de ses choix de vie et de sa spiritualité), se greffent des épisodes critiques plus intenses voire spectaculaires venant valider une profonde mutation identitaire à l'œuvre. Parmi ceux-ci, on repère au cœur même de ses écrits, qui en sont totalement imprégnés, deux principaux épisodes critiques participant l'un et l'autre à un vécu de perte des repères, de doute identitaire et globalement de transformation inévitable. Non superposables, et donc bien distincts malgré leurs influences réciproques, il s'agit d'une part d'une crise psychique à tonalité persécutive, d'autre part d'une crise mystique à tonalité christique trouvant son apothéose extatique dans l'apparition de stigmates.

4.2 – De la révélation divine à la crise mystique de Madeleine, le doute non moins à l'œuvre

Il importe d'emblée de rappeler que si l'étiquette de « délire mystique » est classiquement associée au nom de Madeleine Lebouc, il s'agit de s'en délester. Ainsi que le sociologue Jacques Maître le suggérait en expliquant que « [l'on s'était] contenté de la considérer comme une malade mentale, sans chercher au-delà de "Madeleine Lebouc" »[3300], le champ de réflexion ne peut pas se réduire à la psychiatrie. Et ce n'est justement pas sous cet angle que je propose de discuter ici la dimension de crise mystique vécue par Madeleine. Comme indiqué préalablement, au titre de précautions méthodologiques, mon objectif n'est nullement de m'improviser psychiatre ou psychanalyste, ni donc de revisiter un diagnostic putatif auréolé de mysticisme à l'endroit de son psychisme encore moins de m'égarer en hypothèses à l'endroit de la sexualité (en dépit de bien des propos y invitant[3301]). Il n'est pas non plus question de nier un diagnostic de trouble mental (et le fait qu'il aurait alors effectivement pu être appréhendé par le biais de la thématique mystique), considérant alors que l'extrême piété de Madeleine ne relèverait que de « l'anthropologie religieuse »[3302]. Je ne m'intéresse ici qu'à la façon dont l'expérience, en l'occurrence de révélation, de dévotion puis de ferveur mystique, à travers ses différentes déclinaisons, ses évolutions temporelles, la diversité et l'intensité de ses manifestations spirituelles autant que physiques, a participé de l'épreuve du doute vécu par Madeleine et en quoi cela est venu impacter sa relation de soin avec Janet. Alors que la foi est réputée être un antidote au doute, une telle assertion semble bien plus relever d'une injonction simplificatrice et contraphobique. Le vécu de Madeleine permet au contraire de réaliser un cheminement de croyance en Dieu qui ne peut faire l'économie de sa confrontation au doute.

[3300] Maître Jacques. *Op. cit*., p. XX.

[3301] *Ibid.,* p. 199 : « il me semblait que c'était le début d'une jouissance malsaine et dangereuse […] J'ai dû supprimer radicalement tous les attouchements, toutes les manifestations d'affection… » ; p. 201 : « j'ai compris que le plaisir ressenti aux vacances précédentes près de ce garçon était mauvais et que tous les plaisirs de l'affection étaient dangereux » ; « Vers l'âge de 16 ans j'avais remarqué qu'en prenant certains soins de propreté il se produisait en moi des effets que je ne voulais pas. […] J'avais la crainte d'avoir offensé Dieu terriblement ».

[3302] *Ibid.,* p. VI. Ainsi que suggéré par le psychiatre George Lantéri-Laura dans sa préface, il ne s'agit pas ici de questionner « la pertinence ou l'abus d'une démarche mettant en jeu la psychiatrie et la psychanalyse pour essayer de rendre compte d'un ensemble de conduites et d'expériences vécues que l'anthropologie – et en particulier l'anthropologie religieuse – pourrait, peut-être à juste titre, revendiquer comme son bien propre ».

De l'émergence de sa révélation à la crise mystique le cheminement spirituel de Madeleine a connu bien des bouleversements dans ses repères comme autant de moments de doute mais aussi de réaffirmation de sa croyance en Dieu. Si le psychiatre Pierre Janet a choisi d'expertiser le vécu de Madeleine selon un référentiel psychopathologique exclusif, cette attitude n'est pas généralisable à toute la communauté médicale[3303].

4.2.1 – L'état de croyance religieuse de Madeleine ou toute une vie se dédiant à Dieu

La tonalité mystique de son existence imprègne quasiment toute la vie de Madeleine et ce dès son plus jeune âge. Dans ses souvenirs, celle-ci rapporte déjà un tel élan alors qu'elle n'a qu'à peine cinq ans[3304]. Elle date par ailleurs son engagement auprès de Dieu par des vœux intimes qu'elle se prononce à elle-même alors qu'elle n'a pas encore dix ans[3305]. Cette tonalité précède ainsi de bien loin l'épisode psychiatrique aiguë de type paranoïaque qui l'affectera bien plus tard à l'âge de quarante ans. Sa pitié restera par ailleurs très active tout au long de sa vie, y compris après sa sortie de la Salpêtrière et son retour en Mayenne auprès de sa sœur. Jusqu'à sa mort, elle s'adonnera à sa foi et à son dévouement aux plus démunis, notamment en reprenant ses visites auprès des malades[3306]. Ainsi, la temporalité, l'illogisme et l'irrationalité de son épisode ponctuel et circonstanciel (puisque consécutif au décès le 3 juillet 1893 de Père Conrad) de délire persécutif (sur lequel je reviendrai) contrastent et coïncident mal avec la logique existentielle de son chemin spirituel et de ses références franciscaines.

Autrement dit, quand bien même Madeleine n'a certainement pas manqué de percevoir la nouveauté, peut-être même l'étrangeté, tout du moins au début, de son émoi répété et grandissant à l'endroit de Dieu, cela s'est inscrit dans un cheminement progressif. A l'accumulation de sensations (« je souffrais », « j'avais peur », « le plaisir que j'ai éprouvé ») et de perceptions (« une voix m'avertissait », « je recevais des lumières ») se sont adjointes l'acculturation progressive à la religion catholique, la prise de conscience de son propre désir de Dieu puis l'adhésion croissante à un idéal de vie lui étant dédié. S'il s'est certes agi là d'un véritable bouleversement, il a pu être tempéré par une temporalité relativement élongée (celle de l'enfance puis d'une partie de sa jeunesse) et se nourrir des réponses qu'elle a pu graduellement apporter à ses interrogations et à ses doutes avant que d'être emplie par la certitude de Dieu. Car parvenir à la croyance en Dieu n'est pas spontanée mais relève d'un

---

[3303] L'exclusivité et la rigidité d'une telle lecture n'est notamment pas applicable à un médecin comme Jacques Chauviré qui se questionne lui aussi (c'est-à-dire comme Madeleine) sur Dieu, la foi et les rapports qui peuvent se jouer avec la médecine. Chauviré Jacques. *Op. cit*., p. 18 : « Le Christ a-t-il souffert d'angoisse ? A-t-il douté de l'existence de Dieu au cours de la Passion ? A-t-il été un Dieu écartelé par son humanité ? Je pense, ou je l'espère plutôt, que oui » ; p.45 : « Mauvais arguments qui ne tiennent pas compte du doute du Christ. Il faut ce doute pour que la Passion ait un sens. Il faut au Christ cette part d'humanité. Comme l'écrit Camus : "*Pour que ce Dieu soit un homme, il faut qu'il désespère*" ».

[3304] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 197 [à propos de Souvenirs concernant 1858-59] : « Dès l'âge de cinq ans […] je recevais des lumières sur des choses que l'on ne comprend pas d'ordinaire à cet âge… […] J'étais avertie la nuit que je devais souffrir de toutes les douleurs des autres personnes ».

[3305] *Ibid.,* p. 200 : « Le jour de ma première communion, ne connaissant pas encore ce que c'est que la vie, j'ai eu cependant comme l'intuition d'une vie supérieure à celle des sens, où l'âme plus détachée des créatures appartient exclusivement à Dieu. J'ai pris la résolution de n'être jamais qu'à lui seul … ».

[3306] Lusa Marina. *Op. cit.* : « depuis sa sortie définitive de l'hôpital, et jusqu'à la fin de sa vie, Madeleine vécut en état d'équilibre, sans pour autant avoir renoncé à sa vocation mystique, de même qu'à son vœu de dévouement aux plus misérables ».

cheminement puis d'une résolution à s'engager. A rebours, l'histoire de Pierre Janet témoigne d'un tel cheminement qui, dans son cas, l'a conduit au renoncement. C'est donc bien à force de résolution progressive du doute en elle, qu'elle en est venue à instaurer un état de *croyance stabilisée* en la religion catholique. Il apparait ainsi que bien plus qu'une conviction délirante, folle et irraisonnée, Madeleine est entrée dans la foi chrétienne. Que cette croyance religieuse (comme modalité de résolution de ses questionnements et doutes initiaux), par ailleurs partagée par tant d'autres dans une société alors très portée par la pratique du catholicisme, ait pris la forme d'une extrême piété, cela ne la distinguait pas particulièrement des nombreuses extatiques de son temps.

4.2.2 – La métamorphose mystique de Madeleine ou la puissance indubitable de sa foi

Bien que les situations ne puissent jamais être strictement délimitées et cloisonnées, un épisode important et spectaculaire a marqué la vie spirituelle de Madeleine toute consacrée à Dieu. Tout en la qualifiant de crise mystique, il importe pour autant de la distinguer clairement de l'état délirant persécutif qui la précède de quelques mois[3307]. Il n'en demeure pas moins que ses pensées et raisonnements à l'égard de sa vocation se sont vus perturbés durant cet épisode délirant aigu ainsi qu'en témoigne cette exclamation : « … *finalement Satan sera vaincu et la religion triomphera* »[3308]. Car, tout en se distinguant l'une de l'autre, ces crises (psychiatrique puis mystique) s'entrechoquent. L'aspiration mystique, omniprésente et inhérente à la vie de Madeleine tend alors progressivement à prendre une ampleur inégalée envahissant littéralement tous les pans de sa vie comme sous l'effet d'un embrasement déclenché par l'épisode psychiatrique. Cette ampleur se lit notamment dans l'intensité des conséquences sur la vie de Madeleine qui en devient littéralement envahie. Et c'est bien en cela que la situation atteint le statut de *crise*. De simple tonalité mystique, sa vie se voit marquée par divers et intenses bouleversements affectant son corps autant que sa pensée, ses perceptions autant que son comportement. En cohérence avec sa foi originelle et son aspiration primitive, Madeleine entre dans l'expérience bouleversante, pleine d'inconnu et d'inquiétude, d'une métamorphose mystique. Parce qu'elle échappe à tout référentiel connu d'elle, elle s'aventure d'ailleurs à la qualifier d'elle-même d'état pathologique. Le doute quant à ce qui lui arrive précisément semble alors être à son apogée. « Ma maladie devient de plus en plus *extraordinaire*. […] ce que j'éprouve est inimaginable et inexprimable »[3309] écrit-elle à sa sœur Sophie en mars 1894.

Cette métamorphose ressentie comme hors du commun se concrétise par différents niveaux de bouleversements transformateurs venant affecter toutes les dimensions de son existence. Madeleine passe du statut de soignante (ce dont témoignent ses écrits portant sur ses souvenirs de la période 1875 à 1887[3310]) au sein d'un environnement particulièrement précaire à celui de

[3307] Cet épisode psychiatrique aigu fait suite au décès de Père Conrad survenue le 3 juillet 1893 tandis que les premières manifestations de sa crise mystique surviennent en mars 1894 avec l'expression de sa sensation d'envol et l'apparition d'une démarche sur la pointe des pieds, avant de se compléter en novembre 1896 par l'apparition de plaies cutanées considérées comme des stigmates.
[3308] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 234.
[3309] *Ibid.,* p. 236.
[3310] *Ibid.,* p. 211 : « J'ai soigné pendant six mois une vieille femme qui avait un affreux cancer […] et p. 213 : « J'ai eu pendant neuf ans pour compagne une malade atteinte [elle aussi] d'un cancer de l'estomac sans compter ses autres maladies ».

patiente hospitalisée, à laquelle une attention et des soins vont dès lors être prodigués et le logement être assuré. Elle passe de l'*expérience matérielle* éprouvante de l'extrême dénuement de ses conditions de vie (vivant parfois dans la rue, la saleté, l'insalubrité et confrontée à la faim et aux intempéries) à l'*expérience spirituelle* jouissive de l'extase marquée par une apothéose de lumière, de beauté et d'amour. Son corps même, dont l'intégrité avait pourtant été avérée par plusieurs expertises médicales ne révélant pas de maladie somatique, subit aussi les effets de cette transformation. D'une part, il est objectivement marqué par l'apparition de diverses plaies cutanées (considérées *in fine* comme étant constitutives de *stigmates* sur lesquels je vais revenir), d'autre part il se prête à une efflorescence de sensorialité. Les rapports entre perception et réalité anatomique se voient progressivement brouillés. Son corps tout entier se prête à l'expression de cette métamorphose spirituelle. Or, un mouvement inverse c'est-à-dire somato-spirituel où la chair se ferait verbe[3311] peut aussi bien être envisagé. Enfin, Madeleine éprouve non seulement une effervescence sensorielle inhabituelle mais surtout des sensations tout à fait nouvelles venant d'autant plus brouiller ses repères. Dans une lettre adressée à sa sœur datée de mars 1894, elle écrit :

> […] je te disais que je grandissais ; maintenant mes pieds se tendent de telle sorte que je me sens tellement soulevée en marchant qu'il n'y a plus que l'extrémité des doigts de pieds qui effleure la terre. […] C'est comme si de jour en jour mon corps jetait du lest et s'élevait plus facilement[3312].

Madeleine décrit ici la métamorphose à l'œuvre dans son corps au travers du chamboulement spectaculaire de ses perceptions, que celles-ci soient superficielles ou profondes. Ces perturbations perceptives sont, en effet, globales affectant notamment les dimensions épicritique, s'agissant de la sensibilité tactile fine (« l'extrémité des doigts de pieds qui effleure la terre ») ; proprioceptive, s'agissant du sens de position et des mouvements corporels dans l'espace (« mes pieds se tendent ») ; somesthésique, s'agissant de la sensibilité et des sensations relatives à tous les structures internes au corps (« je grandissais », « comme si […] mon corps jetait du lest ») ; cénesthésique (cette sensibilité de l'intérieur qui donne le sentiment de son existence (« s'élevait »). Ainsi délestée de ses repères habituels, Madeleine découvre des sensations inédites quant à son enveloppe, l'organisation interne ainsi que la situation dans l'espace de son corps qui semblent lui échapper et de fait littéralement la transporter. Elle affine progressivement cette description comme en témoigne ce propos issu d'une autre lettre à sa sœur datée du 7 novembre 1894 : « […] à mesure que je sens mon âme se détacher de la terre, mon corps aussi devient plus léger et je me sens enlevée »[3313].

[3311] Oldenhove-Calberg Anne. *Du corps du Christ au corps de la chirurgie esthétique*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):35-6. En ligne : Du corps du Christ au corps de la chirurgie esthétique | Cairn.info, consulté en ligne le 26 mars 2025. Je paraphrase le propos consistant à questionner cette transition « du verbe qui se fait chair à la chair qui est faite verbe ».
[3312] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 236.
[3313] *Ibid.,* p. 241.

La description d'un allègement et d'un soulèvement progressifs de son corps, évoqués à plusieurs reprises par Madeleine dans ses écrits[3314], est ici enrichie par la dimension d'union du corps et de l'esprit. Car cette transformation, autant du corps physique de Madeleine que de son âme, est prémonitoire de son envol matériel autant que spirituel telle une consécration ultime de sa foi et de son engagement envers Dieu. La description ainsi étayée en termes de perceptions et de sensorialité purement physiques nourrit les projections métaphoriques quant à la métamorphose concomitante de l'esprit, validant ainsi la fusion du corps et de l'âme et faisant poindre la promesse de leur assomption. Car dans la description de cette lévitation annonciatrice d'un envol du corps[3315], le flou identitaire est ici de tonalité religieuse et non pas animalière. Madeleine ne se compare pas à un oiseau en plein envol mais à la Vierge Marie montant au ciel à l'issue de sa vie terrestre. De corps terrestre, la voici devenant progressivement corps céleste, sous l'effet, écrit-elle, d'« une force irrésistible à laquelle il [lui] est impossible de *résister* »[3316]. On se prête à entendre là, dans la puissance du soulèvement éprouvé, la force symbolique indubitable de sa foi.

4.2.3 – Les stigmates, preuve d'une élection mystique

L'occurrence chez Madeleine de lésions cutanées symétriques des extrémités (mains et pieds) considérées comme étant caractéristiques de *stigmates* de la Passion du Christ a naturellement apporté une haute valeur symbolique à l'histoire et au vécu de Madeleine puisque cela a conduit à la définir comme stigmatisée. Constituant à ses yeux la preuve objective que Dieu s'exprime en elle, cette élection a nourri son identité narrative en tant que mystique, quand bien même il s'agit *in fine* d'une dissolution identitaire en Dieu[3317]. Cet évènement ne s'est pourtant pas produit sous le coup de l'évidence et il a dû passer le filtre de bien des questionnements, donc des doutes à commencer par ceux de Madeleine elle-même. Dans une lettre à sa sœur Sophie du 11 novembre 1896, elle explique la survenue le jour même de « la fête de la Toussaint » (autrement dit à la date symbolique du 1er novembre 1896) de premières lésions :

> Après avoir ôté mes bas, j'ai selon mon habitude passé ma main sur mes pieds endoloris pour faire comme une espèce du massage et j'ai vu alors la peau s'enlever comme s'il y avait eu une ampoule sur le dessus du pied droit. […]
> Avec les souffrances que j'ai, il n'est pas possible de ne pas penser au crucifix ni au purgatoire, mais il me semble que ce ne sont pas les pensées qui causent les souffrances mais les souffrances qui causent les pensées[3318].

[3314] *Ibid.,* p. 252 : « Je suis de plus en plus emportée. Je ne marche plus, je *plane* en quelque sorte. Je me sens enlevée comme les feuilles que le vent emporte. […] D'après ce que j'éprouve je vois que je vais arriver à ne plus même effleurer la terre. Vais-je pouvoir vivre ainsi ou bien dois-je bientôt m'en aller ? … ».

[3315] *Ibid.,* p. 309 : « j'éprouve dans tout mon être un bien-être inconnu à me trouver dans l'air […] Je me sens plus que jamais soulevée, emportée, et j'ai dans les nerfs, dans les muscles, une force qui parait toujours plus grande » ; p. 313 : « Il me faut tendre les pieds pour toucher terre, je ne fais plus qu'effleurer le sol, à de certains moments, je ne le touche plus du tout, mes sandales ne sont plus mouillées même quand le sol est détrempé … je ne marche plus, je vole […] je suis de plus en plus enlevée ».

[3316] *Ibid.,* p. 236.

[3317] Je remercie Roberto Poma pour cette clarification et la référence biblique suivante. Nouveau testament, *Actes des Apôtres*, chapitre 9, verset 15 : « Mais le Seigneur lui dit : "Va ! car cet homme est l'instrument que j'ai choisi pour porter mon nom devant les nations, devant les rois et devant les fils d'Israël" ».

[3318] *Ibid.,* p. 249-250.

Dans cette façon, certes succincte, de faire le récit de l'apparition de ses *stigmates*, Madeleine semble attester de leur survenue impromptue. Qu'elle s'y soit attendue ou pas[3319], il ne s'y serait donc pas tant préparée. Par leur effet de découverte, ces lésions auraient donc d'abord suscité questionnements et perplexité. Au bout de quelques jours, « la marque est restée et il est difficile de se l'expliquer … » précise-t-elle manifestement tout aussi dubitative que « le docteur » préconisant alors de mettre « les pieds *sous les scellés* » pour être « sûr qu'il n'y serait pas touché ». Ce n'est donc que secondairement (une dizaine de jours plus tard si l'on s'en tient à son propos tenu dans sa lettre du 11 novembre 1896), devant l'absence de guérison et au regard des souffrances éprouvées, qu'elle en est d'elle-même venue à leur octroyer une probable signification mystique. Elle souligne alors qu'« il n'est pas possible de ne pas penser au crucifix ». Cet évènement tendrait ainsi à s'inscrire dans un cheminement personnel, celui certes de la prise de conscience progressive de sa situation de stigmatisée, mais plus généralement de son évolution identitaire.

En dépit de l'ambiance de très longue date auréolée de mysticisme (puisque cela remonte à l'enfance), ce passage d'un état d'abord dubitatif vers celui de l'affirmation de sa croyance en l'origine mystique de ces lésions n'est peut-être pas si anodin. Les travaux de David Le Breton, anthropologue et sociologue, permettent de questionner ces lésions par-delà de leur évidente puissance symbolique d'offrande totale de soi à Dieu, et conformément au principe Chrétien du Verbe qui se fait chair. Dans son ouvrage *La peau et la trace*, celui-ci écrit :

> Quand les assises du sentiment de soi sont encore fragiles, à vif, le corps demeure un champ de bataille de l'identité. L'ambivalence à son égard en fait une objet transitionnel destiné à amortir les coups d'un enracinement problématique au monde. L'individu le couve et l'écorche, le soigne et le maltraite, il l'aime et le hait avec une intensité variable liée à son histoire personnelle, et à la capacité de son entourage à faire office ou non de contenant. Quand les limites manquent, le sujet les cherche à la surface de son corps, il se jette symboliquement (et non moins réellement) contre le monde pour établir sa souveraineté personnelle […]. Le corps est une matière d'identité qui permet de trouver sa place dans le tissu du monde, mais parfois non sans turbulence et non sans l'avoir malmené[3320].

On peut questionner le degré de fragilité éventuelle des « assises du sentiment de soi » chez Madeleine. De la perte de la direction qui lui était si précieuse de Père Conrad (décédé trois ans auparavant) elle a été massivement ébranlée, se sentant abandonnée et démunie. Elle ne manque, par ailleurs, pas d'exprimer dans ses écrits sa crainte de ne plus pouvoir retrouver un tel guide[3321]. Janet n'avait d'ailleurs pas hésité à identifier ce besoin permanent de direction comme un authentique trait pathologique. « La religion de Madeleine et son délire religieux est

---

[3319] *Ibid.,* p 243. Dans une lettre à sa sœur Sophie du 3 janvier 1896 (soit dix mois avant l'apparition des stigmates), elle précisait : « au sujet de mon *état singulier*, il me semble qu'un mot va suffire pour te donner une idée de mes craintes […] J'ai entendu parler de "stigmates" ».

[3320] Le Breton David. *La peau et la trace. Op. cit.*, p. 134.

[3321] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 232-3 : « Dieu m'a conduite par un chemin tout exceptionnel et Il a donné *lumière* et grâce au guide qu'Il m'a envoyé pour que j'y marche avec assurance. Ce guide m'est retiré maintenant […]. Jusqu'à ce que Dieu me fasse rencontrer un prêtre ou religieux qui ait reçu lumière comme avait eu le Père Conrad – ce qui peut bien ne plus arriver, Dieu ne faisant souvent cette grâce qu'une seule fois ».

en relation étroite avec son besoin de direction »[3322] a-t-il pu écrire à ce sujet. Madeleine n'ignore pas cette fragilité qui est la sienne, ni l'état de dépendance auquel cela la contraint et que le deuil de Père Conrad n'a fait que décupler. Là, l'analyse de Le Breton – « Quand les assises du sentiment de soi sont encore fragiles, à vif, le corps demeure un champ de bataille de l'identité » – semble rejoindre le vécu de Madeleine écrivant : « En raison de mon état de souffrance, etc., je suis dans un véritable état de *dépendance* […]. La volonté de Dieu m'est tout indiquée chaque jour. Je n'ai qu'à Le laisser patiemment me mettre en croix… »[3323]. Ayant perdu cet « entourage à [même de] faire office […] de contenant » que constituait Père Conrad, Madeleine, plus isolée que jamais, est dans un flou identitaire, ne sait plus où sont ses limites (ce dont la décompensation psychiatrique témoigne pleinement), se sent écrasée par le monde. Suivre sa voie spirituelle (« je n'ai plus qu'à continuer d'y marcher droit, sans m'en détourner » ; « j'ai une ligne de conduite à suivre qui est pour moi l'indication de la volonté de Dieu »[3324]) et en percevoir l'extraordinaire effervescence (dont témoigne, à travers sa démarche sur la pointe des pieds, son vécu d'envol spirituelle) ne suffisent pas à affermir ses « limites » et assoir sa « souveraineté personnelle ». Le corps de Madeleine doit lui aussi s'y mettre et ainsi (re)devenir un « champ de bataille de l'identité ».

Suivant ce fil, l'apparition de ces signes du corps que sont les *stigmates* pourraient s'inscrire dans le registre de l'affirmation identitaire pour Madeleine. Plus encore, ils pourraient relever d'un processus d'individualisation, elle qui – s'en remettant toujours à la validation d'autrui – ne s'était jusque-là jamais trouvée sans une direction dotée de « *grâces spéciales* pour bien juger de la voie où le bon Dieu [la] veut »[3325]. Qu'il ait fallu en passer par une telle inscription dans la chair suggère que la perte de cet interlocuteur privilégié, puisque seul à même d'objectiver sa foi dans toute sa profondeur et donc de la rendre accessible, a pu laisser place à un état de doute identitaire, une sensation de flou, d'impalpable, d'intangible, voire de suspect, la laissant si ce n'est incapable, du moins dans l'incertitude d'accéder à elle-même. Les plaies du corps interviennent alors comme suppléance de la pensée, de la parole et même du comportement puisque, aussi objective soit-elle, la marche sur la pointe des pieds peut être interprétée comme une mise en scène, une trompeuse vue de l'esprit. Les *stigmates*, qui viennent valider de la façon la plus objective qui soit la puissance de sa foi – ne serait-ce que par leur force symbolique –, lui permettent de s'approprier pleinement cette identité mystique qui est la sienne propre, de la rendre relative uniquement à elle et non plus médiée par son directeur de conscience. Signifier sa foi, c'est-à-dire la rendre propre à soi et lui donner pleinement sens en l'inscrivant dans sa propre chair participent de la construction de son identité narrative. Qu'il s'agisse de ses écrits textuels ou de cette écriture dans sa chair, ce mouvement d'ipséité relèverait ainsi pour Madeleine à la fois de la revendication identitaire (à même de résoudre le doute à ce sujet qui l'accablait) et de l'appropriation de son propre vécu.

Madeleine se trouve aussi dans la nécessité de convaincre un entourage qui n'a pas manqué de mettre en doute de maintes façons la sincérité de son vécu spirituel. Autant le milieu médical,

[3322] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 402-3.
[3323] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 233.
[3324] *Ibid.,* p. 232-3.
[3325] *Ibid.,* p. 232.

la suspectant de folie hystérique[3326], de simulation et d'automutilation, que le corps ecclésiastique la trouvant bien embarrassante et optant pour l'indifférence, font peser sur elle bien des soupçons. Face au doute qui lui est opposé, l'inscription sur le corps sous la forme de marques objectives que constituent les *stigmates* imposerait une sorte d'évidence. Un tel retentissement corporel ne peut être que force de validation positive aux yeux de l'observateur. Un tel spectacle de matérialisation de l'extase tendrait ainsi à rendre la foi de Madeleine d'autant plus indubitable à autrui constituant en cela une forme de communication radicale, brute (si ce n'est brutale) et sans parole. En cela, elle semble d'ailleurs répondre aussi à une attente de preuves qui aurait peut-être été formulée par le corps médical. C'est ainsi que deux mois avant l'apparition de premières lésions objectives, elle écrivait à sa sœur : « le médecin m'a dit qu'il attendait les *stigmates* »[3327]. Quand bien même il pourrait s'agir d'un malentendu – puisqu'il est précisé en note que « Pauline a sans doute entendu les médecins par[ler] des "stigmates" de l'hystérie ; elle a pensé aux stigmates de la passion »[3328] – et par-delà l'effet de suggestion qu'il sous-tend, cela n'en modifie pas les conséquences qui sont fondamentales pour Madeleine. Par la présence de ces *stigmates*, qui ne peuvent que faire taire les doutes quant à leur puissance signifiante symbolique tant ils sont semblables à ceux de François d'Assise en son temps, l'évidence de sa foi s'impose désormais à tous. Paraphrasant Le Breton, les *stigmates* en viennent à constituer pour Madeleine « un signe qui restitue au sujet le sentiment de sa souveraineté personnelle »[3329]. Cette appropriation identitaire s'inscrit sous le sceau du contrôle, celui de l'affirmation magistrale d'elle-même à travers cette « sorte de signature de soi »[3330], quand bien même elle témoigne aussi de son aliénation à Dieu.

Quelle interprétation et quelle application à l'heure de la biomédecine contemporaine ?

Ainsi que je l'expliquais pour justifier l'étude de cette relation singulière entretenue avec le milieu médical, la configuration de Madeleine se fait l'écho de nombre de situations contemporaines où les tensions et incompréhensions entre patients et soignants ne manquent pas. Si pour la médecine, l'absence de lésion documentée correspondant aux maux allégués s'avère particulièrement suspecte, la présence de lésions n'en résout parfois pas pour autant l'énigme. Avant que ses stigmates n'apparaissent, les souffrances de Madeleine (à l'instar de ses « douleurs aux jambes qui l'empêchent de marcher » comme ses « douleurs dans les mains ») n'ont pas manqué de provoquer étonnement, incompréhension, accusation de mensonge et de folie. A ce sujet, taxer Madeleine de folie mystique fut d'autant plus aisé qu'elle affirmait « éprouve[r] dans [son] corps quelque chose d'un peu semblable au crucifiement »[3331]. Il reste d'actualité que bien des patients subissent de mêmes types de rationalisation qui tendent à les psychiatriser. Pour le psychanalyste Alain Abelhauser « les stigmatisées ne sont après tout

[3326] *Ibid.,* p. 244. Dans une lettre à Sophie écrite depuis la Salpêtrière le 3 juin 1896 : « … Pour les médecins, mon cas est une forme particulière d'hystérie … "*une belle hystérie*" comme disait l'un d'eux… ».
[3327] *Ibid.,* p. 247, lettre à Sophie écrite depuis la Salpêtrière le 26 septembre 1896.
[3328] *Ibid.,* p. 244.
[3329] Le Breton David. *Signes d'identité : tatouages, piercings, etc*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):17-9. En ligne : Signes d'identité : tatouages, piercings, etc. | Cairn.info, consulté le 26 mars 2025.
[3330] *Ibid.*
[3331] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 242-3 et 246.

que des purpuriques dont le diagnostic n'a pas été établi »[3332], faisant par-là référence au syndrome féminin dit de « purpura psychogénique » et correspondant à l'apparition spontanée et inexpliquée d'ecchymoses douloureuses, de disposition plutôt symétrique sur le corps. Après avoir investi un putatif mécanisme auto-immun dit de sensibilisation autoérythrocytaire[3333], désormais abandonné, l'étiologie psychique fut finalement retenue et ce syndrome fut intégré à la catégorie des phénomènes psychosomatiques dont le point commun est donc d'en ignorer le mécanisme physiopathologique précis. Il n'est pas sans faire écho à l'évocation par Maurice Apte, dans sa thèse sur les stigmatisés, de leur tendance hémorragique comparable à celle des hystériques[3334]. Il apparait que Janet a été amené à la même conclusion s'agissant de Madeleine témoignant de l'absence de progrès manifeste de la médecine en la matière. Par contre, ainsi que le suggère Alain Abelhauser, ce qui distingue fondamentalement les *stigmatisées* (je respecte ici son choix d'une catégorisation de genre féminin fondée sur l'argument de prévalence) des purpuriques se trouve à la fois du côté de l'expérience subjective de ces lésions et de l'usage qu'elles font de ce qu'il qualifie à l'aune de sa lecture psychanalytique de « jouissance »[3335].

> Dans le premier cas, corps et féminité témoignent qu'il est de l'Autre, pour inconsistant qu'il soit, susceptible cependant de contenir la jouissance. Dans le second, que la science, quoiqu'on en veuille, n'arrive pas à assumer un tel rôle, de longtemps dévolu à Dieu[3336].

Pour les stigmatisés, qui n'ont nullement besoin de la médecine (quand bien même celle-ci persévère à les pathologiser), les plaies constituent « le vecteur de leur rapport à l'autre » et cet Autre est explicitement Dieu. Car Dieu est à la fois objet de la jouissance et de sa restitution, celle-ci étant comprise comme modalité et même issue pour la rendre supportable et canalisable. Pour le psychanalyste, c'est donc à cela que « servait (entre autres) cette "face de l'Autre" dénommée Dieu : à assumer, à supporter et à pacifier le trop de jouissance du corps »[3337]. Quant aux purpuriques, qui adressent pour le coup explicitement leurs bleus à la médecine, elles ne les signifieraient pas autrement que comme des symptômes purement médicaux à faire disparaître, sans aucune élaboration symbolique particulière mais avec pourtant une demande implicite d'assistance quant à cette jouissance par elles ingérable. La médecine ne peut pourtant pas mieux l'accueillir encore moins la gérer. Ce serait d'ailleurs pour cela qu'elle aurait « inventé la psychosomatique, comme une tentative pour évacuer l'âme en bricolant une dualité corps/esprit, espérant ainsi liquider du même coup ce qui y est lié : la jouissance. Mais de celle-ci, on ne se débarrasse pas aussi facilement »[3338].

[3332] Abelhauser Alain. *Le corps et l'âme*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):32-4. En ligne : Abelhauser - Le corps et l'âme – JFP 2006, consulté le 26 mars 2025.
[3333] Abelhauser fait référence à l'article scientifique suivant : Gardner Frank H., Diamond Louis K. *Autoerythrocyte sensitization*. Blood 1955;X(n°7):675-90.
[3334] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 173-4
[3335] Abelhauser Alain. *Le corps et l'âme*. *Op. cit*. : « Cette jouissance est susceptible de s'écrire en toutes lettres : on appelle ça des bleus, et c'est à les présenter que se dévouent mystiques et purpuriques ».
[3336] *Ibid.*
[3337] *Ibid.*
[3338] *Ibid.* : « Alors comme on ne sait vraiment plus quoi faire de sa jouissance, qu'on en est vraiment empêtré, on se tourne vers le petit autre de la science – de la médecine, en l'occurrence – que l'on prie de traiter la chose en la faisant disparaître, parce que ça fait un peu trop dérangé. Mais, bien sûr, cet autre-là n'en est pas capable ».

4.3 – Une situation psychique qui ne cesse de rebattre les cartes du doute

Indépendamment de la nature même des troubles psychiques qui ont pu affecter Madeleine (restant source de controverses diagnostiques irrésolues), la question de sa confrontation au doute est pleinement mobilisable sans pour autant devoir nécessairement faire du ou des états de doute alors éprouvé un symptôme à intégrer à l'état psychiatrique suspecté. Comme toute autre personne confrontée à l'émergence d'un état pathologique méconnu, lors d'une crise psychique particulièrement intense Madeleine a aussi dû faire face à un puissant doute existentiel provoqué par l'ébranlement de ses repères habituels ainsi que par l'anxiété décuplée sous l'effet de l'incompréhension et de l'absence de maitrise des troubles subis. Je propose donc ici de bien distinguer, d'un côté la brutale décompensation psychiatrique à l'origine de cet énorme bouleversement et constituant en cela pour Madeleine une crise de doute particulièrement intense ; de l'autre, l'état psychique sous-jacent de Madeleine à partir duquel Janet a élaboré tout un travail de recherche et émis des hypothèses psychopathologiques mobilisant le doute de façon très différente puisqu'il l'a consacré comme symptôme cardinal de ce qu'il a estimé être sa maladie mentale de base. Selon la perspective considérée, l'épreuve du doute vécue par Madeleine peut donc être appréhendée très différemment. Il peut ainsi soit relever d'un état réactionnel bien compréhensible lorsque la maladie fait brutalement effraction dans le cours d'une existence et que la personne se trouve alors passablement troublée dans toutes ses références habituelles, soit constituer une modalité d'expression d'un trouble mental le consacrant alors comme doute pathologique. C'est la première perspective qui m'intéresse en premier chef ici, sans pour autant nier la seconde hypothèse dans le respect des diverses lectures psychiatriques qui ont été faites de l'histoire de Madeleine.

4.3.1 – Entre la certitude délirante d'être persécutée et la tonalité dubitative de ce qui lui arrive

La mort du Père Conrad, le directeur de conscience de Madeleine, se complique en effet d'une grave *crise psychique* globalement considérée par les acteurs de la psychiatrie comme une décompensation psychiatrique de type paranoïaque. Madeleine est, en effet, de plus en plus envahie par un sentiment de persécution. Ce changement est d'emblée perceptible dans sa correspondance, alors qu'elle en était auparavant indemne. Le jour même de ce décès (par ailleurs attendu), elle écrit dans une lettre à sa sœur Sophie datée du 3 juillet 1893 : « On a fait courir *toutes sortes de bruits* sur mon compte et le diable s'est arrangé pour laisser peser sur moi *tous les soupçons imaginables* »[3339]. De-là, la tonalité persécutive se confirme et s'amplifie. S'éloignant de plus en plus de la réalité, le propos prend une tournure délirante. C'est ainsi qu'elle invoque dans une lettre à sa sœur Sophie du 8 aout 1893 un « complot tramé par le démon », « des persécutions de toutes sortes », des « intrigues habillement ourdies par le démon », de même qu'elle suggère que « tous [ses] mouvements sont surveillés »[3340]. Quelques semaines plus tard, la teneur de sa correspondance avec sa sœur ne change pas, comme l'illustrent ses propos dans une lettre du 26 septembre 1893 : « … je suis très *soupçonnée*. On cherche *tous les moyens de m'accuser* … » ou encore « Je ne puis t'écrire, chère sœur, la

[3339] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 230.
[3340] *Ibid.,* p. 230-232.

tactique du *démon* qui trame en ce moment la plus *abominable intrigue*… »[3341]. Les mois passant peinent à estomper ses convictions délirantes et irrationnelles. Toujours à sa sœur Sophie, elle écrit le 7 février 1894[3342] : « Tu ne saurais croire, ma sœur, tout ce que le démon a amassé d'accusations sur ma tête » et encore le 13 aout 1894[3343] : « J'ai lieu de croire qu'on a surpris ma signature dans le but de pouvoir prouver que j'appartiens à une société ». Enfin, elle se croit l'objet d'un espionnage et de poursuites notamment par « la police », « le parti religieux » ou encore « les francs-maçons »[3344], en somme elle se sent cernée et menacée de toutes parts.

Ce qui transparait de façon notable dans la description de cette décompensation psychiatrique de type paranoïaque est d'une part son absence de coloration explicitement mystique (confortant l'intérêt de dissocier la crise mystique précédemment évoquée de la présente crise psychique), d'autre part l'absence de doute quant au vécu éprouvé par Madeleine, à savoir son vécu subjectif d'être persécutée. Classiquement inaccessible au raisonnement, le délire ne laisse effectivement pas de place au doute. Ainsi qu'en témoignent à maintes reprises les propos de Madeleine, son délire persécutif relève d'une conviction non négociable, puisqu'à la fois irréfutable et inébranlable. Le délire n'est, par principe, que certitude absolue, il n'est pas raisonnable au double sens de ce qualificatif, à savoir celui d'abord de son caractère excessif et ensuite celui de l'effondrement de toute accessibilité autant qu'aptitude au raisonnement. Or, cette situation s'avère être assez cocasse dans la mesure où Madeleine se trouve aux prises avec la certitude que, précisément, l'on doute d'elle, qu'on la suspecte (« peser sur moi tous les soupçons », « très soupçonnée »), autrement dit que sa fiabilité est incertaine, sujette au doute. Elle se trouve certes prise au piège de la certitude, mais cette certitude porte paradoxalement sur des doutes que l'on ferait peser sur elle. En somme, c'est parce que le doute devient ici inébranlable et donc certain qu'il s'avère à ce point effrayant et persécuteur. L'enfer se trouve bien plus dans la fixité froide et brute de la certitude que dans la mouvance du doute puisque la mécanique délirante vient d'elle-même annuler toute pensée dubitative, c'est-à-dire réflexive. Il y a certes dans cet état toute la part d'anosognosie qui empêche la personne de développer et mettre à profit son esprit critique sur la situation éprouvée eu égard aux données de la réalité. Il s'y trouve aussi une dimension de dépersonnalisation par laquelle la personne s'éprouve comme détachée d'elle-même et s'observe comme à travers un film dans lequel elle ne peut intervenir, semblant dépossédée de son propre scénario. C'est aussi que si la certitude est inhérente au délire, le délire n'en est pas moins partie intégrante de la certitude.

Pourtant, il n'y a pas que l'entourage de Madeleine qui perçoive la gravité de la crise délirante dans laquelle elle se trouve. Elle-même se questionne et *doute* de sa propre intégrité au regard de ce qu'elle perçoit, elle aussi, comme un profond bouleversement qui fait à la fois effraction et rupture avec son histoire antérieure. Elle se trouve en somme – peut-être au gré de lueurs de lucidité suggérant que l'anosognosie ne serait dès lors que partielle – dans un état d'étonnement dubitatif. Il est à cet égard notable que cette expérience de bouleversement soit vécue comme

[3341] *Ibid.,* p. 234.
[3342] *Ibid.,* p. 236.
[3343] *Ibid.,* p. 240.
[3344] *Ibid.,* p. 232 et 238.

une épreuve qui s'impose à elle, une épreuve dont elle serait bien plus observatrice que pleinement actrice, comme si elle se trouvait à distance d'elle-même précisément comme le fait éprouver le phénomène dissociatif de la dépersonnalisation. C'est ainsi qu'elle s'interroge et s'inquiète de ces changements internes qu'elle perçoit mais qui semblent lui échapper, comme elle l'écrit dans sa lettre à sa sœur Sophie en date du 8 août 1893 :

> […] ce n'est pas là le plus grand motif de ma peine… Je me demande si c'est bien moi qui parle, qui agis. J'ai vraiment lieu de m'étonner de ce qui se passe en moi …[3345]

La voici donc à la fois stupéfaite de ce qui lui arrive et terrorisée par ce qui se passe en elle et relève d'une épreuve transformatrice. L'effraction identitaire est telle qu'elle « [se] demande si c'est bien [elle] qui parle », si sa voix est bien toujours la sienne, si sa volonté continue de lui appartenir. La situation est d'autant plus déstabilisante et effrayante qu'elle ne parvient donc plus à se reconnaître tout à fait dans ce qu'elle ressent et dans ce qu'elle fait, de même que tout ce qui lui arrive semble lui échapper. Confrontée au doute quant à ses faits et gestes, quant à sa propre identité autant qu'intégrité, elle s'éprouve comme victime passive et spectatrice de sa propre métamorphose à l'œuvre[3346]. La perte des repères est autant interne qu'externe. La transformation qui s'opère malgré elle semble de fait aussi affecter son environnement. Tout comme le jeune Antoine Percheron s'est senti devenir un arbre au milieu des arbres et ainsi investir une forêt comme nouvel environnement[3347], les repères d'habitat de Madeleine se sont vus affectés sous l'effet de cet autre phénomène dissociatif qu'est la déréalisation[3348]. C'est ainsi qu'elle écrit : « Cette maison est transformée complètement et a une apparence de nature à la rendre assez suspecte … »[3349], témoignant par-là non seulement des multiples projections de son délire persécutif, mais aussi de l'impact déréalisant global du bouleversement psychique à l'œuvre et donc du doute massif et extensif qui s'empare d'elle et affecte tous ses repères habituels.

Madeleine déjoue les idées reçues, particulièrement celles qu'il n'y aurait pas de doute dans la foi et qu'il n'y aurait que certitude dans le délire. En la matière, durant toute cette phase délirante aiguë qui l'a passablement affectée elle a, bien au contraire, semblé vivre une sorte de mouvement pendulaire oscillant entre deux pôles non exclusifs l'un de l'autre. D'un côté, la certitude d'être persécutée (principalement sous la forme d'un voile de suspicion et de dénigrement projeté sur sa personne ainsi que la crainte de poursuites émanant de diverses entités dotées de pouvoir), de l'autre un état de doute à l'endroit précisément de ce qu'elle pense et vit alors. Cela s'avère particulièrement flagrant dans sa lettre du 8 août 1893, attestant à la fois de l'intensité de la désorganisation mentale liée à son délire et de sa lucidité pleinement critique quant à sa situation (« J'ai vraiment grand lieu de m'étonner de ce qui se passe en

---

[3345] *Ibid.,* p. 231.
[3346] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire du patient*.
[3347] Percheron Antoine. *Op. cit*.
[3348] Je renvoie à la définition proposée par le CNRTL : « Impression d'irréalité, sentiment d'étrangeté, de non familiarité à l'égard du monde extérieur (personnes et choses) en dehors de tout trouble sensoriel ou perceptif ». En ligne : DÉRÉALISATION : Définition de DÉRÉALISATION, consulté le 22 mars 2026.
[3349] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 234.

moi… »[3350]). C'est dire si ce délire ne lui est manifestement pas absolument inaccessible et ne s'avère peut-être pas moins logique. De la fonction (peut-être vitale) de cet épisode délirant, celle de pouvoir faire face à un deuil on ne peut plus éprouvant pour Madeleine au regard de la place si importante qu'occupait Père Conrad dans sa vie, peut tenter de se lire aussi une certaine puissance signifiante. De toujours accueillie, écoutée, conseillée, rassurée, guidée et donc protégée par Père Conrad, la voici se retrouvant seule, au risque d'être incomprise et démunie. Le lien évident entre l'émergence de cet épisode aigu et la disparition de la seule personne alors à même de comprendre son engagement et ses choix de vie permet d'apporter un autre éclairage à la thématique persécutive de son délire, au point de le rendre si ce n'est légitime, du moins un tant soit peu compréhensible. Plongée dans les affres du deuil, la souffrance de l'absence, l'angoisse du vide, tous ses repères dans le réel sont bouleversés ce qui la plonge alors dans sorte d'intense doute métaphysique que seul peut-être l'épisode délirant lui a permis de surmonter.

4.3.2 – Psychiatriser le doute ou comment évacuer et interdire le doute des patients

La décompensation persécutive sur un mode délirant de Madeleine a été circonscrite dans le temps, puisqu'elle est survenue à l'occasion du deuil de son père spirituel, créant un clair effet de rupture brutale avant de se dissiper progressivement. Quant à son état psychique de base, hors crise, il a suscité beaucoup d'intérêt dans le milieu psychiatrique et bien des hypothèses psychopathologiques à commencer par Janet qui l'a suivie durant plus de deux décennies. Il est notable que le doute, et ses diverses manifestations, s'est vu circonscrit comme un symptôme résolument et quasiment exclusivement psychiatrique. Au point que l'on peut se demander si l'objectif ne fut pas d'interdire à Madeleine de douter. C'est ce que je propose de discuter.

Le diagnostic psychopathologique que Janet a porté sur le cas Madeleine, celui de *délire psychasthénique* – qu'il a d'ailleurs élaboré grâce à elle puisqu'elle fut, en la matière, son principal objet d'étude –, pourrait désormais correspondre à ce que le DSM-5 (version la plus actualisée du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) catégoriserait comme le *trouble obsessionnel compulsif* (ou TOC)[3351]. Si la façon dont a pu s'opérer le passage d'une entité (délire psychasthénique) à l'autre (TOC) demeure opaque, il est un fait que Janet insiste tout particulièrement sur la présence d'un trouble obsessionnel dans le comportement de Madeleine ; outre qu'il s'agit de son interprétation, cela ne permet pas pour autant d'affirmer qu'elle souffrait d'un TOC et l'éloigne d'ailleurs d'autant plus d'un diagnostic psychiatrique arrêté. « Madeleine était constamment et cruellement tourmentée par une série d'idées obsédantes qui changeaient d'objet, mais qui avaient au fond toujours le même caractère »[3352] rapporte-t-il. S'il n'est ici pas du tout mon propos de mettre en cause les étiquettes diagnostiques portées sur son cas, on peut se soucier du réductionnisme nosographique à l'œuvre en psychiatrie. Il est aussi intéressant de questionner le contenu d'un diagnostic psychiatrique, de constater notamment que le doute constitue un symptôme du trouble obsessionnel. Le psychanalyste et professeur en psychopathologie clinique, Alain Abelhauser, en fait un

[3350] *Ibid.,* p. 231.
[3351] American psychiatric Association. *DSM-5. Op. cit.*, p. 237.
[3352] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 400.

symptôme cardinal ainsi qu'il le développe dans son livre, au titre on ne peut plus explicite, *Un doute infini : L'obsessionnel en 40 leçons* :

> Bien sûr, l'obsessionnel doute, au point de faire système de son doute, de l'ériger en logique, d'y apprendre une forme d'éthique et de savoir, à l'occasion et non sans humour, s'y reconnaître tout entier[3353].

C'est dire si l'obsessionnel semble n'être que doute (« s'y reconnaître tout entier »). Le doute devient « logique » de vie autant que structure (« au point de faire système »). Le doute définit à ce point l'obsessionnel que Janet ne le nomme même plus, s'agissant de Madeleine, se contentant de rappeler le « grand développement des obsessions »[3354] qui la caractérise. Alors qu'il intitule son premier chapitre de caractérisation du délire psychasthénique « Le doute et la timidité », le terme « doute » n'apparait formellement quasiment plus ensuite dans le corps de son texte de développement, étant dès lors considéré comme un implicite. Qu'il ne soit manifestement même plus nécessaire pour lui ni de l'exprimer ni de l'analyser soulève pourtant l'écueil d'en réduire la puissance épistémique, comme s'il s'était simplement contenté de nourrir sa description nosographique. L'objet « doute » en tant que pur symptôme n'a plus d'autre intérêt que diagnostique, confortant l'écueil d'une catégorisation nosographique à tout crin aux dépends de la prise en compte de la singularité du patient. Cela conduit au risque d'en nier les motifs autant que la pertinence éventuelle, à lui réfuter toute signification.

On peut pourtant soulever quelques questions, relever d'éventuelles contradictions dans l'interprétation que Janet a faite du cas Madeleine s'agissant justement de la question du doute et noter opportunément que Janet ne manquait pas lui-même de traits obsessionnels[3355]. « Ces obsessions […] dépendent d'une impuissance à conclure dès qu'un problème quelconque se pose devant la réflexion »[3356] nous dit-il. En tant qu'état de suspension du jugement, le doute, qui est ici de nouveau tacitement mis en avant, serait caractéristique de la situation de Madeleine. Selon Janet, il la laisserait constamment dans l'embarras de ne jamais pouvoir ni juger ni décider seule. Son besoin, quasiment vital, de direction trouverait ainsi son origine dans cette « impuissance à conclure ». Or, si par définition l'obsessionnel ne parvient effectivement pas à sortir du doute, le ressassant à l'infini tel un puits sans fond, comment alors expliquer que Madeleine fut si attachée à être toujours dirigée et surtout qu'elle fut particulièrement réceptive aux recommandations et conseils prodigués par Père Conrad, son directeur de conscience et guide spirituel, les suivant le plus souvent très consciencieusement. Elle s'est ainsi appliquée à suivre ses consignes de modération quant à ses élans mystiques et ses excès de dévouement, ainsi qu'aussi son invitation à résister aux états extatiques, ou du moins de s'abstenir de les

---

[3353] Abelhauser Alain. *Un doute infini. L'obsessionnel en 40 leçons*. Paris: Seuil; 2020, p. 23-24.
[3354] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 400.
[3355] Ellenberger Henri-Frédéric, Feisthauer Joseph (Trad.). *À la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique*. Villeurbanne: SIMEP; 1974, p. 294 : « un homme aux habitudes régulières, économique et ordonné ; il était aussi un collectionneur passionné ».
[3356] *Ibid.* p. 401.

montrer en spectacle[3357]. Ce n'est qu'à la mort de ce dernier en 1893 qu'elle se retrouva aux prises avec une puissante crise mystique, attestant par-là de l'importance du support moral et de l'encadrement protecteur prodigués par ce prêtre dans le maintien de l'équilibre de vie de Madeleine. Autrement dit, le doute ne fait pas système chez Madeleine. Elle n'était pas dans la persévération pathologique ou la conviction délirante puisqu'elle ne s'opposait pas à ce que ses obsessions puissent être résolues, y compris par l'entremise d'autrui. De Janet lui-même elle acceptait les conseils et s'en remettait à ses jugements et ses décisions. Tout à l'inverse, l'obsessionnel compulsif ne peut quant à lui, et comme de principe, pas être raisonné. A cette première contradiction possible, s'ajoute une interprétation semblant quelque peu tendancieuse de la part de Janet lorsqu'il complète son argumentation diagnostique par le propos suivant : « Le besoin de direction lui-même était troublé par les manies du doute et de l'interrogation, tellement ce caractère d'hésitation, de délibération interminable sans parvenir à la croyance était fondamental »[3358] alors même qu'il lui avait justement indiqué à ce moment-là « c'est à vous de voir ce que vous préférez »[3359]. Le « besoin de direction » ne pouvait pas alors être troublé puisqu'à ce moment-là précis il ne la dirigeait plus, lui laissant toute liberté d'exprimer sa préférence. « Je croyais être conduite et je me vois livrée à moi-même » exprime-t-elle et qui est on ne peut plus clair. Elle ne fait d'ailleurs ici que rappeler combien il lui importe que sa situation puisse faire justement l'objet d'une délibération, qu'en somme, il lui a toujours été essentiel d'être dans la relation et d'être soutenue pour pouvoir décider de sa conduite. Il n'est dès lors pas étonnant, si Janet lui-même se défausse, de la voir de nouveau sombrer dans le doute. Un tel dénouement s'entend d'autant mieux que durant toute cette période d'hospitalisation sous sa responsabilité, il avait acquis aux yeux de Madeleine une aura de divinité jusqu'à se substituer, pour elle, à Dieu lui-même. « La volonté de Dieu est devenue votre volonté, mon pauvre esprit malade se repose sur vous du soin de disposer de moi-même pour le moment présent et de diriger l'avenir … »[3360] a-t-elle ainsi pu écrire à ce sujet. Janet, qui ne pouvait ignorer en quelle estime Madeleine le portait, ni ne s'y est opposé (considérant peut-être, y compris inconsciemment, le bénéfice à tirer d'une patiente tout à fait soumise) ni n'a cherché à la contredire (considérant probablement l'intérêt de ne pas la raisonner afin de pouvoir d'autant mieux observer et étudier sa situation psychopathologique). Qu'il lui laisse brutalement toute liberté dans ses choix et sa décision, ne pouvait alors que d'autant plus susciter ou raviver un sentiment d'abandon et la replonger dans les affres du doute.

La seule véritable issue pour Madeleine, par ailleurs pérenne, n'a jamais été que Dieu lui-même. Dans la foi en Dieu se trouve de fait une immunité à l'égard du doute. En cela, Madeleine n'a rien d'exceptionnel puisqu'elle ne fait qu'appartenir, comme une multitude d'autres, à la vaste

---

[3357] Lusa Marina. *Op. cit.* : « Il [Père Conrad] lui ordonne de résister aux états de sommeil extatique dans lesquels se consumait sa santé. Il lui prescrit de ne rien faire paraître de ses états singuliers trop visibles et lui interdit de venir aux offices quand elle est sous l'emprise de ses "consolations célestes" ».
[3358] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 403.
[3359] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 273 : « Cette phrase que vous m'avez dite : "c'est à vous de voir ce que vous préférez", m'a fait du mal au cœur. Je croyais être conduite et je me vois livrée à moi-même. Je n'étais donc pas dirigée par une main ferme qui me maintiendrait dans une voie, je suis abandonnée par tous ». Cette citation est intégralement reprise dans l'argumentaire de Janet dans son chapitre « Le doute et la timidité », in Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 403.
[3360] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 274.

communauté des croyants (quelle que soit la religion qui en fait l'objet). C'est pourtant ce qui fait dire à Janet que « La religion de Madeleine et son délire religieux est en relation étroite avec son besoin de direction »[3361], sous-entendu c'est pour mettre fin à cet état de doute considéré par lui comme pathologique qu'elle s'en remet aussi ardemment à Dieu. Comme si, sous l'œil de Janet, le doute autant que la croyance chez Madeleine ne pouvaient que subir une forme de réductionnisme psychiatrique[3362]. Or ce qui est interprété comme délire obsessionnel par Janet peut, sous un autre œil, être appréhendé sous l'angle de la passion. En dépit de ses excès apparents, dont l'importance qu'elle a pris dans sa vie comme bien sûr ses manifestations extrêmes sous la forme des *stigmates* de la Passion, la ferveur religieuse de Madeleine ne mérite peut-être pas d'être nécessairement considérée comme authentiquement délirante. De même, il peut sembler excessif que chacun des traits de sa personnalité ait pu être pathologisé par la lecture médicale. Il en est ainsi de la timidité de Madeleine[3363], dont le caractère qualifié de *maladif* dans sa prime jeunesse a aussi contribué à la construction diagnostique de la folie psychasthénique par laquelle Janet l'a caractérisée. Ses états de doute mériteraient peut-être eux aussi de ne pas systématiquement être jugés comme relevant de la folie psychasthénique que Janet a diagnostiquée. C'est à se demander si reléguer toute expression du doute chez Madeleine à la seule psychiatrie ne serait pas une forme de véto. Si le doute n'est que symptôme, et qu'il importe naturellement d'éteindre ce symptôme, toute autre forme de doute lui aurait peut-être été par la même interdite. Il est même tentant de faire l'hypothèse que l'injonction médicale faite implicitement à Madeleine de ne pas douter aurait pu aussi relever de déterminants bien plus sociaux que strictement médicaux. Parmi ceux-ci, d'une part le paternalisme médical, en interdisant toute remise en cause de la parole médicale, prohibe le doute des patients. D'autre part, les représentations négatives qui pèsent sur la folie conduisent à dévaloriser et même invalider la parole des personnes souffrant de troubles mentaux, *a fortiori* leurs doutes qui ne sont dès lors pas pris en compte. Enfin le pouvoir patriarcal, en réduisant les femmes au silence et à la soumission, leur interdit naturellement toute expression ou manifestation de doute sous peine de les faire interner en les qualifiant précisément de folles, délégitimant d'autant plus leur parole. Madeleine cumulait en l'occurrence le genre féminin, la pathologie mentale et son allégeance à la figure médicale (*a fortiori* masculine) de Janet. Il est pourtant possible, en dépit des troubles psychiques qui ont été les siens, de reconnaitre ses qualités d'intelligence et d'esprit crique ainsi que sa capacité de remise en cause. Autrement dit, ainsi que je développerai plus loin, il est possible d'appréhender les doutes qu'elle a pu éprouver au prisme de leur pertinence et leur puissance dialectique, indépendamment de toute dynamique psychopathologique.

4.3.3 – Aux antipodes de la folie du doute, la certitude de la jouissance divine

Je propose de finir ce chapitre en confrontant très brièvement la position mystique de Madeleine et son statut de *stigmatisée* à cette proposition définitionnelle d'Alain Albehauser quant à l'obsessionnel : « Ce dont doute l'obsessionnel, avant toute chose, et de la façon la plus

[3361] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 402-3.
[3362] *Ibid.,* p. 420-21 : « C'est qu'en effet le refuge dans la maladie ou le refuge dans l'idéal ne peut se faire que si on arrive à certaines croyances fermes, à la croyance qu'on est fou ou à la croyance que Dieu existe et nous console ».
[3363] *Ibid.,* p. 402-3 : « Un trait fondamental du caractère de Madeleine depuis son adolescence a toujours été son invraisemblable timidité. Déjà tout enfant elle n'osait parler à personne et ne pouvait pas répondre en classe à la maîtresse ».

fondamentale qui soit, c'est de la structure elle-même, ou plutôt de la garantie que doit lui offrir la structure de maintenir en l'état son désir : irréalisé »[3364]. Le vécu mystique de Madeleine qui est tout de jouissance[3365] débordante pourrait entrer en contradiction avec cette définition. Si ce qui permet de considérer l'extase mystique comme ce qui relève effectivement du développement de la jouissance à travers les douleurs christiques – ainsi que ce propos en témoigne : « Il est difficile de comprendre comment on peut à la fois souffrir et jouir de la sorte »[3366] – le désir ne semble pas ici « irréalisé » mais bien au contraire comblé. Tellement comblé que ce trop-plein de jouissance de l'Autre qu'est Dieu, l'extase de Madeleine s'oriente alors, avec l'apparition des stigmates, vers un mouvement de restitution de ce débordement de jouir à l'Autre qui en est l'objet. Madeleine parait finalement bien loin de cet obsessionnel que définit Alain Abelhauser, *a fortiori* lorsqu'il complète son propos ainsi :

> Et il est carrément angoissant, pour un obsessionnel, d'aller directement se confronter à ce que peut bien lui vouloir l'Autre, au risque toujours présent de la « jouissance méconnue » qui viendrait soudain se dévoiler[3367].

Rien de tout cela chez Madeleine. Elle se délecte de cette jouissance parfaitement connue d'elle, elle l'observe de ses yeux grands ouverts, elle en éprouve toute la sensorialité[3368] par toutes les parties et moindres interstices de son corps, enfin elle la décrit sans relâche dans ses écrits avec une sensuelle volupté. Ainsi que les décrit, dans leur « intimité surabondante » le philosophe Jean-Noël Vuarnet dans son essai *Extases féminines* : « Dans le vide, l'abandon, la jouissance, le sexe sans lieu ni nom, les saintes, leurs secrétaires et leurs artistes, nomades atypiques, vont au pli de l'humain et du surhumain, par les voies de l'amour sans limite »[3369].

Aux antipodes de l'évitement, elle se donne entièrement à cet Autre, corps et âme. Tout à l'inverse de l'angoisse de la « jouissance méconnue » venant en prohiber chez l'obsessionnel l'effectivité, Madeleine n'est quant à elle qu'efflorescence de jouissance. A tel point que pour tenter de rendre cette jouissance plus supportable, elle se consacre, à travers son corps *stigmatisé*, à en restituer à son instigateur toute l'intensité. C'est dire si considérée sous cet angle l'histoire de Madeleine entre en contradiction avec le profil de l'obsessionnel affecté par « un doute infini »[3370] que l'on a voulu lui appliquer, elle qui n'a douté ni de son amour pour Dieu, ni de son désir, encore moins de son engagement total dans cette jouissance de Dieu[3371] qui fut pleinement la sienne. C'est d'ailleurs l'interprétation que formule Maurice Apte dans sa

---

[3364] Abelhauser Alain. *Un doute infini. Op. cit*., p. 24.
[3365] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 307 : « l'ivresse du baiser divin » ; p. 308 : « C'est comme si je reposais sur un lit de délices […]. Je jouis quand je ferme les yeux, je jouis aussi quand je les ouvre » ; « Non seulement l'âme jouit d'un bonheur inexprimable, mais aussi les sens ont leurs voluptés pures. Les jouissances dans la bouche et sur les lèvres sont continuelles, il est impossible de les comparer à quoi que ce soit […] cette douceur dans la bouche est enivrante ».
[3366] *Ibid.,* p. 308.
[3367] Abelhauser Alain. *Un doute infini. Op. cit*., p. 35.
[3368] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 307 : « On dirait que continuellement je suis saisie, étreinte, réchauffée et brûlée délicieusement ».
[3369] Vuarnet Jean-Noël *Extases féminines*. Paris: Hatier; 1991, p. 10.
[3370] Abelhauser Alain. *Un doute infini. Op. cit*.
[3371] Lusa Marina. *Op. cit.* : « Madeleine avait rapport à Dieu et ce rapport lui donnait accès à une certitude. La preuve, elle l'éprouvait dans son corps. Elle avait une certitude de jouissance divine. Elle jouissait de Dieu ».

thèse sur les stigmatisée, laquelle va effectivement dans le sens de la jouissance accomplie et vient rejoindre le cadre des « *obsessions amoureuses* ». Il précise ainsi que « ces obsessions [sont] accompagnées de désir, d'effort non pour résister à l'acte mais pour l'accomplir. C'est une *obsession-propension* ou plutôt une *obsession-appétance*. Le désir prédomine sur la crainte et l'individu ainsi obsédé n'a d'angoisses que lorsqu'il y a effort à faire, obstacle à surmonter »[3372]. Madeleine serait donc avant tout une grande amoureuse s'adonnant pleinement à la réalisation de son désir. Autant dire que « Ça ne fait pas de doute, elle jouit » et que « plus que des hommes et des Docteurs, elle a besoin de Dieu » [3373].

4.4 – L'épreuve du doute induite par la maladie fait communauté de patients

La question se pose de la valeur de paradigme de l'expérience de Madeleine comme déjà envisagé à propos de l'expérience du doute des patients[3374]. Il n'est pas que Madeleine qui ait vécu de telles crises marquées à la fois par un puissant doute identitaire et ses effets de transformation. En mettant en miroir son expérience d'une décompensation psychiatrique avec celle de la progression ultime du cancer d'Antoine Percheron, il apparait une incroyable communauté de vécu. En dépit de l'extrême diversité des pathologies, des troubles qu'elles suscitent comme de leurs conséquences, cette épreuve du doute (parfois si intense qu'elle en devient critique) lié à la perte des certitudes antérieures comme des repères habituels semble bien être commune à tout un chacun lorsque la maladie, quelle qu'elle soit, fait effraction et investit l'existence.

4.4.1 – L'état de doute et son issue comme métamorphose, une expérience partagée par les patients

A l'instar de ce que vivent les patients subissant une affection ou un traumatisme, ce que vit Madeleine, ce qui donc l'a conduite à l'hôpital et à y rencontrer divers médecins, a pu relever à plusieurs reprises d'une situation de *crise*. Comme précédemment développé autour de l'expérience vécue par Antoine Percheron, invoquer la notion de *crise* repose sur le fait d'une rupture radicale par rapport à l'état, si ce n'est habituel, du moins antérieur, et au regard de son caractère inattendu, hors norme et inquiétant. Nombre des lettres de Madeleine témoignent explicitement et à plusieurs reprises d'un tel vécu, celui d'une situation semblant échapper à tout référentiel connu. Ainsi dans l'une d'elle, adressée à sa sœur Sophie en date de mars 1894, où elle en vient à considérer cette situation comme une maladie, elle écrit : « Ma maladie devient de plus en plus *extraordinaire*. […] ce que j'éprouve est inimaginable et inexprimable »[3375]. Exactement comme l'exprimait Antoine Percheron dans son livre *Végétal*[3376], Madeleine éprouve aussi une effervescence sensorielle inhabituelle, le brouillage dans ses repères identitaires et surtout une sensation de métamorphose à l'œuvre[3377]. Dans la description de sa lévitation annonciatrice d'un envol, le flou identitaire est de tonalité religieuse

[3372] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 178-9.
[3373] Vuarnet Jean-Noël. *Op. cit*., p. 131-6.
[3374] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.
[3375] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 236.
[3376] Percheron Antoine. *Op. cit.*
[3377] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 236 : « je te disais que je grandissais ; maintenant mes pieds se tendent de telle sorte que je me sens tellement soulevée en marchant qu'il n'y a plus que l'extrémité des doigts de pieds qui effleure la terre. […] C'est comme si de jour en jour mon corps jetait du lest et s'élevait plus facilement ».

et non pas animalière (tel un oiseau) ou végétale comme le fut celui d'Antoine Percheron se sentant devenir arbre. D'ailleurs par-delà cette ambiance céleste, elle devient un corps christique, marqué par des stigmates caractéristiques, autant par leur nombre que par leur localisation. Et leur apparition advient elle aussi sur un mode *critique*, c'est-à-dire de façon inattendue, terrassante, spectaculaire tout comme peuvent advenir certaines maladies. La comparaison de la situation de Madeleine à celles de personnes malades ne tient pas seulement au fait qu'elle fut à plusieurs reprises hospitalisée, qu'elle resta à la salpêtrière durant de nombreuses années et que pour l'essentiel les médecins avaient conclu à une affection mentale (bien qu'un diagnostic précis et définitif ne fût jamais porté[3378], qu'aucune des préconisations thérapeutiques auxquelles elle se prêta n'améliora sa situation et qu'elle s'améliora spontanément jusqu'à même guérir définitivement sans jamais retomber dans ses états extatiques[3379]). Elle tient aussi au fait que Madeleine elle-même décrit la survenue de ses stigmates comme l'apparition d'une affection du corps, telle une maladie s'imposant à elle avec ses effets de transformation incontrôlables et contre lesquels elle se trouve, de fait, impuissante. Le 11 novembre 1896, elle écrit :

> Dans la journée, j'avais plus souffert que d'habitude […] je me suis empressée de me coucher, je ne tenais plus, tant je souffrais. […] j'ai vu alors la peau s'enlever comme s'il y avait eu une ampoule sur le dessus du pied […] il est sorti un peu de sang puis il s'est formé comme une peau rouge[3380].

Ainsi, en dépit de la tonalité mystique de ses symptômes et du contexte de religiosité dans lequel ils s'inscrivent, Madeleine semble ici reconnaître son état dans les termes d'une pathologie. La formule possessive « ma maladie »[3381] ainsi que l'expression de la douleur qui l'accompagne apparaissent très régulièrement dans ses lettres (parfois à plusieurs reprises dans une même lettre) notamment sous les termes de « souffrance »[3382], « épreuves »[3383], « peine »[3384] dont on voit bien qu'ils dépassent la seule dimension corporelle de la douleur et donc l'ampleur existentielle[3385]. A la lire, il est difficile de la suspecter de complaisance à l'égard d'états qui, selon ses propres mots, « ne sont pas du tout la perfection quand [bien] même ils viendraient du bon Dieu »[3386]. Ainsi, dans une autre lettre à sa sœur Sophie, du 31 mai 1896, et comme elle le répètera dans les mêmes termes dans plusieurs autres lettres : « Je suis dans l'impuissance d'écrire. Je ne puis que souffrir et prier. […] Je ne puis plus être utile que par mes souffrances et mes ardentes supplications »[3387]. Là se lit toute la dimension de la pathologie envahissante et qui accable, l'expérience d'une transformation de fond en comble affectant toutes les dimensions de l'existence. A ce titre, une telle crise trouve bien des éléments

---

[3378] *Ibid.,* p. X à XIV.
[3379] Lusa Marina. *Op. cit.* : « D'un point de vue clinique, Janet lui-même reconnaissait que la multiplicité des symptômes et sa guérison, presque complète, dans les quatorze dernières années de sa vie, lui posaient question ».
[3380] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 249.
[3381] *Ibid.,* p. 236, 244, 245.
[3382] *Ibid.,* p. 244, 248-249, 250.
[3383] *Ibid.,* p. 243, 248, 250.
[3384] *Ibid.,* p. 249.
[3385] Le Breton David. *Anthropologie de la douleur. Op. cit.*
[3386] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 245.
[3387] *Ibid.,* p. 244.

de comparaison avec les effets d'une maladie somatique comme celle vécue par Antoine Percheron. Souffrant d'une tumeur cérébrale maligne, il décrit lui aussi, dans son récit *Végétal*[3388], une expérience transformante « *extraordinaire* ». Quand bien même il est essentiel de souligner et de bien distinguer l'origine, si ce n'est psychique, du moins spirituelle de l'expérience de Madeleine quand celle d'Antoine Percheron est de nature toute organique (s'agissant d'une atteinte cérébrale évolutive), le vécu de crise n'en semble pas moins, à bien des égards, comparable et bien des sensations paraissent similaires. Rien ne permet d'ailleurs d'exclure une composante aussi psychique et spirituelle dans l'expérience d'Antoine Percheron à l'instar de ce que vivent si souvent nombre de personnes confrontées à la maladie et/ou à leur fin de vie. De même que l'on ignore tout d'une éventuelle composante organique éventuellement intriquée dans l'histoire et les troubles de Madeleine. De l'indissociabilité du corps et de l'esprit la crise témoigne aussi en affectant, quelle que soit son origine, l'entièreté de l'être. Le texte d'Antoine Percheron et les écrits de Madeleine s'en font ainsi étonnamment l'écho. Ils témoignent, l'un et l'autre, par leur métamorphose respective d'une expérience existentielle totale.

4.4.2 – L'« autopathographie » donne voix à cette épreuve de doute propre à la communauté des patients

Le vécu de la maladie comme doute identitaire jusqu'à la métamorphose se retrouve dans les récits de patients qualifiés d'autopathographie[3389]. Bien que le genre autopathographique n'était à l'époque de Madeleine pas identifié comme aujourd'hui, ses textes peuvent être considérés comme rattachables à cette catégorie. De tels récits donnent accès à cette expérience si souvent invisible, ou du moins très difficilement palpable, pour le soignant. Aussi empathique puisse-t-il être, l'expérience subjective de la maladie, de la fragilisation parfois jusqu'à la rupture des repères identitaires et de la crise transformante comme modalité de résolution de ce doute identitaire et existentiel[3390], échappe en partie, voire totalement, au soignant. C'est tout l'intérêt de tels récits que d'éclairer la réalité de vécu de cette vaste communauté de patients, dont beaucoup n'ont pas la chance de pouvoir l'amener jusqu'à l'écriture.

Au fil d'un récit très personnel, *a priori* sans filtre ni influence, les écrits de Madeleine offrent ainsi un accès direct et en cela une confrontation à son vécu intime comme cela a aussi été constaté avec le récit d'Antoine Percheron[3391]. La comparaison de leurs textes se situe à plusieurs niveaux de ressemblance. Tout d'abord dans leur forme fragmentaire et, *a priori*, sans volonté préalable de leurs auteurs d'en constituer d'authentiques *autopathographies* ni même de les publier. Correspondance soutenue de Madeleine, journal intime s'agissant d'Antoine Percheron, ce fut pourtant le devenir de chacun de ces récits au gré de leur préservation, de leur assemblage et de leur publication posthume par de tierces personnes. Ces dernières, respectueuses de la forme initiale choisie et laissée par leur auteur en ont préservé les

[3388] Percheron Antoine. *Op. cit.*

[3389] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie*.

[3390] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.

[3391] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Antoine Percheron ou l'expérience d'une transformation jusqu'à la métamorphose.*

imperfections parmi lesquelles le manque de certains mots, des défauts de ponctuation, mais aussi des coupures et répétitions. Il s'agit pour l'une et l'autre d'écrits fragmentaires et pourtant appréhendés, par le fait de leur densité, leur qualité d'écriture, leur richesse idéique, leur thématique centrée et approfondie autour des maux qui affectent leur état de santé, comme constitutifs d'authentiques œuvres littéraires de type *autopathographique*. Ces textes relatent en effet l'expérience de leur maladie et des divers troubles qu'elle provoque : l'évolution maligne inéluctable d'une tumeur cérébrale s'agissant de Percheron et, concernant Madeleine, la période de sa vie marquée par divers épisodes de décompensation psychique et de flambée mystique. Enfin, et ce n'est pas la moindre des ressemblances permettant de lier étroitement ces deux récits, ils relatent tous deux une situation particulièrement éprouvante de crise existentielle et profondément transformatrice en lien direct avec l'état pathologique qui est le leur.

A la crise de nature psychiatrique à tonalité persécutive de Madeleine marqué par l'envahissement mental par des pensées obsédantes fait écho la crise de nature cancéreuse marquée par la progression et l'envahissement tumoral inéluctables chez Antoine Percheron. L'une et l'autre éprouvent une expérience bouleversante de profonde transformation prenant l'allure d'une métamorphose inéluctable, affectant massivement leur corps biologique autant que leur identité subjective. Les effets en sont effectivement globaux et ce indépendamment de la nature du trouble qui en est à l'origine. C'est ainsi que, alors même qu'elle souffre d'une affection mentale, le *visible du corps* chez Madeleine fait résonnance avec l'*invisible de la psyché* chez Antoine Percheron, pourtant affecté d'une maladie purement organique. C'est ainsi que d'impressionnantes manifestations physiques, depuis les plaies multiples évocatrices du transpercement de la crucifixion jusqu'aux perturbations étonnantes dans la démarche à type de surélévation et de marche sur la pointe des pieds, en passant par le facies douloureux et le mutisme extatique proche de la catatonie, rendent explicitement objectivable la métamorphose corporelle à l'œuvre chez Madeleine. Tout à l'inverse, rien de ce qui se trouve subjectivement tapi au fin fond du crâne d'Antoine Percheron n'apparait d'évidence clinique. Il s'agit d'une part d'une illusion silvestre marquée par une apothéose d'hallucinations sensorielles dont l'odeur de la terre et de l'humus ou encore la sensation du grouillement d'insectes saprophytes. D'autre part, il se voit aux prises avec un délire de mutation végétale à type transformation de ses jambes en tronc, d'enracinement en arbre et de remplacement et/ou recouvrement de son tégument par de l'écorce. A la traduction psychique de l'affection somatique répondent les conséquences physiques de l'ébranlement psychique et réciproquement. L'hypothèse somatopsychique s'affirme alors non moins valable que sa presque jumelle, mais surjouée et parfois abusivement appliquée, hypothèse psychosomatique[3392], concrétisant dans ce jeu de miroir inversé l'indissociabilité du corps et de l'esprit.

5 – L'épreuve du doute pour le psychiatre Pierre Janet

L'épreuve du doute a, de bien des manières et à maintes reprises, marqué la longue relation médicale de Janet avec sa patiente Madeleine. Janet représente tout d'abord la quintessence du

[3392] Grands remerciements pour les très riches échanges entretenus avec Louis Mühlethaler à l'origine de cette ouverture physiopathologique à même de restaurer l'équité dans les causalités.

doute scientifique dans le domaine de la psychologie dite expérimentale qu'il a contribué à constituer en discipline à part entière. Il a ainsi, et autant que faire se peut, toujours mis en application la démarche bernardienne y compris, ainsi que je le préciserai, lorsque cela pouvait sembler discutable tant d'un point de vue scientifique que médical et donc aussi éthique. Il a aussi toujours usé du doute clinique en ne manquant jamais à ses devoirs de suivi et d'assistance au lit de ses malades[3393]. Il est un fait que l'approche scientifique et la démarche clinique sont étroitement liées puisque la science valide et renforce les savoirs médicaux tandis que la médecine fournit régulièrement de nouveaux sujets d'étude à la recherche scientifique ainsi que l'opportunité d'en vérifier ou d'en remettre en cause les résultats. Naturellement non exclusives l'une de l'autre, pratique médicale et recherche scientifique ne cessent au contraire de se compléter, en dépit de la prépondérance actuellement toujours croissante de la science et du déséquilibre dont tend à pâtir l'activité clinique en conséquence. La figure du *médecin chercheur* illustre cette complémentarité. C'est ainsi qu'au Janet clinicien fait écho un Janet scientifique, l'un et l'autre si étroitement liés, au point qu'indissociables ils en seraient presque indiscernables. Il est pourtant possible de distinguer clairement la dimension scientifique de Janet et d'en analyser les modalités de raisonnement (en l'occurrence de type expérimental) et les répercussions (pas toujours favorables) en termes d'orientation, de jugement, de décisions médicales en nous appuyant sur la façon dont il a étudié et appréhendé spécifiquement le cas de Madeleine.

Dans ses multiples occurrences et déclinaisons, cette épreuve du doute vécu par Janet a été diversement affectée par un ensemble de facteurs dont il importe de relever l'importance et l'impact. Le régime de pouvoir à l'œuvre à l'époque, fondé à la fois sur le patriarcat et le paternalisme médical, a ainsi pu contribuer à une certaine inaptitude, ou du moins résistance à d'autres modalités et/ou objets de doute que ceux rigoureusement investis par ses soins et tendant à ne viser que ses propres objectifs de recherche. Nous verrons que son application systématique du doute expérimental pourra ainsi parfois sembler abusive et inadaptée. Par ailleurs, son comportement a pu lui-même contribuer à la *stigmatisation* de Madeleine, à la fois dans le sens où la dimension objective des stigmates venait faire contrepoids à son scepticisme à l'égard de sa foi et dans celui de contribuer à son exclusion sociale en psychiatrisant ses élans mystiques[3394]. Plus encore, à défaut d'une preuve scientifique de ce qu'il pensait être une supercherie, il semblera s'enferrer dans une position dogmatique à l'encontre de la religion en la rejetant avec moquerie (réclamant notamment de Madeleine un envol concret vers les cieux[3395]) et au profit de la science quitte pour cela à succomber à la tentation d'une conclusion tout à fait anti-scientifique puisqu'invoquant la psychosomatique.

En plus de ces facteurs aux impacts considérables, la dimension affective de Janet ne peut être niée, aussi carapaçonné dans sa posture scientifique soit-il. La situation d'emprise sur

[3393] Maître Jacques. *Op. cit*., p224 : Comparant alors, dans une lettre du 10 février 1893, Janet à Dieu, Madeleine témoigne de son attention clinique manifestement irréprochable : « Que vous dirai-je de mon état ? […] je suis trop bien. […] Le bon Dieu est tout près et Il vient lui-même visiter les malades qui ne peuvent descendre ».
[3394] Goffman Erving, Kihm Alain (Trad.). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit; 1996.
[3395] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 257, Lettre à Sophie du 9 mars 1901 : « Je ne puis que vivre *retirée* jusqu'à ce que Dieu donne le signe qui a été demandé par le docteur […]. Il faut pour cela une *preuve tout à fait indiscutable et visible à tous les yeux* » ; Il est indiqué en note que « Le signe "demandé" par Janet était un décollage du sol ».

Madeleine (celle-ci allant jusqu'à l'appeler « Mon père »[3396]) n'a pas suscité sa propre régulation, manifestement non embarrassé qu'il fut de la soumettre au regard inquisiteur et régulateur du pouvoir médical mais également de la *posséder* bien au-delà que seulement comme un *objet* d'étude de laboratoire. C'est ainsi que son attraction (qui n'a peut-être pas été qu'intellectuelle), s'agissant entre autres de son histoire familiale, de la force de ses engagements, de la logique de déploiement de ses symptômes, ou bien ce qui pourrait tout au contraire relever d'une forme de crainte et de méfiance à l'égard de Madeleine, ont été influencées par tout un cortège d'*a priori* (conscientisés ou pas). Nourris de représentations (certes sociétales, culturelles, religieuses mais aussi affectives et spirituelles), ces *a priori* sont venus interférer, éventuellement à son insu, avec sa démarche médicale et l'application méthodique de son doute scientifique autant que clinique. Il faut donc bien reconnaître dans cette relation de soin toute une part d'attachement peut-être même d'affection à mettre en lien avec des effets de *transfert* et de *contre-transfert*[3397] (et j'y reviendrai ultérieurement) tels qu'ils apparaissent notamment dans les écrits de Madeleine[3398] colligés par Jacques Maître dans l'ouvrage *Une inconnue célèbre - La Madeleine Lebouc de Janet*[3399]. Contrairement à Madeleine on ne dispose d'aucuns écrits personnels de nature intime de Janet, mais uniquement d'ouvrages de nature résolument professionnelle faisant état de ses divers travaux et résultats de recherche. C'est pourquoi la parole lui est ici donnée grâce à la voix fictionnelle qu'a conçue pour lui le scénariste Claude Baqué[3400].

Différentes typologies du doute chez Janet sont ici analysées.

5.1 – Pierre Janet clinicien, le doute clinique au lit de la *malade* Madeleine Lebouc

Porté par sa réflexion philosophique et sa volonté d'éclairer les questions de psychologie à partir de la réalité très concrète du vécu des pathologies mentales dans toute la diversité de leurs manifestations, le premier mouvement de Janet a d'abord été clinique, c'est-à-dire porté vers les patients eux-mêmes. C'est en se portant bénévole au sein de l'hôpital psychiatrique du Havre qu'il a pu entrer directement en contact avec les personnes malades et leur consacrer de son temps et de sa présence, toute son attention comme sa réflexion, dans un souci d'éclairage, de compréhension et d'explicitation. Endossant alors pleinement le rôle de clinicien au lit du malade, sa formation et sa carrière médicales se sont progressivement déployées. On pourrait dire que Janet est ainsi né à la médecine grâce à la philosophie et par la clinique dont les modalités et les enjeux lui sont donc très familiers. Grâce à la scène 4 intitulée « Diagnostic » de l'ouvrage de Claude Baqué je propose d'étayer, par la mise en application pratique de l'enquête médicale et du raisonnement clinique qui s'y déploient comme en vie réelle, comment le doute clinique est constamment mobilisé par Janet.

[3396] *Ibid*., p. 151.
[3397] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 10 ; p. 149 « relation qui reste en définitive énigmatique, parce qu'elle est de transfert ».
[3398] Il est notable que des milliers de pages que Madeleine avait confiées à Janet il n'en reste qu'un peu plus d'une centaine. Les lettres adressées à Janet ont ainsi disparu.
[3399] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 195-320.
[3400] Baqué Claude. *Op. cit*.

Il importe de rappeler ici pourquoi utiliser ce texte de fiction en forme de dialogue alors même que Janet a justement consacré quelques pages dans son ouvrage *De l'angoisse à l'extase* pour décrire l'historique et les résultats de son enquête clinique consacrée à la démarche singulière et aux contractures de Madeleine[3401] telle qu'elle est étayée dans cette scène 4. Ce que Janet offre à lire dans ces pages est un ensemble de données consolidées, ce sont les résultats d'une observation clinique finalisée alors même qu'elle s'est déroulée sur un temps long, celui de plusieurs années. Cela ne permet pas d'appréhender l'enquête clinique comme un processus sans cesse en train de se (re)construire avec sa temporalité extensive. Cela ne permet donc pas non plus d'entrevoir tout le processus très concret du doute clinique à l'œuvre et sans cesse réinvesti ainsi qu'en témoigne le fait de devoir questionner, prendre du recul, (re)questionner, (ré)examiner à l'aune des réponses éventuellement acquises mais aussi des nouvelles questions soulevées. Ce mouvement permanent de doute renouvelé, et jamais définitivement clos, implique une diversité d'actions et pas seulement un cheminement réflexif logique et bien construit, de même qu'il circule aussi très concrètement entre différentes personnes contribuant à ses rebondissements. Cette dynamique du doute (et ses difficultés aussi) révèle à quel point la clinique est quelque chose de bien vivant qu'un chapitre de synthèse diagnostique finalisée tendu vers l'objectif de transmission d'un certain message (en l'occurrence la promotion d'une nouvelle entité psychopathologique qu'est l'état psychasthénique) ne permet pas d'éprouver pleinement. Il n'en demeure pas moins que Janet témoigne dans ces quelques pages d'un élément fondamental qu'est la dimension évolutive du diagnostic sur laquelle je vais revenir.

Voici donc l'enquête clinique en question, telle que Claude Baqué la met en scène dans son ouvrage *La dame qui marchait sur la pointe des pieds* :

Scène 4 – *Salle Claude Bernard* - « Diagnostic »[3402]

La salle comprend, d'un côté, un lit médicalisé, une balance, une toise, une console avec appareils de mesure et matériel médical ; et de l'autre, une grande table avec chaises, des rayonnages de livres et des tableaux aux murs.
Madeleine est allongée sur le lit, jambes nues. Près d'elle se tient Marguerite[3403].
Janet s'approche d'elle. Il est accompagné de Maurice[3404]*, un étudiant en blouse blanche d'une vingtaine d'années. Grand, mince, l'œil vif.*

[3401] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase*. *Op. cit*., p. 27-33.
[3402] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 29-32 : Scène 4 intitulée « Diagnostic » se situant dans la salle Claude Bernard.
[3403] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 13. Baqué introduit la figure de Marguerite Bottard qui fut apparemment longtemps infirmière dans le service de Jean-Martin Charcot et renommée pour son dévouement.
[3404] Maurice Apte a travaillé un temps aux côtés de Janet qui le mentionne dans *De l'angoisse à l'extase* (p. 32) pour sa thèse soutenue en 1903 et présidée par le Professeur Raymond chef du service de la Salpêtrière où fut hospitalisée Madeleine. Le cas de Madeleine est rapporté dans sa thèse (p. 131-7) de même que l'analyse qu'en a produite Janet est telle qu'il l'a présentée lors d'une conférence de l'*Institut psychologique* en 1901. Madeleine elle-même parle de Maurice Apte dans ses écrits, dans une lettre à sa sœur Sophie du 13 août 1903 après avoir appris sa mort accidentelle : « […] il assistait très souvent aux consultations du Dr J[anet]. Il est le *seul* médecin avec M. J[anet] qui ait été témoin un jour de mes consolations. […] Je ne me doutais pas qu'il devait faire sa thèse sur *mon cas*. […]. Dieu peut-être a eu ses desseins en permettant qu'il étudie de concert avec le docteur J… et qu'il ait vu l'action divine … » in Maître Jacques. *Op. cit*., p. 263.

Derrière lui s'avance Anne[3405]*, une jeune fille du même âge. Blouse blanche, cheveux coupés à la garçonne.*

Janet : Un nouvel élève ?
Maurice : C'est une fille, docteur.
Janet : Une fille ?
Maurice : Elle s'appelle Anne.
Madeleine : Comme la mère de Marie
Janet *il sourit* : Alors, c'est la Providence qui nous l'envoie. Soyez la bienvenue, mademoiselle.
Anne : Je vous remercie, Docteur.

Janet se penche sur Madeleine et commence à lui palper les pieds. Puis, tout en s'adressant à ses élèves, qui prennent des notes, il remonte le long de mollets et des cuisses :

Janet : Les pieds sont maintenant en extension par une contracture assez forte des muscles extenseurs du mollet. Cette contracture remonte plus haut, elle existe aussi dans les extenseurs de la cuisse.

Il tente en vain de plier le genou de Madeleine.

Janet : Voyez comme le genou peut très difficilement être plié.

Il se déplace vers le pied du lit, puis soulève et cherche à écarter les jambes de Madeleine qui résiste en faisant une légère grimace.

Janet : Dans les adducteurs aussi. Il est impossible d'écarter les jambes l'une de l'autre.

Il repose délicatement les jambes de Madeleine sur le lit.

Janet *à Madeleine*. Je ne vous fais pas mal ?

Elle fait signe que non, en lui souriant. Il remonte alors son corsage et appuie sur son ventre avec les pouces, puis passe les mains sous sa taille.

Janet : La contracture remonte jusqu'au tronc. On constate une certaine raideur de muscles lombaires et des muscles de la paroi abdominale mais – notez le bien – un peu moins forte.

Anne : Elle note : « … un peu moins forte. »

Il s'éloigne du lit pour aller se laver les mains.

Janet : Je vous remercie, Madeleine, pour votre patience. Ce que j'ai pu observer confirme mon diagnostic. Je n'aurai plus besoin de vous toucher.
Madeleine : Vous allez me mettre des aimants ?

[3405] Anne Pelletier se faisant appeler Madeleine Pelletier est une figure féministe historique. S'habillant effectivement en homme, luttant pour les droits des femmes et la cause des plus pauvres, elle fut la première femme psychiatre française. Elle fut elle-aussi internée sans consentement jusqu'à son décès. Je renvoie à l'émission radiophonique *Une vie, une œuvre*, France culture, diffusée le 30 septembre 2017. En ligne : Madeleine Pelletier (1874 – 1939), une femme d'avant-garde | Radio France, consulté le 15 février 2024.

Janet *rassurant* : On ne guérit pas ce que vous avez avec de l'électricité.

Il s'essuie les mains, puis se dirige vers la table où Albert a disposé des photographies.

Anne : Peut-on parler de « contractures hystériques », Docteur ?
Janet : Pas tout à fait, mademoiselle…

Marguerite s'est approchée de Madeleine pour l'aider à se relever et à passer sa robe. Elle se laisse habiller, comme une enfant.

Madeleine : Quand j'étais petite, ma mère m'avait fait choisir une robe de mousseline rose, mais quand elle a été apportée, elle était blanche, la couturière s'était trompée d'étoffe. J'ai pleuré, mais j'ai compris qu'il ne me faudrait plus jamais rien désirer.

Janet montre à Anne une photographie des jambes d'une patiente, en suivant du doigt la ligne de flexion du pied.

Janet : Ce n'est pas tout à fait ce que l'on observe dans un cas banal de contracture hystérique. Le pied est bien en extension, mais il présente un fort degré de flexion en dedans. Vous voyez comme le bord interne du pied est relevé ?

Albert tend à Janet une photographie de Madeleine.

Janet : Alors que dans le cas de Madeleine – Merci Albert –, le pied est dans une extension absolument directe. Cette position n'est pas « banale ». Elle n'est pas déterminée par la simple contracture de tous les muscules.
Anne : Elle est « un peu moins forte » à certains endroits ?
Janet : Absolument. Certains muscles seulement sont contractés, de manière à réaliser une attitude en rapport avec une pensée. Ce sont des contractures *expressives*, qui manifestent d'une manière permanente une émotion ou une idée !
[…]

Dans cette scène, tous les fondamentaux de la clinique, y compris l'enseignement au lit du malade, sont mobilisés pour tenter de comprendre la démarche si particulière de Madeleine. La « malade allongée sur le lit » est l'objet de l'attention de tous les protagonistes en présence : le médecin (Janet), les étudiants (Maurice Apte et Anne Pelletier), une infirmière (Marguerite Bottard). Leur « blouse blanche » atteste de leur fonction de soignant. Beaucoup de « matériel médical » (entre autres « une balance, une toise, une console avec appareils de mesure ») est disponible afin de contribuer à l'examen physique approfondi de la patiente en plus de la sensorialité (vue, ouïe, toucher, odorat) et du tact du clinicien. C'est bien cela que Janet mobilise avec rigueur en plus de son raisonnement de clinicien. Il observe minutieusement tout ce qu'il est possible d'observer du corps de la patiente (« Voyez comme le genou […] »), y compris à partir de photographies (« Vous voyez comme le bord interne du pied est […] »). Il palpe toutes les parties du corps accessibles et pertinentes pour son enquête (les pieds, les mollets, les cuisses, la région lombaire, le ventre) ce qui lui permet de repérer un fait clinique notable, à savoir « une certaine raideur des muscles lombaires et des muscles de la paroi abdominale » en

plus de la contracture des jambes. Il écoute et souligne en particulier la tonalité religieuse de la remarque de sa patiente à propos du prénom Anne (« Comme la mère de Marie »). Janet procède à une véritable enquête fondée sur le doute détective qui en porte la dynamique. A chaque nouvelle question soulevée par ce doute, il (ré)interroge, (ré)examine, (re)visite la situation. Et chaque nouvelle réponse que cela apporte, comme toutes les nouvelles questions que cela soulève, viennent peser dans la balance réflexive pour tenter d'approcher un diagnostic. En suivant la métaphore du détective (qu'étaye d'ailleurs l'usage de photographies), reprise par les médecins eux-mêmes[3406], l'enquête médicale avance d'approximation en approximation et en proposant des conjectures (« Ce n'est pas tout à fait ce que l'on observe dans un cas banal de […] »). Résoudre ce doute clinique peut aussi conduire au principe de confrontation. A savoir, la confrontation : à divers diagnostics différentiels (ici la « contracture hystérique ») ; à d'autres enquêtes cliniques (utilisant notamment, à titre comparatif, la photographie des jambes d'une patiente qui n'est pas Madeleine) ; à l'appréciation du patient (« Je ne vous fais pas mal ? » qui peut être ici entendu autant comme une manifestation d'empathie que comme un besoin d'étayage clinique) ; mais également à d'autres avis (en l'occurrence celui des étudiants qui sont eux-mêmes force de perspicacité dans l'analyse et l'interprétation ainsi que Janet le constate chez la jeune étudiante Anne). Ce faisant la confrontation contribue à faire de la clinique non seulement une enquête détective mais aussi un travail collégial.

Si cette scène illustre particulièrement bien l'enquête clinique telle que la pratique Janet, fondée sur l'activité réitérée de doute clinique tel un insatiable détective[3407], il ne manque pas d'en user dans bien d'autres circonstances, s'agissant notamment de ses lésions cutanées ou de l'étonnante préservation de son état nutritionnel en dépit de sa faible alimentation[3408]. Il met par ailleurs à profit tous les outils dont il dispose, à l'instar de la balance ainsi que je le développerai plus loin. Mais il importe aussi de souligner qu'il renouvelle très régulièrement cette enquête au titre d'une modalité de suivi évolutif, ainsi que cela se pratique en effet quotidiennement au lit des malades hospitalisés. Il s'agit par-là non seulement de se soucier de la situation clinique de la personne dans l'objectif de son amélioration en adaptant le cas échéant les soins à cet effet, mais également de poursuivre l'enquête diagnostique. Quand bien même un diagnostic principal aurait éventuellement pu être fixé, une multitude de diagnostics secondaires possibles viennent s'y greffer avec des temporalités qui peuvent être asynchrones, un niveau d'intrication variable et des enjeux très différents. Janet lui-même explique clairement combien son diagnostic relatif à la démarche singulière de Madeleine a évolué avec le temps et est finalement demeuré incertain. Voici ce qu'il en dit dans le chapitre dédié à sa lecture de la biographie médicale de Madeleine dans son livre *De L'angoisse à l'extase* :

> Dès le début j'ai toujours été disposé à croire qu'une lésion de la moelle épinière devait jouer un rôle dans ces contractures […] que je ne pouvais modifier d'aucune manière. C'est

[3406] Jaume Jacques. *Georges Simenon. Maigret et la médecine*. Paris: L'Harmattan; 2025 Si le détective est possiblement un médecin contrarié, le médecin ne s'en comporte pas moins comme un détective.
[3407] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant.*
[3408] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase*. *Op. cit*., 33 : « D'autres problèmes physiologiques étaient soulevés par l'observation de Madeleine, par ses troubles circulatoires et digestifs : je me suis surtout intéressé au problème de son alimentation extraordinairement réduite chez une femme qui conservait cependant une certaine activité et qui ne maigrissait point ».

> l'interprétation que j'ai présentée tout d'abord […] mon opinion ne prévalut pas et comme je montrais facilement des troubles mentaux incontestables […] cette contracture des jambes fut classée parmi les contractures systématiques en rapport avec des idées fixes et expliquées par les lois de la névrose hystérique. C'est dans ce sens que je présentai l'observation au congrès de Munich 1896 […] Aujourd'hui après avoir réuni toutes les notes sur l'évolution […] je serais moins affirmatif. […] je suis disposé à croire, quoique l'autopsie n'ait pas pu être faite, […] qu'une lésion de la moelle lombaire rentrant dans le groupe des syringomyélies a dû se développer lentement[3409].

En tant que témoignage de Janet cette citation révèle combien la temporalité du doute clinique peut être étirée dans le temps, voire se révéler sans fin. En l'occurrence, il n'y eut jamais pour Janet de diagnostic formel et définitif quant à la démarche singulière de Madeleine. Son diagnostic a plusieurs fois évolué sans jamais se figer. Il est donc bien au fait de l'importance des zones grises dans la pratique clinique, les patients n'offrant jamais ni du noir ni du blanc complet mais bien toute une palette de nuances par ailleurs évolutives et justifiant d'autant le suivi clinique évolutif. A une époque où, par défaut d'examens paracliniques suffisamment performants (entre autres de neuroimagerie et d'explorations neurophysiologiques), la clinique prévalait (alors que de nos jours elle tend de plus en plus à se perdre), il ne renoncera ainsi jamais complètement à l'hypothèse organique tant la contracture lui paraissait inhabituelle et la piste psychogène manifestement insuffisante à ses yeux (« Aujourd'hui […] je serais moins affirmatif »). Mais ne disposant alors d'aucune autre anomalie clinique objective (« aucun trouble des réflexes », « aucune modification nette de la sensibilité », « la sensibilité douloureuse et la sensibilité thermique au chaud et au froid étaient normales »[3410]) hormis les caractéristiques de cette contracture (dont son irréductibilité y compris au repos[3411]), la piste organique d'une lésion de la moelle épinière (telle qu'une syringomyélie[3412]) qu'il qualifie ici d'« épine organique » originelle ne put jamais être élucidée. C'est dire si le doute clinique fut donc bien constamment mobilisé par Janet tout au long de ses années de suivi de cette patiente et ne cessera d'ailleurs pas même à l'issue de l'hospitalisation de Madeleine à la Salpêtrière puisqu'il continuera de se soucier de son évolution. Il invite ainsi à pouvoir penser tout diagnostic comme une conclusion potentiellement toujours provisoire, qu'il est donc possible de revisiter à l'aune des nouvelles questions que le doute clinique, si tant est qu'il soit maintenu en éveil et donc bien actif, continue de fournir. Il apparait donc bien ici que l'enquête clinique est renouvelable à l'infini ce qui ne signifie nullement fragiliser les fondamentaux d'un diagnostic principal éventuel, mais pouvoir continuer de l'étayer, à travers ses facteurs pronostiques, ses complications, les évènements intercurrents venant l'affecter, etc. Toutes nouvelles évaluations cliniques peuvent ainsi constituer autant d'opportunités de l'enrichir comme d'en améliorer la prise en soin. Par les portes que le doute clinique réitéré permet d'ouvrir en termes de compréhension de son étiopathogénie comme de l'ensemble des

[3409] *Ibid*., p. 30.
[3410] *Ibid*., p. 30.
[3411] *Ibid*., p. 29 : « Cette attitude que nous pourrions garder nous-même pendant quelques minutes était absolument constante […] jamais elle ne baissait les talons et jamais, même dans son lit, elle ne fléchissait le pied sur la jambe ».
[3412] La syringomyélie est un processus lésionnel de la moelle épinière provoqué par le défaut de circulation du liquide céphalo-rachidien. Celui-ci vient alors s'accumuler dans une cavité formée à l'intérieur de la moelle épinière (syrinx).

déterminants qui contribuent aussi à la santé de la personne (habitat, éducation, sécurité, etc.)[3413], le clinicien œuvre au bien-être global de la personne. Bien loin de constituer une menace, de signifier une faiblesse dans l'aptitude clinique et soignante, un manque de fiabilité, une incapacité à pouvoir statuer, décider et agir, Janet démontre par son propre usage réitéré du doute dans sa pratique clinique que celui-ci constitue bien un véritable *outil clinique* garant de qualité des soins et un rempart contre l'ignorance et le dogmatisme.

Je propose de clôturer ce chapitre par une ouverture en revenant à Madeleine elle-même en tant que patiente de sa relation de soin avec Janet. Quand bien même le paternalisme, qui est alors solidement ancré dans la pratique médicale de cette époque laisse bien peu de place possible à la parole des patients, il m'apparait utile de relever la possible ambivalence de Janet à ce sujet. C'est du moins ce vers quoi tend la lecture subjective qu'en propose Claude Baqué. « Gardons-nous de prendre ce que disent nos patients pour argent comptant »[3414] est un propos adressé à ses étudiants que lui prête Claude Baqué et dont le caractère paternaliste est évident. Pourtant il lui fait dire quasiment le contraire quelques pages plus loin : « Quoi de plus précieux que le *verbatim* des paroles de nos patients ?[3415] ». C'est dire si le personnage fictionnel de Janet ouvre des perspectives relationnelles que j'aborderai dans la partie dédiée à « L'épreuve du doute dans la relation de soin ». Il est manifeste que Janet décrypte les moindres éléments du discours de Madeleine à la loupe expérimentale de ses recherches en psychopathologie, de même que tout ce qu'il entend de sa bouche (particulièrement la connotation systématiquement religieuse de ses propos et de ses justifications) vient alimenter son enquête clinique comme autant d'indices de ses idées fixes. Pour autant, on ne peut nier que sa parole puisse aussi avoir été accueillie non pas seulement comme symptôme mais aussi pour sa puissance dialogique, autrement dit que Janet ait été soucieux de confronter son doute clinique aussi à l'avis du patient.

5.2 – Pierre Janet ou le doute scientifique face au *cas* Madeleine Lebouc

Dans son livre Jacques Maître intitule de façon notable un chapitre de son introduction : « Pauline, objet d'observation pour les scientifiques »[3416]. Janet est de ceux-là. Du coup, l'histoire de Madeleine est aussi particulièrement intéressante en ce qu'elle illustre l'attitude et le cheminement d'un médecin et d'un scientifique qui ne renonce pas à sa méthode de travail, y compris dans des circonstances où bien d'autres avaient pourtant déjà porté un jugement définitif de mysticisme ou de désordre mental empreint de mysticisme. En dépit donc de cette évidente inspiration mystique, Janet ne s'en tient pas à cette sorte de certitude et ne se contente donc pas de réduire les propos et le comportement de Madeleine à la seule causalité religieuse. Au contraire, il lui manifeste d'emblée un vif intérêt, pressentant peut-être la portée scientifique de l'étude de son cas pour ses travaux dans le domaine de la psychologie expérimentale. C'est ainsi qu'il va mettre en application, de façon rigoureuse et persévérante, la méthode

[3413] Laforest Daniel. *Op. cit*. La question de la définition de la santé a déjà été abordée. Je renvoie notamment au propos introductif du chapitre *L'épreuve du doute des patients*.
[3414] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 50 : Scène 9 intitulée « La leçon » se situant dans la salle Claude Bernard.
[3415] *Ibid.*, p. 52 : Scène 9 intitulée « La leçon » se situant dans la salle Claude Bernard.
[3416] Maître Jacques. *Op. cit*., p. XXII.

expérimentale, suivant en cela à la lettre les enseignements de Claude Bernard[3417] à une époque d'intense *scientificisation* de la médecine[3418], y compris de la psychiatrie. Alors même que tout porte donc à croire au rôle exclusif de la foi religieuse, le travail qu'il investit auprès de Madeleine relève, en premier lieu, d'une démarche de recherche scientifique, avant que de tendre vers des soins éventuels. Janet se coule au mieux dans la posture bernardienne du scientifique comme figure du « douteur – chercheur – découvreur »[3419]. Il procède, dans sa démarche, par l'application systématique du doute expérimental, remettant en cause chaque état, chaque donnée afin d'en explorer la chaine de causalité(s) et ainsi la nature. Car même si l'hypothèse première de mysticisme était la seule finalement retenue, encore faut-il tenter d'en déterminer le ou les mécanismes sous-jacents permettant de comprendre les signes fonctionnels ressentis (sensation d'envol) autant que les signes physiques observés (plaies) ainsi que ce qui les relie. Il fait ainsi du cas de Madeleine un authentique *objet* d'étude scientifique.

Une question, non dénuée d'enjeux éthiques, se pose pourtant. Janet n'aurait-il dû d'emblée être pris d'une forte réserve s'agissant de s'impliquer, ou pas, dans l'étude du cas de Madeleine ? Réserve légitime puisque cela impliquait aussi de se demander ce que la science peut avoir à faire avec la religion et en conséquence, peut-être de ne pas s'en mêler. La recherche expérimentale a-t-elle un intérêt, une place, s'agissant de domaines considérés comme étant, *a priori*, hors du champ de l'expertise scientifique. Le religieux, plus généralement le spirituel relèvent d'expériences transcendantales et de croyances sur lesquelles la science achoppe. À ces réalités parfois dites supérieures mais non objectivables ni démontrables, la science objecte l'usage même du mot « réalité » dans la mesure où elle ne parvient ni à les vérifier, ni à les reproduire, ni même simplement à les atteindre. Identifiables par le seul ressenti intérieur qu'en rapportent certaines personnes, à l'instar des sensations de lévitation et d'extase rapportées par Madeleine tout comme de ses douleurs parfois insupportables mais médicalement incomprises. Paraissant, aux yeux des acteurs de santé, plus fantasmés que réels (Madeleine ne s'est de fait jamais envolée) et les mettant ainsi bien en difficulté dans leur expertise et leurs décisions de soins, ces états intimes se retrouvent mis au ban du territoire des connaissances validées par la science médicale. Si les progrès des neurosciences n'en résolvent toujours pas la mécanique interne, il apparait qu'ils ne sont pour autant pas considérés comme dénués d'intérêt pour les scientifiques. Ils ne l'étaient déjà manifestement pas aux yeux de Janet qui a prêté grande attention au cas de Madeleine durant de nombreuses années et dont l'étude a nourri ses travaux de psychopathologie et son œuvre publiée, non sans être confronté à un certain nombre de limites et d'écueils qu'il importe de ne pas ignorer pour comprendre les limites d'une approche qui ne se restreindrait qu'à l'usage méthodique du doute expérimental.

[3417] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[3418] Il s'agit de la francisation du terme anglais « *scientification* » défini par Weingart comme : « Processus par lequel la science est devenue la principale source de légitimation dans pratiquement tous les sous-systèmes qui se prévalent d'utiliser des connaissances systématiques et certifiées, produites dans un esprit de vérité » (Traduction personnelle). In Weingart Peter. *From "Finalization" to "Mode 2": old wine in new bottles?* Social Science Information 1997;36(4):591-613.: "a process whereby the use of and claim to systematic and certified knowledge produced in the spirit of 'truth-seeking' science becomes the chief legitimating source for activity in virtually all other functional subsystems".

[3419] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 22 et 110.

5.2.1 – En tant que bernardien, Pierre Janet doute scientifiquement

Janet est certes un clinicien mais il est aussi un chercheur scientifique. Il s'est notoirement distingué en matière de *psychologie expérimentale* et pour avoir produit en ce domaine une œuvre estimée comme considérable. Prenant modèle sur le pratique médico-scientifique de Claude Bernard, il travaille à la fois dans un service clinique de soins et dans un laboratoire de recherche la Salpêtrière. Ses observations faites à l'hôpital lui permettent ainsi d'alimenter son travail au laboratoire, étant en cela parfaitement fidèle aux recommandations de son maître et modèle en matière scientifique : « Le médecin qui est jaloux de mériter ce nom dans le sens scientifique doit, en sortant de l'hôpital, aller dans son laboratoire »[3420]. Visant donc par ses travaux de recherche l'obtention de *preuves scientifiques* des phénomènes observés cliniquement auprès des malades, il use à cet effet de la méthode expérimentale. Celle-ci implique d'une part une *expérimentation* contrôlée, d'autre part de s'appuyer sur la rationalité scientifique fondée sur le *déterminisme*, c'est-à-dire le « rapport absolu et nécessaire des choses »[3421]. Toute cette démarche passe par la mise en œuvre du *doute scientifique*, dont il importe de rappeler que c'est un doute intellectuel, volontaire, rationnellement élaboré puisqu'il est expérimental. Ce *doute scientifique* s'avère tout aussi présent à l'esprit de Janet dans sa pratique que le doute clinique, dans la mesure où son ambition explicite est bien de fonder expérimentalement les connaissances et théories en psychologie et psychopathologie.

Je propose ici de prendre à titre exemple de son usage méthodique et systématique du doute expérimental, la façon dont il va soumettre à l'épreuve de l'expérimentation scientifique les lésions cutanées de Madeleine alors qu'elles sont fortement suspectes de constituer des *stigmates* de la Passion du Christ. Il s'agit ainsi d'aborder les conditions et les contraintes d'un tel protocole expérimental, mais aussi ses limites, y compris éthiques s'agissant potentiellement de contredire et même de mettre en cause la parole et la foi d'une personne pieuse.

5.2.1.1 – La mise sous scellés expérimentale des pieds de Madeleine

Dans sa thèse, Maurice Apte rapporte comme suit le protocole expérimental élaboré par Janet et auquel Madeleine se voit soumise :

> Pour éliminer toute supposition de simulation plus ou moins consciente, M. Janet imagina un petit appareil formé « d'une plaque de cuivre exactement moulée sur le coup-de-pied du sujet et fixée en place par des rubans et des sceaux des cire. Au centre de la plaque, juste à l'endroit du stigmate, se trouvait enchassé un verre de montre qui permettait de vérifier constamment l'état de la peau sans que le sujet put y toucher. » L'appareil, fixé sur un bras doublé d'une fine lame de caoutchouc, rendait impossible la pénétration d'une pointe sous l'appareil jusqu'à l'endroit du stigmate, sans déchirer la fine toile de caoutchouc qui était collée à la plaque de cuivre et remontait jusqu'au milieu de la jambe.

[3420] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 257. Claude Bernard l'exprime aussi de la façon suivante : « En un mot, je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer un médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale ».

[3421] *Ibid*., p. 85 : « il faut croire à la science, c'est-à-dire au déterminisme, au rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres ».

L'appareil fixé, le stigmate s'est développé deux fois sous l'appareil, sans trace de déchirure[3422].

Il s'agit là de l'une des expérimentations scientifiques notables auxquelles Janet a soumis Madeleine. Ces lésions cutanées ont été étiquetées *stigmates* puisqu'elles correspondent à la localisation des plaies du corps de Jésus crucifié et surviennent et/ou se mettent à saigner plus précisément lors de ses moments d'extase mystique ou à des dates signifiantes s'agissant du calendrier chrétien[3423]. En dépit de leur similarité d'avec les *stigmates* de Saint François d'Assise et de l'extrême religiosité de Madeleine, Janet n'hésite donc pas à *mettre en doute* scientifiquement ces lésions, autant dans leur origine que dans leur nature, conformément aux principes de la méthode expérimentale. Avec toute la rigueur de l'expérimentation scientifique, il impose une mise en observation constante et contrôlée de Madeleine, incluant tous ses faits et gestes, mais aussi de l'ensemble de son tégument, et plus particulièrement de ces lésions afin d'en suivre très précisément l'évolution. A cet effet, afin d'exclure toute intervention extérieure et assurer leur contrôle optimal, Janet conçoit et met en place cet appareillage assez incroyable (tel que décrit plus haut) et qui lui est spécifiquement dédié. Madeleine qualifiera la procédure de mise sous scellés[3424] non sans quelque ironie étant donnée la suspicion qu'il sous-tend et qu'elle n'ignore pas.

5.2.1.2 – Les stigmates à l'épreuve de l'expérimentation scientifique

Il met donc en place une surveillance comparable à celle qui est à l'œuvre dans tout laboratoire de recherche, c'est-à-dire constante (« vérifier constamment l'état de la peau ») et maitrisée (« Pour éliminer toute supposition de simulation », « sans que le sujet put y toucher »). Une telle surveillance vise à repérer de façon systématique le moindre évènement lésionnel (apparition, évolution, éventuelle régression) ainsi qu'à en identifier et en contrôler les conditions de survenue (spontanée *versus* provoquée et selon quelles modalités) afin de pouvoir non seulement les expliquer sur la base de la rationalité scientifique mais également les reproduire secondairement au titre de vérification et de validation.

La première condition expérimentale relève donc de cette logique géographique de laboratoire : d'une part une unité de lieu (l'hôpital) assurant l'accessibilité permanente à l'objet d'étude, d'autre part un lieu permettant une observation autant que des actions dites *contrôlées* grâce à l'exclusion de tout facteur d'influence extérieur à ce lieu, enfin un environnement stable et maitrisé. Autant de dispositions visant à ce que l'objet d'étude soit à la fois parfaitement surveillé et non perturbé par quelque facteur que ce soit. Les propos de Janet sont clairs à ce sujet : « Le sujet n'était pas dans un couvent. La malade se trouvait seule dans un service d'hôpital, où je pouvais tout exiger »[3425]. Il est un fait que Janet a profité de la situation d'internement prolongé de Madeleine, puisqu'elle vivait littéralement à l'hôpital de la Salpêtrière où son séjour se poursuivra durant plusieurs années. Une telle situation s'avérait

[3422] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 134-135.
[3423] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase*. *Op. cit*., p. 32. « Les occasions qui semblaient déterminer leur apparition étaient les grandes fêtes religieuses pendant lesquelles Madeleine avait eu des sommeils extatiques ».
[3424] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 250. Lettre du 11 novembre 1896 : « Il m'a bandé les pieds et a cacheté avec de la cire pour sûr qu'il n'y serait pas touché. […] Depuis ce matin, je n'ai plus les pieds *sous les scellés*… » ; Lettre du 30 novembre 1896 : « De nouveau, j'ai eu les pieds sous scellés ».
[3425] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 9.

idéale d'un point de vue expérimental puisque, hors du couvent, Madeleine se trouvait à la fois directement accessible et « en dehors des influences qui agissent d'ordinaire sur les mystiques »[3426]. D'une part, le confinement au couvent condamnait les « extatiques » à une interprétation inévitablement religieuse de leurs manifestations, telle une empreinte sociologique indélébile. D'autre part, les manifestations mystiques pouvaient y être influencées, encouragées et donc volontairement amplifiées pour alimenter la propagande religieuse. Depuis l'hôpital de la Salpêtrière et la si bien nommée *salle Claude Bernard* où officiait Janet pour la recevoir, l'observer, l'examiner, la surveiller Madeleine se trouvait donc protégée de telles influences extérieures sources d'effets d'influence sur l'objet d'étude et de biais d'analyse et d'interprétation.

La seconde condition expérimentale relève du protocole d'étude lui-même en ce qu'il vise à démontrer ou invalider l'hypothèse expérimentale proposée. La question que se pose Janet est simple : D'où viennent ces lésions cutanées qui ont l'allure des stigmates du Christ ? Et son hypothèse expérimentale est que ces lésions pourraient être le fait de de Madeleine elle-même ? A ce stade, le cœur du *doute* tel qu'il va conditionner ce premier protocole d'étude se situe bien là en effet : S'agit-il de lésions spontanées ou bien de lésions auto-provoquées ? Ainsi, Janet cible en premier lieu, par son *doute expérimental*, Madeleine elle-même. Autrement dit et pour clarifier, ayant formulé l'hypothèse d'une automutilation, il la suspecte soit de mentir soit d'avoir perdu la raison soit les deux à la fois.

5.2.1.3 – L'expérimentation scientifique à l'épreuve des stigmates

Si l'expérimentation de Janet a pu se dérouler sans difficulté, notamment grâce à la pleine coopération de Madeleine, son résultat n'a pas manqué de surprendre :

> L'appareil fixé, le stigmate s'est développé deux fois sous l'appareil, sans trace de déchirure. Mais M. Janet ajoute que lorsque l'appareil a été appliqué, la peau était restée amincie depuis la première apparition du stigmate. Il n'en reste pas moins vrai « que probablement sans aucune action extérieure, ce léger trouble permanent de l'épiderme s'est aggravé, a provoqué la formation de bulles qui ont donné issue pendant plusieurs jours à une sérosité sanguinolente[3427].

L'éviction de toute manipulation possible par Madeleine grâce à l'appareillage expérimental n'a pas empêché l'apparition de nouvelles lésions à l'endroit désigné comme localisation de stigmates. L'expérimentation scientifique conçue par Janet non seulement n'a pas conduit au résultat pressenti – l'hypothèse expérimentale était donc vaine – mais elle a aussi provoqué un certain trouble autant chez le scientifique que chez la patiente bien que de façon très différente. Et ce trouble n'a pas été sans effet sur leur relation de soin et leur lien de confiance.

Par ce résultat, indiscutable, Janet se voit contraint de convenir que ces lésions ne sont pas le fait d'une automutilation de Madeleine, puisqu'elles sont réapparues spontanément. Autrement dit, elle ne ment pas, elle ne fabule pas, elle est honnête et sincère. Mais Janet ne l'accepte pas si facilement. Son usage de l'adverbe « probablement » montre bien qu'il hésite et même résiste

[3426] Maître Jacques. *Op. cit*., p. XXIII. Jacques Maître rapporte une citation de Janet qui serait datée de 1901.
[3427] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 135.

à faire de ce résultat une certitude, en dépit de la fiabilité de son protocole (« sans trace de déchirure »). Pour avoir résolu le doute expérimental tel qu'il l'avait élaboré, il n'en continue pas moins de s'interroger, donc de douter de ce résultat. A défaut de le remettre en cause (ce qui relèverait de l'autocontradiction), il tente du moins d'en modérer la portée notamment en sous-entendant que la zone cutanée n'étant de base pas normale puisque cicatricielle (« la peau était restée amincie »), elle est propice aux troubles vaso-moteurs. Il n'en demeure pas moins que les *faits* sont là (« aucune action extérieure », « formation de bulles », « sérosité sanguinolente ») et Janet en assume la réalité (« il n'en reste pas moins vrai »). *In fine*, tel qu'il fut conçu, ce protocole pourrait même être qualifié de futile d'un point de vue scientifique puisqu'il n'apporte aucune explication lésionnelle quant au mécanisme physiopathologique sous-jacent. De là le trouble de Janet – lequel relève d'une forme d'intolérance à l'ignorance ainsi que j'y reviendrai un peu plus loin – ce qui l'amène à une surinterprétation pour le moins étonnante tant elle prend ses aises à l'égard de la scientificité visée. Sur la base de l'impact supposé de « la pensée de la croix et de la crucifixion du Christ »[3428] chez les extatiques, ce que d'aucuns qualifient de sentiment religieux, Janet avance l'origine psychogène de ces lésions[3429] et lie leur survenue au phénomène de l'autosuggestion. Ainsi que le précise Maurice Apte, d'autres auteurs avant lui, partant du principe d'une analogie entre les « troubles cutanés d'origine hystérique et les stigmates », avaient déjà estimé être parvenus à produire un tel effet[3430]. Pour autant, il ne s'agit là que d'une hypothèse, puisqu'elle n'est fondée ni sur aucune preuve – les faits seuls ne suffisant pas en matière scientifique – ni sur la rationalité scientifique, dont le mot d'ordre est, selon Claude Bernard, le « rapport absolu et nécessaire des choses ». L'hypothèse psychogène de l'autosuggestion ne saurait dès lors constituer un résultat scientifique validé. Et la seule analogie constatée entre les « troubles vaso-moteurs observés chez les hystériques ou [l]es hémorragies obtenues par suggestion » ne suffit pas à constituer un savoir médical sur les *stigmates*[3431].

5.2.2 – Les limites du doute expérimental de Pierre Janet

Si Janet s'est senti assez dépité par le résultat de son protocole, de son côté, Madeleine n'a pas manqué non plus d'être troublée par les motifs et l'implicite du protocole scientifique auquel Janet l'a soumise. Elle a parfaitement compris qu'il la suspecte de folie et même de mythomanie. En témoigne le déploiement de ses réflexions à ce propos dans une lettre à sa sœur Sophie (datée du 28 septembre 1896) ainsi que dans ses fragments de notes, où elle use parfois de questions ouvertement adressées à Janet autant qu'à elle-même :

[3428] *Ibid.*, 135

[3429] Baqué Claude. *Op. cit*. p. 99. Baqué prête, à propos des *stigmates*, le propos suivant à Janet : « la localisation de ce trouble à des endroits du corps sur lesquels s'est fixée une représentation imaginaire n'en reste pas moins un phénomène psycho-physiologique des plus remarquables ».

[3430] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 167 : Maurice Apte déploie trois hypothèses, celle du miracle, celle des négateurs alléguant dont de la supercherie et la thèse rationaliste qui soutient le principe de l'autosuggestion : « Comment les auteurs qui admettent une identité entre ces troubles cutanés d'origine hystérique et les stigmates, expliquent-ils la formation des lésions cutanées et des hémorragies chez les extatiques ? Par auto-suggestion. […] Les recherches sur l'hypnotisme ont apporté plus de précisions dans la question. De nombreux auteurs sont arrivés à reproduire la plupart des troubles cutanés que nous avons énumérés par la suggestion. En 1884, Focachon obtient des vésications par suggestion ».

[3431] *Ibid*., p. 8.

> […] comme M. Janet ne me connait pas encore bien, je vois qu'il doute de ce que je lui ai dit. Il se demande si *je ne rêve pas*, et si vraiment j'ai passé par ces phases *que tu connais*[3432].

> Les signes sont-ils bien évidents ? Vous avez de grands doutes sur ces signes et je comprends que vous en ayez… La grande difficulté est de savoir si elle voit clair ou si elle s'illusionne, si elle est une Sainte ou si elle est une folle. Quel bonheur se serait de me croire folle, c'est lorsque j'en doute que je souffre le plus. […] mais vraiment croyez-vous que Dieu soit de votre avis et qu'il me croie folle ?... [3433]

Dans ces citations, issues des écrits de Madeleine, transparaît toute la richesse épistémique du doute telle qu'il peut se déployer au cœur d'une enquête médicale et d'une configuration de soins laquelle, par essence même, ne peut être que *relationnelle* et ne saurait donc se réduire à la seule application méthodique du doute scientifique dans le cadre d'un protocole expérimental. C'est pourtant précisément ce type d'écueil que l'on observe ici à l'œuvre et qui relève de la disjonction existante entre un travail de recherche expérimental et ce qu'implique une relation de soin. Les médecins en charge de Madeleine s'en trouvent uniques responsables. Seule Madeleine semble en effet capable d'appréhender la situation autrement que par le prisme exclusif de la rationalité expérimentale réifiante. A cet égard, le contraste est saisissant, et sur bien des aspects, entre les citations utilisées dans les chapitres précédents et correspondant à la retranscription médicale d'une enquête diagnostique usant d'un protocole expérimental pensé et mis en œuvre par des médecins qui ne cachent pas leur ambition scientifique et les présentes citations de la patiente, principale concernée par la question sanitaire en jeu mais réduite à un simple objet d'étude. Par-delà la différence inévitable de style, d'un côté professionnel et médico-scientifique, de l'autre relavant d'un récit personnel, c'est à se demander si un lien, au sens d'une interaction humaine, existe réellement entre ces acteurs sanitaires et cette patiente. Il s'agit pourtant bien de la même situation clinique laquelle affecte une personne dotée de capacités de raisonnement en plus de ses affects et qui ne saurait donc seulement être considérée comme une souri de laboratoire. Si elle est effectivement bien une personne, elle n'est pourtant jamais mentionnée comme telle puisque seuls les stigmates concentrent l'attention et le propos. Quant à l'unique mention « sujet », elle est totalement impersonnelle alors même que cet appareillage a été spécifiquement conçu pour la personne qu'est Madeleine. Si cet état de fait relève d'un rapport de pouvoir particulièrement asymétrique (la parole du patient, *a fortiori* une patiente, étant disqualifiée), il témoigne d'un régime de vérité exclusivement fondé sur la rationalité scientifique incompatible avec tout autre régime de vérité, en l'occurrence mystique.

5.2.2.1 – Pierre Janet ne peut pas se prévaloir de ne douter que de façon scientifique

Par-delà la différence de style, ce qu'il y a de plus frappant encore est ce contraste dans la façon différenciée qu'ont les médecins et la patiente d'appréhender et de se prévaloir du doute. Il semblerait qu'une fois mobilisé le doute scientifique, les médecins soient indifférents à toute autre modalité de questionnement, et ce alors même que leur protocole s'est révélé futile. Pourtant, en plus de la mobilisation du doute dans sa dimension expérimentale, derrière laquelle tend précisément à se blottir Janet, le doute vient aussi revêtir bien d'autres dimensions

[3432] Maître Jacques. *Op. cit.*, p. 244-245.
[3433] *Ibid.*, p. 287

épistémiques. La première d'entre elles est cette dimension du doute appréhendé comme mise en cause de la réalité de certains *faits* soit parce que ces faits seraient trop peu visibles (« Les signes sont-ils bien évidents ? », « Vous avez de grands doutes sur ces signes », « si elle voit clair »), intermittents (« si vraiment j'ai passé par ces phases ») ou bien encore parce qu'ils seraient considérés comme n'existant concrètement pas et relevant donc d'une production imaginaire de l'esprit (« elle s'illusionne », « elle est une folle », « Il se demande si *je ne rêve pas* »). C'est pourquoi Claude Baqué a judicieusement prêté à Janet le propos suivant : « L'apparition de ces stigmates pourrait provoquer bien des discussions. Mais avant d'entrer dans les interprétations, j'ai voulu […] me faire simplement une opinion sur leur réalité »[3434]. Ainsi que cela continue d'imprégner très largement la biomédecine actuelle, sous le concept de *réalité* c'est le souci d'objectivité du médecin scientifique qui se dévoile et qui lui fait mépriser tout ce qui relève de la subjectivité du patient. Or les *stigmatisés* mettent justement à l'épreuve cette manière bio-scientifique fondée sur l'objectivité d'aborder les troubles des malades. Maurice Apte a d'ailleurs utilisé dans sa thèse sur les stigmatisés la définition proposée par le dictionnaire médical dit du *Littré* considéré à l'époque comme la bible des termes médicaux. S'y lit pour *stigmatisés* : « Nom donné à certains extatiques qui, par une contemplation assidue de la passion de Jésus-Christ, étaient considérés comme finissant par éprouver des douleurs, des manifestations pathologiques, des stigmates dans les parties du corps où les clous furent enfoncés et où le coup de lance fut porté »[3435]. Tout l'intérêt d'une telle définition est qu'elle tient pleinement compte de l'expérience subjective de la personne et ne repose donc pas uniquement sur des données objectives (lésionnelles) ainsi que le précise Maurice Apte lui-même qui écrivait à ce propos : « Elle [cette définition] a ceci d'excellent qu'elle ne précise pas la nature des manifestations cutanées, si variables »[3436], bien qu'il y manque selon lui la couronne d'épines en plus des clous et de la lance. Autrement dit, les *stigmates* ne sont pas forcément associés à des lésions objectivables et ce serait d'ailleurs la situation la plus fréquente[3437]. A l'époque de la thèse de Maurice Apte, les stigmates pouvaient ainsi, dans leur définition médicale, ne correspondre qu'à un vécu subjectif, celui de la douleur terrassante que provoquent l'enfoncement des clous dans la chaire ou des sensations de piqures liées au port de la couronne d'épine. Bien des patients décrivent en effet leurs douleurs comme un écrasement, un coup de poignard ou des piqures d'aiguille. L'absence de fondement anatomique lésionnel apparent, y compris avec une imagerie fine, n'enlève rien à l'épreuve réellement vécue. Pourtant, si dans l'esprit de Janet l'absence d'élément lésionnel était propre à remettre en cause leur réalité (malgré donc ce que pouvait en dire le *Littré*), ce rejet d'une approche subjective des stigmates s'est vu confirmé dans le temps. Dans le *Garnier Delamare* (descendant du *Littré*), d'une part le mot « stigmatisés » a disparu, d'autre part seul le quatrième sens du mot « stigmate » renvoie à notre sujet et propose la définition résolument objectivante suivante,

---

[3434] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 98.

[3435] Littré Emile, Robin Charles. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. Paris : Baillière et fils, 13e édition, 1873, p. 1468. En ligne : Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent – Littré et Robin - 1873, consulté le 03 avril 2025.

[3436] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 14.

[3437] *Ibid.*, p. 173-4 : « La plupart des stigmatisés n'ont eu que des stigmates invisibles, c'est-à-dire imaginaires : en réalité ils n'ont éprouvé que des douleurs plus ou moins vagues aux points d'élection des stigmates, ils n'ont eu comme beaucoup de névropathes, que de simples algies ».

faisant fi de toute subjectivité : « marques cutanées disposées, sur le corps de certains mystiques, comme les blessures du Christ »[3438]. Les stigmates invisibles ne peuvent dès lors plus relever que de la pure imagination.

5.2.2.2 – Le scientifique Pierre Janet est aussi porté par des opinions non scientifiquement fondées

Une autre dimension du doute appréhendé ici par Madeleine renvoie à la croyance comme *opinion*, autrement dit à la croyance comme un avis éminemment subjectif puisqu'il consiste pour la personne à croire en ce qu'il lui plait de croire. « [M]ais vraiment croyez-vous que Dieu soit de votre avis et qu'il me croie folle ? » lui demande-t-elle. Lorsque Madeleine questionne ainsi un médecin scientifique, elle n'est pas impertinente mais simplement consciente que Janet est aussi un homme et pas uniquement un scientifique déconnecté de l'existence. Tout porté par la méthode expérimentale qu'il soit, un médecin peut aussi développer des croyances selon la méthode de ténacité telle que Pierce l'a définie[3439], c'est-à-dire croire en quelque chose qui lui sied. On pourrait ainsi moins s'étonner que la première hypothèse expérimentale que Janet ait pu formuler, en son for intérieur, au sujet de Madeleine ait pu être celle de la folie (« qu'il me croie folle ») et de l'automutilation, donc du mensonge. De là cette autre dimension du doute – en l'occurrence inévitable à propos d'un tel sujet puisqu'il y eut d'authentiques cas de fraude[3440] – qu'est la suspicion à l'égard du patient (« je vois qu'il doute de ce que je lui ai dit »). Il n'est pas rare en effet que le patient soit soupçonné, même présumé, si ce n'est d'emblée jugé incompétent[3441], faible, altéré dans son raisonnement (en arguant pour cela de l'effet de l'épreuve de la maladie[3442], mentale ou pas d'ailleurs) quand il n'est pas aussi qualifié de menteur et de manipulateur. S'intéressant à ce qu'il qualifie de « mensonge des névropathes »[3443], Janet, dans *De l'angoisse à l'extase*, consacre à ce sujet un long développement dans un chapitre intitulé « La mythomanie et la fabulation »[3444] en plus de sa réflexion plus générale sur les croyances. Mais s'il pose très ouvertement la question de « la sincérité de certains délirants », n'hésitant ainsi pas à mettre en cause « la profondeur de leurs croyances délirantes »[3445], il n'en reconnaît pas moins que le mensonge implique la maitrise du raisonnement[3446]. Si on suit Janet, dans les termes même de cette accusation, il se contredit.

[3438] Garnier Marcel, Delamare Jean et collaborateurs. *Dictionnaire des termes de médecine* [26e édition]. Paris: Maloine; 2000, p. 774.

[3439] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.

[3440] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 154-5 : « le cas d'une prétendue stigmatisée des environs de Dieppe qui avait sur le front un luxe inattendu de taches sanglantes disposées symétriquement en trois lignes parallèles. […] elle s'était fait à la paume et au dos des mains une incision rectiligne avec un canif ».

[3441] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, Georges David, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.

[3442] Je renvoie à l'article 35 du code de déontologie médicale. En ligne : Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance, consulté le 5 mars 2024.

[3443] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*. p. 248.

[3444] *Ibid.,* p. 254-62.

[3445] *Ibid.,* p. 249 : « l'énorme exagération, l'absurdité manifeste du délire, l'abus des raisonnements, les oscillations de ce délire qui par moment semble n'être pas pris tout à fait au sérieux par le malade » ; « sont-ils vraiment convaincus, sont-ils même véridiques quand ils s'accusent de ces crimes monstrueux et invraisemblables » ; p. 250 : « il suffit qu'ils aient la pensée d'un crime pour qu'ils se croient aussitôt capables de le commettre ; de-là à prétendre l'avoir commis il n'y a qu'un pas ».

[3446] *Ibid.,* p. 253 : « C'est l'œuvre de la réflexion et je suis disposé à croire que seuls les individus capables de réflexion sont capables de mentir parfaitement. L'apparition du mensonge est le signe d'une développement mental

Pour ce qui concerne la situation de Madeleine, il se trouve que même si la *preuve expérimentale* lui a été clairement fournie (qui plus est par son propre protocole) qu'elle ne ment pas quant à la survenue spontanée de ses stigmates, il continue pourtant d'en douter. Il semble ainsi se trouver pris dans une forme de persévération autour de l'idée première qui est la sienne depuis le début, et qui a fondé cet appareillage protocolaire, à savoir qu'elle s'automutile. Ainsi, si conviction délirante il y a, peut-être n'est-elle pas chez celle que l'on croit. C'est à se demander s'il ne faudrait pas parler de déni du scientifique et en concevoir le caractère possiblement contagieux. De fait, Maurice Apte qui a travaillé aux côtés de Janet sur le cas de Madeleine et qui a été témoin du déroulement et des résultats de ce protocole, semble manifester le même déni dans son analyse. Que ce fut aussi par conviction (donc une croyance par ténacité selon la catégorisation peircienne de fixation de la croyance) ou bien par respect pour sa hiérarchie (donc une croyance d'autorité), voire pour ces deux raisons réunies, nul ne le saura puisqu'il est décédé très peu de temps après la soutenance de sa thèse. Il n'en demeure pas moins que, dans l'ultime partie de sa thèse, « Après avoir donné toutes les hypothèses émises sur les stigmates », Maurice Apte propose ce qu'il qualifie de « conception personnelle du phénomène »[3447] comme suit :

> L'individu s'est fait lui-même une suggestion qui est devenue obsédante. L'idée s'est d'abord manifestée en hallucination, elle va finir par se dégager en acte […] Obsédé par l'idée de partager les souffrances de la Passion, l'individu, dans une impulsion irrésistible, va se faire un traumatisme pour éprouver les douleurs de la croix […] [il] s'imprime des blessures volontaires aux points où le Christ a reçu les clous et le coup de lance[3448].

Maurice Apte conclut donc lui aussi, tout à l'inverse des résultats de son expérimentation, en usant de l'hypothèse explicative générale de l'autosuggestion et de l'automutilation des stigmatisés[3449] (« va se faire un traumatisme », « s'imprime des blessures volontaires ») alors même que le cas singulier de Madeleine la contredit de façon parfaitement objective. Il conclut à l'automutilation alors même que son protocole expérimental a permis de démontrer qu'elle ne s'automutile pas. Selon sa « conception personnelle », cette automutilation s'inscrirait dans un processus obsessionnel d'autosuggestion (« Obsédé par l'idée de », « une suggestion qui est devenue obsédante ») mais il n'explicite pas ce lien. En ajoutant que « Cette hypothèse n'implique aucune supercherie de la part des stigmatisés ; elle ne conteste pas leur absolue sincérité », Maurice Apte reconnait pour autant que cette interprétation ne relève que d'une supposition (« cette hypothèse »), une conjecture, et qu'elle ne saurait constituer une accusation de mensonge. Cette situation montre la force de l'attachement à une hypothèse expérimentale au point de ne pouvoir tolérer une conclusion paradoxale. On est d'ailleurs tenté de reporter le diagnostic de « suggestion obsédante » sur l'expérimentateur lui-même (incapable de renoncer à son *hypothèse obsédante*) plutôt que sur Madeleine. Le doute irrésolu lui est manifestement tellement inconfortable qu'il en arrive à conclure, sans aucune preuve, de façon purement

important et devient l'origine d'une foule de phénomènes supérieurs. Il peut apparaître alors toutes les fois que la réflexion, le calcul des intérêts, l'égoïsme le présentent comme avantageux ».

[3447] Apte Maurice. *Op. cit*., p. 13.

[3448] *Ibid*., p. 181.

[3449] *Ibid*., p. 189 : « l'individu, poussé par cette impulsion se fait lui-même un traumatisme plus ou moins profond, une mutilation ».

interprétative. Conviction délirante ? Autosuggestion ? Claude Baqué révèle l'amertume que peut susciter une expérimentation futile et la tendance à en reporter la faute sur la patiente, non sans relent patriarcal[3450]. La capacité à pouvoir suspendre son jugement, à pouvoir tolérer de ne pas conclure prend dès lors l'ampleur d'un acte éthique[3451].

5.2.2.3 – Que le doute scientifique vienne à couvrir la suspicion, il dégrade le lien de confiance Finalement, il semble bien qu'il se soit agi autant d'un doute scientifique, figuré par le protocole expérimental visant à le résoudre, d'une façon théorique, froide et distanciée, que d'une suspicion à l'encontre de l'autre, soulevant ainsi la question de l'impact sur le climat de confiance et la qualité du lien au cœur de la relation de soin. Comme bien d'autres acteurs sanitaires, il apparaît que Janet éprouve lui aussi cette méfiance spontanée et primitive du soignant à l'égard du patient[3452], alors même qu'en toute logique la science aurait dû, ou pu, l'en préserver, *a fortiori* à l'aune des résultats de son expérimentation des *stigmates* de Madeleine attestant de sa sincérité. Leur relation de confiance ne se joue certes pas sur cette seule expérimentation (quand bien même elle ne peut qu'y contribuer) mais relève d'un ensemble de facteurs qui vont déterminer les comportements et jusqu'à susciter un certain rapport de force entre les parties en présence. Le propos suivant de Madeleine en est une illustration :

> … Pour le moment, je ne dis rien au médecin, je n'écris pas. J'ai donné pour raison de mon silence que puisque c'était de la *folie*, il valait mieux ne pas donner de détails, ce que j'ai dit est bien suffisant pour donner une idée de ma maladie…[3453]

Cette explication semble comme faire écho à la fameuse notification issue de la procédure pénale américaine « Vous avez le droit de garder le silence. Tout ce que vous direz pourra être retenu contre vous »[3454]. Madeleine pressent que tout ce qu'elle pourrait dire risquerait d'être encore interprété dans le sens de « la *folie* » qui lui a été accolée, d'où cette stratégie du silence maitrisé. Elle n'ignore pourtant pas que ce silence ne saurait être total sous peine de constituer lui aussi un indice de « *folie* ». Elle s'adonne alors à l'exercice de sélectionner ce qu'elle peut dire et ce qu'elle ne doit pas dire afin que ni ses silences ni ses paroles ne lui soient délétères et notamment qu'elle ne se trouve pas méjugée quant à l'expression de sa foi. Il s'agit ainsi d'en dire suffisamment (ainsi que son entourage tend à l'y inviter[3455]) et suffisamment habilement mais pas trop non plus ce qui lui fait régulièrement conclure : « J'ai dit au docteur tout ce qui

---

[3450] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 99 : « Dans notre observation, nous devons ajouter un détail un peu plus prosaïque, c'est que les stigmates sont parfois apparus au même moment que les phénomènes menstruels ».
[3451] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épochè plutôt que le non-diagnostic comme acte éthique*.
[3452] Sicard Didier, « La fin de la parole », in Couturier Daniel, Georges David, Lecourt Dominique, Sraer Jean-Daniel, Sureau Claude (dir.). *Op. cit*.
[3453] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 252 : Lettre à Sophie du 1er avril 1897.
[3454] MIRANDA v. ARIZONA 384 U.S. 436 (1966). United States Supreme Court: No. 759, Decided: June 13, 1966.
[3455] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 244, dans une lettre à Sophie du 3 juin 1896 : « M. l'Aumônier a paru *très surpris* lorsque je lui ai dit ce que les médecins pensaient de ma maladie. Il m'a dit […] qu'il ne m'avait jamais trouvée « *exagérée* ». Il m'a d'ailleurs engagée à répondre aux questions qui m'étaient faites. C'est ce que j'ai fait selon *mon pouvoir*, abandonnant à Dieu les conséquences. Je n'ignore pas ce qui peut en advenir. Je n'ai dit d'ailleurs que ce qui pouvait regarder les médecins et je suis bien dans l'intention de ne plus rien dire de ce côté-là ».

était nécessaire »[3456]. Ce rapport de force, qui est naturellement aussi suscité par le statut de dominant et le pouvoir qu'exercent les soignants sur les patients, a donc d'importantes conséquences sur le comportement des patients, dont leur liberté d'expression, au point de les conduire parfois à un état de soumission volontaire.

C'est ainsi qu'en dépit du pressentiment qui est le sien d'une inadéquation de l'approche scientifique à sa situation singulière, Madeleine est consciente du fait que s'y opposer constitue un enjeu non seulement de confiance mais aussi de pertinence du jugement qui pourrait être porté sur elle. C'est pourquoi elle se prête sans résistance aux expertises et aux travaux de recherche de Janet la concernant. Hormis sa retenue dans le discours, puisqu'elle se contente de préciser « simplement au médecin les effets qui se produisent dans [s]on corps »[3457], sa coopération est totale. Elle se laisse ainsi régulièrement examinée et s'offre même à de multiples photographies. « Ce matin, on a photographié mon pied droit avec la marque que j'ai depuis la Toussaint »[3458] rapporte-t-elle. C'est dire si ce climat de suspicion (le soignant suspecte le patient qui se sait être suspecté et qui en retour ne manque pas lui-même de suspecter le soignant), vis-à-vis duquel l'expertise scientifique n'immunise manifestement pas, génère des comportements stratégiquement déterminés. Il impacte aussi les modalités et le contenu des informations échangées (par effet de rétention, d'amplification, de travestissement), en générant entre autres des non-dits mais aussi peut-être des faux-récits, non pas forcément pour mentir volontairement[3459] mais bien au contraire pour simplement être reconnu, être correctement apprécié, ne pas être disqualifié et partant discriminé. Alors même que la science devrait être neutre et n'avoir aucun autre enjeu que la connaissance, elle s'inscrit au cœur de situations relationnelles complexes de domination / soumission qui imposent, pour pouvoir cohabiter et s'entendre un tant soit peu, une sorte de jeu de cache-cache et même un authentique jeu de dupes ainsi que déjà questionné dans le cadre de toute relation de soin, y compris donc pour des maladies ne relevant pas du trouble mental[3460].

5.2.2.4 – L'ambition expérimentale de Pierre Janet à l'épreuve de l'inexplorable scientifiquement

Si, comme nous l'avons vu précédemment, l'ambition principale de Janet est la production de connaissances en matière de psychologie expérimentale, l'enjeu fondamental pour Madeleine porte sur la reconnaissance de la sincérité de sa foi. Craignant plus que tout d'être accusée de fausse-mystique, elle se livre aux diverses expérimentations de Janet dans cette optique prioritaire, si ce n'est exclusive de juste reconnaissance. Difficile d'envisager divergence plus radicale quant aux enjeux respectifs d'un patient et de son soignant. Les exigences de la foi font ainsi face aux exigences de la science et tendent à s'antagoniser l'une l'autre dans cet affrontement. Porté par sa propre *foi* dans la science[3461], Janet, sous la plume de Claude Baqué,

---

[3456] *Ibid.,* p. 248 : Lettre à Sophie du 28 septembre 1896.
[3457] *Ibid.,* p. 244.
[3458] *Ibid.,* p. 248 : Lettre à Sophie du 11 novembre 1896.
[3459] Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge. Op. cit.*
[3460] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'information au cœur de la relation de soin, un jeu de dupes* ?
[3461] Il y a donc bien une foi en la science ainsi que l'on analysé certains auteurs : Stengers Isabelle. *L'invention des sciences modernes*. Paris: La Découverte; 2010.

ne manque d'ailleurs pas de le signifier à Madeleine : « J'ai le plus grand respect pour vos croyances, Madeleine. Mais accordez-moi que la science a aussi ses exigences »[3462]. Pourtant, que les enjeux de l'une et de l'autre divergent ne les conduit pas moins à s'accorder sur l'impératif de résolution de la question cruciale, à savoir : « D'où viennent ces lésions ? ». « Abandonnant à Dieu les conséquences »[3463], Madeleine consent à se prêter à la science et, par-là, à servir sa foi en servant la science. Puisqu'elle « sai[t] à quoi [s]'en tenir au point de vue religieux », puisque donc elle n'a pas de doute quant à Dieu ni quant à sa foi, elle vient ainsi se prêter totalement et sans résistance à l'objectif expérimental. Le propos suivant en témoigne :

> Je dois, jusqu'à nouvel ordre, rester sous les yeux du docteur qui a vu se développer les phénomènes de cette maladie. Il est nécessaire qu'il étudie jusqu'au bout […] Je crois être dans la volonté de Dieu en me conformant aux désirs du docteur J…[3464]

Si Madeleine fait montre ici d'une totale soumission (« rester sous les yeux du docteur », « me conformant aux désirs du docteur J »), elle ne s'en remet pas moins surtout, si ce n'est exclusivement, à Dieu dont elle estime « être dans la volonté » en agissant de la sorte. Par ailleurs, elle n'est aucunement dupe de l'hypothèse certes expérimentale mais accusatoire de Janet. Telle qu'il a formulé son hypothèse expérimentale, il a aussi conditionné le type même de son expérimentation ainsi que la modalité attendue de résultat de type binaire, à savoir Madeleine *est* ou *n'est pas* une fabulatrice qui s'automutile pour des raisons qui ne seraient d'ailleurs pas forcément univoques[3465]. Or, pour Madeleine c'est une tout autre affaire qui se joue et dont elle pourrait bien cacher le jeu. Il semblerait bien qu'elle soit elle-même dans une forme de résistance passive. Elle espère que la futilité de son expérimentation opère telle une prise de conscience. En s'y soumettant pleinement, elle cherche à lui prouver qu'elle n'est pas une fabulatrice qui s'automutile (là est l'hypothèse expérimentale), qu'elle est bien plutôt une sincère croyante (là est l'enjeu majeur de reconnaissance pour Madeleine). Elle observe ainsi non sans quelque ironie la persistance ou réapparition de *stigmates* malgré les scellées[3466]. En se prêtant ainsi au jeu de l'expérimentation scientifique, elle montre toute sa *bonne foi* (un jeu de mot qui s'avère là bien à propos) mais elle ouvre un troisième terme on ne peut plus vaste. C'est bien sûr l'origine divine de ses lésions qu'il lui importe de faire reconnaître (ce qui sous-entend aussi l'existence de Dieu) et l'authenticité de sa foi. Par une telle perspective, par essence inaccessible à la science, elle invite Janet à s'extraire de la vision pour le moins réductrice et même totalement fermée du protocole scientifique auquel il l'a soumise.

[3462] Baqué Claude. *Op. cit*. p. 60 : Chapitre 11 intitulé « Balance » se situant dans la salle Claude Bernard.
[3463] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 244-5.
[3464] *Ibid.,* p. 257 : Lettre à Sophie du 9 mars 1901.
[3465] Le Breton David. *La peau et la trace. Op. cit.*
[3466] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 250, Lettre à Sophie du 11 novembre 1896 : « Il m'a bandé les pieds et a cacheté avec de la cire pour [être] sûr qu'il n'y serait pas touché. Jusqu'à présent, la marque est restée et il est difficile de se l'expliquer … ».

5.2.2.5 – De l'incohérence et des limites éthiques de l'usage de la méthode expérimentale chez Madeleine Lebouc

La conscience aiguë du risque de méprise possible entre sa foi et un possible diagnostic de folie l'angoisse d'autant plus que c'est à sa foi qu'elle rapporte l'ensemble de ses manifestations. Ce sont ainsi les affres d'inquiétude dans lesquels cela plonge Madeleine qui peuvent le mieux donner à entendre l'inadéquation, voire l'incohérence, qu'il y a à vouloir user de la méthode scientifique pour explorer ce qui relève du religieux.

> C'est cela, je suis folle, il faut faire à Dieu le sacrifice de ma raison. Toute ma vie n'a été qu'une suite d'humiliations, celle-là est la plus cruelle. Eh bien oui ! Je m'abandonne à la volonté de Dieu […] Je n'aurais jamais cru qu'il fut si doux de se sentir considérée comme folle …[3467]

Acculée par l'insistance suspicieuse du milieu soignant autour d'elle, Madeleine en vient à lâcher prise et à accepter d'être étiquetée folle (« C'est cela, je suis folle »). Dieu est tellement source de bonheur et ses craintes d'une atteinte à la sincérité et à la profondeur de sa foi sont telles qu'elle en arrive même à préférer être tenue pour folle[3468]. En réalité, elle est en pleine confusion parce qu'elle est prise à la gorge. En faisant allusion au « signe qui a été demandé par le docteur » elle voit bien l'impasse dans laquelle Janet l'a coincée en lui demandant « une *preuve tout à fait indiscutable et visible à tous les yeux* »[3469], à savoir son envol effectif. Difficile de ne pas voir dans une telle requête une pulsion agressive de la part de Janet autant par provocation sceptique que par son effet d'humiliation et de détresse confuse dans laquelle il la plonge. En opposant les manifestations de la foi de Madeleine à l'expertise scientifique (s'agissant de l'exploration des *stigmates*) comme au bon sens médical (s'agissant ici d'apprécier la réalité objective de son allégation d'envol céleste imminent), le raisonnement et le comportement de Janet paraissent profondément discutables d'un point de vue éthique. Abus de pouvoir, amalgame entre des registres incompatibles, invraisemblable désespoir dans laquelle il plonge Madeleine, ne s'avèrent ici pas du tout à son honneur. On peut, pour tenter d'en comprendre les déterminants, questionner un possible mécanisme de défense à l'égard de la religion, que son histoire personnelle marquée par une crise mystique durant sa jeunesse pourrait venir éclairer. On peut ainsi se demander si, à défaut de religion, il ne se trouverait pas du coup aveuglé par l'idéologie scientifique. La science étant sa nouvelle religion[3470], il se pourrait qu'il soit porté par la conviction qu'hors-la science il ne puisse y avoir de *salut*. Madeleine se sort d'autant plus dignement de cette *impasse scientifique* dans laquelle il a cherché à la piéger. Par cette exclamation « Dieu n'est-il pas lui-même le premier et le plus grand fou ? », elle met avec force panache en lumière cette différence incompatible de registre entre le scientifique et le religieux. Abandonnant à Janet la permission de la qualifier de folle, elle « [s]'abandonne à la volonté de Dieu » et complète même ainsi : « Je ne changerais pas

[3467] *Ibid.,* p. 316.
[3468] *Ibid.,* p. 307 : « Oui je suis folle, l'amour me brûle jusqu'à la moelle des os, mais Dieu n'est-il pas lui-même le premier et le plus grand fou ? ».
[3469] *Ibid.,* p. 257, Lettre à Sophie du 9 mars 1901.
[3470] Stengers Isabelle. *L'invention des sciences modernes. Op. cit.*

cette folie pour quoi que ce soit au monde. […] C'est pourquoi je ne veux pas guérir »[3471] se moquant finalement des médecins et de leurs diagnostics.

5.2.3 – L'intolérance du scientifique Pierre Janet à l'incertitude, au doute irrésolu, aux inconnus de la science

L'exploration des *stigmates* de Madeleine révèle une façon bien étonnante pour un scientifique de conclure une expérimentation. Il passe, sans transition, de l'*objectivation* d'un *fait* (l'absence d'automutilation) à l'*hypothèse* du pouvoir du psychisme et de l'imaginaire sur le corps. Il invoque ainsi la causalité psychosomatique, soutenu en cela par la concordance avec le sentiment religieux exacerbé de Madeleine[3472] et leur survenue à des moments significatifs comme Noël ou la Toussaint[3473] ce qui n'apporte pourtant aucune *preuve* mécanistique. Janet extrapole donc en s'avançant bien au-delà du seul résultat concret de son protocole expérimental et en s'émancipant de la rationalité scientifique fondée sur le *déterminisme*. Il importe de questionner ce manque de rigueur scientifique, qui n'est certes pas spécifique à Janet, à travers diverses hypothèses non exclusives les unes des autres, entre autres l'intolérance à l'ignorance, la difficulté que peut constituer en médecine toute autre forme de doute que scientifique, le dépit de ne pouvoir obtenir le résultat attendu, le manque d'humilité de la science et des scientifiques s'estimant seuls aptes à pouvoir accéder à la connaissance et donc à la produire. Comme si en dehors de la science il ne pouvait y avoir de *salut*.

Janet ne diffère pas tant des autres médecins et chercheurs, d'hier autant que d'aujourd'hui, confrontés au bizarre et à l'inexplicable par les outils de la science et de la médecine. Après avoir consenti à ne pas rejeter *a priori*, comme non scientifiques et donc dénués d'intérêt, des *faits* habituellement méprisés, parce que considérés comme fantasques et/ou frauduleux, Janet semble finalement se rétracter. Comme s'il y avait un moment et/ou un seuil à partir duquel cela devient intolérable pour le scientifique. Qu'il s'agisse d'incertitude irrésolue, d'absence de maitrise possible et/ou parce que cela échappe *in fine* à l'investigation scientifique (ainsi que l'illustre son exploration des *stigmates* de Madeleine), une forme de clôture se produit. Le non-scientifiquement appréhendable et explicable se voit effectivement, soit rejeté complètement (notamment au registre de la pathologie mentale), soit relégué du côté du psychogène (et donc considéré comme une vue et un effet de l'esprit). Le malaise du chercheur face aux inconnus, aux territoires incompris et inaccessibles à l'expertise scientifique parait bien grand en effet. Que la mécanique rationnelle et raisonnée du doute scientifique soit mise en échec et/ou s'avère vaine quant à son ambition d'éclaircir certaines des questions qui lui sont soumises, les réactions de rejet et de disqualification qui en résultent révèlent une arrogance qui masque mal son insuffisance. Le propos consistant à dire qu'avec le temps la science viendra inéluctablement à bout de toutes les énigmes de la connaissance n'est pas moins orgueilleux et

[3471] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 312-3 : « J'hésite à vous écrire ainsi mes sentiments. Je me dis que vous allez penser que c'est de la folie pure, mais je tiens à cette folie, j'espère bien qu'elle est incurable et qu'elle augmente de jour en jour … Que je m'estime heureuse de la grâce qui m'est donnée dans cette folie ! Je ne changerais pas cette folie pour quoi que ce soit au monde. […] C'est pourquoi je ne veux pas guérir ».
[3472] *Ibid.,* p. 246. Dans une lettre à Sophie du 1er septembre 1896 Madeleine qui a bien compris le raisonnement de Janet écrit : « Le docteur est persuadé que la vue de la croix m'a trop impressionnée et que, mon esprit s'en occupant trop, il arrive que j'éprouve dans mon corps quelque chose d'un peu semblable au crucifiement ».
[3473] *Ibid.*

surtout trompeur[3474]. Il vient lui aussi témoigner de la difficile acceptation de l'impuissance de la science à épuiser, par le seul biais de sa méthode et de son éclairage, toutes les interrogations suscitées par les maux des êtres humains et partant, son intolérance à toute autre forme de doute qu'expérimental pour les investiguer. Janet, se trouvant manifestement dans une telle configuration, tente de refermer la porte qu'il a lui-même ouverte en usant d'une expérimentation scientifique pour explorer la situation singulière de Madeleine. Il s'engage alors lui aussi dans la voie de la disqualification de sa patiente en avançant, à la fois par défaut et par abus d'autorité[3475], l'hypothèse psychogène ce qui ne manque pas de mépris à l'égard de Madeleine puisque cela néglige ce qui importe le plus à ses yeux, à savoir sa foi. Le doute persiste pourtant, entier et irrésolu, quant au mécanisme de ces lésions, telle une énigme contre laquelle bute inlassablement le scientifique. Plutôt qu'à la résolution du doute, via l'invocation d'un putatif mécanisme psychosomatique invérifiable, le résultat de cette expérimentation aurait pu simplement conduire à la suspension de tout jugement[3476] – hormis celui relatif à l'unique résultat objectif fourni par cette expérimentation à savoir que Madeleine ne s'automutile pas – et donc à une perpétuation de l'activité du doute. Le doute resterait ainsi ce fil conducteur permettant de résoudre pas à pas, questions après questions, sans jamais lui-même se résoudre totalement puisqu'il se perpétue en se renouvelant au gré de l'émergence ininterrompue de nouvelles questions.

Le fait que Madeleine ne fabule pas quant à l'occurrence spontanée de ses plaies ne constitue en effet qu'un résultat partiel qui ne résout qu'une toute petite partie de la question ouverte par Janet. Pourquoi alors cette tentation de refermer cette question, *a fortiori* à l'aune du constat de l'honnêteté de sa patiente. Comme si la relation interhumaine de confiance ainsi renforcée à laquelle elle invite risquait de heurter, ou du moins de perturber la démarche rigoureuse du scientifique. Comme si cela risquait non seulement d'affaiblir le pouvoir du médecin, du scientifique et même de l'homme mais aussi de faire échoir la science et sa marche. Face à ce qui semble pouvoir être interprété comme une mise en danger pour le médecin, il faudrait peut-être comprendre ses ripostes – particulièrement étonnantes et même inquiétantes par les entorses à l'éthique et même à la science qu'elles recèlent – comme autant de réactions défensives à l'encontre du patient. Parmi ces répliques on retiendra surtout son injuste disqualification (dont le jugement d'inaptitude), le mépris de ses valeurs (en l'occurrence spirituelles) et, à certains égards, l'indifférence à sa situation et à ses besoins. Et plus encore, Janet lui-même n'est pas indemne de certaines de ces dérives qui dénaturent et même décrédibilisent la démarche médico-scientifique, au prétexte de garder la maitrise et de protéger le pouvoir médical d'une révélation par trop flagrante de sa faillibilité, parmi lesquelles : la persévération dans des normes scientifiques jusqu'à confiner au dogmatisme et induire des jugements inappropriés, dont celui de qualifier les mystiques de folles délirantes ce qui a d'ailleurs provoqué les foudres de l'Eglise à son encontre ; l'aveuglement face à de nombreux

[3474] Stengers Isabelle, James William, Drumm Thierry (Trad.). *Une autre science est possible! Manifeste pour un ralentissement des sciences. Suivi de Le poulpe du doctorat*. Paris: La Découverte; 2013.
[3475] Stengers Isabelle. *Sciences et pouvoirs. Faut-il en avoir peur ?* Genève: Labor; 1997.
[3476] Conformément au mouvement de l'*épochè*. Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme*.

biais cognitifs qui faussent pourtant gravement l'interprétation ; l'effet tunnel[3477] qui prive d'une vision élargie et attentive à la diversité des problématiques en cause et favorise le réductionnisme en l'occurrence psychologisant voire psychiatrisant ; l'inertie médicale dont l'impatience et le renoncement ne sont pas étrangers et qui favorise les conclusions à l'emporte-pièce à l'instar de l'assertion d'une causalité psychosomatique alors qu'elle ne témoigne rien moins que de l'ignorance des mécanismes à l'œuvre.

5.3 – Les perspectives de Pierre Janet lorsque le doute expérimental est pris en défaut

Parce que la méthode scientifique, sous-tendue par le doute expérimental[3478], ne trouve pas sa place face à ces indiscernables que sont, entre autres, les diverses formes d'expression du mysticisme, la « fabulation » authentique[3479] mais surtout aussi tout un ensemble disparate de troubles fonctionnels, les personnes concernées risquent moqueries, négligence voire exclusion du champ d'investigation et des soins, ainsi que d'être, *de facto*, rangées dans la catégorie du dérangement mental. Si la médecine, pourtant sollicitée pour accueillir et aider, méprise de telles personnes au prétexte de la bizarrerie de leurs symptômes considérés sous l'angle de la rationalité scientifique, vers quel saint pourraient-elles se vouer. Comment, seules et souffrantes, ne seraient-elles pas tentées de se tourner vers des options alternatives que la médecine scientifique réprouve d'autant plus. Cette crainte que l'illisible scientifiquement ne puisse qu'être rejeté par le milieu médical, est partagée par nombre de patients d'antan autant que de notre époque contemporaine. Encombrées de leurs maux inexpliqués et inexplicables, ces personnes souffrent en conséquence de n'être pas ou mal reconnues, d'être prises, comme le fut Madeleine en son temps, pour « folles », abandonnées. A aucun moment Madeleine ne s'y trompe elle qui est justement une *stigmatisée*, catégorie que l'on peut ici précisément entendre au sens où le sociologue Erving Goffman a décliné le *stigmate* comme cause fondamentale d'exclusion sociale[3480]. Comme tous les stigmatisés ainsi définis, elle fait effectivement bien partie des exclus dans tous les sens du *stigma* selon Goffman à savoir les étranges perturbations de sa démarche, les troubles de son caractère l'ayant conduite à sortir de rangs (familialement autant que socialement), enfin les exagérations dans les manifestations de sa foi.

5.3.1 – *Pierre Janet ou la conscience de l'importance de revenir toujours au doute par la clinique*

A rebours de l'idéologie scientifique, mais tout en s'appuyant inlassablement sur elle, Janet a accueilli et accompagné Madeleine sur le long terme et ne l'a donc jamais rejetée contrairement à bien d'autres praticiens désappointés par leur errance diagnostique. Une fois leur bilan

---

[3477] Je renvoie au dossier consacré à ce sujet produit par la Haute autorité de santé. En ligne : Haute Autorité de Santé - L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?, consulté le 19 décembre 2025.

[3478] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[3479] Bergson Henri. *Les deux sources de la morale et de la religion*. Paris : Presses universitaires de France, 2008, p. 111-114.

[3480] Goffman Erving. *Stigmate. Op. cit.* Le sociologue américain distingue trois types de stigmatisés socialement : les monstruosités du corps ou difformités, les tares du caractère, enfin les stigmates tribaux qui incluent la race, la nationalité, la religion.

effectué et revenu négatif, les professionnels de santé amenés à l'explorer n'ont eu de cesse de trouver une issue pour s'en délester (peut-être faudrait-il même dire s'en « débarrasser »). Au sein de l'assistance publique, elle fut ainsi brinquebalée d'un hôpital et/ou d'un service à un autre, successivement à l'Hôtel-Dieu, Bichat, Necker, la Salpêtrière et peut-être d'autres encore. Ce propos que lui prête Claude Baqué illustre bien une telle situation de désintérêt si ce n'est de mépris à l'égard de l'objet de sa plainte : « Ma maladie a quelque chose de particulier dont les médecins ne veulent rien savoir »[3481]. Il y a matière à s'étonner que seuls les patients s'inquiètent de la dérive consistant à tout ramener exclusivement à la rationalité scientifique fondée sur l'obtention de preuves objectives au mépris de l'expérience subjective[3482]. Si Janet ne se désintéresse certes pas de la situation toute singulière de Madeleine, cela n'empêche pourtant pas les effets de décalage et d'attention différenciée au profit de ses propres travaux scientifiques plutôt que des besoins concrets et immédiats de sa patiente. S'il ne démord pas de son assise scientifique en dépit de l'inadéquation manifeste des modalités expérimentales qu'il met en œuvre à sa situation, son approche clinique participe grandement de la continuité et de la qualité de sa prise en charge d'une patiente qui, plus qu'à la Salpêtrière où les conditions d'accueil l'ont toujours satisfaite, aurait tout aussi bien pu se retrouver à la rue ou en prison.

Que Janet ait pu être porté par la volonté d'en découdre avec ses manifestations en cherchant avec persévérance à en éclairer le caractère fantasque et/ou affabulatoire, il n'a pour autant pas usé de l'expertise scientifique comme d'un outil de discrimination, malgré certains moments qui ont pu être blessants pour elle, dont le fait d'exiger son envol effectif comme *signe* indubitable[3483]. Au côté de Madeleine, Janet est donc aussi resté un clinicien, ne manquant notamment pas d'user de son bon sens clinique. Craignant que, sous l'effet de son ressenti de lévitation, elle ne croie réellement en sa capacité d'envol, Janet demande à Marguerite, la surveillante de son service, de fermer la fenêtre de sa chambre donnant sur cours et d'en retirer la crémone[3484]. Révélatrice de la vigilance du soignant attentif à la sécurité de ses patients, cette réaction témoigne tout autant de l'écoute personnalisée qu'il offre à Madeleine. Cette traduction concrète du doute clinique qui est le sien, et qui se matérialise en une prescription médicale visant la sécurité de sa patiente, donne aussi pleinement réalité à l'idée même d'envol possible de Madeleine. Tout en doutant de cet envol, le retrait de la crémone pour verrouiller la fenêtre de sa chambre transforme ce doute en croyance possible et participe à la reconnaissance de l'expérience subjective d'origine spirituelle de Madeleine. C'est dire l'importance du retour à la clinique lorsque l'approche expérimentale s'avère insuffisante pour éclairer une situation médicale. Janet n'ignore manifestement pas qu'en plus de pouvoir être une science, la médecine est aussi fondamentalement *un art* de la clinique où tact et empirisme, en dépit du tabou pesant sur ce dernier, ont une importance essentielle. Probablement conscient que les règles de la méthode scientifique ne s'appliquent qu'au laboratoire (Janet considérant à cet égard l'hôpital comme un laboratoire), il n'ignorait pas l'inadéquation possible du doute expérimental dans

[3481] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 17 : chapitre 1 « Premier entretien » se situant dans le bureau de Janet.
[3482] Husserl invite à un retour à la subjectivité comme voie ultime de validité du monde au sens d'en rendre accessible et compréhensible l'objectivité. Husserl Edmund. *Krisis*. Op. cit., p. 80 : « Ce n'est donc pas l'être du monde dans son évidence sans question qui est en soi ce qu'il y a de premier ; ce qui est premier en soi est au contraire la subjectivité et ce en tant qu'elle pré-donne naïvement l'être du monde, puisqu'elle le rationalise ».
[3483] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 257, Lettre à Sophie du 9 mars 1901.
[3484] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 23 : chapitre 2 « Installation » situé dans la chambre de Madeleine.

bien des situations médicales, particulièrement en psychiatrie et en psychologie où l'approche clinique reste prévalente. Que, chez Janet, le clinicien et le scientifique soient indistingables contribue à la richesse de son approche autant soignante que scientifique et à la qualité humaine de son accompagnement.

Ainsi que l'illustre la fonction d'herméneute du clinicien, l'approche clinique n'a certes pas la force de la science médicale s'agissant de fournir des données probantes (diagnostiques autant que thérapeutiques), mais elle ouvre pourtant des champs de lecture et d'interprétation qui s'avèrent inaccessibles à l'expertise scientifique. C'est ainsi que la conclusion psychiatrique, peut-être un peu rapide et facile, à tout le moins convenue pour l'époque, consistant à invoquer une sorte de mise en scène par l'autosuggestion (s'agissant des sensations internes) et l'automutilation (s'agissant des lésions) peut elle-même être interrogée et donc soumise au doute. Plutôt qu'en rester à un protocole expérimental futile sur lequel des conclusions fausses risquent d'être portées, la clinique y compris anthropologique offre bien des ouvertures. Le corps et les traces qui le revêtent font en effet l'objet de multiples usages et donc interprétations possibles en anthropologie[3485]. Le processus de construction et de maturation identitaires, les rites de reconnaissance sociale et/ou d'appartenance spirituelle, le soulagement par les scarifications et autres plaies de souffrances morales indicibles, la performance artistique, témoignent de la multiplicité de ces usages. A condition de dépasser le malaise voire le rejet que peut provoquer le spectacle des attaques à son intégrité, la peau, ses traces et ses douleurs donnent littéralement existence à un corps sans cela désincarné, c'est-à-dire bizarrement privé de chair. Le Breton précise ce en quoi consiste « L'incision de la chair : [ces] traces et douleurs pour exister » contribuent à la fabrique du soi (intime, social, spirituel), à son équilibre et à son maintien grâce à l'espace symbolique auquel elles donnent accès[3486]. Par les apports de l'anthropologie à la clinique médicale, il n'est pas illégitime de réinterroger et réinterpréter l'histoire de Madeleine par-delà la seule suspicion d'automutilation comme modalité d'expression de la foi chrétienne dans la tradition identificatoire à un corps martyr.

5.3.2 – Pierre Janet ou l'alibi du spirituel face aux inconnus de la médecine scientifique

En se tournant résolument vers l'idéal d'objectivité scientifique, Janet semble avoir renoncé à l'idéal de la philosophie. Il se serait du coup aussi détourné de questions humaines pourtant décisives auxquelles la science objectiviste ne saurait apporter ni éclairage ni soutien[3487]. Dans son besoin de cause justificative, l'homme (y compris le scientifique) se tourne alors parfois vers le spirituel car il peut permettre de combler, en leur donnant du sens, les inconnus de la science. Une telle démarche a notamment permis au fil du temps (qui peut se compter en siècles) d'éclairer et de signifier d'étranges phénomènes en les imprégnant d'une aura mystique.

[3485] Le Breton David. *La peau et la trace. Op. cit.* Je renvoie aussi à : Cnockaert Véronique. *Marques d'identité / La peau et la trace. Sur les blessures de soi de David Le Breton, Métailié, 141 p. / Déclinaisons du corps. Entretiens avec David Le Breton de Joseph J. Lévy, Liber, « de vive voix », 187 p.* Spirale, 2004, 199, p. 18-19. En ligne : Cnockaert Véronique – Marques d'identité – Spirale n°199 Nov-Déc 2004, consulté le 15 mars 2024.

[3486] *Ibid.*

[3487] Husserl Edmund. *Krisis*. Op. cit., p. retrouver p. 10 : « Dans la détresse de notre vie, cette science n'a rien à nous dire. Les questions qu'elle exclut par principe sont précisément les questions qui sont les plus brûlantes à notre époque malheureuse pour une humanité abandonnée aux bouleversements du destin : ce sont les questions qui portent sur le sens ou sur l'absence de sens de toute cette existence humaine ».

L'inexplicable peut ainsi être pris en charge par les mythes, la religion, voire certaines idéologies. La figure biblique de Job est l'une d'elle[3488]. Job est un homme fidèle mais il est accablé de multiples maux (la perte de tous ses biens, la mort de ses enfants, la maladie) qui lui sont imposés afin d'éprouver et prouver la force de sa foi. Il apparait ainsi tel un prophète meurtri, misérable, souffrant et à la peau hideuse tant « la maladie lui ronge les chairs »[3489]. Françoise Mies, bibliste et philosophe, en rapporte la plainte, en « son corps meurtri »[3490], qu'il adresse à Dieu : « […] ma chair est revêtue de vermine et de croûtes terreuses, ma peau se fend et suppure »[3491]. Une lecture scientifique *a posteriori* de la figure de Job peut désormais être proposée grâce aux progrès de la génétique. Le nom de Job a été utilisé pour qualifier l'entité nosographique dite syndrome de Job-Buckley, maladie rare, complexe, menaçant précocement la vie, dont l'origine et la physiopathologie sont longtemps demeurées incomprises. Ces malades souffrent notamment d'une atteinte cutanée sévère, à bien des égards, repoussante (eczéma, pustules, abcès purulents, mycose, etc.), d'une dysmorphie avec des traits grossiers du visage, d'une atteinte osseuse (dont scoliose), d'infections pulmonaires dévastatrices, d'anévrysmes[3492]. Jusqu'à la première décennie du 21e siècle, cette maladie n'était encore diagnostiquée que sur la base d'une association syndromique d'anomalies cliniques, biologiques, radiologiques dont le regroupement et la gravité permettaient d'en apprécier la probabilité, à défaut d'une autre étiologie documentée. Jusqu'à la découverte de son substratum moléculaire en 2008 (mutations affectant le gène *STAT3*[3493]), nombre de ces malades décédaient avant l'âge adulte. Ces découvertes ont apporté une compréhension fonctionnelle des anomalies impliquées et transformé la prise en charge et le pronostic de ces personnes (atteignant désormais l'âge adulte et ayant de ce fait même la possibilité d'avoir une descendance)[3494]. Si la maladie a perdu, dans sa désignation, sa référence à Job puisqu'elle est désormais identifiée sous l'intitulé de « déficit en STAT3 », la question (le plus souvent plurielle) du « Pourquoi ? » et de la quête de sens[3495], exactement comme Job l'exprimait, n'a rien perdu de sa pertinence. Pourtant, quand bien même l'interprétation biblique des épreuves de Job se voit relayée par une analyse scientifique précise, touchant à l'infinitésimale explicitation moléculaire des épreuves endurées dans la chair de ces patients, il n'en demeure pas moins que l'issue semble bien être inévitablement relationnelle. La relation à Dieu s'agissant de Job, la relation au médecin et au

---

[3488] Le Breton David. *Entre douleur et souffrance. Op. cit.* Même s'il ne l'explicite pas, Dieu dit qu'il y a du sens à ce que Job subit ainsi que l'analyse Le Breton : « Lorsque Dieu apparaît, sans lui donner les raisons des maux qu'il lui a infligés, il laisse cependant entendre qu'ils n'étaient pas vains » ; « Tout Le Livre de Job est le récit d'une rébellion, un appel passionné au sens, mais qui ne perd jamais son adresse à Dieu et sa confiance de recevoir un jour une réponse » ; « Ici, bien entendu, pour une lecture anthropologique, Dieu est une figure du sens, selon ce qu'il taise ou dise de la douleur de Job, sans toucher à ses plaies, il l'apaise ou la multiplie ».

[3489] Mies Françoise. *Se plaindre de Dieu avec Job*. Études 2009;411(10):353-64.

[3490] *Ibid.*

[3491] Ancien testament, *Livre de Job*, chapitre 7, verset 5 : « Vermine et croûtes terreuses couvrent ma chair, ma peau gerce et suppure ».

[3492] Chandesris Marie-Olivia, Azarine Azarine, Ong Kim Thanh, Taleb Soraya, Boutouyrie Pierre, Mousseaux Elie*, et al. Frequent and widespread vascular abnormalities in human signal transducer and activator of transcription 3 deficiency*. Circ Cardiovasc Genet 2012;5(1):25-34.

[3493] Holland S. M., DeLeo F. R., Elloumi H. Z., Hsu A. P., Uzel G., Brodsky N.*, et al. STAT3 mutations in the hyper-IgE syndrome*. N Engl J Med 2007;357(16):1608-19.

[3494] Chandesris Marie- Olivia, Melki Isabelle, Natividad Angels, Puel Anne, Fieschi Claire, Yun Ling*, et al. Autosomal dominant STAT3 deficiency and hyper-IgE syndrome: molecular, cellular, and clinical features from a French national survey*. Medicine (Baltimore) 2012;91(4):e1-e19.

[3495] Mies Françoise. *Op. cit*.

scientifique s'agissant de ces patients littéralement sauvés par eux de l'abîme désastreux et parfois létal de la maladie. Trouvant leur *salut* désormais dans la science et par ceux qui en sont les détenteurs et artisans. Un parallèle avec Madeleine est ici rendu possible grâce au texte de fiction proposé par Claude Baqué mais directement emprunté des écrits de Janet quasiment mot pour mot (« Votre volonté […] se confond avec l'ordre divin »[3496] ; « Je ne vous vois plus qu'avec l'auréole de l'autorité divine […] la volonté de Dieu se trouve incarnée en vous et vous êtes pour moi comme son image »[3497]). L'auteur prête ainsi à cette dernière, dans un chapitre judicieusement intitulé « Aurore », les paroles suivantes qu'elle adresse directement à Janet :

> Je souffrais, j'avais l'idée de la fin, j'allais mourir, et voici que je sens un mieux bizarre.
> […]
> Maintenant j'ai en vous un autre Père. Je ne vous vois plus qu'avec l'auréole de l'autorité divine. La volonté de Dieu se trouve incarnée en vous. Vous êtes pour moi comme son *image*[3498].

On ne saurait trouver de métaphore plus évidente du médecin, comme du scientifique, tel un Dieu tout puissant, au motif de sa connaissance des choses de la nature et de son pouvoir sur la vie comme sur la mort. Mais si le médecin se voit doté de « l'auréole de l'autorité divine », s'il s'agit dans l'esprit du patient d'un *Dieu* en qui il faut donc croire[3499] et s'en remettre, il apparaît que cela ne se peut, comme avec Dieu lui-même, qu'à travers la rencontre. Comme le suggère Mies, s'agissant de la situation désastreuse et apparemment désespérée de Job, « la réponse est relationnelle, elle tient à celui qui l'énonce et à celui qui la reçoit »[3500]. Ne l'est-elle pas aussi, en toutes circonstances et pour toutes questions relatives à la santé des personnes, quelles que soient la gravité de leurs maux comme la puissance des connaissances et des outils à disponibles pour y remédier ? Que ferait la science, et le scientifique, sans la relation de soins qui l'éclaire des maux sur lesquels ils doivent se pencher, sans la présence vive et incarnée de ceux qui se soumettent en confiance à ses interventions, sans la demande formulée et le consentement accordé par ceux dont la santé en dépend ?[3501]

La spiritualité et même le sentiment religieux ne sont pas absents des pratiques soignantes, y compris au sein des établissements où seule la biomédecine est recommandée. Les bio-soignants ont eux aussi des croyances non scientifiques, notamment religieuses[3502]. Cela me permet présentement de poser la question de la résurgence d'un doute spirituel chez Janet.

[3496] Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., p. 274.
[3497] *Ibid*., p. 275.
[3498] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 73-74 : Chapitre 16 intitulé « Aurore » se situant dans la Chambre de Madeleine.
[3499] Stengers Isabelle. *L'invention des sciences modernes. Op. cit.*
[3500] Mies Françoise. *Op. cit*., p. 360.
[3501] Depuis le code de Nuremberg, le consentement libre et éclairé (aux soins et à la recherche biomédicale) constitue une obligation fondamentale et légale. Je renvoie au code de santé public. En ligne : Article R4127-36 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr) et Titre II : Recherches biomédicales (Articles L1121-1 à L1126-7) - Légifrance (legifrance.gouv.fr). Sites consultés le 25 février 2024.
[3502] Pour Peirce, la croyance religieuse relève de la méthode de ténacité, aux antipodes de la méthode scientifique de fixation de la croyance. Chez les soignants, la science et la religion ne sauraient pas plus relever d'une alternative que chez tout un chacun. Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine* ainsi qu'à : Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.

Claude Baqué qui se base, dans sa fiction, sur la vie et les écrits de Janet lui prête les paroles de confidence suivantes :

> J'ai été jusqu'à dix-huit ans très religieux, et j'ai toujours conservé, tout en les réfrénant, bien des dispositions mystiques. Il me fallait concilier les goûts scientifiques et les sentiments religieux. Ce n'est pas facile. […] J'étais alors « khâgneux » au lycée Louis-le-Grand. J'ai senti le doute naître en moi. Et une parole maladroite d'un prêtre a ébranlé encore davantage ma foi[3503].

Cette donnée de la biographie de Janet est particulièrement intéressante. Vivre l'épreuve du doute spirituel, à l'occasion d'une période cruciale de sa vie en termes de choix personnels autant que professionnels[3504], a pu s'avérer particulièrement cruel et déchirant (« pas facile », « ébranlé »). Aussi refoulé soit-il, un tel vécu ne saurait être dénué d'influence sur son choix du métier de médecin (de façon notable au service du psychisme) ainsi que sa manière de le pratiquer. Sachant que ses « goûts scientifiques » et ses « sentiments religieux » constituaient les alternatives d'un dilemme manifestement incomplètement résolu puisqu'il s'agit de les « concilier », on ne peut en nier l'impact sur sa manière d'appréhender une situation comme celle de Madeleine[3505] (« j'ai toujours conservé […] bien des dispositions mystiques »). C'est ainsi que, tout en semblant camper sur la rigueur de la méthode scientifique et la validité des connaissances acquises par ce biais, a pu affleurer la résurgence d'une certaine ambivalence (aussi inconsciente soit-elle) dont il lui fallait *se défendre*. De cet entre-deux inavouable a dès lors pu naître ce qui s'est avéré être parfois de la sévérité et un manque de nuance dans l'usage de la procédure expérimentale autant que dans son jugement médical à l'égard d'une conviction spirituelle qu'il dut lui-même abandonner, la mort dans l'âme. Alors que l'inquiétude et la rudesse d'être soumise à l'exclusivité d'une approche strictement scientifique et *pathologisante* de sa situation, tout comme la crainte d'être méconnue (« M. Janet ne me connait pas encore bien »[3506]) hantent Madeleine, il est possible que Janet se retienne en réalité de la mieux connaître du fait de sa propre histoire vis-à-vis de la foi chrétienne. L'un et l'autre ont pourtant en partage cette ambivalence (en une sorte de miroir inversé) à l'égard de leur propre foi. Madeleine elle-même n'en est pas indemne notamment lorsqu'elle écrit : « Au fond, j'ai une frayeur extrême à la pensée d'apprendre par des signes certains que Dieu veut ma mission »[3507].

5.3.3 – Pierre Janet sait-il que science médicale sans relation n'est que ruine du soin ?

Par ce titre faisant écho à la maxime rabelaisienne, « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme »[3508], il s'agit de souligner combien la science médicale ne peut être détachée de l'approche clinique, relationnelle et soignante, sans mettre en péril son objectif même de traiter efficacement les maladies. Le Pierre Janet scientifique, chercheur et enseignant, exposant les

---

[3503] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 122 : chapitre 30 intitulé « Saint-Joseph » se situant dans le bureau de Janet.
[3504] *Ibid.* : Sous la plume de Claude Baqué, Janet poursuit : « Je suis resté plusieurs mois sans pouvoir poursuivre mes études ».
[3505] *Ibid.* : « Je pense en effet que mon intérêt particulier pour les manifestations de la vie pieuse, comme l'extase, trouve sa source dans cette … crise mystique … non résolue ».
[3506] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 248.
[3507] *Ibid*., p. 287.
[3508] Rabelais François *Les cinq livres.* Paris: Librairie générale française; 1994 [16e siècle], Pantagruel, Chap VIII, p. 349.

résultats de ses recherches devant un auditoire de collègues[3509], n'est certes pas tout à fait le Pierre Janet clinicien, soignant, rencontrant, observant et écoutant très régulièrement Madeleine Lebouc. C'est bien pourtant le même homme qui œuvre et comprend l'importance de cette complémentarité. L'insuffisance de la science médicale (qualifiée de nos jours de biomédecine) à pouvoir résoudre toutes les questions et les souffrances humaines constitue une épreuve difficile à surmonter pour les acteurs dévoués non seulement à la production de connaissances biomédicales mais aussi aux soins et à la préservation de la santé de leurs malades. Comme antérieurement précisé, le poids et l'angoisse de l'ignorance et du doute restant irrésolu sont tels qu'ils peuvent conduire les hommes à plaquer par excès diverses causalités (y compris des explications mythologiques) pour combler ce vide. Que cette épreuve ait pu conduire Janet à certains abus – dont l'interprétation *sans preuve* de la nature psychogène, voire psychiatrique, de certaines manifestations incomprises et non répertoriées par la médecine – ne le différencie pas de bien des membres de son corps de métier, de son époque comme d'aujourd'hui encore. La rencontre, clinique et humaine, que nous propose d'entrevoir Claude Baqué dans sa fiction ouvre, en dépit de cette incomplétude irréductible de la science médicale, des perspectives bien différentes.

D'une part, il s'agit de cette perspective venant positionner le patient comme *sujet* et non pas seulement comme *objet* d'étude scientifique (ainsi que le serait une souri de laboratoire), c'est-à-dire comme sujet *pensant* mais aussi comme sujet *doutant*. A cet égard il importe de souligner la pertinence de Madeleine notamment lorsqu'elle invite, à travers l'expérience pleinement physique (et non pas seulement spirituelle) de son état, à réfléchir à une intéressante hypothèse alternative à celle de la psychosomatique avancée par Janet. Cette dernière, résumée en l'impact de la suggestion mentale (en l'occurrence via la croyance religieuse excessive) sur le corps pourrait en effet être confrontée à son exact contraire, selon donc une dynamique contradictoire et qu'il est dès lors logique de qualifier de somato-psychique. Selon les si justes mots de Madeleine, ce pourrait être « les souffrances qui causent les pensées »[3510] et non pas l'inverse, revenant en cela à la célèbre satire antique d'« un esprit sain dans un corps sain »[3511]. Cela permettrait de penser la situation de ces malades qui, sous l'effet de certains maux physiques, éprouvent un vécu de souffrance intime et morale si intense qu'il les conduit vers un engagement spirituel comme modalité de compréhension et d'apaisement. Mais à défaut d'avoir identifié une causalité mécanistique, c'est-à-dire un nœud organique causal, cet engagement spirituel pourrait se voir abusivement accusé des symptômes éprouvés. Madeleine souffrait ainsi peut-être d'une neuropathie périphérique hyperalgésique des membres inférieurs qui ne fut jamais diagnostiquée. De-là l'importance de la dimension clinique de l'enquête (via l'usage du *doute clinique*), tout aussi essentielle à la recherche et complémentaire de l'expérimentation scientifique (via l'usage du *doute expérimental*), en ce qu'elle contribue à la pleine

[3509] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 97 : Chapitre 25 intitulé « Conférence » se situant dans la salle commune.
[3510] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 250 : « mais il me semble que ce ne sont pas les pensées qui causent les souffrances mais les souffrances qui causent les pensées ».
[3511] Juvénal, de Labriolle Pierre (Trad.), Villeneuve François (Trad.). *Satires*. Paris: Les Belles Lettres; 1950

reconnaissance d'une patiente comme Madeleine en tant que *sujet de soins* (et non pas seulement *objet de recherche*) et plus encore en tant que *sujet de vie*[3512].

Madeleine est intelligente et fine, sa parole, ses interrogations, ses doutes méritent une attention sérieuse, y compris de la part d'un scientifique comme Janet dont la rigueur expérimentale n'est pas venue à bout de l'énigme qu'elle représente. Accueillir, reconnaître, tirer profit de son expérience, de ses propres hypothèses, de ses doutes en tant que patiente et plus généralement de sa contribution à la réflexion et à la démarche soignante impliquent une rencontre authentique à laquelle seules l'approche clinique (littéralement « au lit du malade », donc directement au contact de ce dernier) et une relation de soin de qualité fondée sur la réciprocité donnent accès. C'est pourquoi parmi ces perspectives, se trouve d'autre part toute la puissance dialectique du doute mis en partage dans la relation de soins ainsi que je le développerai dans le chapitre à venir qui y sera dédié. C'est ainsi qu'alors même que nombre de questions restent non élucidées par la science médicale (des siècles pouvant pour cela être nécessaires comme ce fut le cas s'agissant du syndrome de Job-Buckley précédemment cité), le doute mis en partage s'avère un fantastique outil de raisonnement ce qui permet, tout en restant à l'abri des certitudes définitives qui peuvent être erronées et délabrantes, de soigner dynamiquement sur la base de données coconstruites toujours révisables et donc perfectibles. Une preuve en est peut-être ici que l'on continue de se questionner encore aujourd'hui sur l'histoire de Madeleine et d'en tirer une grande richesse réflexive et d'amélioration pour la pratique des spécialistes du psychisme ou plus généralement la pratique des soignants.

6 – L'épreuve du doute au cœur de leur relation de soin

La longue histoire médicale qui lia Janet à Madeleine est particulièrement instructive pour illustrer l'épreuve du doute dans la relation de soin. Elle permet en effet d'approcher au plus près et très concrètement la question du doute lorsque celui-ci est réellement exprimé, partagé, éprouvé au cœur de la relation de soin, c'est-à-dire précisément dans cette zone d'échanges qu'est l'interface relationnelle entre un patient et un soignant. Les divers dialogues entre Janet et Madeleine qu'a créés, sur la base de faits historiques attestés, le metteur en scène Claude Baqué dans son livre *La dame qui marchait sur la pointe des pieds* donnent pleinement vie à leur relation de soin. A partir de cette *réalité fictionnelle* – puisque sans cette création à vocation théâtrale, elle serait restée inaccessible – il est ainsi possible d'observer le *spectacle* d'une relation de soin et la place que peut venir y jouer le doute dans la diversité de ses objets comme de ses modalités d'occurrence, de déploiement et éventuellement de résolution.

Ainsi mise en dialogue par Claude Baqué, cette relation de soin va s'avérer révélatrice de l'omniprésence du doute en médecine, qu'il soit éprouvé par le patient ou par le soignant, mais aussi surtout éprouvé au cœur même de ce qui constitue la rencontre entre ces deux êtres pourtant si distincts que sont en l'occurrence la patiente Madeleine Lebouc et le soignant Pierre Janet. Elle va aussi être révélatrice de l'importance d'exprimer et de partager les doutes

[3512] Malherbe Jean-François, Audet Dominic. *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Québec: Fides; 2007.

éprouvés y compris, et même d'autant plus, dans ces situations que l'on présuppose pourtant intuitivement à haut risque non seulement de discorde et d'incommunicabilité, mais aussi d'aggravation de la conflictualité si l'on s'aventurait à y ajouter de surcroit du doute. La relation qui lia Madeleine à Janet est à cet égard exemplaire puisqu'elle se caractérise par de profonds désaccords (elle veut seulement que l'on respecte sa foi quand lui veut la soigner), par de l'incompréhension (Janet ne comprend pas ses idées farfelues d'envol, pas plus que sa démarche si étrange et son choix de vie dans l'indigence) et par de multiples dissensions (dont celle qui oppose le registre résolument religieux de la première à celui de la science pour le second n'est pas la moindre d'entre elles). Cette relation – qui est à la fois singulière et universelle en ce qu'elle se fait l'écho de toutes les autres relations de soin possibles – nous donne tout au contraire à voir non seulement comment le doute peut émerger et se trouver abordé entre patient et soignant, mais également tout ce que le dévoilement et le partage des différents sujets de doute peuvent apporter à la qualité de la relation de soin et à chacun de ses partenaires quant aux enjeux respectifs qui sont les leurs. Complètement à rebours de l'idée que le doute serait inabordable et source de conflit, sur l'argument qu'entre autres il mettrait en danger la relation de soin, le travail des soignants et le bon déroulement de soins, l'histoire de Janet et Madeleine nous montre au contraire combien les occurrences et les objets de doute sont en fait fort importants, si ce n'est essentiels, à aborder, à partager et à tenter de résoudre sous peine justement des écueils précédemment cités (incompréhension, défiance, conflit). En montrant au prisme de cette relation de soin à quel point le doute contribue à la communication, à la rencontre, à la (re)connaissance réciproque et au dialogue entre patient et soignant, je souhaiterais ainsi souligner et déployer la puissance relationnelle, dialectique et éthique du doute mis en partage au cœur de la relation de soin.

6.1 – Quand le doute s'invite en partage dans la relation de soin entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet

Par sa portée universelle, la relation de soin entre Madeleine et Janet, telle que Claude Baqué nous permet de l'approcher au plus près et d'en appréhender les différents déterminants, est exemplaire. S'y révèle toute l'importance du doute mis en partage entre la patiente et le soignant. Loin de mettre en danger la rencontre et d'aggraver les dissensions qui les divisent, il s'avère être tout au contraire à la source d'un riche dialogue et en cela il contribue grandement à la qualité de la relation de soin.

6.1.1 – L'exemplarité et l'universalité de la relation de soin entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet

Divers facteurs contribuent à la lisibilité et l'exemplarité de cette relation de soin en matière d'expression et de partage de leurs doutes respectifs : tout d'abord, sa longue durée (plus de dix ans) et sa constance dans le temps sont propres à témoigner d'un lien de confiance suffisamment solide, à même de libérer la parole et de favoriser une certaine sincérité, voire de la complicité, dans leurs échanges (patient et soignant ont en effet eu ici le temps d'apprendre à se connaître et de pouvoir s'intéresser l'un à l'autre) ; ensuite, l'ambition de compréhension fine portée par Janet (qu'illustrent au mieux ses importants travaux de recherche) mais aussi par Madeleine elle-même soucieuse à la fois de la justesse des résultats de l'enquête médicale dont elle fait

l'objet et de voir son état s'améliorer (et pouvoir ainsi recouvrer toute sa liberté de s'adonner pleinement à sa foi[3513]) n'a pu qu'aiguillonner leurs enquêtes respectives et donc attiser ce qui en constitue le moteur même, à savoir leurs doutes au sens d'interrogations ; enfin, l'attention toute particulière au déploiement et au contenu de la pensée, de la réflexion, du raisonnement, qui est inhérente au travail portant sur le psychisme humain (par la psychologie et la psychiatrie), bien plus que dans toute autre discipline médicale, notamment somatique. Cette relation de soin est aussi particulièrement exemplaire en ce qu'elle n'est ni simple, ni facile et qu'elle vient donc pleinement illustrer le fossé qui existe si souvent entre patients et soignants du fait des nombreuses dissensions qui les opposent[3514]. Hormis leur communauté d'origine sociale et sans doute aussi d'éducation inhérente à la bourgeoisie de l'époque, tout semble les opposer. Il se préoccupe de sa santé mentale, elle n'est soucieuse que de la juste reconnaissance de sa foi[3515]. Il se soucie des répercussions sanitaires de ses mauvaises conditions de vie et de l'importance de l'en prémunir, elle y aspire[3516]. Il s'arme, pour prendre en charge sa situation, de son esprit et de ses ambitions scientifiques, elle n'appréhende l'existence, y compris dans les décisions difficiles et les épreuves qui l'émaillent, qu'au prisme de la religion[3517]. Il est mu par un idéal d'objectivité positiviste, elle s'obstine à offrir une très riche expérience subjective pour témoigner de la vaste palette de ses manifestations d'extase mystique, que ce soit d'ailleurs dans leur expression psychologique autant que physique. Il souhaite la traiter, elle ne veut quant à elle pas guérir[3518]. C'est dire si, en plus d'un rapport de domination très marqué (puisque Madeleine est une femme, indigente et suspecte de trouble mental), les dissensions sont donc nombreuses et imposantes entre Madeleine et Janet, précisément comme cela peut arriver dans bien d'autres relations de soin. Ces dissensions ne sont pas moins fréquentes, ni n'ont moins d'impact en situation d'affection somatique (et non pas de trouble mental), y compris avec mise en jeu du pronostic vital, car ni la gravité ni l'urgence médicales ne permettent d'en faire l'économie. Enfin, ce qui se joue dans cette relation entre Madeleine et Janet n'est pas non plus fondamentalement anachronique quand bien même les dissensions s'actualisent dans leur nature à l'aune des évolutions sociétales et des enjeux spécifiques à chaque époque. Si le phénomène des mystiques stigmatisés, autant que celui des hystériques, semble passé de mode, d'autres troubles – qui peuvent eux aussi se voir qualifiés de psychosomatiques ou de fonctionnels et dont les défis et les difficultés d'accompagnement médical ne paraissent pas si éloignés – ont fait leur apparition. Quant à l'asymétrie de pouvoir entre patients et soignants,

---

[3513] C'est ainsi qu'une fois sortie de la Salpêtrière Madeleine se consacrera à sa foi jusqu'à la fin de ses jours.

[3514] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin*.

[3515] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 243. Lettre à Sophie du 5 octobre 1895 : « Un jour viendra où ma folie sera enfin comprise et favorisée, développée… ».

[3516] *Ibid.,* p. 259. Lettre à Sophie du 3 mai 1901 : « Le Docteur, lui, ne consent à me laisser partir qu'ayant des ressources assurées et fixes. Je dois subir toutes les conséquences de la pauvreté… Pour lui c'est de la vraie *folie* » ; p. 270 : « il y a beaucoup plus d'intelligences affaiblies et de santés détruites par les plaisirs et les excès que par les privations et la misère ».

[3517] *Ibid.,* p. 247. Lettre à Sophie du 1er septembre 1896 : « si c'est la volonté de Dieu que j'aie ce genre d'épreuve, il me faut bien me résigner ».

[3518] *Ibid.,* p. 313 : « C'est pourquoi je ne veux pas guérir, je suis fermement résolue à marcher toujours dans la voie que j'ai suivie et où j'ai trouvé le secret du bonheur … » ; p. 247, Lettre à Sophie du 1er septembre 1896 : « Le médecin voudrait empêcher le progrès de la maladie en m'hypnotisant et en m'ôtant mes pensées de la croix […] si c'est la volonté de Dieu que j'aie ce genre d'épreuve […] je n'aurai pas recours au magnétisme, hypnotisme etc. pour en être délivrée ».

de même que les inégalités de genre en santé subies par les femmes[3519], elles restent pleinement d'actualité. En somme, aussi singulière soit-elle cette relation de soin peut être représentative de bien d'autres relations.

6.1.2 – Le doute est non seulement abordable mais il s'impose et enrichit leur relation de soin

Alors qu'ils sont en grand décalage du fait des dissensions en apparence insolubles qui les opposent, qu'ils paraissent donc aux antipodes l'un de l'autre, leur relation de soin est pourtant l'opportunité d'un véritable dialogue en forme de débat où le doute trouve toute sa place. De mises en doute en arguments contradictoires, ils vont y défendre avec énergie et agilité leurs positions respectives. Pour l'illustrer, la scène que je propose ici d'analyser s'intitule « Balance »[3520]. Je rappelle que Madeleine qui a été très affectée par la mort du père Conrad a vu ses ardeurs mystiques s'amplifier. Prise, dans la nuit de Noël, de douleurs transfixiantes à l'endroit des dos de ses pieds, elle ne s'est dès lors sentie plus soulagée qu'en marchant sur la pointe des pieds. Confortant sa croyance en un appel divin, cette étrange démarche a suscité l'idée de son envolée vers Dieu d'une façon similaire à l'Assomption de la Vierge Marie[3521]. Naturellement, c'est cette Assomption que Janet met en doute en s'outillant à cet effet de son expertise clinique. Mais le solide contre-argumentaire de Madeleine vient en retour et fort justement mettre en doute une telle expertise ce qui ne manque pas d'étonner le médecin, de mobiliser toute son attention et de renforcer d'autant son intérêt pour cette patiente ainsi que pour le débat dans lequel ils se trouvent dès lors l'un et l'autre pleinement engagés. La fiction de Claude Baqué permet ici de révéler toute l'importance du doute dans la rencontre clinique entre Madeleine et Janet et à quel point, loin de fragiliser la relation de soin, il va contribuer à l'enrichir et à la renforcer ainsi que je vais le développer en suivant.

6.1.3 – La scène de la pesée met en lumière le doute à l'œuvre au cœur de leur relation de soin

Voici donc une scène de dialogue intitulée « Balance » entre Madeleine et Janet, telle que Claude Baqué a cherché à l'animer de leurs présences vives et de leurs voix singulières. Elle sera mise en écho avec les propres écrits de Madeleine sur le sujet. Cette scène est en effet centrée sur l'allégation d'envol éminent ressenti par Madeleine, une donnée faisant, quant à sa *réalité* même, ici le cœur du débat entre la patiente et le soignant. La scène relate l'enquête clinique qu'a mise en œuvre Janet pour en prouver objectivement, et même scientifiquement, l'inanité. Cette scène relate surtout aussi l'étonnement, le trouble, les interrogations, la révolte que cela soulève chez la patiente qui en est l'objet et qui en remet en cause autant le fondement que les résultats. Elle ouvre ainsi un dialogue qui va s'avérer fécond et riche de rebondissements, fondé sur la mise en doute réciproque et l'argumentation contradictoire que s'opposent la patiente et le soignant.

[3519] Je renvoie au rapport « Sexe, genre et santé » de la HAS sur le sujet. En ligne : Haute Autorité de Santé - Rapport « Sexe, genre et santé » : et après ?, consulté le 5 mars 2026.

[3520] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 59-61.

[3521] Sur la base des textes de Madeleine colligés dans Jacques Maitre (In Maître Jacques. *Op. cit*., p. 195-320), Claude Baqué fait dire à Madeleine d'une part en p. 21 : « Comme si je m'envolais. Comme la Vierge Marie », d'autre part en p. 107 : « Il m'a été dit que c'est ici que je dois attendre l'heure du voyage pour Rome ». Par ce propos il sous-entend qu'elle pense s'y rendre grâce à sa lévitation puis son envol. Avec humour, Baqué lui fait répondre, par l'intermédiaire de Marguerite, infirmière laïque qui en a la charge : « Par les airs ? Alors, j'irai avec vous. On partira pour Pâques. On pourra voyager avec les cloches ! ».

Scène 11 – *Salle Claude Bernard* - « Balance »[3522]

Madeleine s'est déshabillée. Elle se tient debout sur la balance. Janet note son poids sur un petit carnet.

Madeleine : Combien ?
Janet : 49 kilos 800. Comme hier. Un peu plus, même.

Elle descend de la balance pour se rhabiller.

Madeleine : Comme hier, comme avant-hier, qu'est-ce que ça change ? Pourquoi est-ce que cette balance marque toujours le même poids, qu'Il me soulève ou pas ?
Janet : S'Il vous soulève…
Madeleine : Pourquoi dites-vous « s'Il vous soulève », puisqu'Il me soulève ?
Janet : S'Il vous soulève, il diminue votre poids. Or, celui-ci n'a pas changé. Donc Il ne vous soulève pas.
Madeleine : Eh bien, moi, je vous dis qu'Il me soulève, qu'il m'emporte ! Vous n'allez quand même pas lui opposer une balance ! Tous les gens ici me disent : « Vous avez l'air de voler en l'air » ! Leur avis vaut bien celui d'une balance ! Le poids n'est rien dans une assomption ! Les anges soulèvent aussi bien une femme lourde qu'une femme légère !

Elle enfile son manteau, qu'elle reboutonne jusqu'en haut !

Madeleine : Je ne comprends pas qu'on puisse douter de cette assomption de la Vierge !
Janet : Pour le moment, le dogme n'est pas encore adopté. Encore faut-il le faire promulguer par le Pape.
Madeleine : Eh bien, je le convaincrai. J'irai à Rome, sur la pointe des pieds, j'obtiendrai une audience, je ferai des miracles devant lui, des assomptions dans les nuages, et j'obtiendrai la promulgation du dogme. Puisque son Fils le veut et qu'Il manifeste son désir en faisant la même chose pour une autre Vierge : Moi !

Elle s'approche de la fenêtre, dont elle ouvre les rideaux.

Madeleine : Vous voulez que je vous fasse une démonstration ?
Janet : Allez-y. Nous sommes au rez-de-chaussée. Vous ne tomberez pas de bien haut.
Madeleine : Je ne vous ferai pas ce plaisir.

Elle referme les rideaux. Il s'approche d'elle.

Janet : J'ai le plus grand respect pour vos croyances, Madeleine. Mais accordez-moi que la science a aussi ses exigences.
Madeleine : Ses exigences de quoi ? De preuves ? Des preuves de quoi ? Je n'ai pas besoin de preuves, moi. Relisez les Evangiles, docteur. Il n'y a aucune preuve de la Résurrection. Le tombeau était vide, Madeleine pleurait, un homme est apparu, qu'elle a pris pour le jardinier, il l'a appelée par son nom et elle l'a reconnu. A sa voix. Il n'y a là aucune espèce de preuve, puisqu'il était déjà ressuscité. Il y a la foi de Madeleine, c'est tout.

[3522] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 59-61 : Scène 11 intitulée « Balance » se situant dans la salle Claude Bernard.

Elle marque une légère pause, troublée comme si elle parlait d'elle.

Madeleine : Vous savez ce qu'il lui a dit, à ce moment-là ? Il lui a dit : « *Noli me tangere* » ! « Ne me touche pas, je monte vers mon père » ! Vous auriez osé dire à Jésus : « Attends un peu, viens par ici que je te pèse. » ? Vous lui auriez dit ça ? Alors pourquoi vous me le dites à moi ? Vous êtes cruel !

A partir de ce dialogue entre Madeleine et Janet, je propose les différents éléments d'analyse suivants :

6.1.4 – La patiente parvient à faire douter le médecin de ses preuves scientifiques

Dans cette scène tirée de faits historiques réels, Janet soumet Madeleine à des pesées régulières. Chercherait-il à *mesurer* l'extase ? A tout le moins, son objectif semble être de tester la véridicité de la croyance de Madeleine en une lévitation.

Avec une balance comme outil clinique, Janet s'attache ainsi à démontrer que son assomption n'est qu'une chimère. Jugeant que la stabilité pondérale (« 49 kilos 800. Comme hier. Un peu plus, même ») est la preuve qu'il n'y a pas d'envol, il invite Madeleine à constater par elle-même que son poids ne change pas : « S'Il vous soulève, il diminue votre poids. Or, celui-ci n'a pas changé. Donc Il ne vous soulève pas » lui-dit-il. S'il ne cherche probablement pas à l'humilier ni à la manipuler, peut-être veut-il seulement recueillir tout élément pouvant être qualifié de *preuve objective* afin de s'assurer d'abord lui-même de ce qu'il en est de cette allégation de lévitation. Après tout, il est dans la logique de l'enquête clinique autant que de la méthode scientifique de réitérer toujours le processus expérimental de doute et de vérification de toutes données, quelles qu'elles soient. Évaluer scientifiquement la véracité d'un phénomène (en l'occurrence la lévitation), et partant y croire ou pas, impose au préalable d'en douter. Ainsi, en dépit de ce qui lui parait pourtant évident, il avance la nécessité de récolter des *preuves* tangibles et fiables scientifiquement : « J'ai le plus grand respect pour vos croyances, Madeleine. Mais accordez-moi que la science a aussi ses exigences » justifie-t-il. Par-là, il se montre sensible aux raisons de Madeleine mais tient aussi fermement sa position de clinicien chercheur soucieux d'une approche scientifique de sa situation.

Pour sa défense, Madeleine n'hésite quant à elle pas à user du contradictoire en venant sur le propre terrain de Janet, celui de la méthode scientifique. Elle souligne d'une part la question de ses limites possibles, d'autre part le souci de cohérence de son application en fonction des situations. Avec pertinence, elle questionne la fiabilité des *preuves* que ce dernier lui oppose, en lui rappelant que les données dites objectives ne sont pas dénuées d'erreur dans leur obtention, leur évaluation (quantitative autant que qualitative) et/ou leur interprétation. On retrouve ainsi dans les écrits de Madeleine le propos suivant : « L'erreur est possible quand c'est l'homme qui parle, il n'y a pas d'erreurs dans les vraies révélations… »[3523], auquel elle ajoute « Vous dites que je me trompe, vous pouvez vous tromper aussi. Le diable peut fausser votre balance et votre vue… »[3524]. Que son invocation du diable puisse faire sourire, il n'en demeure pas moins que, comme le précise la maxime philosophique vieille de l'Antiquité

[3523] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 298.
[3524] *Ibid.,* p. 281.

« l'erreur est humaine », mais surtout que la pesée manque effectivement de fiabilité. Celle-ci peut être entachée d'erreurs par le fait d'une balance défaillante, d'une balance mal tarée, de variations entre des balances différentes (par exemple entre celles de la maison, de l'hôpital, du cabinet de consultation médicale, de la pharmacie), *a fortiori* à leur époque. Il s'agit d'autant de circonstances dans lesquelles le poids peut varier artificiellement de plusieurs kilos. Mais des erreurs d'interprétation sont aussi possibles. C'est ainsi qu'il peut exister d'authentiques pertes pondérales (par déperdition de masse musculaire et graisseuse) alors même que la balance affiche étonnamment un poids stable. Une perte pondérale à poids stable peut en effet résulter d'une rétention hydrique (le poids de l'eau venant compenser le poids de masse maigre perdue). En plus des conséquences pour la santé d'une telle situation (puisqu'elle témoigne d'une dénutrition), celles de sa mésinterprétation peuvent être tout aussi graves. Madeleine a donc bien raison de questionner : « 49 kilos 800. […] Comme hier, comme avant-hier, qu'est-ce que ça change ? ». Il semble bien en l'occurrence que cela ne mesure rien du tout, en tout cas pas l'extase. Janet parait ici extrêmement naïf, quand Madeleine s'avère quant à elle particulièrement pertinente.

6.1.5 – La vanité de l'enquête scientifique face au vécu d'extase

Ce dialogue montre aussi que la question des *preuves* qui fait ici dissension relève d'un conflit de rationalités lequel conduit à confronter des registres différents de doute et donc des croyances incompatibles. Un tel conflit de rationalité joue en défaveur des ambitions de la science. A se considérer comme seule détentrice de la vérité ou du moins des outils pour y accéder, elle en arrive à se décrédibiliser. En s'étonnant que la science s'immisce sur le terrain de la religion et de sa foi, Madeleine révèle la vanité du projet scientifique de Janet concernant son vécu d'extase.

A la *rationalité scientifique*, portée par le doute expérimental, de Janet s'oppose ici la *rationalité mystique*, fondée sur la révélation divine, de Madeleine laquelle déploie une pensée très construite autour de son expérience mystique. L'interprétation différenciée de ce en quoi consiste une lévitation concrétise ce conflit puisqu'elle oppose d'un côté les preuves objectives d'un phénomène physique qu'est l'envol corporel, de l'autre le vécu intérieur d'un phénomène subjectif qu'est le sentiment de communion avec Dieu lors de l'extase mystique. C'est ainsi que Madeleine souligne l'inadéquation de l'usage de la pesée en s'opposant avec véhémence à l'argument avancée par Janet des exigences de la science : « Ses exigences de quoi ? De preuves ? Des preuves de quoi ? Je n'ai pas besoin de preuves, moi. Relisez les Evangiles, docteur ». Ce qu'elle vient ici souligner, en reprenant à son compte l'argument des preuves, est l'opposition des registres. Le registre de la foi, de la religion, de la spiritualité, n'a de fait rien à voir avec celui de la science, ni même avec celui de la médecine. C'est ainsi qu'elle écrit avec humour et pertinence : « Qu'est-ce que peut bien signifier une balance des hommes devant le souffle de Dieu ? »[3525]. Madeleine ne pouvait mieux illustrer le fossé qui les sépare. C'est d'ailleurs à se demander si Janet ne serait pas même en train de commettre un sacrilège en usant de la méthode scientifique pour explorer les manifestations de sa foi : « Dieu me soulève, il

[3525] *Ibid.*

m'emporte, ce n'est pas respectueux de lui opposer une balance »[3526] lui renvoie-t-elle ainsi, non sans amertume et véhémence. Le comportement de Janet s'évertuant avec une balance à vouloir lui prouver l'inanité de son vécu spirituel de lévitation s'avère de fait des plus questionnant. On peine à ne pas qualifier un tel procédé d'enquête d'indécent, de déplacé, de ridicule, de blessant, voire de méprisant à l'égard d'une personne pieuse. Mais au-delà de toute considération morale, c'est aussi surtout qu'il parait tout simplement inapproprié.

On peine à comprendre ce qu'apporte en effet le résultat de cette pesée. Si dans l'esprit de Janet la stabilité pondérale est de nature à infirmer l'hypothèse de lévitation, on ignore ce qui lui permet d'en être assuré. Pourquoi donc la lévitation changerait-elle le poids réel d'une personne ainsi qu'il le suggère ? La balance eut-elle affiché une perte de poids, cela aurait-il forcément confirmé une lévitation ? Il n'est pas de notoriété qu'une réduction pondérale, aussi ample soit-elle, puisse conduire à un état concret d'apesanteur. L'amaigrissement n'a jamais eu d'effet sur la pesanteur des corps terrestres lesquels continuent toujours de tomber sous l'effet de la force gravitationnelle, quel que soit leur poids. Sans compter qu'en cas de perte pondérale avérée, bien d'autres causes devraient être envisagées au préalable, dont une maladie somatique ou les conséquences de la sous-alimentation à laquelle Madeleine s'adonne en effet, non sans inquiéter son entourage. On est finalement en droit de se demander en quoi cette pesée régulière, et inébranlable de stabilité, prouve quoi que ce soit qui contribue à faire avancer l'enquête médicale. De même que l'on ne perçoit pas en quoi elle pourrait permettre de remettre en cause la profondeur du sentiment religieux et la nature du vécu émotionnel, spirituel et même physique qui en résulte chez Madeleine. Cela n'aide pas plus à mieux comprendre son fonctionnement psychique et à identifier d'éventuels troubles. Force est de constater que cette « balance » n'apporte aucun éclairage particulier et encore moins d'éléments de preuve de quoi que ce soit. Si intérêt il y a, il réside peut-être surtout dans le fait de provoquer l'argumentation judicieuse de Madeleine, dès lors en position de poser les questions les plus pertinentes et d'ébranler au passage la vanité scientifique, avec bon sens et humour :

> Qu'est-ce que le poids dans une assomption ? Les anges soulèvent aussi bien une femme lourde qu'une femme légère … est-ce que Dieu me soulève ou est-ce que le diable se moque de moi ? Voilà ce qu'il faudrait savoir …[3527]

Le poids matériel du corps n'a de fait rien de commun avec l'envol spirituel. Comme l'explique fort pertinemment Madeleine, une envolée céleste n'a pas lieu d'être ralentie ou rendue plus difficile s'agissant d'une femme qui serait en surpoids contrairement à ses déplacements physiques. L'expertise clinique, dont la pesée, ne peut dès lors que constituer une méthode inappropriée car une telle réalité non seulement échappe aux *preuves* mais elle n'en exige aucune. Si la science et la médecine reposent sur la recherche de *preuves* dans le but de pouvoir caractériser les faits, la foi quant à elle n'en a pas besoin. La réalité spirituelle de Madeleine ne relève pas de faits mais d'une croyance spirituelle. Comme l'analyse le psychiatre Georges

[3526] *Ibid.*
[3527] *Ibid.*

Lantéri-Laura : « Il ne se trouve là ni délire, ni naïveté » de la part de Madeleine puisqu'il s'agit « d'une croyance en accord avec le milieu religieux qui l'inspirait »[3528].

6.1.6 – De la persévérance du scientifique au point d'en devenir dogmatique

Il est étonnant de constater que c'est Madeleine qui doit se démener pour faire entendre *raison* à Janet quant à la futilité de l'usage de la pesée. C'est à se demander s'il n'est pas lui-même à ce point influencé par les représentations sociétales incitant à psychiatriser l'expérience extatique, qu'il en serait venu à nier effectivement la sincérité du sentiment religieux chez Madeleine (ce que celle-ci craint plus que tout, au point que l'on pourrait se prêter à penser qu'elle en aurait peut-être perçu des signes révélateurs). Mais cela pourrait tout aussi bien témoigner de son propre rapport à la foi. Car lorsque Madeleine souligne la méprise qu'il y a à vouloir apprécier la profondeur et les manifestations de sa foi par l'outillage médico-scientifique voilà qu'il vient lui-même lui opposer le dogme de la foi : « Pour le moment, le dogme n'est pas encore adopté. Encore faut-il le faire promulguer par le Pape ». Peut-être n'y-a-t-il là qu'un simple sous-entendu en forme de trait d'humour visant à rappeler à l'ordre Madeleine sur son propre terrain, lequel implique le respect de l'autorité religieuse. Il n'empêche que cette invocation du dogme de l'Assomption de la Vierge Marie laisse entendre qu'il pourrait lui-même non seulement être sensible au religieux, mais approuver aussi la valeur du dogme au-delà de l'expertise scientifique, et en ce cas qu'il devrait alors lui aussi s'incliner. Sous-entendu si l'Eglise avait déjà statué en faveur, son avis sur son allégation de lévitation aurait pu être différent, il l'aurait peut-être appréciée sous un angle plus favorable et notamment ne pas d'emblée la suspecter de folie.

Mais alors, on est tenté de déceler du même coup une certaine inclinaison de Janet au dogmatisme. Il se pourrait, en effet, qu'il soit particulièrement sensible à l'autorité, si ce n'est dans le contenu doctrinal du moins dans l'application de la loi, qu'elle soit religieuse ou scientifique. Prisonnier du carcan de l'idéologie scientifique, Janet serait ainsi lui-même porté à en user de façon dogmatique. C'est ainsi que lorsqu'il invoque le dogme de la foi, peut-être ne le fait-il que pour mieux s'employer à défendre le dogme scientifique comme étant le seul à pouvoir, *in fine*, distinguer le vrai du faux. Sa persévérance à vouloir explorer les manifestations de religiosité de Madeleine en usant de la méthode scientifique en serait une illustration on ne peut plus claire. Tout autant que Madeleine, Janet est porté par une croyance, sa croyance en la science. Ayant l'allure de conviction, une telle croyance semble le priver de pouvoir questionner la nature même de sa méthode d'exploration comme les résultats qui en émanent. Sous ce rapport, quels seraient alors ses buts sinon d'imposer une norme de réalité en conformité avec les données et théories scientifiques, sinon donc imposer le dogme de la science ?

6.1.7 – De l'usage hyperbolique du doute par Madeleine

En radicalisant le doute à ses dépens, selon un mode rappelant le mouvement hyperbolique de Descartes, Madeleine tendrait à montrer non seulement l'aptitude qu'ont les patients au doute, mais surtout leur plus grande capacité à l'affronter et à le tolérer par rapport aux soignants.

[3528] *Ibid.,* p. XIV.

Tandis qu'envouté par le fantasme de la science toute puissante, Janet semble avoir quant à lui perdu sa propre aptitude à la philosophie, en l'occurrence cartésienne.

Confrontant Janet sur le terrain même de la rationalité, Madeleine en vient à user de la figure d'un « malin esprit » qui n'est pas sans rappeler le « malin génie » que Descartes utilise dans les *Méditations métaphysiques* pour radicaliser le doute. Elle écrit ceci :

> Quand bien même je serais le jouet d'un malin esprit, ce ne serait pas une raison pour m'inquiéter car je puis constater une chose, c'est que le démon n'a aucun pouvoir sur ma volonté, et qu'il ne saurait me faire offenser Dieu malgré moi …[3529]

Dans sa démarche intellectuelle, Descartes décide de mettre en doute toute réalité sensible. Parce que les sens peuvent être trompeurs, le doute doit être étendu de façon hyperbolique à absolument tout. Pour y parvenir, il utilise la figure du « malin génie » suggérant par-là que tout ce qui semblait le plus réel et le plus assuré n'est peut-être en fait que pure fiction, vue de l'esprit. Avec Madeleine, on se trouverait presque dans une leçon de philosophie cartésienne. Comme Descartes, elle radicalise le doute. C'est à se demander si elle n'aurait tout simplement pas lu son œuvre. Elle semble user du même procédé en s'imaginant être « le jouet d'un malin esprit » qui tromperait ses perceptions. Partant, elle s'impose une mise à l'épreuve ultime et totale de sa foi puisqu'elle suppose être en train de rêver plutôt que d'en éprouver d'authentiques manifestations. Offrant par-là une leçon de doute à Janet, son *salut* n'en est que plus grand. Car, quand bien même elle serait aux prises avec un tel « démon », sa foi demeure aussi forte. Rien, même l'hypothèse que ce qu'elle ressent puisse n'être qu'illusion, ne lui ferait renoncer à son amour pour Dieu.

6.1.8 – Le doute de Madeleine comme rempart éthique aux assauts du scientifique

Dans sa fiction, Claude Baqué préfère au « diable trompeur » mettre surtout en avant l'affliction provoquée par une telle méprise quant à la sincérité et la profondeur de la foi de Madeleine : « Vous auriez osé dire à Jésus : "Attends un peu, viens par ici que je te pèse" ? Vous lui auriez dit ça ? Alors pourquoi vous me le dites à moi ? Vous êtes cruel ! ». Au-delà du ridicule qu'il y a à user de l'argument du poids corporel face à Jésus, Madeleine suggère à quel point cela est tout simplement « cruel » et méprisant à son égard. Une telle intrusion récurrente du scientifique en vient même parfois à constituer une atteinte à la dignité de la personne. Affectée au plus profond de son être par les suspicions et les sous-entendus de futilité de son vécu spirituel le plus intime, le fossé avec Janet n'en parait ici que plus immense. D'autant que tout en humiliant et en blessant, tout ce qu'il met en œuvre finit inévitablement par achopper. Aussi rationnelles soient-elles d'un point de vue scientifique – ou précisément parce qu'elles le sont – ses interventions le ramènent systématiquement à la profondeur de la foi de Madeleine et non point à la folie ou au mensonge. Cette expérience existentielle inaliénable ne peut être volée à Madeleine en dépit du scepticisme affiché des observateurs médusés par sa douloureuse incarnation. C'est pourquoi les doutes et l'argumentation contradictoire qu'elle lui oppose vaillamment, outre qu'ils témoignent de son courage et de son intelligence par-delà même la

[3529] *Ibid.,* p. 245.

force de sa foi, ont finalement une fonction éthique. En venant réguler les exagérations de la science – quant à son pouvoir autoritairement défendu de juger et d'exclure –, le doute de Madeleine vient mettre des limites. Elle tend ainsi à sortir Janet de ses automatismes, de son aveuglement, de ses certitudes et l'invite à la rencontrer pleinement en tant que sujet, en plus de respecter ses aspirations profondes.

6.1.9 – Quand l'objectivité ne fait pas le poids face à la vérité de l'expérience subjective

Dans cette scène de la balance Madeleine mobilise une zone de fragilité notable de la médecine, celle qui consiste à appréhender et prendre en compte, ou pas, la dimension subjective du vécu des patients. Elle invite ici Janet à douter de ce tout objectif comme seul critère de vérité auquel prétend la science médicale. Pour ce faire elle le met face à cette *réalité*, pas moins concrète que l'objectivité, qu'est l'expérience subjective à côté de laquelle il importe de ne pas passer sous peine de méjuger les patients, voire de rater leur rencontre.

Pour Canguilhem, le concept de maladie ne saurait être « le concept d'une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative »[3530]. Bien au contraire, le normal comme le pathologique relèvent selon lui précisément d'une *expérience subjective*, ce qu'il nomme *normativité*[3531]. La médecine scientifique continue pourtant de faire abstraction de tout ce qui relève du subjectif. Au motif d'être source d'erreur d'interprétation car ne relevant que de la singularité individuelle, toujours potentiellement fantaisiste, labile et immesurable, la subjectivité est bannie. Peut-être est-ce parce que l'approche médico-scientifique demeure incapable de comprendre ce qu'elle ne peut objectiver, c'est-à-dire attraper matériellement, mesurer et ainsi maitriser. Il n'en demeure pas moins que le fossé séparant, d'un côté le savoir (donc le pouvoir) scientifique et objectivant des médecins, de l'autre l'expérience subjective et personnelle que font les patients de leur propre situation, contribue à susciter de l'incompréhension, des tensions voire blocage et rupture entre patients et soignants. Se sentant non reconnus et méprisés dans la *réalité réellement vécue* qui est la leur, la défiance s'empare des patients. Madeleine témoigne d'un tel fossé d'avec Janet : « Oh que cette balance est ridicule : elle dit que je suis lourde, mais moi je me sens légère […] Qu'y-a-t-il de plus vrai, mon sentiment ou une balance ? »[3532]. Non seulement elle illustre cet abîme entre le ressenti subjectif et les données objectives, mais elle souligne l'absurdité à laquelle cela peut conduire. Qu'y-aurait-il donc de si fumeux à éprouver une sensation d'élévation dans le fait banal de se sentir allégé, questionne-t-elle. N'est-ce pas couramment éprouvé, par tous et par chacun, qu'en cas de bonne forme physique, de bon moral, de bonne nuit de repos, de bonnes nouvelles, de bonnes perspectives, etc., on se sente, comme le dit la métaphore, *pousser des ailes*, et donc allégé, voire comme en lévitation. Madeleine démontre que, pour ce qui la concerne, *le vrai* ne se situe présentement pas du côté de l'*objectivité* de la balance mais bien du côté de sa propre *expérience subjective* de légèreté. Il n'empêche que ce qui est ressenti par les personnes mais

[3530] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique*. *Op. cit*., p. 52. Et je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*
[3531] Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024, p. 99 : « la capacité d'évaluer des états et de donner sens à des situations, d'instituer des normes et d'organiser le milieu ».
[3532] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 281.

ne dispose pas de possibilité de preuve et ne peut être objectivé de quelque manière que ce soit, demeure très globalement intolérable et continue d'être rejeté par la médecine. Un tel rejet, même s'il n'est qu'implicite voire inconscient de la part du soignant, fragilise (jusqu'à parfois même l'empêcher) la rencontre, la confiance et la coopération réciproques. Si cet exemple, celui de la méprise autour du poids contribuant à nier la réalité vécue par une personne, d'une part ne suffit pas à lui seul à explorer tous les enjeux du doute dans la sphère clinique, d'autre part peut sembler facile voire grossier, nombre d'autres situations de dynamique similaire génèrent des dissensions parfois bien plus subtiles à détecter mais d'aussi graves méprises, dégradant d'autant la confiance dans la profession soignante. On peut en citer quelques exemples, parmi les plus fréquemment rencontrés.

Quelques exemples plus contemporains, au prisme de celui paradigmatique de « La balance » ?
La fatigue est, avec la douleur, une des plaintes les plus fréquemment rencontrées en médecine. Source de difficultés voire d'errances diagnostiques, elle peut être particulièrement difficile à apprécier et à éclaircir dans son origine comme dans sa prise en charge[3533] tant elle réactive le dualisme classiquement à l'œuvre entre corps et esprit[3534]. Qu'elle ne menace naturellement pas le pronostic vital, mais surtout qu'elle ne retentisse pas objectivement ni significativement sur la vie courante – notamment lorsque la gestion familiale et du foyer, l'activité professionnelle, les besoins primaires soient maintenus – elle tendra alors d'autant plus à être négligée par les personnels soignants voire invisibilisée. Gramont nous précise ainsi qu'elle peut « évolue[r] dans l'ombre d'une pathologie aiguë ou chronique et tend[re] alors à s'effacer du champ de conscience des médecins, quand bien même elle est souvent, pour le patient, le principal facteur d'altération de sa qualité de vie »[3535]. Un autre exemple porte sur les effets indésirables des traitements. Une discordance notable existe entre ceux qui sont répertoriés par les soignants (sur la base de critères objectifs, cliniques ou morpho-biologiques) et ceux qui sont rapportés par les patients. Ces derniers n'en sont pas moins *réels* ainsi qu'en témoignent les *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs)[3536] et surtout l'impact favorable de leur prise en compte sur la santé des personnes[3537]. C'est ainsi que les effets indésirables *fonctionnels*, dont les traitements médicamenteux sont de grands pourvoyeurs, particulièrement la fatigue, sont moins crédibles aux yeux des médecins que des manifestations objectivables et mesurables, et sont

---

[3533] Gramont Baptiste, Goutte Julie, Feasson Léonard, Millet Gauillaume, Hupin David, Cathebras Pascal. *Chronic fatigue: What investigations? And what for?* Rev Med Interne 2023;44(12):662-9.
[3534] Le Breton David. *Entre douleur et souffrance. Op. cit.* : « Une série d'oppositions relevant d'une représentation dualiste complique souvent son approche des personnes douloureuses : somatique/psychique, organique/psychologique, organique/fonctionnel, organique/ psychosomatique, corps/âme ou esprit, objectif/subjectif, réel/imaginaire, etc. Et dans le discours de nombreux médecins seul a valeur scientifique et médicale ce qui relève du "corps", du "réel", de l'"organique", de l'"objectif", etc. Mais la douleur justement est un principe de subversion de ces catégories trop rationnelles ».
[3535] *Ibid.*
[3536] Bouazza Y. B., Chiairi I., El Kharbouchi O., De Backer L., Vanhoutte G., Janssens A.*, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs) in the management of lung cancer: A systematic review*. Lung Cancer 2017;113:140-51. Liao K., Wang T., Coomber-Moore J., Wong D. C., Gomes F., Faivre-Finn C.*, et al. Prognostic value of patient-reported outcome measures (PROMs) in adults with non-small cell Lung Cancer: a scoping review*. BMC Cancer 2022;22(1):1076. Muhlbacher A., Stolk E. *Patient-Reported Satisfaction, Experiences, and Preferences: Same but Different?* Value Health 2023;26(1):1-3.
[3537] Black N., Burke L., Forrest C. B., Sieberer U. H., Ahmed S., Valderas J. M.*, et al. Patient-reported outcomes: pathways to better health, better services, and better societies*. Qual Life Res 2016;25(5):1103-12.

donc négligés. Plus grave encore, les effets indésirables *émergents* liés aux traitements antirétroviraux (ART) et signalés par les patients sidéens n'ont d'abord pas été crus ni pris en compte par les soignants. Telle fut le cas d'une forme particulière de lipodystrophie qu'est la lipoatrophie consistant en une perte de tissu adipeux sous-cutané affectant notamment le visage, les membres, les fesses. Il s'agissait en réalité de la partie émergée de l'iceberg d'une complication majeure puisque, outre l'important préjudice esthétique très vite ressenti et signalé par les patients, il consistait aussi en un syndrome dysmétabolique à l'origine de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'hépatopathie stéatosique[3538] grevant sévèrement le pronostic global de ces personnes, indépendamment du contrôle immuno-virologique de leur infection. Un dernier exemple enfin porte sur les conséquences délétères de méjuger l'intensité du vécu existentiel d'une personne en fonction de son âge, que ce soit par méconnaissance de sa date de naissance et/ou discordance entre son âge réel et son âge physiologique. Même si elle paraît en excellente forme, une personne âgée doit bénéficier d'une évaluation spécifique et d'une adaptation des traitements préconisés sous peine d'effets secondaires amplifiés. Pour autant, l'âge avancé ne justifie pas de sous-traiter voire de renoncer à un traitement. Dans un autre ordre de problèmes, de nature certes sociétale mais impliquant les médecins, les mineurs migrants, pour avoir traversé bien des épreuves, peuvent paraître bien plus que leur âge réel. Ils peuvent être à tort considérés comme de jeunes adultes et risquer des mesures répressives telle qu'une obligation de quitter le territoire français (OQTF), tandis que le statut de mineur sans papier, *a fortiori* en danger, doit au contraire conduire à de mesures de protection renforcée. Si le critère objectif vient ici au service de la loi grâce à l'âge radiologique osseux[3539], il ne prévient pas en amont les effets délétères de la suspicion de fabulation voire de mensonge, tout comme l'indifférence à l'égard des traumatismes vécus.

La liste pourrait être amplement rallongée tant les exemples sont en réalité innombrables. C'est dire si cette expérience vécue par Madeleine d'avoir été, à bien des occasions, incomprise par le milieu soignant, suspectée de fabulation, négligée sur certains aspects de ses plaintes, sur la base de l'argument que cela ne relevait que d'un ressenti subjectif, fait donc bien écho à des situations à la fois fréquentes et d'actualité. Trop souvent, le soignant semble faire abstraction du sujet en tant que personne, de tout ce qui relève de son esprit, et ne s'en remettre qu'à des données purement corporelles. Si ce mouvement d'éradication de la subjectivité est d'autant plus étonnant s'agissant d'un professionnel du psychisme comme Janet, il témoigne aussi de cette si classique séparation corps – esprit. Pour indéfectible que ce dualisme séparant le physique du psychique puisse paraître tant il perdure dans sa radicalité même ainsi qu'en témoigne la pratique médicale contemporaine, tout au contraire Madeleine nous donne littéralement à voir combien, en dépit de l'intense expérience subjective qui est la sienne, son corps y est pleinement investi et combien ainsi elle l'investit de cette expérience et le donne à voir, à palper, à écouter, donc à apprécier physiquement. C'est bien de cet usage de son *corps*

[3538] Behrens Georg M., Stoll Matthias, Schmidt Reinhold E. *Lipodystrophy syndrome in HIV infection: what is it, what causes it and how can it be managed?* Drug Saf 2000;23(1):57-76. Holstein Andreas, Plaschke A., Egberts E. H. *Lipodystrophy and metabolic disorders as complication of antiretroviral therapy of HIV infection*. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2001;109(8):389-92.

[3539] Mirave Araceli, Abecasis Pedro. *Determination of the legal age of majority in Spain and in the European Union. Current situation*. J Clin Exp Dent 2025;17(1):e79-e86.

que Janet échoue à reconnaître la signification en usant de façon bien maladroite et naïve d'un outillage expérimental le réduisant à sa dimension purement physique. Pour finir, il est notable que ses douleurs transfixiantes, pourtant prémonitoires de l'apparition de ses *stigmates* (et donc, pour le coup, des plaies du corps bien objectives) n'ont suscité que de la perplexité, comme son envol du scepticisme et le besoin d'en découdre ce qui vient aussi soulever la question des failles éthiques dans ces comportements soignants faits de surdité et de préjugés.

6.2 – La portée du doute en partage dans la relation de soin

Il est un médecin éminent qui fonde son autorité sur la rationalité scientifique, elle est une patiente suspecte de troubles mentaux qui a confié en Dieu sa raison d'être. En dépit de tout ce qui les oppose, de leurs dissemblances, de leurs divergences, de leurs dissensions, de ce rapport de pouvoir qui accable les patients et les femmes de cette époque patriarcale et matinée de paternalisme, ils vont pourtant parvenir à se rencontrer réellement à même hauteur de regard. Si l'on considère l'approche fictionnelle de leur relation de soin proposée par Claude Baqué, ils vont même pouvoir dialoguer à équité de parole. Alors que le doute est en lui-même une cause fréquente de dissensions, qu'en cela il peut susciter bien des craintes, de la défiance et autres manifestations défensives de part et d'autre, c'est sur le terrain même du doute que cette rencontre authentique, au sens de la reconnaissance intersubjective et de la réciprocité, va advenir entre Janet et Madeleine. C'est aussi en s'engageant pleinement dans un débat porté par le contradictoire et le dubitatif que se révèlent, non seulement la puissance dialectique, mais aussi la force de questionnement éthique qu'apporte la mise en partage du doute au cœur de la relation de soins et qu'il émane du soignant comme du patient.

6.2.1 – Le doute en partage dans la relation de soin comme condition de reconnaissance intersubjective

L'expérience clinique nous montre que la relation de soin, entre un patient et un soignant, n'est pas donnée. Elle n'existe pas, par principe, au motif qu'il y a un patient et un soignant. Son existence ne relève pas seulement des contingences liées à l'impératif de prévention et de traitement des maladies. Incertaine donc, et instable, la relation de soins est un processus non garanti qui relève d'une perpétuelle (re)construction. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte qui conditionnent d'une part la possibilité de son existence même, d'autre part la nature et bien sûr la qualité de cette relation. S'agissant de son existence même, la relation de soins implique en premier lieu, et pourrait s'y réduire, une interaction sous-tendue par une nécessité : celle d'offrir (s'agissant du soignant) et de recevoir (s'agissant du patient) des interventions sanitaires. Faut-il se contenter de ce type d'interaction que l'on pourrait dès lors qualifier de relation ordinaire, conventionnelle, polie, utilitariste. En somme, il s'agit d'une relation certes thérapeutique mais au seul sens pragmatique, concret, matériel du terme. Reliant un patient, usager passif et soumis d'une institution sanitaire, et un soignant, technicien et prescripteur, que la scientificité peut rendre sourd aux appels de patients réduits au statut de corps réifié et de *maladie objective* à éradiquer. Si certains patients, comme certains soignants, préfèrent se contenter de ce type d'interaction, tous sont en droit de la trouver insuffisante. Les écueils en sont connus, dont la déshumanisation des soins, qui ont fait advenir à force de lutte la reconnaissance progressive par les professionnels et par les institutions sanitaires de l'autonomie et de la place du patient, de ses droits et de ses savoirs expérientiels, grâce au

mouvement de démocratie sanitaire[3540]. La question est dès lors de comprendre comment accéder à un autre niveau de relation propre à constituer une relation authentique laquelle présuppose une reconnaissance intersubjective et réciproque entre patient et soignant.

Cette scène 11 de la pesée apporte un éclairage précieux sur le type et la qualité de la rencontre qui peut se jouer au cœur de la relation de soin. Par-delà leur asymétrie structurelle inéluctable, les dissensions qui les opposent, tout ce qui les différencie quant à leurs statuts et leurs enjeux respectifs, patients et soignants n'en sont pas moins l'un et l'autre des *sujets*, non réductibles à la fonction d'*objets* (machine à prescrire d'un côté, objet maladie de l'autre) à laquelle il peut être facile et pratique de les assigner. La reconnaissance subjective de l'un comme de l'autre n'est ni donnée ni évidente, encore moins constante. Elle n'est d'ailleurs pas toujours possible, s'agissant par exemple de la situation d'un patient dans le coma ou sous anesthésie générale ou bien de celle d'un professionnel de santé qui n'a pas vocation à rencontrer les patients auxquels il apporte sa compétence tels qu'un biologiste ou un anatomopathologiste. Mais surtout, et bien plus souvent, l'échange entre le patient et le soignant peut n'être parfois qu'instrumental. Il en est ainsi lorsque l'acte de délivrer ou de recevoir une prescription de soins intervient sans plus d'interaction que cet échange purement procédural, matérialisé par un document de papier. Un renouvellement d'ordonnance peut, de fait, ne donner lieu à aucune rencontre véritable alors même que tout un récit peut s'animer et s'y lire, mais dont la dynamique est alors masquée par l'acte de pure répétition à l'identique d'une prescription médicalement déterminée. S'agissant de Janet, ne considérer Madeleine que comme son *objet* d'étude ayant pour vocation d'alimenter ses travaux et publications scientifiques n'est pas moins instrumental et utilitaire. Si les dispositions d'accueil, d'attention, d'écoute et de discussion semblent être des conditions minimales pour faire exister un processus de reconnaissance intersubjective, elles ne suffisent pas. Cette scène de dialogue entre Madeleine et Janet autour d'une « Balance » confirme combien il importe, pour chacun des acteurs de la relation de soin (soignant autant que patient) de pouvoir douter ainsi que développé dans les chapitres précédents. Elle révèle aussi la puissance dialogique, donc de reconnaissance subjective réciproque inhérente au doute lorsqu'il peut être exprimé et mis en partage au cœur de la relation de soin. En plus d'être un outil clinique inhérent au travail d'enquête diagnostique, comme de recherche pour la science médicale, le doute partagé apparait dès lors comme condition de possibilité d'une relation véritablement intersubjective et réciproque entre le patient et le soignant ce qui n'est pas sans contribuer à la qualité des soins.

6.2.1.1 – L'épochè phénoménologique comme modalité de relation au monde en le réinterrogeant toujours

Avec le philosophe Edmund Husserl, père de la phénoménologie, il est possible d'accéder à une autre dimension fondamentale et innovante du doute qu'est l'*épochè* phénoménologique[3541]. Notamment, il va s'inscrire en faux par rapport à l'usage cartésien du doute radical comme

[3540] Je renvoie à la loi du 4 mars 2002 et particulièrement, dans son titre II, les articles 3 à 44 relatifs à la démocratie sanitaire. En ligne : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3541] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique*.

méthode d'accès à une vérité indubitable. Si Husserl reconnaît pleinement l'héritage de Descartes[3542] puisque c'est « par l'étude de ses *Méditations* que la phénoménologie » a opéré une évolution déterminante, cette dernière s'est vue « obligée de rejeter à peu près tout le contenu doctrinal connu du cartésianisme »[3543]. Tout d'abord, il rappelle certes que ce qu'il qualifie de « remarquable et surprenante suite de pensées des *Méditations* » visait à faire de la philosophie « une science à fondements absolus ». Mais tout en louant les valeurs de la science, dont particulièrement le critère de rigueur jusque dans ses propres écrits[3544], il ne se positionne pourtant pas en scientifique porté par l'ambition d'expliquer le monde en échafaudant des constructions théoriques et systématiques à son sujet. Husserl se positionne en phénoménologue, c'est-à-dire qu'il cherche à s'enquérir du monde, à retourner aux choses elles-mêmes et ainsi à rendre compte de *ce qui se vit*, plutôt qu'à expliquer scientifiquement la vie, notamment dans ses fondements physico-mathématiques et biologiques. Conformément à la maxime de la phénoménologie, il est dans ce mouvement de *retour aux choses mêmes*. Et pour ce qui concerne le sujet du doute, les façons qu'ont Descartes et Husserl d'appréhender le doute sont non seulement aux antipodes l'une de l'autre mais ce vers quoi l'usage du doute les mène correspond finalement à des horizons très différents.

Autour essentiellement de la question de la connaissance sensible, Descartes cherche, en le radicalisant, à éradiquer le doute puisqu'il vise la certitude indubitable. Il y parvient en effet et aboutit au *cogito* ainsi qu'il le précise dans sa très célèbre seconde méditation :

> Mais il y a un je ne sais quel trompeur très puissant et très rusé, qui emploie toute son industrie à me tromper toujours. Il n'y a donc point de doute que je suis, s'il me trompe ; et qu'il me trompe tant qu'il voudra, il ne saura jamais faire que je ne sois rien, tant que je penserai être quelque chose. De sorte qu'après y avoir bien pensé, et avoir soigneusement examiné toutes choses, enfin il faut conclure et tenir pour constant que cette proposition, je suis, j'existe, est nécessairement vraie, toutes les fois que je la prononce ou que je la conçois en mon esprit[3545].

Cette méditation explicite le *cogito* cartésien, le « *je pense, donc je suis* »[3546] qui donne à travers l'activité de pensée la certitude de sa propre existence puisque cette activité de penser est la preuve de la réalité que je suis au moment même où elle advient. Le fait d'être soi-même en train de penser apporte l'évidence d'être, d'exister : « je suis, j'existe est nécessairement vraie toutes les fois que je la prononce ou que je la conçois en mon esprit ». Le « *je suis, j'existe* » est cette seule et unique certitude indubitable à laquelle l'usage méthodique du doute radical par Descartes, qualifié d'hyperbolique au sens où il englobe absolument toutes choses, permet d'aboutir. C'est l'évidence de soi-même pensant et donc de la réalité de son être, de sa propre existence. Mais cette position de Descartes a aussi conduit l'*ego cogito* à une impasse, à un

---

[3542] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit.,* p. 17 : « Les impulsions nouvelles que la phénoménologie a reçues, elle les doit à René Descartes, le plus grand penseur de la France. C'est par l'étude de ses *Méditations* que la phénoménologie naissante s'est transformée en un type nouveau de philosophie transcendantale. On pourrait presque l'appeler néo-cartésianisme ».
[3543] *Ibid.*
[3544] Husserl Edmund, de Launay Marc B. (Trad.). *La philosophie comme science rigoureuse*. Paris: Presses universitaires de France; 1989 [1911].
[3545] Descartes René. *Méditations. Objections et réponses*. *Op. cit*., p. 18-26 (Deuxième méditation), ici p. 19.
[3546] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 31-40 (Quatrième partie).

enfermement du « je » sur lui-même, au solipsisme ainsi qu'Husserl l'explicite dans ses *Méditations cartésiennes*, en écho aux *Méditations métaphysiques* de son estimé prédécesseur.

> En fait de réalité absolue et indubitable, le sujet méditant ne retient que lui-même en tant qu'*ego* pur de ses *cogitationes*, comme existant indubitablement et ne pouvant être supprimé même si ce monde n'existait pas. Dès lors le moi ainsi réduit réalisera un mode de philosopher solipsiste[3547].

Descartes provoque l'enfermement du « je » en lui-même dans ses propres pensées : « le sujet méditant ne retient que lui-même en tant qu'*ego* pur de ses *cogitationes* ». Si par le « *je suis, j'existe* » la conscience de soi qu'est le *cogito* apporte en effet la certitude indubitable du « je », en dehors du « je » le *cogito* ne résout en rien le doute. Parce qu'il est isolé en lui-même, et comme hors monde, aucune autre réalité que le « je » du cogito ne peut être assurée. Comment ce « je » cartésien pourrait-il être au fondement de la connaissance, *a fortiori* certaine, puisque le doute radical porté par Descartes ne se résout en fait pas, en tout cas pas en dehors du seul prisme d'un « je » isolé du monde et des autres. Ce « je » certes existe indubitablement mais en dehors de toute réalité extérieure à la sienne propre et il resterait d'ailleurs encore indubitable « même si [l]e monde n'existait pas ». Toute réalité extérieure au « je » cartésien ne peut donc que rester dans le doute puisqu'elle est déconnectée de ce *cogito*, aussi incontestable soit-il dans la certitude de l'existence du « je » qui en est l'acteur. La réalité extérieure reste hors-champs et même en rupture par rapport à la pensée du « je » puisque celui-ci est enfermé en lui-même et sans relation avec le monde (et les autres) qui l'entoure[3548]. Edmund Husserl va dépasser cet écueil du solipsisme, sans renoncer aux avancées majeures pour la philosophie auxquelles Descartes a contribué et en particulier son ouverture à un *subjectivisme transcendantal*[3549]. En parvenant à cet ego indubitable, Descartes le psychologise puisqu'il en exclut le corps et ne l'appréhende que comme subjectivité. Sur cette base, Husserl espère « ressusciter les *Méditations* cartésiennes, non certes pour les adopter de toutes pièces, mais pour dévoiler tout d'abord la signification profonde d'un retour radical à l'*ego cogito* pur »[3550].

Husserl va user de l'*épochè* phénoménologique, aussi identifiée sous le terme de *réduction* phénoménologique, laquelle consiste à *suspendre* la croyance en l'existence du monde. En cela, elle semble opérer de la même manière que le doute radical de Descartes, celle de mettre à

[3547] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit.,* p. 20.

[3548] Löwit Alexandre. *L'« épochè » de Husserl et le doute de Descartes*. Revue de métaphysique et de morale, 1957;(4):399-415. : « c'est, en effet, la "réduction cartésienne" au moi pensant avec ses *cogitationes*, qui met la pensée devant ce problème : comment la connaissance des choses hors de moi, des choses en soi, est-elle possible ? "Je ne puis avoir aucune connaissance de ce qui est hors de moi que par l'entremise des idées que j'en ai eues en moi" ; mais comment une idée en moi, une *cogitatio*, peut-elle pour ainsi dire sortir d'elle-même pour atteindre un objet qui ne se trouve pas en elle – pour être une représentation, voire une connaissance certaine, d'un objet qui lui est transcendant ? ».

[3549] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit*., p. 21 : « Descartes inaugure un type nouveau de philosophie. Avec lui la philosophie change totalement d'allure et passe radicalement de l'objectivisme naïf au subjectivisme transcendantal, subjectivisme qui, en dépit d'essais sans cesse renouvelés, toujours insuffisants, parait tendre pourtant à une forme définitive ».

[3550] *Ibid.,* p. 24.

distance le monde, de le biffer[3551] – que ce soit en le niant ou en le neutralisant – mais son objectif est différent ainsi que ce propos issu des *Méditations cartésiennes* tend à le suggérer.

> […] l'existence naturelle du monde – du monde dont je puis parler – présuppose, comme une existence en soi antérieure, celle de l'*ego* pur et de ses *cogitationes*. Le domaine d'existence naturelle n'a donc qu'une autorité de second ordre et présuppose toujours le domaine transcendantal. C'est pourquoi la démarche phénoménologique fondamentale, c'est-à-dire l'*épochè* transcendantale, dans la mesure où elle nous mène à ce domaine originel, s'appelle réduction phénoménologique transcendantale[3552].

Plus encore que de poser la certitude inébranlable de l'*ego cogito* (puisque Descartes l'a déjà validée), l'*épochè* phénoménologique permet de dévoiler l'*intentionnalité* de la conscience, c'est-à-dire le fait qu'elle soit toujours « conscience *de* quelque chose »[3553]. En montrant que la conscience n'est donc pas close sur elle-même mais ouverte et tendue vers le monde, Husserl non seulement résout l'écueil du solipsisme cartésien mais fait exister le monde de par sa relation à l'*ego cogito*[3554]. Ainsi que le développe Alexandre Lowit dans un article de référence à ce sujet, le rapport à l'objet, le rapport au monde est en effet un trait qui différencie fondamentalement l'*épochè* husserlienne du doute cartésien[3555]. Quand bien même Descartes en a pressenti et posé les bases, la subjectivité transcendantale qu'Husserl fait émerger se distingue par le fait qu'elle est reliée aux objets du monde tandis que l'*ego cogito* cartésien en était quant à lui coupé. Autre trait différenciant fondamental, alors que le doute cartésien est provisoire puisqu'il est une méthode visant la certitude et cherchant donc à sortir du doute, l'*épochè* phénoménologique, parce qu'elle est une attitude fondamentale d'existence, est quant à elle définitive[3556]. Pour Husserl, l'*épochè* est un état de suspension de la croyance en l'existence du monde dont on ne sort pas. C'est un mode de relation au monde qui consiste à l'interroger et le réinterroger sans cesse. Il s'agit par le geste husserlien (semblant paradoxal) de la mise à distance du monde que suscite la suspension, d'y être au contraire relié plus intensément parce que cela conduit à ne jamais le considérer pour acquis, à le remettre sans

---

[3551] Le verbe « biffer » est employé par Ricœur pour définir la réduction phénoménologique. Je renvoie à : Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? », premier épisode intitulé *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*], France culture, 2 janvier 2023. En ligne : Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ? : épisode 1/4 du podcast Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? | France Culture, consulté le 22 septembre 2025.
[3552] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit*., p. 47.
[3553] *Ibid.,* p. 65 : « Le mot *intentionnalité* ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'a la conscience d'être conscience *de* quelque chose, de porter, en sa qualité de *cogito*, son *cogitatum* en elle-même ».
[3554] *Ibid.,* p. 46 : « […] l'*épochè* est la méthode universelle et radicale par laquelle je me saisis comme moi pur, avec la vie de conscience pure qui m'est propre, vie dans et par laquelle le monde objectif tout entier existe pour moi, tel justement qu'il existe pour moi. Tout ce qui est "monde", tout être spatial et temporel existe pour moi, c'est-à-dire vaut pour moi, du fait même que j'en fais l'expérience, le perçois, le remémore, y pense de quelque manière, porte sur lui des jugements d'existence ou de valeur, le désire, et ainsi de suite ».
[3555] Löwit Alexandre. *Op. cit*.
[3556] *Ibid.* : « l'épochè chez Husserl, tout au contraire du doute chez Descartes, n'est pas provisoire, mais définitive. Descartes doute, non pas pour rester dans le doute, mais pour atteindre la certitude - pour sortir du doute ».

cesse en question, à y porter toujours une attention vive, parce que renouvelée, sans se laisser emporter par l'évidence[3557]. Husserl précise ainsi que :

> C'est par le progrès réel de la *perception* – opposé au simple « éclaircissement » par des "représentations" anticipantes – que s'effectue la détermination plus précise, en confirmant ou en infirmant les "anticipations", mais toujours impliquant de nouveaux "horizons", et ouvrant des perspectives nouvelles[3558].

Il distingue là deux modes très différents de connaissance, ou du moins d'accès au monde, en opposant d'un côté, celui de Descartes, le principe de l'entendement impliquant « l'« éclaircissement » par des « représentations » anticipantes », de l'autre l'approche phénoménologique de la perception sans cesse renouvelée et donc toujours tendue vers « des perspectives nouvelles ». C'est pourquoi Husserl précise aussi que « Le domaine d'existence naturelle n'a qu'une autorité de second ordre », à savoir que pour la conscience transcendantale avec sa structure intentionnelle tendue vers le monde, les objets du monde ne sont pas existants (ce qui mènerait à leur évidence figée que l'entendement viendrait éclairer) mais visés grâce au geste perceptif de la réduction phénoménologique qui invite à toujours les réinterroger de sorte à en avoir une conscience toujours plus vive.

En médecine, s'il importe de pouvoir décider et agir, donc de juger, la suspension non pas de juger mais de juger définitivement est tout aussi essentielle tant l'entièreté des situations ne saurait être d'emblée ni toujours accessible, ni même exhaustivement compréhensible. L'*épochè* phénoménologique comme état d'être au monde (dans la diversité de ses objets et des individus qui le peuplent) conduisant à le (ré)interroger perpétuellement s'applique donc particulièrement à la pratique médicale au regard de la multiplicité des facteurs impliqués, de la complexité des configurations comme de leur évolutivité et des incertitudes inévitables. Il s'agit de rester toujours attentif, de ne pas succomber à l'évidence et à la répétition routinière à l'identique, d'être disposé à (re)questionner pour pouvoir tendre à une plus grande lucidité, une conscience accrue des situations, une perception plus fine et actualisée.

6.2.1.2 – L'épochè phénoménologique comme condition de la relation intersubjective

Ce que vient aussi éclairer Husserl est que cette modalité de relation au monde qui conduit à pouvoir en suspendre l'existence et dès lors pouvoir le viser et le reconnaître en le (ré)interrogeant sans cesse passe par l'intersubjectivité. A l'inverse du sujet cartésien, isolé du monde et des autres, la relation au monde telle que l'entend Husserl passe par le fait que nous sommes en relation les uns avec les autres et que le « je » lui-même est soumis à la réduction phénoménologique ainsi que le précise Alexandre Lowit.

[3557] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit*., p. 58 : « […] si absolue que soit cette évidence pour l'existence de l'*ego* et pour cet *ego* lui-même, il n'en est pas de même pour les multiples données de l'expérience transcendantale. En effet, les *cogitationes* données dans l'attitude de la réduction transcendantale comme objets de perception, de souvenir, etc., ne sauraient pas être tenues pour absolument certaines quant à leur être présent ou passé ».

[3558] *Ibid*., p. 84.

> L'épochè husserlienne porte sur toutes les composantes du monde sans exception : non seulement sur les choses matérielles, non seulement sur moi-même en tant que je suis un corps, mais tout autant sur moi-même en tant que je suis une âme[3559].

Alors que « chez Descartes, la position du moi pensant apparaît comme une exception, comme une limitation de l'épochè à l'égard du monde »[3560], l'*épochè* husserlienne vise au contraire aussi l'*ego cogito*. C'est par l'*épochè* phénoménologique que le sujet (soi-même, tout comme autrui) peut être ainsi visé et donc, par l'effet de réduction, être reconnu comme *sujet pensant*. Avec Husserl le doute a effectivement été radicalisé, plus encore qu'avec Descartes, au point de ne faire aucune exception (« toutes les composantes du monde sans exception »). C'est pourquoi Husserl va aussi plus loin que Descartes dans cette révélation de la subjectivité transcendantale. Si, pour y aboutir, l'un et l'autre ont usé de la mise à distance en systématisant le doute à toutes choses (à l'exception donc du sujet pensant pour Descartes), *in fine* Husserl parvient certes lui aussi à la reconnaissance du *moi pensant*, mais plus encore à celle du *moi doutant*. Le fait de douter, qui est une activité de pensée, apporte la preuve de la réalité de l'existence. C'est certes toujours « *je pense donc je suis* » mais aussi et plus encore *je doute donc je suis*. L'activité de doute permet de se reconnaître soi-même existant puisque quand je doute je sais que je suis. Douter me confirme ma propre existence en tant qu'*ego cogito*, donc en tant que sujet. Réciproquement, cette activité me permet aussi de reconnaitre l'*autre doutant* comme sujet. L'*épochè* phénoménologie apparait ainsi au fondement de la reconnaissance intersubjective, par la reconnaissance subjective et réciproque de l'*autre doutant* comme soi-même.

Ce lien entre l'intersubjectivité et le rapport au monde est un point important qu'Husserl invite à appréhender. Il en apporte des éléments explicatifs dans ce passage des *Méditations cartésiennes* :

> L'intersubjectivité transcendantale possède, grâce à cette mise en commun, une *sphère intersubjective* d'appartenance où elle constitue d'une manière intersubjective le monde objectif ; elle est ainsi, en qualité d'un "*nous" transcendantal*, sujet *pour* ce monde et aussi pour le monde des hommes, forme sous laquelle ce sujet se réalise lui-même comme objet[3561].

Avec Descartes, le sujet, enfermé en lui-même, pris au piège du solipsisme, semble exclu de la relation au monde et aux autres. Il n'y a donc à la fois pas de relation intersubjective et pas de relation aux objets du monde. Alors qu'avec Husserl, la subjectivité transcendantale se distingue précisément par son rapport au monde dont la mise en suspension permet de valider le lien et l'existence même. Plus encore, c'est par « une *sphère intersubjective* », un « « *nous* » *transcendantal* » que le monde peut être révélé. Pour Husserl, notre rapport au monde implique l'intersubjectivité, c'est-à-dire que notre relation au monde dépend de notre relation les uns avec les autres et que la réalité de son existence ne peut être attesté qu'avec et par les autres. Le monde ne peut pas être un objet pour un sujet solitaire. Nous percevons le monde, nous nous rapportons au monde avec les autres. Autrement dit l'intersubjectivité est essentielle puisque

[3559] Löwit Alexandre. *Op. cit*.
[3560] *Ibid.*
[3561] Husserl Edmund. *Méditations cartésiennes*. *Op. cit*., p. 175.

c'est ce qui nous permet de percevoir le monde. Cette position de Husserl est si forte qu'elle le conduit à poser que l'intersubjectivité fonde l'objectivité (« elle constitue d'une manière intersubjective le monde objectif ») et partant le principe de réduction intersubjective, aux antipodes de la connaissance objective cherchant à dévoiler le monde réel donné comme existant.

6.2.1.3 – Le doute en partage dans la relation de soin comme émergence de la relation intersubjective entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet

Exprimer et partager ses doutes, que ce soit en tant que patient ou en tant que soignant, n'est ni spontané, ni évident et peut bien au contraire s'avérer difficile et déstabilisant. Il y a là toujours la crainte de ne pas être entendu, d'être incompris ou méjugé, de craindre de fragiliser (éventuellement même d'en être accusé) ce qui constitue le lien relationnel, qu'il s'agisse du lien que le patient souhaite naturellement préserver avec le soignant dont il dépend pour sa santé ou bien du lien que le soignant cherche à établir et renforcer avec le patient auquel il a vocation de porter assistance et dont il espère la coopération. Aux antipodes du non-dit, de l'incommunicable, de la fracture relationnelle, la relation de soin qui lia Janet à Madeleine, telle que Claude Baqué l'a mise en scène, révèle la possibilité du *doute en partage* et toutes la richesse et les potentialités qui en résultent, entre autres la possibilité de faire émerger une authentique relation intersubjective.

Alors que le contexte socio-historique et le paternalisme médical rendaient peu probables la possibilité que Janet puisse écouter Madeleine autrement qu'en y appliquant une lecture strictement psychiatrique, elle a pu se faire entendre bien différemment. Ainsi qu'en témoigne la scène de la pesée, Janet accepte de l'écouter et de dialoguer avec elle en la reconnaissant manifestement comme sujet et ne la traite donc plus seulement comme un objet d'étude, passant donc d'une relation de type *Je-Cela* à une relation de type *Je-Tu*[3562]. Réciproquement, Madeleine a aussi pu entendre Janet autrement inaugurant une véritable rencontre. Ce qui rend manifestement possible cette rencontre authentique, en dépit de leurs dissensions et de l'opposition de leurs registres de rationalité, c'est le doute. Douter ensemble et réciproquement leur permet d'être pleinement sujets de leur relation, de vivre pleinement une relation intersubjective précisément comme l'a développée Husserl. D'une part, pour l'un et pour l'autre le principe du *Je doute donc j'existe* se manifeste pleinement. D'autre part, c'est aussi le plein déploiement du *Je doute avec l'autre donc je suis au monde*. Ici se fonde le lien entre rapport au monde et intersubjectivité qui implique de pouvoir reconnaitre l'autre comme sujet et pour ce faire en reconnaître les doutes comme soi-même doutant. Pouvoir (ré)interroger le monde ensemble (ainsi que s'y adonnent pleinement Janet et Madeleine dans cette scène 11), en tant que l'un et l'autre sujets doutant, apporte la preuve fondamentale de l'existence. Le doute est non seulement condition de l'être mais condition de l'être au monde qui passe par la reconnaissance du doute en l'autre comme en soi-même. La *relation intersubjective* implique de reconnaître l'état d'interrogation de l'autre autant que le sien propre selon une modalité relationnelle de type *Je/Tu*. C'est effectivement ainsi qu'elle vient à se déployer lorsque Janet

[3562] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité.*

sort de l'unilatéralité et n'aborde plus Madeleine seulement comme un objet extérieur de recherche et d'analyse psychopathologique mais l'écoute pleinement, à même hauteur de pensée, en suspendant donc son jugement scientifique, par nature distancié, réifiant, enfermant. Au cœur de ce dialogue à l'œuvre, ils semblent alors se trouver dans un même flux de pensée interrogative réciproquement partagée. La reconnaissant elle aussi comme *sujet doutant*, au même titre que lui-même doutant, ainsi qu'en témoignent les diverses interrogations qu'ils s'adressent l'un à l'autre et réciproquement, il la reconnait et la fait exister comme sujet et non plus objet, comme *Tu* et non plus comme *Cela* selon les termes de Buber[3563]. Le doute en partage au cœur de la relation de soin semble bien se présenter comme condition de relation authentique, comme condition de relation intersubjective entre un *Je* et un *Tu*.

Dans la relation de soin, comme toute autre relation, la reconnaissance du doute en l'autre comme en soi-même serait donc la condition de l'intersubjectivité, de la réciprocité, de la reconnaissance de l'autre comme sujet. Parce que douter, mettre en suspension, c'est faire exister le réel et plus spécialement le réel en l'autre à travers la relation. Janet, par le doute qu'il en vient à éprouver et qui n'est plus ce doute méthodique scientifique visant la compréhension distanciée du monde mais un état de mise à distance, de suspension à l'égard de Madeleine, la découvre et la fait exister dans toute sa richesse et sa complexité. Suspendre son jugement c'est ne pas en finir, c'est bien au contraire continuer d'être mobilisé, c'est pourvoir même se mettre en disposition de voir mieux parce que différemment et peut-être plus. C'est pouvoir non seulement faire exister l'autre mais plus encore viser à le (re)connaître tel qu'en lui-même il est un sujet à nul autre pareil, donc en l'accueillant sans jugement, avec toute l'attention de l'accueil et sans position arrêtée. S'il a certes fallu du temps à Janet et Madeleine pour que le moment propice d'une rencontre authentique advienne, impliquant un nécessaire apprivoisement comme des opportunités de dialogue, il fallait, pour y parvenir, pouvoir aussi s'ouvrir pleinement au doute, l'exprimer, le mettre partage. Car se reconnaître soi-même *doutant* n'est pas le moindre des efforts tant – autant pour l'un que pour l'autre – il peut être difficile de faire face au doute. Douter de la science, de sa méthodologie, de la justesse de ses résultats s'agissant de Janet, quand Madeleine fut quant à elle prise de doute à l'égard de Dieu et de sa foi. De là l'importance de ne pas considérer seul l'objet de ses doutes, de les aborder au prisme de l'intersubjectivité car *Je* ne peut douter soi-même, donc exister soi-même en tant que sujet mondain aux prises avec ses nombreuses interrogations qu'avec l'autre, lui-même *sujet doutant*. En reconnaissant cet *autre doutant* comme soi-même, la relation de soin acquiert sa pleine dimension intersubjective et sort de sa seule fonction ordinaire, utilitaire et réifiante. Le doute partagé, par-delà sa fonction dialogique, permet de faire advenir la réciprocité et la reconnaissance de l'autre (patient autant que soignant) comme *sujet* (un *Je* comme un *Tu* selon Buber). Le doute partagé conditionne ainsi « paradoxalement » – puisqu'il fait effectivement partie des causes de dissension fondamentale entre patient et soignant – la possibilité d'une relation de soin authentique fondée sur l'intersubjectivité.

[3563] Buber Martin. *Op. cit*.

6.2.1.4 – Le doute partagé comme moment du soin

Le doute partagé entre patient et soignant peut constituer un véritable « moment du soin » tel que l'a pensé Frédéric Worms[3564]. Parce qu'en l'élevant au-delà de sa seule dimension instrumentale, il œuvre à la possibilité d'une rencontre véritablement intersubjective entre patient et soignant. L'un et l'autre se rencontrent donc en tant que deux sujets et non pas au prisme d'un sujet et d'un objet dont le sujet viendrait user (objet d'étude et d'interventions médicales s'agissant du patient ou objet technicien prescripteur s'agissant du soignant). Le doute partagé opère contre cet écueil puisque l'accueil et l'écoute du doute en l'autre impliquent de le reconnaitre comme *sujet doutant* et ne sauraient donc le réduire à un objet. Le mouvement même de cette reconnaissance intersubjective est aussi à même de favoriser l'apprivoisement progressif et mutuel entre ces êtres si dissemblables. Le dialogue ainsi animé par le partage de leurs doutes respectifs favorise leur compréhension réciproque, par-delà leurs divergences, apportant des éléments, si ce n'est de réponse, du moins d'orientation quant aux questions : qui est cet autre ? Quel est ce *Tu* au-delà du *Cela* que serait une maladie éventuelle pour laquelle des soins pourraient être indiqués ? Quel est ce *Tu* au-delà du *Cela* que peut être l'intervention instrumentale d'un acteur soignant n'apparaissant à cet égard que sous l'angle de performances techniques ? Eclairer ce *Tu* contribue aux soins puisque ceux-ci ne sauraient se réduire à de froides interventions instrumentales aussi performantes et pertinentes dans leurs indications soient-elles. Le doute partagé, dans la cadre d'une rencontre intersubjective de type *Je/Tu*, permet donc bien de dépasser (sans pour autant l'annuler) cette relation réifiante de type *Je/Cela*, son caractère mécanique et sa visée utilitaire, son asymétrie fondamentale, le poids du pouvoir médical dominateur, assez peu à l'écoute et parfois sourd aux paroles, aux interrogations, au vécu subjectif, au savoir expérientiel des patients, enfin le risque de déshumanisation qu'une telle relation peut susciter parfois. Quand bien même un tel dialogue ne saurait être simple, spontané, indemne de toutes tensions, crispations ou résistances de part et d'autre, on comprend cependant qu'il ne puisse qu'améliorer le contenu et la qualité de l'échange entre patient et soignant. Le dialogue entre Janet et Madeleine autour du sujet de la pesée en témoigne tant les différents arguments contradictoires déployés s'avèrent intéressants, contribuent à la qualité et la dynamique de l'échange et enfin permettent d'éclairer efficacement l'état d'esprit, le positionnement, l'avancement de la réflexion, les intentions de l'une comme de l'autre. Grâce à ce dialogue Janet et Madeleine se découvrent autrement et tendent à mieux se (re)connaître, à mieux se comprendre et partant à être plus compréhensifs et tolérants à l'égard de leurs raisons et objectifs respectifs. De ce point de vue, le partage des doutes au cœur de la relation est propre à prévenir les conflits et les ruptures, donc à favoriser et renforcer l'engagement de chacun des partenaires de la relation. Cela peut ainsi contribuer à l'adhésion et la meilleure observance du patient à ses soins tout comme aider le soignant à être mieux éclairé de la singularité (tels que des raisons intimes ou spirituelles) et des spécificités (par exemple culturelles) d'un patient dont il pourra dès lors adapter l'accompagnement.

De façon contre-intuitive, il semble donc bien que le partage des doutes, loin de fragiliser la relation de soin, pourrait au contraire renforcer la confiance du patient envers le soignant et réciproquement. La relation de Madeleine et Janet en témoigne de nouveau. Si la longue durée

[3564] Worms Frédéric. *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* Paris: Presses Universitaires de France; 2010.

d'hospitalisation de la première a certes pu contribuer à une compréhension réciproque approfondie tant ils ont été amenés à se côtoyer souvent et partant à mieux se connaître, favorisant d'autant le lien de confiance, la qualité de leur relation importe aussi et notamment cette possibilité d'une authentique reconnaissance intersubjective via le partage de leurs doutes respectifs en vue de leur résolution conjointe. Cette confiance fut d'autant plus remarquable que Madeleine était particulièrement méfiante et que Janet représentait une figure éminente du pouvoir médical et de la psychiatrie, discipline marquée du sceau de l'enfermement des individus et pouvant à cet égard susciter des réactions de défiance voire de terreur, de rejet et de fuite. De fait, la confiance ne peut être spontanée ni « fonctionner à sens unique (injonction faite au seul patient d'avoir confiance) »[3565]. Elle résulte d'un processus en continuelle construction et soumis à des phases de fragilité et l'on peut même se demander si à la base il ne relèverait pas justement d'« une sorte d'interaction soupçonneuse d'abord sous-tendue par l'asymétrie radicale du pouvoir auquel le soignant ne peut renoncer »[3566]. De ce point de vue, l'état de soupçon, les doutes, sont bien compréhensibles et même sains, à moins de renoncer à son libre arbitre et son autonomie[3567]. Inévitables donc, bien plus que d'une remise en cause, ils viennent aussi témoigner d'un état d'attention à l'autre (aussi inconsciente soit-elle et pouvant alors relever d'effets de transfert) et de souci de la situation visant à mieux la comprendre et partant à mieux décider et agir. Loin de s'opposer à la confiance, ils en sont ainsi complémentaires en participant, au cœur de l'interface relationnelle, à cet « espace d'intelligibilité »[3568] vivifié par « la richesse du contradictoire et de l'enseignement réciproque »[3569] auquel patients et soignants contribuent en exprimant et en confrontant leurs doutes respectifs ainsi qu'en œuvrant à conjointement les éclairer, si ce n'est les résoudre.

6.2.2 – Le doute dans la relation de soin comme puissance dialectique

Si la relation de soin implique une rencontre entre un patient et un soignant, dans sa déclinaison minimale, elle peut ne se réduire qu'à une transaction purement instrumentale, jusqu'à en arriver à être dénuée de toute autre interaction langagière que les seules salutations d'usage. Mutité et surdité peuvent en effet caractériser certaines de ces rencontres que les usagers font avec leur système de santé. Tel patient, recevant des mains d'une secrétaire bien plus préoccupée par la facturation de l'acte que du visage soucieux de son interlocuteur, découvre à la lecture du compte-rendu d'imagerie qu'elle vient de lui transmettre mécaniquement que son poumon est apparemment truffé de métastases. S'il ne comprend peut-être pas d'emblée la métaphore du « lâcher de ballons », puisqu'il n'a pas reçu d'explications par un radiologue avenant, il n'en repart pas moins convaincu de sa condamnation. Pourtant un minimum de discussion avec un médecin aurait pu conduire d'emblée à réfléchir à une étiologie alternative,

---

[3565] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.

[3566] *Ibid.*

[3567] Je souligne l'engagement de Véronique Fournier à défendre l'autonomie des patients. Bénabent Juliette, *"Vieillir est une chance" dit Véronique Fournier, médecin défenseuse des vieux*, Télérama, publié le 15 septembre 2024 : « La loi sur le droit des malades, puis la consultation d'éthique clinique qu'elle crée à Cochin lui valent bien des reproches : on fait entrer des non-médecins à l'hôpital, on donne aux patients un contre-pouvoir, on introduit de la défiance… Elle tient bon ». En ligne : Véronique Fournier - Télérama Sept 2024, consulté le 10 octobre 2024.

[3568] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*.

[3569] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit.*

notamment infectieuse, étant donné ses nombreux voyages tropicaux, quand bien même il eut été aussi à risque de cancer. Hydatidose, tuberculose, histoplasmose constituent de telles étiologies susceptibles de provoquer des localisations pulmonaires trompeusement évocatrices de cancer. Si cette présentation faite à grands traits caricaturaux illustre combien les erreurs diagnostiques peuvent être lourdes de souffrances psychologiques voire de conséquences iatrogènes, elle permet aussi de souligner qu'en toutes circonstances, et par-delà les évidences médicales, le dialogue entre patient et soignant reste important. En plus d'offrir un minimum de paroles, le radiologue aurait pu s'interroger, donc un tant soit peu douter, et ne pas succomber à ce qui lui semblait être (ainsi qu'en témoignent les termes employés dans son compte-rendu) une certitude inébranlable. Le patient lui-même pouvait, non par déni mais peut-être par intuition, et tout simplement parce que le pire n'est de fait jamais certain, douter et éprouver le besoin d'exprimer ses doutes afin qu'ils puissent être posément éclairés, infirmés ou confirmés ainsi que son histoire de voyages y invitait très justement. Un tel exemple permet de suggérer l'importance de la fonction dialectique du doute laquelle implique pour advenir qu'une relation de soin ait pu effectivement se construire et soit à même de permettre d'une part la reconnaissance intersubjective (à savoir de pouvoir reconnaître en l'autre un *sujet doutant* comme soi-même et réciproquement), d'autre part la mise en partage dialogique des doutes respectifs de l'un et l'autre acteur-sujet de cette relation.

Grâce au texte de Claude Baqué mettant en scène divers temps d'échange entre Janet et Madeleine, il est possible de constater et s'imprégner de toute la puissance dialectique qui émane de leur dialogue. Fondé sur la mise en partage de leurs doutes et questionnements respectifs, évoluant au gré de l'alternance des arguments et contre-arguments, des hypothèses et de leurs remises en cause, des questions et des réponses (y compris lorsqu'un blanc fait office de consentement tacite), ce dialogue permet du coup l'élaboration d'un raisonnement de plus en plus étayé. C'est précisément ce que révèle la scène 11 de la « Balance » laquelle permet du coup d'entrevoir tout autre chose que la disqualification si fréquente de la parole et des compétences des patients à l'origine de leur silenciation et de la déconsidération de leurs questionnements et de leurs doutes. Madeleine est intelligente, pertinente (impertinente aussi), insoumise au pouvoir médical et Janet accepte de l'écouter pleinement et de dialoguer avec elle en la reconnaissant manifestement comme sujet (selon une relation de type *Je/Tu*) et non plus seulement comme son objet d'étude (au prisme d'une relation de type *Je/Cela* qu'il parvient ici à mettre un tant soit peu de côté). Ce qui rend possible cette rencontre authentique et ce dialogue riche d'arguments, en dépit de leurs dissensions et de l'opposition de leurs registres de rationalité, c'est effectivement le doute. Accueillir, susciter, partager le contradictoire et le dubitatif au cœur de leur relation de soin, de la part de chacun des partenaires, dès lors délestés du déterminisme pesant et restrictif de leurs rôles respectifs de patient et de soignant, ne vise finalement pas tant à faire échoir des croyances (en Dieu autant qu'en la science) qu'à tenter d'y voir un peu plus clair et peut-être d'agir un peu mieux. Douter ensemble et réciproquement leur permet donc de vivre pleinement une relation intersubjective authentique, respectueuse et surtout riche de discussions réciproquement éclairantes. Cette scène révèle bien toute la puissance dialectique du doute en partage au cœur de la relation de soin.

6.2.2.1 – La dialectique du doute comme espace d'intelligibilité entre patient et soignant

Depuis l'Antiquité, l'art de la dialectique permet à des personnes ayant des positions différentes de dialoguer en confrontant leurs idées, leurs raisons spécifiques, leurs motifs de désaccord. L'objectif n'est pas d'imposer une position personnelle à l'exclusion de celle de l'interlocuteur opposé (puisque ce serait alors précisément l'antidote à tout dialogue possible) mais de tendre, via l'écoute et la reconnaissance réciproque, vers ce que Canguilhem qualifie d'espace commun d'*intelligibilité*, c'est-à-dire « sur un même plan et au même niveau, sans intermédiaire étranger »[3570], par-delà les divergences. Patients et soignants sont des ces êtres que tout peut opposer hormis l'objectif *a priori* commun de préservation et de restauration de la santé. La relation de soin qui est un processus en perpétuelle (re)construction, qui n'est donc ni spontanée ni sans obstacles, n'offre pas toujours ni facilement un tel espace de dialogue. La parole des patients ne s'accueille pas simplement tandis que celle des soignants peut être particulièrement difficile à recevoir. La parole des patients reste entachée de préjugés négatifs (d'incompétence, de subjectivité, de biais liés à l'émotion, la peur, la détresse). Aussi inconscientes soient leurs réactions défensives, les soignants peuvent manifester à l'égard de cette parole suspicion, craintes, réticence, négligence, voire indifférence. De l'autre côté, parce que le langage médical est abscons, qu'elle peut être porteuse de mauvaises nouvelles, qu'elle tend à s'imposer sous le coup de l'autorité du sachant, qu'elle est donc propre à susciter aussi chez les patients soupçons, défiance, rejet voire fuite, la parole du soignant n'est pas non plus spontanément propice au dialogue. Faire se rencontrer ces deux paroles n'est pas aisé et impose un engagement réciproque donc du courage, un espace temporo-spatial dédié et des modalités d'échange favorables. Le doute semble pouvoir être un tel outil de rencontre, de dialogue et de réflexion partagée.

6.2.2.2 – Cette espace dialectique révèle la parole des patients et offre un au-delà réflexif

Parce que comme précédemment développé, douter *ensemble réellement* sous-tend l'intersubjectivité, donc la réciprocité, cela permet aux deux parties en présence de pouvoir débattre plus équitablement malgré l'asymétrie fondamentale de la relation de soin. La scène 11 révèle bien en effet combien l'asymétrie relationnelle semble effacée au profit d'un dialogue véritablement intersubjectif dans lequel Madeleine n'est pas infériorisée et tend même à prendre l'avantage dans le débat tant elle défend ardemment et intelligemment sa position. Pourtant, en plus de celle de son interlocuteur, elle n'hésite pas à questionner elle-même sa propre argumentation de sorte à atteindre les limites respectives de l'une et de l'autre. C'est ainsi qu'elle en vient même à mettre en doute Dieu et sa propre foi. A cet égard, elle est manifestement plus disposée à se remettre en cause que Janet, enferré dans sa rationalité scientifique, ainsi qu'est venu l'illustrer son exploration des *stigmates* et sa persévérance à n'y voir qu'une automutilation alors même que son protocole de mise sous scellés des zones cutanées d'intérêt concluait pourtant le contraire. C'est pourquoi, par sa capacité à mobiliser le contradictoire, Madeleine en devient socratique, usant sans le vouloir de la maïeutique et faisant ainsi accoucher Janet, enfermé dans sa lecture scientifique et psychiatrisante, de ce qu'il se refusait à concevoir. Madeleine va jusqu'à user de la réfutation, l'*elenchos* socratique,

[3570] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine*. *Op. cit*., p. 15.

notamment lorsqu'elle le pousse à aller réellement au bout du raisonnement par lequel il justifie son usage de la pesée, d'en apprécier lui-même les limites et d'en peser les conséquences. Elle use à cet égard de cette interrogation dubitative ultime : « Vous auriez osé dire à Jésus : « Attends un peu, viens par ici que je te pèse. » ? Vous lui auriez dit ça ? Alors pourquoi vous me le dites à moi ? Vous êtes cruel ! »[3571]. Le propos n'est effectivement pas sans le confronter à ses propres contradictions (« Vous auriez osé dire à Jésus »), à la nature de ses intentions (« pourquoi »), aux limites voire aux erreurs de son raisonnement (qu'en l'occurrence la rationalité scientifique ne prévient pas) et à ses effets délétères potentiels (« Vous êtes cruel ! »). Une telle contre-argumentation orchestrée par Madeleine n'a pu qu'ébranler sa propre argumentation (quels qu'en aient été les fondements expérimentaux), le faire douter de sa propre position, donc réfléchir et certainement évoluer dans son approche de la situation.

Cette évolution vers l'assouplissement et l'ouverture de Janet, permise par sa confrontation dialogique avec Madeleine explicitant distinctement sa position, s'est d'ailleurs avérée à propos. En tant que médecin clinicien et chercheur scientifique, Janet a de fait été confronté à l'errance et l'ambiguïté diagnostiques, à l'échec thérapeutique, à des évolutions inattendues, à la complexité contextuelle et situationnelle de sa patiente (notamment via l'intrication d'une puissante composante spirituelle), plus généralement à l'insuffisance de la médecine à résoudre toutes les questions. Ses échanges avec Madeleine semblent avoir permis de redonner du jeu quant à son cheminement réflexif et son jugement à son égard. Il en est même venu à s'extraire de son strict périmètre normalement restreint à l'expérimentation et la clinique médicale jusqu'à oser s'exprimer sur la question religieuse[3572]. C'est dire si leur dialogue, non seulement a pu libérer la parole, et donc l'esprit, mais permettre aussi une ouverture, notamment sur la question particulièrement d'actualité dans la société de l'époque de l'assomption de la Vierge Marie. L'un comme l'autre ne se trouvaient alors plus tout à fait déconnectés de la réalité (dans sa tour d'ivoire de scientifique ou dans son extase mystique) mais bien dans les préoccupations concrètes de leur temps. *In fine*, cette scène 11 illustre bien comment opère le raisonnement dialectique dynamisé par le doute mis en partage, c'est-à-dire en confrontant une *position* ou thèse à une *opposition* ou antithèse et combien, bien loin d'aboutir à une impasse ou à la rupture, cela produit une véritable ouverture. La dialectique permet le dépassement de la divergence pure. D'une position qui serait fermée elle n'aboutit pas à une opposition excluante et conflictuelle mais à une *composition* ou synthèse inédite et riche de perspectives réflexives (et peut-être ultérieurement d'actions) que ni l'un ni l'autre des interlocuteurs ne pouvaient anticiper. Par les interrogations qu'il suscite, le doute peut donc offrir de nouveaux éclairages et provoquer d'intéressants rebondissements dans le raisonnement que ce soit à l'échelle de l'individu (patient et/ou soignant), de l'interface relationnel du binôme soignant – patient, voir du collectif plus large que serait une équipe soignante.

[3571] Baqué Claude. *Op. cit*., p. 59-61 : Scène 11 intitulée « Balance » se situant dans la salle Claude Bernard.
[3572] *Ibid.* En témoigne l'échange suivant : Madeleine : « Je ne comprends pas qu'on puisse douter de cette assomption de la Vierge ! » ; Janet : « Pour le moment, le dogme n'est pas encore adopté. Encore faut-il le faire promulguer par le Pape ».

6.2.2.3 – Une agora des patients permettant la libre expression de leurs doutes et pour penser l'avenir des soins

En donnant la parole aux patients qui souvent en sont privés ou qui n'osent la prendre, en accueillant avec attention leurs doutes, en offrant crédit à leurs interrogations, non seulement ceux-ci tendent à se sentir plus reconnus et mieux respectés mais les questions qui sont les leurs constituent autant d'opportunités de corriger des erreurs d'appréciation, d'apporter un éclairage inédit et opportun, car plus juste, à leur situation clinique. Tout comme l'*agora* permettait, dans l'Antiquité, de donner la parole aux citoyens, éventuellement aidés dans l'élaboration de leur raisonnement par Socrate s'adonnant à l'art de la maïeutique, un tel espace pourrait être pensé pour les patients. A condition d'être exempt du pouvoir médical et au titre d'invitation des usagers du système de santé à s'exprimer et au dialogue, l'*agora de patients* serait dédiée à leur libre parole, au partage de leurs expériences, de leurs avis, à la libre expression de leurs doutes, donc de leurs questions comme de leurs propositions de réponses dans la diversité de leurs déclinaisons. Les mouvements de pensée pouvant émaner d'une telle confrontation de la multiplicité et de la diversité pourraient contribuer à réduire la défiance à l'égard du milieu médical, à améliorer les relations avec les soignants, à favoriser l'entraide et les comportements collectifs favorables à la santé, à faire émerger des questions sanitaires d'intérêt à investir en termes de politiques de santé et de recherche, à être force de propositions d'évolution pour les établissements et le système de santé.

6.2.3 – Le doute dans la relation de soin comme puissance éthique

Probablement comme dans toute relation de soin, celle qui lia Madeleine à Janet soulève un certain nombre de questions éthiques. A une époque où le pouvoir médical et le patriarcat laissent bien peu de place à la femme et à la parole féminine, Janet n'échappe pas au principe d'écoute sélective, en l'occurrence du symptôme (toujours au profit d'une lecture psychiatrique) aux dépends de la personne qu'est Madeleine. Cette scène 11 de la pesée révèle, à travers le débat et l'esprit critique qui s'y déploient de part et d'autre, que les doutes émis par Madeleine non seulement s'avèrent particulièrement pertinents pour la conduite diagnostique de sa situation mais permettent aussi d'infléchir l'attitude professorale d'autorité de Janet, dont on a même perçu jusqu'aux travers dogmatiques. L'analyse de cette scène conduit à poser l'hypothèse de la puissance éthique du doute émergeant et se partageant au cœur de la relation de soins. Une telle hypothèse fait écho à ce propos d'Éric Fourneret : « Le questionnement éthique se fait ressentir quand le doute s'installe dans l'esprit. Soudain, la pensée rencontre un obstacle »[3573]. C'est bien ce qui transparaît dans cette scène où le doute de Madeleine conduit, ou du moins incite Janet à descendre de son piédestal, à se positionner à même hauteur de regard, à renoncer à ses certitudes, à s'ouvrir à une pensée autre.

6.2.3.1 – L'apport du douter aux principes de la bioéthique

Parce que le doute permet de questionner sa propre posture, ses idées préconçues, ses habitudes autant que ses certitudes, qu'ainsi il permet d'accueillir plutôt que de fuir ou de rejeter, d'accepter le contradictoire, de réfléchir plus et autrement, d'entrer dans le dialogue et non pas le conflit, il se profile tel un véritable outil éthique. Cette sorte d'atmosphère que l'on pourrait

[3573] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017.

dès lors qualifier d'*éthique du doute*, aux antipodes du climat pesant d'agressivité de la suspicion complotiste comme de celui pessimiste du scepticisme radical, se fonde entre autres sur des modalités d'échange fondées sur le débat contradictoire et dubitatif. Ne se réduisant pas seulement à des modalités procédurales mais constituant un état d'être au monde et aux autres, se constituant donc dans la relation, on ne saurait épuiser toutes les vertus éthiques auxquelles le doute contribue favorablement. Le doute en vient ainsi à être vecteur de bien des vertus éthiques potentielles ou du moins pourrait-il aider à être d'autant plus attentif et respectueux des valeurs éthiques. Le doute pourrait bien ainsi constituer un antidote possible à une certaine forme de malfaisance soignante (la non-malfaisance constituant l'un des principes fondamentaux de la bioéthique[3574]), aussi inconsciente soit-elle, et quand bien même elle aurait pu être sous-tendue par des intentions louables. Derrière l'ambition certes honorable, mais matinée de paternalisme, de vouloir diagnostiquer et soigner de façon optimale une personne, le soignant en vient à parfois déployer son art et sa science avec un excès de zèle pour le moins délétère. D'une part, l'on s'étonne que Janet ait pu opposer les exigences de la science à la croyance religieuse de Madeleine ce qui, quoi qu'il en pense, n'est pas forcément respectueux[3575]. D'autre part, l'on s'inquiète de constater que dans son souci de vouloir raisonner Madeleine et calmer son exaltation mystique, il ne se soit guère soucié de la plonger en retour dans une véritable détresse spirituelle. Alors même que le sentiment religieux n'est pas du ressort de la science médicale, la remise en cause de son vécu spirituel (avec des moyens aussi prosaïques qu'une balance) est une atteinte à son intimité, si ce n'est même de sa dignité, en même temps qu'une négation de son autonomie décisionnelle quant à ses valeurs spirituelles. Effondrée, il la mène jusqu'à douter de Dieu[3576] et jusqu'à se convaincre de sa propre folie à ce sujet ou bien encore de sa possession par le démon alors même que, depuis sa plus tendre enfance[3577], et cela se maintiendra d'ailleurs jusqu'à son dernier souffle, sa foi simple, noble et sincère constitue le cœur de son existence, tout simplement sa raison d'être, son équilibre de vie. Quel intérêt Janet trouve-t-il donc dans cette confusion angoissée dans laquelle ses investigations contribuent à la plonger. A cet égard, la crise spirituelle douloureuse que Janet a lui-même vécu par le passé ne l'a pas rendu sensible à l'importance du respect inconditionnel des soignants à l'égard des croyances religieuses de leurs patients.

Fort heureusement, aussi croyante soit-elle Madeleine est pourtant loin d'être une personne crédule. Elle ne manque pas d'esprit critique et sa mise en doute de la pertinence autant des modalités de l'investigation que Janet effectue pour explorer son vécu d'envol spirituel, que de ses résultats s'avère des plus judicieuses et même imparable. Le poids matériel du corps physique qu'une balance humaine permet d'apprécier et de suivre n'a effectivement rien à voir

---

[3574] Beauchamp Tom L., Childress James F., Fisbach Martine (Trad.). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Belles lettres; 2008.

[3575] Baqué Claude. *Op. cit*. p. 60 : Scène 11 intitulée « Balance » se situant dans la salle Claude Bernard. « J'ai le plus grand respect pour vos croyances, Madeleine. Mais accordez-moi que la science a aussi ses exigences ».

[3576] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 256, Lettre à Sophie du 31 juillet 1900 : « … Ou je suis vraiment folle ou je touche au moment où Dieu va donner le signe manifeste incontestable que je n'ai point perdu la raison en ayant certaines idées … Si dieu donne ce signe, peut-être dira-t-on que ce qui se fait en moi vient du démon … » ; Lettre à Sophie du 9 mars 1901 : « Oui, je suis atteinte d'une sorte de folie incurable, et je ne puis qu'être internée ou Dieu m'appelle à une mission […]. J'aimerais mieux avoir l'assurance que je suis folle et que je n'ai rien à faire qu'à rester tranquille ».

[3577] Maître Jacques. *Op. cit*., p. 187-200.

avec l'expérience d'une envolée spirituelle vers Dieu. On est tenté d'imaginer et d'espérer que le doute que lui a opposé à juste titre sur ce point, sans agressivité mais avec sincérité et intelligence, Madeleine, lui a peut-être un tant soit peu permis d'opter pour une posture moins dominante, plus humble mais aussi plus ouverte et attentive à l'égard de la parole, non seulement de Madeleine mais de ses autres patients. Si le concept de *savoir expérientiel* des patients n'existait pas encore à cette époque puisqu'il n'a été que récemment défini dans la continuité du mouvement de démocratie sanitaire initiée durant la pandémie de sida[3578], cette aptitude des patients à pouvoir s'intéresser et même comprendre leur situation (entre autres, grâce l'expérience subjective qu'ils en ont) n'est évidemment pas nouvelle. Cette aptitude à disposer d'un savoir spécifique, ainsi qu'à pouvoir susciter des sujets d'intérêt, des questions pertinentes et des idées innovantes auxquels les soignants n'avaient pas eux-mêmes pensé[3579], souligne à quel point les doutes des patients méritent toute l'attention des soignants. Encore faut-il que l'expression de ces doutes ne soit pas prohibée, étouffée, négligée, voire méprisée. Il importe pour cela de faire évoluer plus encore le regard des soignants et leur jugement *a priori* d'inaptitude à l'encontre des patients. Au prétexte de leur manque de compétence ou que sous l'effet de l'épreuve de la maladie ils seraient angoissés et confus, leurs doutes se voient encore déconsidérés alors même qu'ils peuvent avoir une pertinence clinique (pour l'enquête diagnostique) autant scientifique (en termes d'orientations de recherche). Une posture d'humilité face aux doutes des patients œuvrerait favorablement aux principes bioéthiques de bienfaisance, de non-malfaisance et même d'autonomie.

6.2.3.2 – L'épochè plutôt que le non-diagnostic comme acte éthique

La conclusion des expérimentations auxquelles Madeleine a accepté de se prêter, telle que rapportée dans la thèse de Maurice Apte[3580], permet de soulever la question de l'*épochè* comme acte éthique. Qu'à l'encontre des résultats expérimentaux un diagnostic d'automutilation ait été retenu interroge certes le défaut de rigueur et la probité des opérateurs[3581]. Elle témoigne surtout de l'incapacité d'Apte, comme de Janet à pouvoir être dans l'*épochè*. Or qu'aucun diagnostic précis et définitif n'ait depuis lors pu être porté sur ce qui est arrivé à Madeleine permet de souligner l'importance de pouvoir suspendre le jugement lorsqu'il n'est pas possible de se prononcer de façon suffisamment assurée sur une situation problématique. Il s'agit, tout en se maintenant attentif et attentionné à l'égard du patient et de ses maux, de se prémunir autant de diagnostics abusifs que de non-diagnostics qui ne sont pas moins délétères par leurs effets

---

[3578] Friconneau Marguerite, Archer Annie, Malaterre Jeanne, Salama Françoise, Ouillade Marie-Christine. *The expert patient: a new key stakeholder in the global healthcare system*. Med Sci (Paris) 2020;36 Hors serie n°2:62-4. Tourette-Turgis Catherine , Dutheil Sabine. *Patients experts : une place enfin acquise*. La Revue du Praticien 2023;73(9):943-5. En ligne : Patients-Experts-RDP.pdf (touretteturgis.com), consulté le 9 mars 2026. Je renvoie aussi à la production de la haute autorité de santé sur le sujet, en ligne : Haute Autorité de Santé - Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation, consulté le 9 mars 2026.

[3579] Le concept de réduction des risques et des dommages (RdRD) est né du savoir expérientiel des patients et du constat, contre-intuitif pour les soignants, que l'addiction ne prive pas la personne qui en souffre du souci de sa santé. Les programmes d'échange de seringues (PES) permettant la délivrance de seringues à usage unique sont apparus en période sida sous l'impulsion des injecteurs de drogues, soucieux comme tout un chacun de ne pas être contaminés. Il en a résulté une réduction drastique des contaminations par le VIH.

[3580] Apte Maurice. *Op. cit*.

[3581] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le scientifique Pierre Janet est aussi porté par des opinions non scientifiquement fondées*.

possibles de rejet, de stigmatisation, d'errance. Le sous-entendu de fabulation et donc d'absence de trouble authentique au prétexte que la médecine est dans l'impossibilité de porter un diagnostic précis compte tenu de l'état des connaissances actuelles alimente les discordes et la défiance à l'égard des acteurs de santé.

Dans *Un métier idéal*, John Berger se penche, par le biais de la question du mal-être, sur ce que le médecin John Sassall observe si fréquemment chez ses patients, leur solitude, leur isolement, ce qu'il qualifie d'*unicité*[3582]. Sortir une personne de l'unicité, en lui montrant par des exemples[3583] qu'elle n'est pas une exception, implique de la reconnaître, et pour cela d'en reconnaître en l'occurrence le mal-être (ou bien au contraire, si l'on considère la situation de Madeleine, l'intense bien-être provoqué par l'extase). Pourtant cette unicité ne cesse de trouver des échos qui la confortent.

> Le mal-être est la plupart du temps semblable à la maladie en ce sens qu'il accentue le sentiment d'unicité. Toute frustration amplifie sa propre différence et se nourrit ainsi elle-même. […] Il s'agit du fait qu'on ne parvient pas à trouver la confirmation de sa propre existence dans le monde extérieur[3584].

S'il ressemble à la maladie, et peut d'ailleurs lui être associée, le mal-être pose souci aux médecins qui peinent à lui trouver une issue. Ceux-ci persévèrent dans la recherche et la détermination d'un objet médical, une maladie concrète et objective. Mais le mal-être échappe à ce type d'objectivation. Zone de non-diagnostic donc, propice aux jugements de valeur, il n'en demeure pas moins adressé si souvent aux médecins. Dans l'ignorance de ce dont il s'agit d'un point de vue médical, ceux-ci ne savent qu'en faire. Leur enquête diagnostique restant irrésolue, ils en arrivent à considérer que ce n'est pas de leur ressort. C'est pourtant bien au médecin qu'un appel à une reconnaissance est adressé, un appel à sortir de l'unicité, à échapper au sentiment de futilité, à « la confirmation de sa propre existence dans le monde extérieur ». Pourtant, même lorsqu'une maladie a été identifiée, la reconnaissance par trop partielle ne suffit pas ainsi que le suggère John Berger : « Un patient malheureux vient voir le médecin pour lui offrir une maladie – dans l'espoir qu'au moins une partie de lui (sa maladie) soit reconnaissable »[3585]. Que dire alors du mal-être lorsqu'il échappe à toute lecture médicale et demeure donc en dehors du champ du diagnostic. Face à cette condamnation au statut de *non-entité* qui le guette, le médecin peut être un rempart.

> La recognition doit être indirecte. L'homme malheureux s'attend à être traité comme s'il était une non-entité à laquelle se rattacheraient certains symptômes. L'état de non-entité confirme alors de manière paradoxale et cruelle le caractère unique de l'être. Il est nécessaire de briser le cercle. Le médecin peut y parvenir en se présentant au patient comme un homme à qui se comparer[3586].

[3582] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit*., p. 72.
[3583] *Ibid.,* p. 73 : « Tout exemple apporte de l'espoir. Mais la certitude d'être unique annihile tous les exemples ».
[3584] *Ibid.,* p. 72.
[3585] *Ibid.,* p. 73.
[3586] *Ibid.,* p. 73-4.

Face à la solitude, le rôle du médecin est grand et dépasse même sa fonction médicale puisque sa tâche « consiste clairement à reconnaître l'homme »[3587] par-delà la maladie éventuelle. Si, à cet effet, il peut lui-même se prêter comme exemple comparatif de cette reconnaissance (« en se présentant au patient comme un homme à qui se comparer »), il n'empêche que la plainte est là que seul le patient porte et dont, de fait, le médecin ne peut pas lui-même être l'écho (sauf à l'éprouver lui aussi et identiquement). C'est pourquoi, en tant que médecin, sortir « l'homme malheureux » de la « non-entité », c'est aussi reconnaître cette plainte en ne la réduisant pas à un *non-diagnostic*, en dépit de l'incompréhension voire de l'ignorance qu'il en a. Ce point essentiel, John Berger ne le traite pas dans ce passage d'*Un métier idéal*, à savoir que pour qu'une reconnaissance puisse advenir, pour ne pas condamner la plainte à une non-entité, il importe d'en douter (au sens de l'*épochè* et de la réduction phénoménologiques), donc de ne pas la juger de façon définitive, en somme de ne pas lui appliquer de diagnostic de non-diagnostic. L'*épochè*, la suspension du jugement face à la plainte permet de la reconnaître. De là donc aussi la vocation éthique du doute médical en ce qu'il œuvre à sortir de l'unicité, de l'isolement, de l'exclusion, parce qu'il contribue à la *reconnaissance* en n'imposant pas, pour cela, un jugement médical définitif.

A rebours du fantasme médical de maitrise du seul objet maladie, l'*épochè* qui est ici à entendre comme une suspension non pas de juger mais de juger définitivement permet de ne pas oublier le *sujet* derrière cet *objet maladie* éventuel – puisque sa présence n'est pas systématique – ce qui n'enlève rien à la rigueur médicale ni aux prérogatives du médecin. Dans sa persévérance à vouloir définir un diagnostic médical parfaitement accordé à la situation de Madeleine Janet a pu tomber dans l'écueil de mettre fin au doute et de renoncer ainsi à la reconnaître autrement qu'à travers cet *objet maladie* qu'il avait lui-même élaboré, figé et clôt. Après lui, le fait qu'aucun diagnostic psychiatrique ne fut finalement définitivement posé suggère effectivement qu'il eut peut-être mieux valu ne pas conclure, à tout le moins de façon définitive. Si ses successeurs ont sans doute mieux identifié les incertitudes inhérentes au cas Madeleine, ils n'ont pas été moins fascinés que Janet. Tous les médecins qui s'y sont penchés après lui ont persévéré dans la projection d'un *objet maladie* plutôt qu'un *être singulier* – irréductible à une maladie précise et immuable – à l'égard duquel il importait de ne pas cesser de douter, au sens de suspendre tout jugement définitif (qu'il s'agisse de poser un diagnostic tout autant que conclure à un non-diagnostic, l'une ou l'autre alternative pouvant constituer une forme de rejet à l'égard de son *être subjectif*). Ce qui rend le propos suivant de John Berger pertinent, puisque l'enjeu est bien celui de la reconnaissance subjective :

> Et si l'homme peut commencer à se sentir reconnu – pareille recognition peut fort bien inclure des aspects de sa personnalité qu'il n'a pas encore lui-même reconnus –, la nature désespérée de son mal-être s'en trouvera changée : il aura peut-être même la possibilité d'être heureux[3588].

[3587] *Ibid.,* p. 73 : « La tâche du médecin consiste clairement à reconnaître l'homme – à moins qu'il ne se borne à accepter la maladie telle qu'elle se présente et, incidemment, se fabrique un patient "difficile" ».
[3588] *Ibid*.

Parce qu'elle participe à la reconnaissance subjective (« se sentir reconnu »), sans forcément pour cela imposer un diagnostic (ou non-diagnostic) médical *a fortiori* définitif, et parce qu'elle accompagne aussi la personne dans sa propre reconnaissance d'elle-même (« aspects de sa personnalité qu'il n'a pas encore lui-même reconnus »), l'*épochè* phénoménologique en médecine, c'est-à-dire mise en œuvre par les soignants, peut permettre de sortir de la « non-entité », du sentiment de futilité et de solitude. Ses effets favorables dans la vie d'une personne peuvent même aller jusqu'à contribuer à sa « possibilité d'être heureux ». C'est dire si elle est dotée d'une puissance éthique.

6.2.3.3 – Le doute permet d'accueillir la pluralité des voix et des choix des patients

Il n'y a de dilemme éthique que parce que plus d'une voix est audible, *a minima* celle du soignant et celle du patient lesquelles peuvent ne pas être compatibles. C'est notamment le cas lorsque l'objectif de bienfaisance porté par le premier est empêché par le nécessaire respect de l'autonomie décisionnelle du second. Si la certitude rend sourd au contradictoire, l'aptitude au doute permet quant à elle d'écouter la pluralité des voix et rend donc possible l'accueil de la pluralité des êtres dans la diversité de leurs choix de vie, aussi étonnants, troublants voire choquants puissent-ils paraitre. Janet a bien du mal à comprendre les choix de vie de Madeleine, celui de la pauvreté extrême, de la rupture des liens avec son milieu social et familial ainsi que le refus des aides qu'il aurait pu lui offrir. Il est aussi très troublé par l'ampleur de son exagération mystique, son allégation d'envol céleste comme le plaisir jusqu'à la jouissance éprouvé dans ses souffrances christiques. Janet est par-là contraint à cette sorte d'expérience, dont le philosophe Éric Fourneret a pu être éclairé au gré de son immersion dans le milieu soignant, consistant à devoir faire face à « quelque chose justement qu'on ne parvient pas à penser, quelque chose de plus grave encore en ce qu'elle interfère dans l'élaboration d'une réponse à la question de savoir "Comment doit-on vivre ?" »[3589]. Pour illustrer une telle situation, Fourneret utilise un exemple extrême, celui d'une jeune femme de 19 ans souffrant d'une leucémie aiguë, mais considérée par les médecins comme curable, dont le refus de traitement a particulièrement choqué l'équipe soignante. Ce n'était pas tant le refus de traitement en soi qui choquait puisque c'est un droit des malades[3590], que le motif invoqué à savoir qu'elle « souhaitait s'en remettre au "pouvoir surnaturel" de sa grand-mère »[3591]. Elle est donc décédée alors qu'elle aurait *a priori* pu être sauvée par le traitement biomédical curatif préconisé en ce cas. Fourneret poursuit son analyse ainsi :

> Les acteurs-sujets d'une relation de soins font parfois cette expérience lorsqu'ils sont confrontés à une situation qu'ils ne comprennent pas, c'est-à-dire quand ils ne peuvent pas la faire entrer dans leur compréhension de ce à quoi ressemble le monde[3592].

[3589] Fourneret Eric. *Op. cit.* p. 119.

[3590] L'article L.11111.4 du code de santé publique stipule : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. […] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». En ligne : Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance, consulté le 14 avril 2025.

[3591] Fourneret Eric. *Op. cit.* p. 120

[3592] *Ibid.,* p. 119.

Les choix de cette jeune femme[3593], terribles depuis un regard extérieur et paraissant pour le moins pure folie – d'autant que le traitement spécifique de son hémopathie ne l'aurait pas privée de ses croyances au sujet de sa grand-mère –, fait écho aux choix certes moins graves mais tout aussi déroutants de Madeleine en ce qu'ils s'avèrent incompatibles avec la vision du monde des soignants alors amenés à les prendre en soin. Le choc de cette expérience d'incompatibilité radicale et la crainte des conséquences induites par l'impossibilité d'agir en cohérence avec ses propres acquis et repères en tant que soignants peut susciter confusion, désarroi, colère voire souffrance[3594] de ces derniers. Ils se voient confrontés à un dilemme éthique sans solution puisque son issue ne peut qu'être douloureuse et insatisfaisante ainsi que le suggère encore Éric Fourneret à partir de la situation de cette jeune femme :

> Toute le savoir du médecin était insuffisant face à cette expérience difficile de la réalité de la tragédie humaine, de la confrontation à la nature humaine. […] Ce n'est pas seulement une expérience médicale de plus pour lui ; c'est aussi une expérience intellectuelle insoutenable : la certitude scientifique et la pensée ont été impuissantes face à l'énigme de la condition humaine »[3595].

Cette expérience qui n'est donc pas seulement une plongée dans le doute quant aux soins que la médecine peut apporter et comment elle peine parfois à y parvenir pour de multiples raisons possibles (« pas seulement une expérience médicale ») mais elle est aussi et surtout un ébranlement existentiel directement en lien avec la condition humaine ce qu'Éric Fourneret qualifie ici de « tragédie humaine ». Cette expérience désarçonne les soignants parce qu'elle ébranle leurs habitudes de penser et d'agir, parce qu'elle les oblige à se délester de leurs certitudes et à renoncer à certains de leurs objectifs prioritaires dont le devoir inconditionnel d'assistance n'est pas le moindre. Dépossédés de leurs repères protecteurs, condamnés à l'inaction, contraints de renoncer à ce qui constitue très concrètement leur raison d'être soignant, c'est pour eux une véritable plongée dans l'absurde. La profession soignante, par-delà toutes ses potentialités techniques et procédurales à même d'éclairer et de soigner, fait aussi face, dans de telles situations, à cette « énigme » insoluble de la nature humaine qui peut être à l'origine de bien des tragédies. En lui révélant son impuissance ultime, cette énigme fondamentale confronte le soignant à une « expérience intellectuelle insoutenable » mais qu'il lui faut pourtant accepter et surmonter par respect pour la personne, pour son autonomie et ses choix intimes. Renoncer à ses certitudes et douter c'est, pour Janet, pouvoir accepter, à l'encontre de sa posture médicale, les choix à ses yeux incompréhensibles de Madeleine. C'est aussi accepter le dialogue par-delà les dissensions. La fonction éthique du doute, par la posture nécessairement humble face l'énigme de la nature humaine à laquelle elle invite, œuvre à cette

---

[3593] Sur une configuration similaire, je renvoie à : McEwan Ian, Camus-Pichon France (Trad.). *L'intérêt de l'enfant*. Paris: Gallimard; 2015.

[3594] Fourneret Eric. *Op. cit.* p. 76-77 : « Mais le médecin peut être mis en danger par la relation de soins lorsqu'il se sent obligé d'aider le malade, sans se donner de limites. Se pose légitimement la question de savoir si le devoir de ne pas abandonner le malade implique celui de l'abandon de soi ». En l'occurrence, ne pas abandonner cette jeune femme consiste à continuer de lui apporter des soins notamment palliatifs, malgré son refus de traitement spécifique de sa maladie. Un changement d'équipe soignante peut alors s'avérer nécessaire.

[3595] *Ibid.,* p. 120.

acceptation de la pluralité du monde et des êtres[3596], à la reconnaissance de la diversité de leurs idéaux en dépit des désaccords[3597]. En favorisant le questionnement, *a fortiori* le questionnement éthique, elle reboucle aussi pleinement avec la fonction intrinsèquement dialogique et dialectique du doute (telle que précédemment discutée) et permet ainsi, à partir de la diversité et du désaccord, de toujours tendre vers et d'œuvrer au dialogue[3598] et de se prémunir autant que faire se peut des conflits[3599].

[3596] *Ibid.,* p. 172 : « Le monde est pluriel. On ne perçoit pas la réalité de la même façon selon qui on est ».
[3597] *Ibid.,* p. 132 : « Le désaccord semble indiquer que l'on vit dans un monde de diversité des idéaux ».
[3598] *Ibid.,* p. 119-142. Dans son chapitre « Un monde de diversité d'idéaux », l'auteur a intitulé son premier sous-chapitre « Des conceptions différentes de la vie morale » et clôture avec un dernier sous-chapitre intitulé « Face au pluralisme, la discussion ».
[3599] *Ibid.,* p. 124 : « L'expérience de la relation à l'autre est donc aussi celle de mondes différents, des conceptions différentes de la vie morale. Or, cette confrontation à la différence expose au risque des tensions et des conflits ».

L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : MARINELLA BANFI ET L'ONCOLOGUE THOMAS TURSZ

Vous n'êtes sûrement pas la malade que j'ai suivie le plus longtemps mais vous êtes celle qui m'avez emmené le plus loin[3600].

Brook Simon, *Mon docteur Indien*, 2013.

[3600] Parole de Thomas Tursz à propos de Marinella Banfi tirée du film documentaire : Brook Simon. *Mon docteur indien* [Film documentaire, 85 min]. France : Centre national de la cinématographie, Arte France et Artline Films, 2013.

Le film documentaire *Mon docteur indien* réalisé par Simon Brook[3601], met en lumière la relation de soin qui lia Marinella Banfi et Thomas Tursz, son cancérologue, au prisme d'un voyage en Inde. Ce voyage organisé par la première avait pour objectif de faire découvrir au second la médecine ayurvédique[3602] grâce à une enquête de terrain, auprès de ses acteurs et des patients qui en bénéficient. Cette relation permet d'éclairer la question du doute au cœur du colloque singulier entre un patient et un médecin mais plus largement aussi entre une société donnée et un système de santé ainsi qu'entre des systèmes de santé différents.

La médecine dite conventionnelle en vigueur en Occident (qualifiée de biomédecine), fondée sur la méthode et les preuves scientifiques, est la seule reconnue et officialisée par les autorités sanitaires et la seule bénéficiant d'une couverture par l'assurance maladie des soins qu'elle prodigue. Elle n'est pourtant pas exhaustive en matière de soins et ne comble pas l'ensemble des besoins des personnes, notamment en termes de rétablissement et de qualité de vie. Si elle ne s'en tenait qu'à ce qui est validé scientifiquement, la médecine conventionnelle serait assez démunie. Ainsi que le précise Louise L. Lambrichs « la plus grande part de sa pratique, aujourd'hui encore, reste empirique »[3603] quand bien même le corps médical la passe sous silence (telle une face cachée de la médecine) en n'insistant que sur ses aspects indiscutablement scientifiques. Pourtant, même s'ils ne bénéficient pas d'explication scientifique rigoureuse, les cliniciens tiennent compte de ces phénomènes qui sont empiriquement déterminés. Il en est de l'effet de suggestion ou encore de l'impact de la relation de soin qualifiée, par Michael Balint, de thérapeutique[3604]. Il en est aussi du coca-cola, en tant qu'efficace soluté de réhydratation – à défaut d'en disposer – en cas de gastro-entérite aiguë ou encore du savon de Marseille comme prescription classique des hématologues pour apaiser les crampes induites par certaines thérapeutiques innovantes[3605]. S'inscrivant en faux contre la réduction du vivant à des mesures physicochimiques et contre l'essentialisation des patients comme *objet-maladie*, Canguilhem estime que la médecine ne devrait pas être confondue avec une science[3606]. Considérant les sciences biomédicales comme des « instruments auxiliaires »[3607], il positionne le *sujet* au centre de la médecine en tant qu'elle est selon lui un « art clinique et thérapeutique d'observation et de restauration du normal individuel »[3608]. Pour reconnaître cette *normativité* du patient et œuvrer ainsi à son rétablissement il s'adosse à l'*expérience subjective* du normal et du pathologique, unique et singulière à chaque

[3601] Brook Simon. *Op. cit*. Pour les citations traduites en français des propos échangés en anglais, je propose une traduction personnelle et n'utilise donc pas le sous-titrage du documentaire.
[3602] Le sens du terme ayurvéda est connaissance ou *science de la vie*, « ayur » signifiant vie et « veda » connaissance. Brook Simon. *Op. cit*.: "the word is fascinating, 'ayur' means life and 'veda' is knowledge or science".
[3603] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*. Paris: Fayard-Pluriel; 2013, p. 355.
[3604] Balint Michael, Valabrega Jean-Paul (Trad.). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003, p.12-13 : Balint utilise la formule « remède – médecin » et précise : « Notre but principal était d'examiner aussi complètement que possible la relation toujours changeante entre médecin et malade, c'est-à-dire d'étudier la pharmacologie du "médecin en tant que remède" ».
[3605] Expérience personnelle d'observation des hématologues comme de ma propre pratique.
[3606] Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024, p. 114-115.
[3607] *Ibid.,* p. 101.
[3608] *Ibid*., p.115.

personne[3609]. Or les enseignements de Canguilhem restent méconnus, ou déniés. Ils ne sont donc pas ou très peu mis en pratique par la biomédecine. Nombre de patients (dont Marinella), en quête de soins à même de transformer positivement leur état, n'ont d'autre choix que de chercher un éventail plus ouvert de réponses possibles et s'orientent parfois, malgré les objections, vers des pratiques non conventionnelles de soin. De là, un fossé s'est creusé entre patients et bio-soignants. Malgré le caractère exceptionnel de cette histoire et de leur relation de soin, Marinella et Tursz sont représentatifs d'un tel fossé.

Les médecines et soins non conventionnels[3610] – dont bien peu se prêtent en effet à l'expérimentation scientifique – suscitent le plus souvent condescendance, dénigrement, rejet voire mépris de la part de la biomédecine[3611]. Pourtant près de 70% des usagers du système de santé estiment que ces soins ont des effets positifs[3612], ce qui en fait un sujet de société et un objet de confrontation classique entre patient et soignant. Sauf à être un scientiste dogmatique ou vraiment dans le déni, il est difficile de nier que des patients en tirent parfois de réels bénéfices[3613]. Il ne s'agit certes pas ici de faire l'apologie des soins non conventionnels en général et de l'ayurvéda en particulier mais d'interroger l'unilatéralisme de la rationalité scientifique, au point pour Feyerabend de la qualifier de tyrannie[3614]. La question se pose de savoir s'il est possible en Occident d'envisager de sortir de cette impasse de l'autorité exclusive du *criterium* scientifique, au point qu'il confine parfois à l'absurde[3615]. Elle conduit en effet à exclure du champ, si ce n'est de validation, du moins d'attention des soignants, des pratiques de soins dont les patients font l'expérience des bienfaits pour leur « bien-être physique, mental et social » ainsi que l'OMS définit la santé, c'est-à-dire en ne la réduisant pas à une absence de maladie ou d'infirmité. L'analyse de la relation de soin entre Marinella et Tursz permet d'envisager des pistes qui pourraient permettre de sortir du piège de la certitude selon laquelle l'inapplicabilité de la méthode scientifique pour évaluer des soins non conventionnels serait

---

[3609] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*

[3610] Les formulations « médecines non conventionnelles » ou « soins non conventionnels » nous semblent moins contestables que la dénomination générique « médecines complémentaires et alternatives » (MCA) classiquement utilisée. Que de tels soins soient qualifiables de *complémentaires* aux soins biomédicaux n'est pas litigieux. Suggérer qu'ils puissent en constituer des alternatives peut être mobilisé pour dénigrer les MCA. Or l'objet n'est pas ici de défendre certains soins plutôt que d'autres mais de les considérer comme étant non exclusifs les uns des autres ainsi que d'apprécier comment, en conséquence, le doute est mobilisé, partagé comme un outil réflexif (sur ce sujet comme d'autres) au cœur de la relation de soin. Que « la controverse reste très présente, tant sur les apports réels pour la santé et sur les possibilités de les valider, que sur les risques de dérives sectaires associées à certaines pratiques » n'est pas le sujet de ce chapitre ni de cette thèse. Je renvoie sur ce sujet à : Guérin Serge, Suissa Véronique, Denormandie Philippe. *Médecines complémentaires et alternatives*. Paris: Michalon; 2019.

[3611] Ogien Ruwen. *Op. cit*., p. 125 : « Enfin, l'institution médicale a acquis progressivement le monopole du droit d'exercer. […] Malgré ses propres échecs, la médecine moderne continue d'observer avec condescendance toutes les prétendues "médecines parallèles" ou les "médecines non occidentales", dont le caractère réfutable et donc scientifique, n'aurait jamais été démontré ».

[3612] Collectif de professionnels de santé, *Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives*, Le Monde [Tribune], publiée le 13 mars 2021. En ligne : « Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives », consulté le 30 mars 2021 : « Plus de 68 % des Français croient aux bienfaits des médecines complémentaires et alternatives (MCA) ».

[3613] Guérin Serge, Suissa Véronique, Denormandie Philippe. *Op. cit.*

[3614] Feyerabend Paul, Oberheim Eric (présentation), Jurdant Baudouin (Tard.). *La tyrannie de la science*. Paris: Seuil; 2014.

[3615] Perec Georges. *Cantatrix sopranica L. et autres écrits scientifiques*. Paris: Seuil; 2007.

synonyme de futilité et/ou de risques immaitrisables pour les patients. Il s'agirait, d'une part de se rendre disponible au doute et donc s'autoriser la suspension du jugement, d'autre part d'enquêter – afin de résoudre ce doute et l'inconfort qu'il génère – en usant d'autres modalités d'analyse et d'interprétation que la seule méthode scientifique (sans pour autant exclure cette dernière)[3616].

La médecine traditionnelle ayurvédique indienne dont il est ici question est uniquement appréhendée au titre de modèle de médecine ou de soins non conventionnels parmi d'autres. Même si les enjeux politiques ne sont pas ici abordés, une telle médecine n'échappe pas au risque d'une lecture biaisée au prisme d'un rapport de force avec le dominant colonisateur occidental[3617]. En tant que médecin occidental, ayant appris et pratiqué la biomédecine et ne connaissant pas la médecine ayurvédique, l'analyse de ce cas me confronte à mes propres limites. Notamment, il ne m'est pas possible de garantir une totale neutralité quant à ma façon d'aborder ce sujet, le risque étant toujours que je défende, bien malgré moi, la biomédecine. Or l'avantage de la médecine ayurvédique est précisément qu'elle renvoie à un univers inéprouvé par la science biomédicale, celle-ci ne disposant en la matière d'aucune connaissance, aucune maitrise ni donc aucune autorité. Il s'agit ainsi de considérer cette médecine traditionnelle ancestrale, laquelle relève d'un empirisme éclairé, au même niveau que la biomédecine. Outre que son efficacité a été éprouvée depuis des siècles auprès de millions de patients, elle dispose d'une accumulation de savoirs acquis et transmis. Il n'est certes pas question d'en proposer une analyse fine, encore moins de la défendre mais de l'aborder et de l'investiguer de la façon la plus neutre possible, à partir de ce que le film documentaire permet d'approcher. On ne peut donc rester qu'à la surface des choses, sans quoi il aurait fallu acquérir la culture, les connaissances, les compétences en la matière et pour cela étudier l'hindouisme, ses textes importants (le *Mahabharata*, la *Bhagavad - Gitâ*) ainsi que recevoir des enseignement théoriques et pratiques sur le terrain. D'ailleurs, les propos des soignants indiens apparaissant dans ce film ne sauraient être représentatifs de l'ensemble de l'ayurvéda, ce documentaire ne pouvant offrir qu'une vision partielle et située de la médecine ayurvédique comme de la biomédecine. L'objectif n'est effectivement pas de se prononcer sur l'une ou l'autre de ces médecines mais de réfléchir à la mobilisation du doute dans la relation de soin et entre des cultures du soin différentes. A cet égard, une des idées conductrices majeures est que, même en l'absence de preuve scientifique, *a fortiori* en l'absence de possibilité de soumettre certains faits au filtre de l'expérimentation scientifique, une hypothèse (par exemple, celle des bénéfices de tels soins ayurvédiques) puisse ne pas être systématiquement disqualifiée et donc rejetée, mais être réellement explorée et éventuellement validée (ou infirmée).

C'est aussi à la confrontation entre deux cultures très différentes du soin que le film de Simon Brook invite à réfléchir. En cela, il déstabilise, éveille l'activité de doute, invite à déconstruire les représentations et à réfléchir. Sa genèse est à cet égard intéressante. Fils du Peter Brook, célèbre dramaturge et scénariste, il était enfant et vivait en Inde lorsque son père travaillait à ce

[3616] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Comme Tursz affronte le doute et s'engage à la résoudre*.
[3617] Fanon Frantz. *Peau noire, masques blancs*. Paris: Seuil; 1971 [1952]. Van Damme Stéphane. *Les voyageurs du doute. L'invention d'un altermondialisme libertin (1620-1820)*. Paris: Fayard; 2023.

qui deviendra la pièce de théâtre *The Mahâbhârata* donnée au festival d'Avignon en 1985[3618] avant d'être converti en film et en série télévisée internationale en 1989. N'étant donc pas naïf du bouleversement culturel que peuvent produire l'Inde et ses traditions, imprégné des souvenirs de son enfance, Simon Brook met en scène cette rencontre comme un évènement non pas improbable – tel un choc de cultures immiscibles – mais au contraire naturel, évident. Ne perdant pas de vue pour autant le caractère exceptionnel que constituent l'engagement et le déplacement jusqu'en Inde d'un bio-médecin occidental renommé, son film ne relève pas seulement d'une histoire qu'on raconterait telle une fable. Il est à la hauteur des enjeux, entre autres la question de la possibilité ou pas d'un dialogue interculturel. A cet égard, la configuration exceptionnelle de ce voyage, qualifié par Tursz de « fabuleux »[3619], contribue au caractère apaisé des échanges en dépit de la profonde divergence d'approche de chacun des protagonistes. Ainsi que le remarque Danielle Moyse[3620], la première question que pose Tursz aux acteurs de l'ayurvéda, « Quelle est votre méthode ? »[3621], ne reçoit pas de réponse. Par contraste, en médecine ayurvédique la première rencontre se fait non pas avec un médecin, mais avec un sage, ce qui aux yeux des occidentaux paraît pour le moins farfelu. Entre, d'un côté la médecine occidentale caractérisée depuis Descartes par le règne de la méthode scientifique, de l'autre la médecine ayurvédique indissociable d'une philosophie, en l'occurrence une sagesse de la rencontre, le fossé est effectivement immense. Or, cette configuration fait écho à cette dissension fondamentale qui oppose patient et soignant[3622], à savoir d'un côté la fait d'être traité comme un *objet-maladie* à catégoriser et éradiquer, de l'autre le besoin d'être reconnu et appréhendé comme sujet. En plus de mobiliser le doute comme condition de leur relation de soin, cette rencontre de Marinella et Tursz éclairée au prisme de leur voyage en Inde ouvre ainsi un large éventail de questions fondamentales en médecine.

1 – Le contexte des protagonistes de la relation de soin

Ce chapitre vise à éclairer, autant que faire se peut, le contexte de Marinella Banfi et de Thomas Tusrz avant d'entrer dans le cœur et les spécificités de cette relation telle que le film *Mon Docteur Indien* la met en scène. L'asymétrie et le rapport de pouvoir à l'œuvre dans le modèle biomédical de relation entre patient et soignant est applicable à leur relation, même si la configuration spécifique d'un voyage en Inde pour découvrir la médecine ayurvédique la rend inédite et singulière. Par ailleurs, si de premières ouvertures sur la question du doute seront déjà possibles dans ce chapitre, on n'entrera pas encore dans un tel développement puisqu'il s'agit ici de poser le cadre des protagonistes en présence.

[3618] Brook Peter (mise en scène), Jean-Claude Carrière (adapt. Théâtrale). *Le Mahabharata* [Spectacle du Centre international de créations théâtrales, d'après le poème hindou]. Paris : Théâtre des Bouffes du nord, 1985. Je renvoie aussi à : Cournot Michel, LE " MAHABHARATA ", à Avignon Nuits enchantées, Le Monde [Archives], publié le 11 juillet 1985. En ligne : LE " MAHABHARATA ", à Avignon Nuits enchantées, consulté le 9 mars 2026.

[3619] Brook Simon. *Op. cit*. : « C'est un voyage fabuleux dans un pays fabuleux ».

[3620] Moyse Danielle, « La médecine occidentale à l'épreuve de l'ayurvéda » [chronique audiovisuelle] in Cycle *Ethique et finitude*, Philosophies.TV, diffusé le 31 mars 2014. En ligne : Moyse Danielle - La médecine occidentale à l'épreuve de l'ayurvéda – Philosophies.TV 2014, consulté le 10 décembre 2020.

[3621] Brook Simon. *Op. cit*.

[3622] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin*.

1.1 – Le contexte de Marinella Banfi, une patiente adulte souffrant d'un cancer

Marinella Banfi (par la suite identifiée par son seul prénom) est la partenaire patiente de cette relation de soin. A l'occasion du diagnostic de son cancer du sein, elle se trouve en perte de confiance à l'égard du milieu médical, en l'occurrence la cancérologie ; elle choisit de partir en Inde suivre des soins ayurvédiques en complément du traitement oncologique.

1.1.1 – Marinella Banfi, une patiente ordinaire

Dans ce film *Mon docteur indien*, Marinella nous apparait à la fois comme une femme à la personnalité affirmée et comme une patiente unique en son genre. Pourtant, hormis le caractère pour le moins inhabituel du voyage qu'elle effectue en compagnie de son cancérologue, contribuant certes à établir une relation privilégiée avec ce dernier, elle est une patiente on ne peut plus ordinaire.

Le cancer est une pathologie fréquente en population générale[3623]. Le cancer du sein est celui qui affecte le plus souvent les femmes[3624]. Le contexte et la situation de Marinella relèvent de l'*extra*ordinaire (chaque personne étant singulière et toute histoire étant unique) mais aussi, et tout au contraire, de l'ordinaire de tout un chacun en tant que patient et usager du système de santé français. Comme tout autre patient, elle doit naviguer dans ses rouages complexes, composer avec ses déterminants (matériels et humains) et leurs aléas. En cela sa confrontation à l'épreuve du doute (dans ses motifs, ses enjeux et ses modalités de résolution) est éclairante sur ce que peuvent éprouver nombre d'autres patients, leurs réactions et les tensions qui en résultent et affectent en son cœur la relation de soin.

En l'absence d'un tel film, Marinella – *la patiente* autant que *la personne* – serait restée, publiquement du moins, invisible et le témoignage de son expérience en tant que patiente n'aurait jamais été connu. Ce documentaire ne nous apprend pourtant rien de précis la concernant ; il n'y est fait aucune mention de caractéristiques individuelles propres à éclairer sa biographie. Nous comprenons, certes, qu'elle est une femme d'âge mûr mais celui-ci n'est pas précisé. Tout au plus osons-nous conjecturer sur une soixantaine d'années, en cohérence avec la fourchette d'âge de plus grande fréquence de survenue des cancers[3625]. De même, son statut familial, marital et socio-professionnel[3626], son lieu et ses conditions de vie ainsi que son orientation religieuse éventuelle ne sont pas non plus mentionnés. On ignore donc si la portée spirituelle évidente de son expérience vécue en Inde a pu, ou non, être conditionnée par une

---

[3623] En 2018, l'*international agency for research on cancer* (IARC) estime qu'« Un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie ». Communiqué de presse disponible en ligne : Dernières données mondiales sur le cancer : le fardeau du cancer atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer en 2018 (who.int), consulté le 05 septembre 2024.

[3624] Le cancer du sein représente plus du tiers des cas de cancer chez la femme avec une incidence annuelle estimée en 2023 à plus de 60 000 nouveaux cas. Site de l'institut national du cancer (INCa) consulté en ligne le 11 février 2026 : Panorama des cancers 2025, édition spéciale 20 ans.

[3625] En 2023 l'âge médian au diagnostic de cancer est de 70 ans pour les hommes et de 68 ans pour les femmes. Site de l'INCa consulté en ligne le 11 février 2026 : Panorama des cancers 2025, édition spéciale 20 ans.

[3626] En plus de la mention « Sur une idée de Marinella Banfi » lors du générique d'entrée du film *Mon Docteur indien*, un entretien direct avec cette dernière a permis d'éclairer son lien avec le cinéma. Marinella Banfi est productrice et distributrice de films. Elle est en particulier productrice du réalisateur Nani Moretti.

propension préalable à la spiritualité et à la foi. Son prénom et son nom de famille suggèrent une origine italienne ou grecque mais, de nouveau, il n'y est fait aucune mention et son élocution parfaite n'apporte pas d'orientation. Ce choix documentaire consistant à ne fournir aucune information explicite susceptible d'étayer son histoire personnelle (antécédents médicaux, possibles déconvenues antérieures avec le milieu sanitaire) contribue à lui octroyer un statut neutre de *patiente lambda*, d'âge adulte, atteinte d'un cancer et *a priori* vierge de toute rencontre significative avec le milieu médical au moment de son diagnostic. Cela permet de l'affilier à la communauté des patients et de lui reconnaître cette expérience primordiale de l'annonce diagnostique d'une maladie grave, à potentialité létale, relevant de procédures thérapeutiques éprouvantes et empreintes de différents risques (entre autres des effets secondaires toxiques pas toujours réversibles).

En tant que patiente souffrant d'un cancer, Marinella est bien une patiente ordinaire, en ce sens qu'elle est indistingable des plus de 400 000 personnes nouvellement diagnostiquées chaque année en France[3627]. Une masse imposante de *cas* que le système de santé absorbe et gère en les intégrant à des parcours de soins[3628] adaptés à chaque type de cancer. C'est ainsi qu'en fonction du système organique atteint, un diagnostic de cancer génère une orientation vers un réseau de soins dédié dont les acteurs sanitaires appliquent, à l'aune de leur discipline propre (radiologie, anatomopathologie, oncologie, chirurgie, etc.) et de leurs missions spécifiques, les recommandations de bonne pratique en vigueur. S'agissant pour Marinella d'un cancer du sein et ayant finalement choisi d'être soignée par Thomas Tursz à l'institut Gustave Roussy[3629], le référentiel de ce centre de lutte contre le cancer (CLCC) intitulé « Cancers et pathologies du sein »[3630] fournit l'ensemble des recommandations actualisées de prise en soins sur la base d'arbres décisionnels adaptés à chaque configuration particulière (histologie, extension, stade, marqueurs moléculaires, facteurs pronostiques, ligne de traitement, etc.). Se trouvant ainsi spécifiée au prisme de son cancer, sur la base de catégorisations toujours plus fines, y compris moléculaires[3631], *la patiente* qu'est Marinella, conçue au titre de *cas*, s'*indifférencie* pourtant et

[3627] Une veille sanitaire épidémiologique constante est assurée par les registres des cancers et le réseau Francim (regroupant l'ensemble de ces registres). Cette veille actualise régulièrement les taux d'incidence et de prévalence des cancers dans la population sur l'ensemble du territoire. L'INCa met à disposition la synthèse actualisée de l'essentiel des chiffres les plus récents du cancer en France.

[3628] La formalisation de l'accompagnement des personnes atteintes de cancer tout au long de leur parcours diagnostique, thérapeutique et de suivi, est une mesure renouvelée des différents plans cancer. Sous contrôle de l'INCa et des agences régionales de santé (ARS), le respect du référentiel organisationnel relatif au programme personnalisé de soins (PPS) constitue une des obligations du dispositif d'autorisation au traitement du cancer des établissements de santé concernés. Site de l'INCa consulté en ligne le 11 février 2026 : Le nouveau programme personnalisé de soins - Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux.

[3629] Si l'institut Gustave Roussy est ici mentionné, il ne s'agit pas de porter une attention exclusive sur cet établissement mais de le prendre pour exemple représentatif de tout autre établissement sanitaire afin de questionner ce qu'il se passe dans la rencontre d'un patient avec le système de santé et ses acteurs. Si cette rencontre peut prendre la tournure d'une confrontation comme ce fut le cas pour Marinella, elle peut aussi conduire, soit à un état de soumission passive du patient, soit à une collaboration active, non dénuée de tensions mais à même d'œuvrer à la co-construction du projet de soin.

[3630] Ce référentiel francilien diagnostique et thérapeutique de pathologie mammaire, disponible en ligne, a été consulté le 31 aout 2024 : referentiel-senorif-2021-2022.pdf (gustaveroussy.fr).

[3631] La caractérisation des marqueurs moléculaires des tumeurs s'est développée parallèlement à l'émergence et au déploiement des thérapies dites ciblées, les biomarqueurs moléculaires pouvant en conditionner la prescription. Parmi ces biomarqueurs il y a, par exemple, les mutations des gènes *EGFR* dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules, *BRAF* dans les mélanomes, *KRAS et NRAS* dans les cancers colo-rectaux. Dans le cancer du

s'*invisibilise* dans la vaste population des patients cancéreux. Au moment de leur diagnostic de cancer, et partant de leur entrée dans le monde de la cancérologie, ils se trouvent, autant les uns que les autres, indistinctement emportés dans le cours semblant inéluctable et à sens unique d'un fleuve en crue, celui des rouages complexes, à l'ambiance impersonnelle, évidemment effrayante, et à l'issue toujours incertaine des protocoles thérapeutiques prédéfinis par les algorithmes décisionnels, en dépit de la précision croissante de la stratification des cancers et de leurs options de traitement.

Prise dans ce flot, Marinella peut être considérée comme représentative de bien des personnes subissant un cancer et/ou tout autre état de santé menaçant, et ainsi confrontées, non sans heurts ni difficultés, aux structures et acteurs du système de santé. Ceux-ci peuvent, de prime abord, être vécus comme froids et distanciés voire comme autoritaires et menaçants, plutôt que protecteurs. Le choc de sa rencontre avec un premier oncologue illustre un tel vécu. « C'est génial, s'il le fait [le traitement] sur lui et s'il le fait pas sur moi, cela va très bien se passer et comme j'étais quand même choquée […] je l'ai envoyé balader »[3632] témoigne-t-elle. Que les patients doivent *composer* avec la maladie et/ou le handicap nouvellement subits ainsi que se préparer, faire face, s'adapter aux conditions et conséquences des interventions et traitements éventuellement nécessaires relève de l'évidence. On pense moins spontanément au fait qu'il leur faut aussi, et le plus souvent, *composer* avec les soignants. Or cet effort d'adaptation aux professionnels de santé peut être particulièrement exigeant (du fait de sa durée, sa répétitivité et de la profondeur du décalage pouvant exister entre les différents soignants). Les patients doivent s'adapter à leurs organisations de travail (lieu d'exercice, disponibilité, agenda et planning de soins), à leur langage spécifique (en plus d'être abscons, il peut aussi fluctuer en fonction de la discipline), à leurs modalités de raisonnement (qu'il soit scientifique autant que clinique), à leur fonctionnement pratique (également très variable selon la discipline) et enfin à leurs préconisations. Or, le contenu de ces préconisations de soin et la manière de les présenter aux personnes malades peuvent être vécus comme une violence à leur égard et provoquer des réactions de rejet et de fuite. Il en fut ainsi, initialement du moins, pour Marinella. Pourtant avant même d'œuvrer à faire entendre sa voix, elle se démène en premier lieu pour tenter de comprendre au mieux la logique scientifique et la cohérence médicale de ce qui lui est proposé, afin d'en dépasser peut-être le caractère effrayant. Une telle expérience ne lui est pas spécifique, nombre de patients pouvant se reconnaitre dans cette première confrontation pénible avec le milieu soignant.

1.1.2 – Marinella Banfi, une patiente en phase avec l'évolution des droits des patients

Situer le contexte historique de survenue du cancer de Marinella (« autour des années 2000 »[3633]) est important et aide à éclairer ses réactions. Il survient à un moment charnière en

sein, le gène codant pour la protéine HER2 peut être amplifié. Les progrès technologiques ont progressivement permis d'analyser simultanément de nombreux gènes ou portions de gènes d'intérêt. On parle de séquençage à haut débit ou NGS (*Next Generation Sequencing*). L'affinement de la caractérisation moléculaire des cancers contribue à améliorer leur compréhension physiopathologique et donc pronostique ainsi que leurs traitements.

[3632] Brook Simon. *Op. cit*.

[3633] *Ibid*.

termes d'évolution des droits des patients[3634] et de reconnaissance du concept de démocratie sanitaire. Si le paternalisme médical n'était alors déjà plus la référence, il était loin d'avoir disparu ou même de s'être simplement estompé. Le premier oncologue rencontré par Marinella en est un exemple : « Il a commencé un monologue. […] Donc, il faisait tout : je, je, je … »[3635] témoigne-t-elle. Parmi ces droits fondamentaux, le droit à l'information[3636], d'accès à son dossier médical[3637], de participation active aux décisions médicales (conformément au principe de décision médicale partagée)[3638], de choisir un médecin ou l'établissement de santé[3639], enfin la notion de consentement aux soins[3640] et donc le droit de refuser un traitement et/ou de quitter un établissement à tout moment, se sont avérés particulièrement pertinents s'agissant de la situation de Marinella. Si la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades n'était peut-être pas encore votée, il est indéniable que Marinella a clairement fait valoir tous ces doits. Elle a ainsi pu récupérer son dossier médical (« je veux mon dossier médical »), changer d'établissement (« je m'en vais de cet hôpital »), choisir son médecin et décider de son traitement (« je veux bien faire de la radiothérapie »).

Il n'en demeure pas moins que, conformément à ces droits, passer de la mutité du médecin paternaliste à de l'information médicale (sur son état de santé et les soins éventuellement nécessaires) peut s'avérer difficile et pour le moins angoissant, *a fortiori* en cas d'avis divergents ainsi que, nous le verrons, ce fut le cas pour Marinella[3641]. Si la loi précise que l'information doit être « accessible et loyale »[3642], sa quantité, sa qualité, sa réceptivité varient naturellement pour un même patient en fonction des professionnels et chez un même professionnel en fonction des patients. Les professionnels doivent juger, en conscience, ce qu'ils vont dire, mais aucun n'est à l'abri – pour tel patient, à tel moment et/ou dans telle circonstance – d'en dire trop ou pas assez ou de façon inadéquate. D'autant que cette composante importante de la relation de soin qu'est l'information relève aussi d'un engagement réciproque dont on perçoit dès lors d'autres difficultés. Pour ne prendre que cet exemple,

---

[3634] Il s'agit de la loi du 4 mars 2002, dont les articles 3 à 44 (dans son titre II) relatifs à la démocratie sanitaire. En ligne : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr). Il s'agit aussi des lois du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du 2 février 2016 ouvrant à de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. En ligne : LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr) ; LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr). Sites consultés le 6 septembre 2024

[3635] Brook Simon. *Op. cit*.

[3636] En ligne : Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr) ; Article L1111-3 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3637] En ligne : Article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3638] En ligne : Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3639] En ligne : Article L1110-8 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3640] En ligne : Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3641] Brook Simon. *Op. cit.* : « J'ai commencé à faire le Gault et Millau des cancérologues de Paris. J'en ai vu 1, j'en ai vu 2, j'en ai vu 3, j'en ai vu 4, et j'en ai vu 5. […] je me suis retrouvée face à des gens qui ne disaient pas la même chose […] je me disais mais qu'est-ce que je peux bien faire avec ça ? ».

[3642] En ligne : Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr) ; Article L1111-3 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

nombre d'alertes et de consignes soignantes ne reçoivent pas l'attention qu'elles auraient dû mériter de la part des patients, tandis que leur droit de ne pas savoir peut aussi compliquer voire altérer la capacité de consentement et la qualité des soins[3643]. Il est un fait qu'à l'aune des informations reçues les réactions émotionnelles de Marinella (sa stupeur, son incompréhension, sa colère, son anxiété) ont pu affecter ses décisions (changer d'oncologue et renoncer à certaines parties du traitement oncologique étant les plus remarquables). Par ailleurs, si Marinella a pu déployer beaucoup d'énergie et de courage pour identifier un oncologue qui lui convienne, souvent l'affaire de choisir soi-même son médecin n'est pas si facile et pour certains tout simplement possible. Contraintes par l'urgence, la gravité et/ou l'évolutivité de la maladie, poussées par l'angoisse et/ou les craintes de perturbations réelles ou à venir sur la vie familiale et professionnelle (qu'une prise en charge décalée ou éloignée provoquerait), coincées par une situation géographique de moindre couverture du réseau sanitaire, empêchées par une situation d'incapacité (état d'invalidité, troubles psycho-cognitifs voire coma provoqués par l'affection elle-même), bien des personnes ne peuvent pas s'engager dans de telles recherches et n'ont d'autre choix que de s'en remettre aux professionnels désignés.

Si le comportement de Marinella semble donc bien relever de l'usage de ses droits en tant que patiente – notamment celui de choisir son médecin et de consentir ou pas à un traitement –, rien ne permet effectivement de l'inscrire dans le registre du rejet de la biomédecine et de ses acteurs. En témoigne le fait de reprendre contact avec Thomas Tursz pour l'informer de son évolution. Aux antipodes d'une position antiscientifique (dogmatique voire complotiste) comme d'une position anti-médicale de type illichéenne[3644], son expérience de quête intérieure vécue grâce à la médecine ayurvédique indienne, et que son usage des droits des patients lui a permis d'investir sans subir de rupture avec le milieu médical, est en réalité loin d'être isolée et anecdotique. Elle s'avère, au contraire, représentative de bien des personnes affectées par la maladie. Il en est ainsi de Marine Barnérias dont l'histoire sera aussi mobilisée dans ce chapitre. Diagnostiquée atteinte de sclérose en plaques (SEP) à l'âge de 21 ans, elle relate dans son film *Rosy*[3645] une similaire quête de soi qui n'est pas un rejet de la maladie ou de la médecine, mais un cheminement personnel qui lui permettra de s'approprier progressivement sa maladie au point de l'identifier comme une compagne et de la nommer Rosy.

1.1.3 – Marinella Banfi, une personnalité forte et singulière

Malgré l'absence d'éléments biographiques précis, ce film donne une idée du caractère de Marinella. Elle y apparaît dotée d'une forte personnalité, ce qui n'exclut pas une grande sensibilité. Le courage, la persévérance et la perspicacité ne semblent pas être les moindres de

[3643] L'article L1111-2 du code de la santé publique précise que « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée ». En ligne : Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3644] En cohérence avec ses idées, Ivan Illich a refusé tout traitement médico-chirurgical à visée curative d'un cancer parotidien. Usant d'opium pour tenter de soulager ses douleurs, il est décédé de la progression terminale de ce cancer 2002. Nul ne saurait dire si une exérèse précoce aurait pu, si ce n'est le rendre curable, du moins en amoindrir certaines souffrances. Je renvoie à : Illich Ivan, Dupuy Jean-Pierre (Trad.). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1981. Djian Jean-Michel *Ivan Illich. L'homme qui a libéré l'avenir*. Paris: Seuil; 2020.

[3645] Barnérias Marine. *Rosy* [Film documentaire, 83 min]. France: My Box Films, 2021.

ses qualités personnelles. Il en fallait pour tenir tête à différents cancérologues malgré le poids de leur autorité en tant que détenteurs de la *connaissance* scientifique et du *savoir-faire* pratique en matière de cancérologie. Il en fallait aussi pour surmonter la menace brandie par les médecins du risque d'évolutivité de son cancer si elle ne respectait pas cette autorité. Elle a ainsi pu assumer sa position et résister à la pression (si ce n'est l'aliénation) des tenants d'une biomédecine si souvent dominatrice, immodeste et sourde à bien des besoins humains. Sans l'exclure pour autant, et donc sans se priver de l'apport de ses bienfaits indubitables dans le traitement des cancers, elle a ainsi pu forger et s'engager dans une voie singulière incluant, en plus du traitement de son cancer par la médecine conventionnelle occidentale qu'est la biomédecine, l'apport *complémentaire* de la médecine ayurvédique. Si une telle configuration peut être questionnée au prisme d'une tension entre réductionnisme biologique et holisme ou encore entre scientificité et spiritualisme, rien ne permet pourtant d'affirmer un ancrage spirituel profond de sa personnalité. Sa croyance en un « corps-machine »[3646] et sa déception de découvrir que la médecine n'est pas « une science exacte »[3647] témoignent bien plutôt d'un esprit cartésien. Son élan vers la médecine ayurvédique semble être bien plus conjoncturel, lié au hasard d'une rencontre. Intriguée par le témoignage d'une personne souffrant comme elle d'une affection maligne, prenant alors conscience de la diversité des options possibles à même de contribuer aux soins[3648], elle a été portée par le désir d'en faire l'*expérience*[3649]. Si Marinella n'est donc pas une mystique inaccessible au raisonnement logique et scientifique, d'autres éléments de sa personnalité transparaissent à travers ce film qui aident à la comprendre, tels son attachement à la nature, son intelligence, sa générosité mais aussi son humour.

Ce voyage en dehors des repères habituels de la relation de soin a permis d'apporter à Tursz un éclairage salutaire du caractère contrasté de Marinella, au point de la (re)découvrir sous un jour tout à fait différent de celui de leur rencontre en milieu hospitalier. Marinella semble très attachée à la nature, à sa beauté et à son importance dans le monde du vivant. Elle prend plaisir à lui faire découvrir certains espaces vierges de toute construction humaine, et notamment de toute urbanité[3650]. Le plaisir, la joie ainsi que l'état apparent de bien-être et de sérénité révèlent combien elle est sensible à la place qu'occupe la nature dans cette culture mêlant dieux, humains et animaux dans la jungle comme dans les espaces habités. Le climat de confiance et les manifestations explicites et chaleureuses de reconnaissance qu'elle adresse aux différentes personnes qui ont marqué son parcours de soin en Inde[3651] contrastent avec le malaise et ce qu'elle qualifie elle-même d'agressivité de sa part à l'égard des soignants rencontrés en

[3646] Brook Simon. *Op. cit*. : « pour moi le corps c'est une voiture, je vais chez le mécanicien, il me change le delco, il me remet la batterie et tout va bien ».
[3647] *Ibid.*: « pour moi la médecine était une science exacte. Quand je me suis retrouvée face à des gens qui ne disaient pas la même chose, j'ai eu cette chose incroyable de me rendre compte que ce n'était pas exact ».
[3648] *Ibid.*
[3649] Je renvoie à la dimension d'« expérience » comme mise à l'épreuve des faits, en phase avec la « théorie de l'enquête » de John Dewey. Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey*.
[3650] Brook Simon. *Op. cit*. : « Une grande esplanade […] Un lieu de méditation formidable. Oui, c'est magnifique. […] Une immensité, cela donne une relation à la nature qui [est] absolument ample ».
[3651] *Ibid.* : "It was a great medicine. For me, it was perfect, it was the right medicine", exprime-t-elle, admirative et reconnaissante, au Docteur Vaidyan Gandadharan Nair, médecin ayurvédique et directeur de l'hôpital CNS Kerala.

France[3652]. Un tel contraste est d'ailleurs bien illustré par le propos limpide et efficace de Tursz à son sujet : « Une patiente qui est manifestement à la fois vive, intelligente, caustique mais clairement pas à l'aise et agressive »[3653]. S'il perçoit très vite l'acuité et la finesse d'esprit de Marinella, il est aussi marqué par la tension qu'elle apporte en consultation. Il est d'ailleurs tentant d'entendre, dans le choix des qualificatifs qu'il utilise, celui de *toxique* (utilisé à l'hôpital pour disqualifier certains patients difficiles) au lieu de *caustique*. Après tout, quand bien même l'adjectif *caustique* n'est évidemment pas à entendre au sens de capacité corrosive et de destruction organique d'une substance chimique (à l'instar de la soude ou de la potasse), son usage au sens figuré pour qualifier une personne rencontrée pour la première fois n'est pas anodin[3654]. Si le caractère mordant et incisif des répliques de Marinella, en plus de son humour, peut certes contribuer à sa vivacité et sa pertinence intellectuelles, il a aussi pu être interprété négativement, comme une forme d'agressivité critique, et être vécu comme très déplaisant par d'autres médecins. Or, cette agressivité n'est en réalité peut-être que la conséquence des violences structurelles de l'institution sanitaire à l'égard des patients, que les soignants ne manquent pas eux-mêmes de (re)produire, ne serait-ce que celle de les nier en tant que personne et de ne les considérer qu'au prisme désubjectivant d'une maladie scientifiquement catégorisée[3655].

L'humour est une autre qualité de Marinella dont elle use très efficacement. Son ironie puissante lui permet ainsi de désarçonner plus fort qu'elle au regard de l'asymétrie des rôles en présence et du rapport de pouvoir (il est un homme, professeur de médecine et grand scientifique, elle est une femme, une patiente et une profane). Son emploi de l'interjection « Toc, toc ! » en est une illustration[3656]. « May I do toc, toc … ? » glisse-t-elle pour rappeler sa présence, et son avis personnel, alors que le Professeur Tursz et le moine indien Ritodgata Mahasthita sont plongés en pleine controverse. Elle en réitère l'usage lors d'une entrevue avec Tursz seul. Cherchant à recueillir son ressenti quant à tout ce qu'elle lui fait découvrir et vivre durant ce voyage, elle l'entreprend ainsi : « Je peux poser une question ? Vous n'avez rien ressenti du tout ? Ou bien à un moment il y a quelque chose qui a fait toc, toc ? »[3657]. Soucieuse d'assouplir un tant soit peu la rigidité du scientifique et de percer sa pensée sincère, déliée du discours d'autorité de la science, elle s'y emploie ainsi malicieusement ce qui lui permet de recevoir en guise de réponse, certes furtive et contrariée mais approbatrice, « bien sûr que si ! ». L'humour lui permet avantageusement d'échanger sur des points d'achoppement en évitant la conflictualité. Sans donc nier la gravité des questions soulevées et débattues, il contribue au caractère constructif des discussions. En comparant l'éclairage interne de l'institut Gustave Roussy à la lumière du soleil perçant à travers un *Banyan tee* (« Entre nous, entre les néons de Villejuif et ce bel

---

[3652] *Ibid.* : « quand je suis choquée je peux devenir assez vite agressive … je l'ai envoyé balader ».
[3653] *Ibid.*
[3654] S'agissant de qualifier une personne et son caractère, *caustique* signifie « qui est cinglant, blessant dans la plaisanterie ou la satire ». D'un point de vue étymologique et historique, il est aussi précisé son emprunt au latin classique *causticus*, « qui brûle, qui corrode » et sa définition du 17e siècle : « On dit figurément, qu'un homme est fort caustique, lorsqu'il est médisant, censeur, injurieux, qu'il est mordant en toutes occasions ». Site du CNRTL consulté en ligne le 7 septembre 2024 : CAUSTIQUE : Définition de CAUSTIQUE (cnrtl.fr)
[3655] Fassin Didier. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: Presses universitaires de France; 1996.
[3656] Brook Simon. *Op. cit*.
[3657] *Ibid.*

arbre ! »[3658]), elle exemplifie certes la splendeur de la nature en regard de l'affreuse architecture d'un énorme bâtiment de béton à l'allure d'usine en bordure d'autoroute, mais elle souligne aussi la violence à l'œuvre dans le milieu biomédical. Cet humour n'a certes pas manqué de recevoir un écho beaucoup moins favorable dans le contexte occidental d'une consultation de cancérologie ayant pour seul guide le référentiel scientifique. On comprend que Tursz ait pu ainsi la qualifier de *caustique*. Si Marinella n'ignore pas le sérieux de la science et combien l'humour y trouve peu ou pas de place[3659], le fait d'en user avec une si redoutable maitrise, tel l'aiguillon toujours à même de susciter et/ou de (r)aviver des débats auxquels la science médicale est peu disposée, œuvre à restaurer la communication entre des univers inévitablement divergents.

Peut-être est-ce précisément grâce à cette personnalité, à la fois forte et singulière, dont est dotée Marinella qu'il lui a été possible de douter et de ne pas se soumettre à une médecine si prompte à écraser les singularités et à imposer le savoir scientifique comme le seul valable.

1.1.4 – Marinella Banfi, une « patiente difficile »

Cette qualification, par Thomas Tursz, de « patiente difficile », qu'il n'a *a priori* pas reniée ensuite, ne relève pas tant de la gravité et/ou de la complexité de l'état pathologique en cause – sans doute aurait-il alors parlé de « dossier difficile » plutôt que de « patiente difficile » ; or ce n'était pas le cas du cancer circonscrit et curable de Marinella – que du comportement de la personne malade. Cette formule, « patient difficile », implicitement convenue au sein du milieu médical[3660], tend à réduire la personne aux difficultés qu'elle peut générer pour les professionnels de santé, dans la réalisation de leur mission soignante. La défiance, le déni, le manque de docilité, la désobéissance, *a fortiori* l'insubordination des patients font partie de ces comportements que craignent particulièrement les soignants[3661]. En miroir inversé de cette liste, ceux-ci espèrent de leurs patients qu'ils soient en phase avec la réalité biologique de leur état, confiants et respectueux de leurs préconisations, en somme qu'ils soient coopérants. A cet égard, la frontière entre ce que les soignants qualifient de comportement adéquat et un état d'obéissance pure, de docilité voire de soumission est parfois pour le moins ténue. Sans compter qu'ils espèrent bien d'autres qualités encore de leurs patients que les concepts de littératie en santé[3662] et d'observance thérapeutique[3663] illustrent en partie. Que certaines de ces qualités viennent à manquer, un patient se voit bien vite qualifié de « difficile ». Soumis à l'obligation inconditionnelle d'assistance, les soignants se voient alors contraints de redoubler d'efforts, de vigilance, d'investissement : expliquer plus, mieux justifier des prescriptions, accepter de

---

[3658] *Ibid.* : « c'est vrai que cela change du Val de Marne » reconnait Thomas Tursz.
[3659] *Ibid.* : « Je sais que c'est sérieux la médecine »
[3660] Raghavan Rajeev. *Driving Jackson*. N Engl J Med 2025;392(19):1879-81. Dans cet article, la mention suivante "the proverbial 'difficult patient'" en témoigne.
[3661] Brook Simon. *Op. cit*.: "With me, she was ready to admit nothing, she was the most unreceptive person I ever had".
[3662] Nutbeam Done, Lloyd Jane E. *Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health*. Annu Rev Public Health 2021;42:159-73. Vaillancourt Regis, Cameron Jameason D. *Health literacy for children and families*. Br J Clin Pharmacol 2022;88(10):4328-36. Fleary Sasha A., Joseph Patrece, Pappagianopoulos Jessica E. *Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review*. J Adolesc 2018;62:116-27.
[3663] Reach Gérard. *Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie*. Paris: Les Belles lettres; 2010.

dialoguer autant que nécessaire, négocier voire faire des concessions sur certains aspects des soins, etc. Parler de « patiente difficile » en vient à constituer, y compris pour Tusrz, une forme d'euphémisme qui n'échappe pas au jugement de valeur et à une certaine agressivité des soignants. Pour moins choquante que cette qualification puisse paraître, elle n'en conduit pas moins à la catégorisation implicite au rang des *pénibles* et des *insoumis*. Dans cette catégorie des *pénibles*, se trouveraient les patients qui ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre, auprès desquels il faut beaucoup et longtemps œuvrer pour qu'ils adhèrent aux soins, tandis que celle des *insoumis* regrouperait les suspicieux inconditionnels, les antiscientifiques radicaux et les anti-médecine par idéologie. Aux difficultés que suscitent de tels patients, les acteurs de santé sont tentés de répondre par la défensive ou par le renoncement.

Si au goût des soignants, le patient idéal, et donc *facile*, est celui qui exempte le soignant de bien des efforts, Marinella est donc bien, quant à elle, « une patiente difficile ». Mais la voici également qualifiée, au gré du découpage du film en chapitres de « patient indisciplinée »[3664]. Elle donne effectivement l'impression de n'en faire qu'à sa tête, réclamant de quitter un établissement en emportant son dossier médical[3665], multipliant les avis sans parvenir à accepter le moindre projet de soin, du moins dans son intégralité. Il est compréhensible qu'un tel comportement ait pu compliquer le travail de soignants, pour la majorité, soucieux de proposer le meilleur traitement possible, ainsi qu'en témoigne ce propos de Tursz : « Je considère que mon rôle principal est de traiter la maladie avec les meilleurs soins possible »[3666]. Or, en tant qu'homme de science de la fin du 20e siècle, ce dernier entend naturellement par là le protocole thérapeutique scientifiquement validé ce qui, en termes de soins, constitue à la fois un cantonnement disciplinaire et une restriction à la dimension de *cure*. Par contraste, le *care* ouvre à une diversité d'options de soins. Peut-être faut-il dès lors entendre dans l'*indiscipline* de Marinella un souhait d'émancipation et d'ouverture par rapport à la seule discipline de Tursz qu'est l'oncologie. Les patients ne sont pas dupes de cet usage abusif du mot « soins » (*care*). Un tel mésusage linguistique contribue à ce fossé entre la technique curative de traitement des maladies que peut offrir un oncologue comme Tursz et la médecine des personnes à laquelle aspirent les patients mais qui révèle les insuffisances de la biomédecine en la matière.

Dans un autre ordre d'idée, Tursz n'ignore pas que tenir compte des « attentes et préférences des patients » constitue l'un des trois piliers de l'*evidence-based medicine* (*EBM*)[3667] et impose une marge d'adaptation de la part des professionnels, même si cela entame leurs performances et met à l'épreuve leur autorité[3668]. En n'acceptant que la radiothérapie et en s'orientant vers des soins complémentaires, Marinella précise clairement ses préférences. Une telle configuration peut s'avérer difficilement acceptable pour les bio-soignants tant elle les éloigne de leurs référentiels théoriques autant que pratiques. Se jugeant en défaut de rigueur scientifique, voire en défaut d'assistance à la personne, ils peuvent légitimement s'inquiéter

[3664] Brook Simon. *Op. cit*. : « Marinella Banfi : la patiente indisciplinée ».
[3665] *Ibid.* : « eh bien *je* ne ferai rien de tout cela et *je* veux mon dossier médical et *je* m'en vais de cet hôpital ».
[3666] *Ibid.*: "I consider that my main role was to treat the disease with the best possible care".
[3667] Sackett David L., Rosenberg William M., Gray J. A. Muir, Haynes R. Brian, Richardson W. Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;312(7023):71-2.
[3668] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute de Thomas Tursz*.

d'une perte de chance pour la personne, si ce n'est une mise en danger, mais aussi craindre que leur responsabilité ne soit engagée. S'il se trouve là une déclinaison du dilemme éthique si régulièrement ravivé entre bienveillance et respect de l'autonomie de la personne[3669], un tel dilemme peut s'avérer intenable pour un professionnel de santé s'il le prive effectivement de pouvoir œuvrer à sa mission soignante lorsqu'un refus de soins lui est opposé. Si Marinella ne se trouve pas dans un tel refus total de soins, ses réticences n'ont pas manqué de susciter de l'inquiétude quant à sa santé et son devenir, par les risques encourus du fait de son errance médicale, du retard consécutif de soins adaptés et de l'incomplétude du traitement de son cancer.

1.1.5 – Marinella Banfi, une patiente qui dérange la médecine conventionnelle occidentale

Marinella dérange fortement la médecine conventionnelle et ses acteurs. D'une part, son comportement à l'égard des cancérologues a pu être interprété comme capricieux, suspicieux voire méprisant[3670] ; multipliant les avis sans adhérer à aucun – agissant donc contre l'*avis médical* –, elle n'accepte finalement qu'une partie du protocole de soins de l'oncologue qu'elle choisit comme référent. D'autre part, quand bien même elle serait représentative de bien des personnes éprouvant le besoin d'accéder à des modalités de soins autres que ceux validés par la biomédecine, sa décision de compléter son traitement anti-cancéreux par des soins ayurvédiques a pu être considérée comme très agaçante voire choquante. Lorsqu'elle annonce à Thomas Tursz « J'ai rencontré en Inde la médecine ayurvédique, je pense que je vais suivre ce filon mais pour pas prendre de risque, je veux bien faire de la radiothérapie »[3671], il est aisé d'imaginer le désarroi de l'oncologue privé d'effectuer la chimiothérapie qu'il estimait pourtant nécessaire. Cumulant insoumission à la biomédecine et adhésion à des soins non validés scientifiquement, il en vient à la qualifier de « pire patiente qu['il ait] jamais eue, la plus indisciplinée »[3672]. Cette ouverture au pluralisme médical qu'incarne Marinella fera l'objet d'un développement spécifique[3673].

Par cette double décision (n'accepter qu'une partie du traitement biomédical préconisé et le compléter par des soins non conventionnels), Marinella entre de plain-pied dans cette catégorie de patients qui indisposent puissamment les professionnels de santé occidentaux ayant pour seul guide la science médicale. Revers de la médaille d'une telle audace et de l'insubordination dont elle atteste, il n'est pas rare que le système biomédical les stigmatise et les discrimine. Suspectant chez le patient quelque comportement fabulateur, une instabilité psychique voire un authentique trouble mental, il arrive que la biomédecine s'en désintéresse et les prive en conséquence d'une qualité de soins équitable. Elle n'hésiterait pas non plus à leur imputer la

---

[3669] Beauchamp Tom L., Childress James F., Fisbach Martine (Trad.). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Belles lettres; 2008. Fourneret Eric. *Op. cit*. Durand Guillaume. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Flammarion; 2021. Fainzang Sylvie. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : Presses universitaires de France; 2012.

[3670] Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017, p.13 : « Les citoyens ordinaires sont catalogués comme tyranniques, consommateurs et capricieux, revendiquant, parfois violemment, l'exercice de leur liberté ».

[3671] Brook Simon. *Op. cit*.

[3672] *Ibid.*

[3673] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute comme ouverture à la pluralité des mondes du soin*.

responsabilité d'une évolution défavorable de leur santé, si tel devait s'avérer être le cas. A rebours d'un tel scenario, l'histoire de Marinella s'avère d'autant plus subtile. D'une part, son cancer n'évolue ni ne rechute alors même que son traitement carcinologique a été incomplet. D'autre part, son rapport à la biomédecine n'est *a priori* pas altéré. Enfin, elle exprime sa reconnaissance envers Tursz, alors même qu'il n'a pas pu agir selon sa mission. Autant d'éléments qui ont pu alimenter la stupéfaction du cancérologue. Plus encore que l'indiscipline, la contradiction bouscule la biomédecine jusqu'à faire hérisser, en rempart défensif, l'intolérance de certains de ses représentants, qu'ils se drapent de leur indifférence ou qu'ils assertent l'invraisemblance d'une situation que la science ne peut expliquer. Ce n'est certes pas la dynamique de Tursz dont la curiosité a, bien au contraire, été piquée au vif au point de s'exclamer « il faut quand même que vous m'expliquiez ce qu'ils vous ont fait là-bas »[3674] et de conduire, sous son impulsion, au voyage dont il est question dans *Mon docteur indien*.

Il n'en demeure pas moins que Marinella demeure, pour les acteurs de la biomédecine, une patiente *énigmatique*. Ce qui sous-tend son comportement, ce qui motive sa démarche et ce qu'elle en retire exactement leur restent, quant à l'enjeu principal à leurs yeux de la maladie cancéreuse, opaques. Tursz en témoigne lorsqu'il se remémore ce moment, pour lui, stupéfiant : « on a une conversation très étrange où elle m'explique que je l'ai guérie par ma parole et par ma compréhension et en ne faisant rien du tout » [3675] se rappelle-t-il. Pour ce médecin scientifique, mu par le devoir d'agir sur la base des coordonnées bio-anatomiques des maladies et dans le respect des recommandations thérapeutiques en vigueur, ce propos de Marinella est pour le moins difficile à comprendre. Il se voit remercié, non pas pour avoir traité sa maladie de la meilleure des façons possibles en tant que bio-médecin fondant sa pratique sur la rationalité et la rigueur scientifiques mais pour n'avoir, au contraire, rien fait de la mission qui était la sienne.

1.2 – Le contexte de Thomas Tursz, un médecin scientifique spécialiste du cancer

Thomas Tursz (1946-2018) est le partenaire soignant de cette relation de soin. Figure scientifique et mondaine éminente de la lutte contre le cancer, il est le sixième cancérologue que Marinella consulte dans le cadre de sa démarche de recherche d'un médecin auquel confier la responsabilité de soigner son cancer.

1.2.1 – Thomas Tursz, un cancérologue visionnaire

Reconnu au niveau national et international, Tursz est un médecin spécialiste émérite en cancérologie et un chercheur à la pointe de l'innovation scientifique en matière de compréhension et de traitement des cancers. Il a ainsi contribué aux premières découvertes d'anomalies génétiques de susceptibilité au cancer et a aussi été un pionnier dans l'utilisation de nouvelles voies thérapeutiques en cancérologie telles que l'immunothérapie par cytokines. Il a été, durant plus de quinze années, directeur médical de l'institut Gustave Roussy (IGR), considéré comme le plus grand centre de lutte contre le cancer (CLCC) français et d'Europe[3676].

[3674] Brook Simon. *Op. cit*.
[3675] *Ibid.*
[3676] Site consulté en ligne le 28 aout 2024 : Gustave Roussy | 1er centre de lutte contre le cancer en Europe.

Il a aussi été président de la fédération des CLCC devenue UNICANCER[3677] entre 2004 et 2010 ainsi que membre fondateur et vice-président du conseil scientifique du consortium international WIN (*worldwide innovative network*)[3678] visant à favoriser le développement de la médecine de précision. Ayant pour objectif le traitement de chaque individu en fonction des caractéristiques propres de sa tumeur, notamment à l'échelle moléculaire, la médecine de précision est aussi appelée, non sans ambiguïté voire illusion (ainsi que j'y reviendrai), *médecine personnalisée*[3679]. Il a ainsi été considéré comme pionnier et novateur en ce domaine, en faisant le choix visionnaire de déployer des équipes pluridisciplinaires de recherche et des plateaux de haute technicité notamment en génomique. Il a ainsi contribué à des innovations physiopathologiques et thérapeutiques qui ont transformé la prise en charge des patients en cancérologie. Le communiqué de l'IGR relatant le décès de Thomas Tursz[3680] souligne les nombreux prix qui lui ont été décernés pour son engagement et ses travaux de recherche fondamentale et clinique en cancérologie, dont le *Hamilton Fairley Award for Clinical Research*, ainsi que ses nombreuses publications puisqu'il est l'auteur de plus de trois cents articles parus dans des revues scientifiques internationales.

1.2.2 – Thomas Tursz, un défenseur de la biomédecine dans le sillage de Claude Bernard

Tursz était un parfait représentant de la biomédecine occidentale contemporaine comme en son temps Claude Bernard l'était de la médecine expérimentale. Les avancées et innovations auxquelles il a participé ont contribué à changer l'histoire de la cancérologie. Les propos de Claude Bernard affirmant, d'une part qu'« il faut croire à la science »[3681], d'autre part que « c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale »[3682] s'appliquent pleinement à son successeur. De fait, et sous sa propre plume, Tursz voyait en la recherche fondamentale basée sur l'expérimentation scientifique s'effectuant au laboratoire le pouvoir « [d]'élucide[r] progressivement les mystères de la vie et de la mort de nos cellules »[3683]. A l'instar de Bernard estimant que « la science repousse l'indéterminé »[3684] et que « c'est par cela qu'il [l'homme] étend et qu'il étendra de plus en plus sa puissance sur la nature »[3685], Tursz était lui aussi convaincu que « les progrès dans le traitement du cancer allaient continuer naturellement, rapidement et régulièrement jusqu'à la victoire finale »[3686]. Le slogan de la fondation ARC, dont il fut membre, invite à croire en cette ambition : « Pour nous, tout part

[3677] Site consulté en ligne le 28 aout 2024 : Lutte contre le cancer avec Unicancer : Traitement, accompagnement et recherche scientifique.
[3678] Site consulté en ligne le 14 septembre 2024 : Win Consortium.
[3679] Guchet Xavier. *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*. Paris: Les Belles Lettres; 2016.
[3680] Communiqué de l'IGR en ligne : Disparition du Professeur Thomas Tursz | Gustave Roussy, consulté le 28 aout 2024.
[3681] Bernard Claude, Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865], p. 85.
[3682] *Ibid.*, p. 257 : « En un mot, je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer un médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale » ; « Le médecin qui est jaloux de mériter ce nom dans le sens scientifique doit, en sortant de l'hôpital, aller dans son laboratoire ».
[3683] Tursz Thomas. *La nouvelle médecine du cancer. Histoire et espoir*. Paris: Odile Jacob; 2013.
[3684] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 114.
[3685] *Ibid.*, p. 247.
[3686] Tursz Thomas. *Op. cit*., p. 16.

d'une conviction : la recherche vaincra le cancer »[3687]. C'est pourquoi, malgré les désenchantements quant à la rapidité et la constance de survenue des évolutions attendues, Tursz est toujours demeuré un « médecin expérimentateur » tel que, précisément, Bernard le définissait : « la médecine expérimentale n'est que l'épanouissement naturel de l'investigation médicale *pratique* dirigée par un esprit scientifique »[3688]. Ce dernier entendait par là non seulement être « capable de porter secours aux malades avec tous les moyens que possède la médecine pratique » mais « aller même au-delà et essayer le plus possible de médicaments nouveaux d'après les règles que nous avons indiquées »[3689] qui sont celles de la méthode expérimentale. C'est bien ainsi que Tursz n'a cessé d'œuvrer.

Si pour Claude Bernard, il est apparu évident qu'il s'agissait là de « la voie scientifique définitive »[3690] de la médecine, elle s'est enrichie dans son contenu et son intitulé avec l'avènement de l'*EBM*[3691] (médecine fondée sur les preuves) dont Tursz est un fidèle défenseur et sur laquelle il fait reposer sa pratique médicale. La dimension de *preuve* – et non pas d'évidence, comme le faux-ami anglophone « evidence » invite à le penser – est pour lui, si ce n'est non négociable, du moins fondamentale ainsi que plusieurs scènes dans le film *Mon docteur indien* permettent de le constater. Pour autant, conformément aux trois piliers de l'*EBM*, Tursz ne professe pas la tyrannie ni l'exclusivité de la preuve scientifique. En plus de fonder son jugement sur la rationalité scientifique et d'être activement impliqué dans la recherche fondamentale et clinique (en œuvrant notamment aux essais thérapeutiques), sa pratique de clinicien participe de la mise en œuvre du second pilier de l'*EBM*. Il s'agit de son expertise médicale et de la justesse avec laquelle il peut appliquer le meilleur état de ses connaissances aux soins de ses patients au sens de la *technê* médicale pensée par Weber autant comme « tactique du geste » que comme « éthique du tact »[3692]. Il est, par ailleurs, manifestement respectueux d'appliquer aussi le troisième pilier de l'*EBM*, habituellement résumé sous la formule « les préférences du patient », ainsi qu'en témoigne son comportement d'écoute à l'égard de Marinella et de respect de ses choix[3693]. Pour autant, préférence et autonomie ne sont pas synonymes, de même que respecter une préférence ne peut se réduire à une question de consentement, ou pas. Si, bien que soucieux, Tursz s'est plié à la préférence de Marinella, cela ne fut pas le cas de ses cinq collègues. Ce troisième pilier, dont on parle bien peu en réalité, est

[3687] Site consulté en ligne le 28 aout 2024 : Fondation ARC pour la recherche sur le cancer | Fondation ARC.
[3688] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 361.
[3689] *Ibid.*, p. 360-361 : « Le médecin expérimentateur ne devra donc pas être, comme certaines personnes semblent le croire, un simple physiologiste qui attendra les bras croisés que la médecine expérimentale soit constituée scientifiquement avant d'agir auprès de ses malades. Loin de là, il doit employer tous les remèdes connus empiriquement, non seulement à l'égal de l'empirique, mais aller même au-delà et essayer le plus possible de médicaments nouveaux […]. Le médecin expérimentateur sera donc, comme l'empirique, capable de porter secours aux malades avec tous les moyens que possède la médecine pratique ; mais de plus, à l'aide de l'esprit scientifique qui le dirige, il contribuera à fonder la médecine expérimentale ».
[3690] *Ibid.*, p. 31 : « Il est ainsi évident pour tout esprit non prévenu que la médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive. Par la seule marche naturelle de son évolution, elle abandonne peu à peu la région des systèmes pour revêtir de plus en plus la forme analytique, et rentrer ainsi graduellement dans la méthode d'investigation commune aux sciences expérimentales ».
[3691] Sackett David L., Rosenberg William M., Gray J. A. Muir, Haynes R. Brian, Richardson W. Scott. et al. *Op. cit.*
[3692] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p.14-15 et 25-48.
[3693] Brook Simon. *Op. cit*. : « Qu'est-ce que vous avez décidé ? »

donc plus souvent cosmétique que réellement mis en œuvre. Il peut être conflictuel et rebuter des professionnels qui se contentent de suivre des règles établies conformément à la rationalité scientifique alors que les patients traversent une épreuve existentielle. D'ailleurs, quand un patient oppose des préférences contraires, il est qualifié de « difficile » et il n'est alors pas rare que le soignant se rétracte et que sa jauge de responsabilité s'effondre. En somme si ce pilier était réellement pris en compte, les soignants seraient inévitablement amenés à douter de leur propre démarche. Douter serait naturel puisqu'il s'agirait de réfléchir en fonction de ce que prescrit la médecine mais aussi en fonction des préférences du patient. Mais tel n'est évidemment pas le cas. Tursz lui-même ne s'est mis à douter que dans un second temps.

Il n'en demeure pas moins que Tursz a été une figure significative et imposante de la médecine fondée sur la science et de son ambition d'objectivité, de fiabilité et de progrès dans la connaissance des maladies et de leurs traitements. Si son aura a aussi été unanime dans le milieu associatif, elle s'est étendue au-delà encore ainsi que son élévation au grade d'Officier de la Légion d'honneur tend à l'illustrer. Sa vie dédiée à la médecine et à la science le constituait, aux yeux de la société, tel un Claude Bernard de la cancérologie, spécialité médicale on ne peut plus scientifique. Nombreux sont les témoignages qui attestent de son honnêteté intellectuelle et de son constant souci d'améliorer le traitement du cancer et la santé des personnes. Autant de constats à même d'apporter quelque réassurance quant à la fiabilité et la qualité de l'analyse qu'il propose de sa rencontre de la médecine traditionnelle indienne qu'est l'ayurvéda ainsi que la restitue le film *Mon docteur indien*. A l'aune de ses convictions et de son attachement indéfectible à la science médicale, s'agissant de ses règles, ses repères et ses valeurs, le témoignage de Tursz concernant cette rencontre d'une médecine non conventionnelle est dès lors particulièrement intéressant et important.

1.2.3 – Thomas Tursz, un homme athée et marqué par l'Histoire

Comme pour Marinella, le film *Mon docteur indien* ne fournit aucun élément de biographie personnelle et se contente d'identifier les deux acteurs de cette relation de soin par leur fonction. Tursz y apparait donc en tant « cancérologue de renom »[3694]. Pourtant, au gré de certains articles de presse et d'une furtive allusion à la guerre et à la religion dans le cours même du film, un éclairage biographique peut tenter d'être amorcé. Sa famille était originaire de Cracovie et son père, qui était médecin, officiait dans le ghetto de Varsovie. Le fait que son propre père ait œuvré à préserver la vie en un temps et un lieu où la menace de mort était omniprésente, aurait participé à sa vocation médicale. Le choix d'une discipline consacrée à lutter contre une maladie sur laquelle continue de planer le spectre de la mort n'est probablement pas un hasard[3695]. Quant à la question religieuse, si la configuration spatio-temporelle ici évoquée confirme l'origine polonaise de son nom de famille, cela ne signifie pas pour autant que sa famille fut juive et rescapée de la Shoah. Selon ses propres mots, il se dit « totalement athée, *a priori* totalement non sensible à cette dimension [de la religion et de la spiritualité] et en plus très marqué

[3694] *Ibid.*

[3695] Si le pronostic des cancers s'est beaucoup amélioré durant les dernières décennies, les représentations liées à cette maladie restent affectées par l'idée d'une condamnation inéluctable alors que cette sentence ne concerne plus que certains cancers notamment s'ils affectent le poumon, le pancréas, le foie, l'œsophage, le système nerveux central. Site de l'INCa consulté en ligne le 11 février 2026 : Panorama des cancers 2025, édition spéciale 20 ans.

familialement par la deuxième guerre mondiale »[3696]. Né dans l'immédiat après-guerre (en 1946), il établit donc un lien entre cette tragédie de l'histoire que sa famille a directement éprouvée depuis le cœur de l'Europe, son athéisme et sa profession.

La question de la religion est ici source de confusion. Tursz l'associe à la médecine traditionnelle indienne telle qu'il a pu la découvrir grâce à Marinella ainsi que ce propos le suggère : « Je pense que ce que j'ai appris est plus du domaine du sociologique, c'est l'importance du lien que créent entre les gens, la pratique d'une religion et les rites qui vont autour d'une religion »[3697]. Cette phrase, survenant en fin de documentaire (et aussi de voyage), a une allure conclusive. Il parait évident que ce qu'il a observé de la médecine ayurvédique relève, selon lui, non pas de la médecine (« on en est loin » s'exclame-t-il) mais de « la spiritualité ou la religion »[3698]. Insister sur son athéisme lui permet alors d'être ferme dans sa position et son jugement sans avoir même besoin d'user d'un argumentaire scientifique. « Je suis inchangé dans mes convictions, dans ma façon de penser »[3699] insiste-t-il. Il se positionne ainsi en observateur distancié, non concerné (« ce que j'ai appris est plus du domaine du sociologique »), mais curieux et tout de même intéressé, puisque des patients en font le choix et rapportent des bénéfices qu'il a l'honnêteté de reconnaître. Tout au plus estime-t-il avoir été instruit et se sentir en conséquence « plus cultivé »[3700]. Outre la confusion opérée entre spiritualité et religion, cette position laisse sourdre une forme de dénigrement. Or la biomédecine n'est pas moins fondée que la médecine ayurvédique sur un système de croyance[3701], en l'occurrence la croyance en la méthode scientifique comme étant seule capable de produire des vérités. Puisque le rapport de Tursz à la méthode et au savoir scientifiques exclut d'en douter, et qu'il rejette pour cela la médecine ayurvédique qui ne s'y réfère pas, on pourrait dire que sa propre « religion » est celle de la médecine scientifique. Il le dit d'ailleurs lui-même : « Je garde les mêmes convictions, j'ai toujours foi en ma science »[3702].

1.2.4 – Thomas Tursz, un esprit d'ouverture

L'hommage rendu par la fondation ARC pour la recherche sur le cancer témoigne de l'ouverture d'esprit de Tursz[3703]. La mention de son souci d'informer très largement la société de l'actualité de la cancérologie, de ses avancées et ses espoirs sans en nier les difficultés et les déceptions,

---

[3696] Brook Simon. *Op. cit*.
[3697] *Ibid.*
[3698] *Ibid.* : Thomas Tursz dit : « Pour moi, c'est quand même une expérience très, très étonnante, très étrange et qui m'a appris des choses… surtout ça. Moi ce que j'aimerais, c'est que pour une fois, on ne parle pas de médecine », à quoi Marinella répond « Ben là elle en est loin ! » puis de nouveau Thomas Tursz : « Voilà on en est loin … et qu'on parle des quelques moments qu'on a vécus, qui touchent à ce qu'on pourrait appeler la spiritualité ou la religion ».
[3699] *Ibid.*
[3700] *Ibid.*
[3701] Je renvoie à l'analyse peircienne du rapport d'exclusion entre doute et croyance tel que développé dans le chapitre de la présente thèse intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.
[3702] Brook Simon. *Op. cit*.: "I still have my beliefs and I still believe in my science". (Traduction personnelle).
[3703] Communiqué de l'ARC accessible en ligne : Hommage à Thomas Tursz, précurseur de la recherche en cancérologie | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, consulté le 28 aout 2024 : « convaincu du rôle essentiel de l'information dans la lutte contre la maladie, il a contribué inlassablement au progrès de la connaissance du plus grand nombre, comme professeur en cancérologie, comme auteur d'ouvrages de vulgarisation – dont l'ouvrage de référence *La nouvelle médecine du cancer, histoire et espoir* –, mais aussi comme porte-parole de la Fondation ARC ».

par un ouvrage tout public racontant la science et la médecine à l'œuvre pour traiter les cancers[3704] en témoigne. Tursz n'était pas un scientifique déconnecté de la réalité vécue par les patients, de leurs attentes ainsi que des questions inquiètes que peut se poser tout un chacun, malade ou pas, proche, aidant, ou simplement citoyen s'agissant de cette maladie à l'aura si menaçante et n'épargnant aucune famille. Par sa capacité d'écoute attentive et de souci de l'autre, Tursz ne reste pas cantonné au monde de la biomédecine, encore moins à une bulle scientifique. Cela lui permet tout à la fois d'imaginer la singularité du patient (ou du citoyen usager de santé à qui il s'adresse avec son livre) et donc d'accueillir l'altérité, sans pour autant se départir de sa posture de médecin scientifique et de ce regard médical qui lui est propre dont les témoignages attestent du caractère profondément éthique. Cette attention particulière à l'égard d'une patiente pourtant « difficile » (pour en avoir sévèrement rebuté bien d'autres) et surtout l'aventure inédite de ce voyage en Inde illustrent cette capacité d'ouverture à l'autre et au monde.

Pour exceptionnelle qu'elle puisse paraître, elle est d'autant plus importante venant d'un médecin qu'il est celui qui reçoit, dans son propre environnement, le patient. Or, en plus de pénétrer dans un lieu étranger, pour le moins appréhendé comme menaçant, en tant qu'hôte invité, le patient n'ose pas s'exprimer ni agir librement. Il apparait donc bien logique que le soignant qui, quant à lui est maître en sa demeure, fasse ce premier pas en termes d'économie d'attention et d'écoute, ouvrant ainsi à la réciprocité possible. Plus encore, en reconnaissant qu'un cas simple, non disséminé, curable et effectivement guéri de cancer puisse être dévastateur pour la vie d'une personne, Tursz témoigne de sa capacité d'ouverture de son champ d'attention au-delà des seuls déterminants bio-anatomiques d'une maladie, au profit d'une écoute subjective tenant compte de l'expérience traversée telle que le patient l'éprouve par lui-même[3705]. Il est donc sensible à la diversité des aspects non scientifiquement déterminés, évaluables et sanctionnables de la situation d'une personne malade. De façon plus étonnante encore, il s'est également avéré attentif aux témoignages des bienfaits ressentis de soins non conventionnels, ainsi qu'aux motifs, non exclusivement culturels, qui peuvent y conduire.

1.2.5 – Thomas Tursz, un homme déçu par la biomédecine ?

Tusrz n'a jamais été insoucieux du sort et des souffrances de ses malades, éprouvant avec peine les échecs de ses prises en charge et ce qu'il a appelé « les années noires de la cancérologie », durant lesquelles aucune grande avancée ne parvenait à changer significativement la donne en matière de diagnostic, de traitement et donc de pronostic[3706]. Longtemps privé d'innovation, il ne s'est pas immunisé contre le caractère déceptif de la cancérologie et son goût parfois amer. S'il n'est certes pas insensible au mythe de la science dotée (au moins dans ses potentialités)

[3704] Tursz Thomas. *Op. cit*.

[3705] Brook Simon. *Op. cit*.: "So, despite the fact that it was absolutely not a severe case of cancer it wasted months of your life as well because of complications of treatment"; "So, that was just a period when I couldn't go through with it. And that's why I decided I would like to retire. So, I retired from my work".

[3706] Tursz Thomas. *Op. cit*., p. 17 : « Les années 1970-2000, au cours desquelles j'aurai vécu la plus grande partie de ma vie professionnelle, resteront bien comme les années noires de la cancérologie, celles où toutes les avancées importantes dans le traitement du cancer paraissaient avoir déjà été faites et où nous ne participions plus qu'à de petits progrès, liés à des raffinements techniques ou à une expérience plus grande, sans qu'aucun concept nouveau vienne réellement bouleverser le monde quotidien du cancer réel ».

d'un pouvoir explicatif universel et d'une puissance de résolution sans limite, constat de réalité aidant, il en a aussi éprouvé les limites[3707]. On peut se demander si cela n'aurait pas contribué à son ouverture d'esprit et à l'élan qui l'a porté à ne pas dédaigner une patiente intelligente faisant l'éloge d'une médecine traditionnelle, mais au contraire à s'y intéresser et plus encore à s'engager avec elle dans une démarche visant à tenter d'en comprendre les fondements, les objectifs et les effets. Seul Tursz pourrait répondre à cette question. Mais, d'une part il n'était manifestement pas de ceux « qui craignent d'apparaître, aux yeux de leurs confrères, comme des adeptes des thérapies alternatives, et donc de se disqualifier en tant que membres de leur communauté scientifique »[3708]. D'autre part, ces périodes de déception et de désillusion ne sauraient servir d'explication suffisante tant elles furent transitoires. Tursz fut non seulement témoin mais aussi acteur – la paternité de la médecine de précision ne pouvant lui être déniée – des remarquables avancées de la cancérologie de ce début de 21e siècle que l'essor des thérapies ciblées illustre au mieux (à l'instar des anticorps monoclonaux et des inhibiteurs de tyrosine kinase). D'autres facteurs ont pu contribuer à cet intérêt pour une autre culture du soin que celle sous-tendue par la science médicale et que les tenants de la biomédecine considèrent le plus souvent avec condescendance, voire mépris, leur « dénigrement consist[ant] à analyser le recours aux médecines parallèles comme le fruit de la naïveté et de l'ignorance »[3709].

Si cet élan a pu naturellement être sous-tendu par sa curiosité intellectuelle, à la fois évidente et très puissante, des collègues et d'autres personnes l'ayant côtoyé insistent aussi sur son « humanité » comme véritable trait distinctif de sa personnalité. Cela n'était pas sans le confronter à un dilemme propre. Ce fossé entre le lit du malade et la paillasse du chercheur scientifique que d'aucuns qualifient de *death valley*[3710] n'est que l'un des aspects de ce dilemme dans sa dimension instrumentale, s'agissant de l'applicabilité des données de la recherche aux soins. Si appréhender la maladie, la santé, la vie, au prisme de la science[3711] ne l'a certes pas rendu dupe des limites de la médecine fondée sur les preuves, cela ne s'est pas non plus toujours bien harmonisé avec son souci des personnes. L'une de ses collaboratrices à l'IGR, Suzette Delaloge, rapporte ainsi : « Il avait aussi ce désir d'organiser l'IGR pour réconcilier la science et l'humanité, mais, sur ce sujet, il n'a pas été assez écouté »[3712]. Tursz n'était pas qu'un pur produit et administrateur de la science moderne, tel un automate d'une médecine exclusivement bio-techniciste. Tout au contraire, il y avait manifestement en lui un souci de conciliation entre la science, inévitablement objectivante, et une volonté d'être au plus près des personnes. Sa rencontre et son voyage avec Marinella tendent à l'illustrer. Porté par cette expérience vécue en

[3707] *Ibid*., p. 16 : « Juste à la fin de cette période faste où on croyait encore que les progrès dans le traitement du cancer allaient continuer naturellement, rapidement et régulièrement jusqu'à la victoire finale, que nous étions censés connaître avant la fin de notre carrière médicale ».
[3708] Cathébras Pascal, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme » in Benoist Jean. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* [version numérique]. Paris : Karthala, 1996, p. 305.
[3709] *Ibid*., p. 301.
[3710] Butler Decan. *Translational research. Crossing the valley of death*. Nature 2008;453(7197):840-2.
[3711] Tursz Thomas. *Op. cit*., p. 15 : « […] le passage n'est pas spontané, naturel et continu entre les laboratoires de recherche fondamentale, où s'élucident progressivement les mystères de la vie et de la mort de nos cellules, et les hôpitaux où sont soignés les malades ».
[3712] Cabut Sandrine, *Le cancérologue Thomas Tursz est mort*, Le Monde [Disparitions], publié le 3 mai 2018. En ligne : Le cancérologue Thomas Tursz est mort (lemonde.fr), consulté le 17 septembre 2024.

Inde, Tursz semble atteindre à une plus claire conscience de ce dilemme sans pour autant parvenir à en concevoir une issue lorsqu'il dit :

> Je garde les mêmes convictions, j'ai toujours foi en ma science. Mais je suis convaincu que quelque chose se passe ici. Nos médecins n'ont peut-être pas les qualités humaines des vôtres[3713].

Pour Tursz, la rationalité scientifique garde ses droits exclusifs s'agissant du traitement des maladies ; ses convictions en la matière son inébranlables. Il ne s'agit pas de dogmatisme mais de croyance, tel qu'évoqué précédemment. Et si cette expérience d'une approche traditionnelle de la médecine par l'ayurvéda ne le laisse pas indifférent, il l'appréhende sous l'angle de ce qui pourrait manquer humainement aux bio-médecins plutôt qu'au prisme de l'apport complémentaire et novateur d'une pratique très différente de soins. Cette façon de réduire les médecins ayurvédiques à leurs « qualités humaines » plutôt que de considérer leurs compétences singulières est condescendante, si ce n'est insultante. Pourtant ces qualités humaines, dont lui-même n'est pas dénué, n'ont pas suffi à convaincre Marinella et à la retenir de chercher ailleurs ce que la médecine occidentale et ses acteurs les plus attentionnés ne pouvaient lui apporter. Tursz reconnait certes que la biomédecine puisse, par la réification des êtres et le morcellement des corps que lui impose son application, être vécue comme déshumanisante. Mais une telle analyse semble encore renvoyer à ce qu'il a manifestement toujours vécu comme une « dualité frustrante […] entre le soin aux malades et la recherche pure au laboratoire » jusqu'à même considérer qu'il s'agissait de « deux métiers […] sans beaucoup de liens réels entre eux »[3714]. Quelque peu étroite et auto-centrée, cette analyse néglige deux aspects importants : le désir et les choix du patient comme l'insuffisance de la biomédecine à pouvoir répondre exhaustivement à l'ensemble des besoins de la personne. La personne malade peut ainsi aspirer à un autre type d'écoute, d'attention et même d'accompagnement que ceux que propose la biomédecine. Tout en ne niant aucune des qualités humaines et professionnelles de Tursz[3715], Marinella éprouve un tel besoin. Et bien que difficilement audible par les tenants de la biomédecine et les institutions qui la régulent, le constat d'insuffisance de l'organisation sanitaire fondée exclusivement sur des critères biomédicaux est notamment illustrée par l'importance du rôle des aidants[3716] et des pair-aidants[3717]. Cette évolution sociétale et sanitaire

---

[3713] Brook Simon. *Op. cit.*: "I still have my beliefs and I still believe in my science. But I'm convinced that something is happening here. Maybe our doctors have not the same internal qualities than yours". (Traduction personnelle).

[3714] Tursz Thomas. *Op. cit*., p. 17.

[3715] Brook Simon. *Op. cit*. : « elle m'explique que je l'ai guérie par ma parole et par ma compréhension » rapporte Thomas Tursz ce qui témoigne de la reconnaissance de ses qualités autres que médico-scientifiques.

[3716] Je renvoie au *Baromètre des aidants 2015-2022. Avancées et perspectives. Rétrospective - Octobre 2022* produit par la Fondation Jean Jaurès. En ligne : Quelle place pour les aidants dans notre société ? - Fondation Jean-Jaurès (jean-jaures.org), consulté le 6 octobre 2024. Je renvoie aussi à : Marceau Jacques, *Réhabiliter l'aidant, c'est reconnaître en lui l'essence de notre humanité*. Le Monde [Tribune], publié le 6 octobre 2020. En ligne : Les aidants : des enjeux, des réponses (lemonde.fr); « Réhabiliter l'aidant, c'est reconnaître en lui l'essence de notre humanité » (lemonde.fr), consulté le 6 octobre 2020.

[3717] Reach Gérard (rapporteur), Jaury Philippe (rapporteur), *Patients partenaires*, Académie nationale de médecine, texte voté le 14 mai 2024. En ligne : Rapport-Patient-Partenaire-APRES-VOTE-PLENIERE.pdf, consulté 10 mai 2025. Il est notable qu'au sein de l'Académie nationale de médecine le vote en faveur de la reconnaissance de la pair-aidance n'a donc pas été unanime (rapport adopté par 41 voix pour, 13 voix contre, 6 abstentions). Je renvoie aussi à : Perez Zitvogel Maxime, *Bipolarité : « La pair-aidance n'a pas connu la reconnaissance et la légitimité*

importante en matière d'accompagnement des personnes malades invite à une appréhension plus ouverte et plus vaste du concept de soin, à savoir que la biomédecine n'en a pas l'apanage, malgré ses prétentions et les qualités humaines de certains de ses acteurs. Tursz est certes d'une génération qui n'a pas pu appréhender pleinement de tels concepts. Mais, parce qu'il est un professionnel de santé compétent et doté de circonspection face à ce qu'il ignore, qu'il n'est donc pas un scientiste dogmatique et inquisiteur condamnant en bloc et sans modération toutes pratiques de soins qui sortiraient du cadre référentiel de la biomédecine, sa position importe particulièrement, tant elle témoigne d'une particulière ouverture au doute. Par son engagement moral auprès des malades, son intégrité intellectuelle et son ouverture d'esprit (par-delà son attachement indéfectible à la science médicale), son regard et son appréciation sur cette variété de soins complémentaires qu'est la médecine ayurvédique, à laquelle Marinella lui a offert un accès privilégié, ont donc une grande valeur.

2 – L'épreuve du doute vécu par la patiente Marinella Banfi

L'épreuve du doute dans laquelle la plongent le cancer et la découverte du milieu de la cancérologie fait écho sur bien des aspects à celle décrite par d'autres patients[3718]. Sans nier sa singularité, Marinella peut ainsi être considérée comme représentative de ce que peut vivre un patient en Occident. D'une part, les atouts de la biomédecine occidentale, sa technicité, sa puissance thérapeutique, ses capacités d'innovation n'amoindrissent pas pour autant cette épreuve singulière à chaque patient : l'ébranlement de ses repères et une menace pour son avenir. D'autre part, la rencontre avec le milieu soignant est vécue comme un affrontement inégal, le professionnel de santé étant perçu bien souvent comme un être dominateur et menaçant, manquant parfois aussi de tact et d'empathie. L'histoire de Marinella se distingue pourtant de celle d'autres patients par l'insoumission et la *dissidence* dont elle fait preuve. Par ailleurs, sa façon toute singulière de s'emparer de l'épreuve de doute qu'elle traverse et d'y faire face ouvre un horizon tout à fait inattendu autant pour elle-même que pour sa relation de soin avec Tursz.

Marinella est, pour bien des raisons, une patiente susceptible d'être méjugée par les soignants. L'absence de consentement aux soins qu'elle manifeste à un moment précis de son parcours ne relève pas d'une position anti-médicale de fond ; Marinella ne fait par-là qu'exprimer un puissant état de doute auquel le système de santé a grandement contribué. S'il ne suscite que la défiance et paralyse toute action, le doute peut effectivement être toxique pour la personne malade dès lors soumise à l'errance de soins et pour la relation de soin réduite à un conflit. Or tel ne fut pas le cas de Marinella qui s'est emparée du doute comme d'un puissant moteur de recherche, de réflexions et de découvertes. A cet égard, la qualifier de patiente « difficile » – un profil de patient à l'égard duquel les soignants sont particulièrement intolérants – est une erreur d'interprétation. Pour autant, l'éthos de la dissidence est peut-être ce qui caractériserait au

nécessaires à son éclosion ». Le Monde [Tribune], publié le 30 mars 2022. En ligne : Bipolarité : « La pair-aidance n'a pas connu la reconnaissance et la légitimité nécessaires à son éclosion » (lemonde.fr), consulté le 17 septembre 2024.

[3718] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.

mieux Marinella et qui rend d'autant plus intéressante la riche relation de soin qu'elle a pu établir avec son cancérologue. Une patiente qui n'adhère pas à toutes les préconisations thérapeutiques qui lui sont faites, qui veut absolument les comprendre, qui s'engage dans son propre processus de soins, qui s'aventure en dehors du périmètre de la médecine conventionnelle tend à faire peur aux soignants, si ce n'est à les faire fuir. Leur crainte d'un rapport de force est d'autant plus vive si cette patiente aspire en outre à une relation de soin qui ne serait ni objectivante, ni paternaliste, ni surtout fondée sur la seule autorité du bio-médecin. Qu'à première vue Marinella apparaisse donc clairement aux yeux des bio-soignants comme une menace pour la relation de soin et le projet thérapeutique contraste avec l'intérêt et la confiance qu'elle a suscité chez Tursz. Il apparaît que le doute de Marinella – sa façon de le mobiliser, de s'en outiller pour enquêter et réfléchir – a joué un rôle déterminant dans cette configuration inattendue en tant qu'il a pu constituer une condition de possibilité d'émergence d'un dialogue authentique avec Tursz et même d'une relation intersubjective. Le fait qu'un tel dénouement favorable à la relation patient – soignant soit, à l'origine du moins, le fait d'une patiente interroge d'autant plus que la responsabilité des tensions au cœur de la relation de soin leur est bien souvent attribuée. Or c'est bien grâce à Marinella, grâce à son ouverture au doute, à la façon dont elle le mobilise, dont elle le fait circuler pour nourrir le dialogue, dont elle en use telle une posture d'accueil attentif de l'autre, que cette relation riche d'échanges et de découvertes a été possible. On est en droit de se demander si une telle attitude fondée sur le doute (et non pas le jugement conclusif) comme condition d'accueil et de reconnaissance de l'autre – rappelant en cela le principe de la réduction phénoménologique[3719] – ne devrait pas d'abord relever de la responsabilité du médecin.

Quant à sa rencontre avec la médecine ayurvédique, elle ne s'y adonne ni par dépit ni aveuglément. Au contraire, elle la soumet encore à l'épreuve du doute en usant pour cela d'une enquête de type pragmatiste[3720]. De cet état d'interrogation et de recherche sur sa propre situation comme sur les diverses modalités de soin susceptibles de lui être bénéfiques apparaît que le doute est devenu pour Marinella un mode d'être. Expérience certes douloureuse parfois, mais éclairante autant que structurante et source de transformation, cette épreuve du doute lui a permis rien moins qu'être non pas insoumise mais actrice de son parcours de soin.

2.1 – L'épreuve du doute de Marinella comme état de crise existentielle

Conformément à l'approche peircienne, l'épreuve du doute traversée par Marinella consiste d'abord en un état de rupture de ses repères habituels provoqué par l'occurrence de la maladie et par sa rencontre avec le milieu médical[3721]. A l'expérience douloureuse d'un cancer et de ses traitements s'ajoute le fait de vivre difficilement sa confrontation avec le monde de la cancérologie. Marinella se trouve ainsi doublement en crise ou, du moins, elle doit faire face à une situation de crise sur un double front. D'une part, elle est menacée dans son intégrité et dans son devenir, d'autre part, la médecine s'avère elle-même menaçante. Accablée par sa

[3719] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'époché de Husserl et la réduction phénoménologique.*
[3720] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[3721] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute des patients*.

froideur instrumentale, ses dysfonctionnements, l'incompréhension et la défiance qu'elle suscite en elle, Marinella se trouve isolée, démunie, ne sachant à quel saint se vouer. Très affectée, elle avancera pourtant, affrontant pleinement cette crise existentielle de doute.

2.1.1 – L'épreuve du doute subi par Marinella du fait de la maladie

L'épreuve de doute que subit Marinella du fait de la maladie et des toutes ses implications est commune à bien des patients. Elle est à distinguer clairement du doute que peuvent susciter des pratiques de soin, et plus généralement la médecine (quelle que soit sa déclinaison, conventionnelle ou non conventionnelle).

2.1.1.1 – La maladie provoque un vécu de doute au sens peircien

L'émergence du cancer constitue un choc dans la vie de Marinella et la plonge dans cette épreuve que Peirce qualifie de doute « *réel et vivant* »[3722]. Involontaire, subi, *incarné* (ainsi qu'en témoignent ces diverses réactions irrépressibles de son corps, telles cette brutale crispation du visage comme cette voix qui se brise[3723]), ce doute est puissamment déstabilisant. Le bouleversement émotionnel et le trouble de la pensée ont été tels que son esprit s'en est trouvé perdu et embrouillé au point de ne plus pouvoir décider quoi que ce soit. C'est dans un tel état, et pour tenter de mettre de la distance avec cette épreuve, qu'elle s'est pour la première fois envolée vers l'Inde.

Marinella offre des indices quant aux raisons pour lesquelles cette annonce de cancer a été éprouvée avec une telle intensité. En qualifiant de « moment de lucidité » le fait de réaliser « un ensemble d'examens »[3724] médicaux de dépistage, on pressent qu'elle avait peut-être opté, s'agissant de sa santé, pour cet état confortable que Peirce qualifie de croyance *par ténacité*, c'est-à-dire qu'elle faisait peut-être l'autruche. L'effondrement d'une telle croyance ne pouvait qu'être d'autant plus pénible. Cette tentation de *ne pas vouloir voir* est compréhensible et ne lui est pas spécifique. Car, avant de pouvoir devenir un cheminement personnel de vie *avec* la maladie, le cancer peut être une effraction massive dans le cours de l'existence dont il bouleverse bien des repères (entre autres familiaux et professionnels). Il confronte à l'incertitude extrême, à l'idée d'une temporalité vitale limitée, à la menace de pénibilité et de pertes liées à la maladie et à ses traitements ainsi qu'à des choix cruciaux et parfois effroyables[3725]. Marinella a su (re)lever la tête et surmonter cette crise intense de doute, en affrontant de son propre gré cet ébranlement provoqué par l'entrée dans la maladie. Malgré des signaux d'alerte de plus en plus évidents, certaines personnes restent pourtant la tête dans le sable, jusqu'à parfois atteindre des situations de mise en danger extrême du fait du retard à la

[3722] Peirce définit le *doute réel* comme une expérience viscérale d'effondrement des certitudes. Ce *doute réel* ne saurait se commander contrairement à la démarche intellectuelle maitrisée de Descartes. Je renvoie à Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. La revue philosophique de la France et de l'étranger, 1878, année 3, Tome VI, p. 553-569.

[3723] Brook Simon. *Op. cit*.

[3724] *Ibid*. : « Sur le coup d'un moment de lucidité, autour des années 2000, je suis allée faire un ensemble d'examens : mammographie, frottis, et tout l'ensemble des choses ».

[3725] Je pense à la perspective d'une amputation de membre dont a pu témoigner Philippe Forest à propos de sa fille Pauline. Forest Philippe. *L'enfant éternel*. *Op. cit*., p. 112 à 118 ; Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. *Op. cit*., p. 21-22.

fois diagnostique et thérapeutique. S'éprouvant dans l'incapacité d'absorber la déflagration de leurs repères existentiels, de se mobiliser pour affronter les traitements et l'effraction du corps qu'ils provoquent, de s'adapter aux conséquences pour leur vie courante, elles peuvent longtemps persévérer dans une forme de déni[3726]. Faisant tout pour échapper au milieu médical (par exemple, en n'honorant pas des rendez-vous médicaux) et aux soins (en taisant et/ou masquant la situation), alors que la maladie menace et/ou progresse, elles œuvrent ainsi à éviter tout déséquilibre, c'est-à-dire toute intrusion du moindre doute sur le sujet.

Même le diagnostic posé, Marinella a été tentée par cet effacement de la maladie, jusqu'à exiger parfois de son entourage que le mot cancer ne soit pas prononcé. Au cœur de ce qui relève d'une résistance à moduler des habitudes d'existence en dépit de l'évidence de cet impératif, se trouve peut-être aussi la crainte de devoir évoluer dans sa façon de se penser soi-même et dans le monde *avec* la maladie. Or les ébranlements multiples que la maladie appelle dans son sillage ne peuvent qu'inviter à se questionner, à se repositionner et parfois même à se *transformer*. Cette épreuve du doute peut ainsi conduire à devoir s'affronter soi-même pour trouver le chemin de son propre dépassement.

2.1.1.2 – Cette crise de doute liée à la maladie ne facilite pas sa rencontre des soignants

Faire face au bouleversement de son existence est une chose, rencontrer le milieu soignant dans un tel contexte en est une autre. Avant même de rencontrer le moindre soignant, Marinella exprimait ses regrets d'avoir œuvré à son propre diagnostic de son cancer[3727], tel un présentiment de sa confrontation au monde effrayant de la cancérologie. La menace d'engloutissement qu'illustre la métaphore déjà évoquée du parcours de soin en cancérologie, tel un fleuve *intranquille* charriant dans son cours tumultueux, infernal et sans retour une multitude d'inconnus, semble d'emblée s'imposer à elle. C'est ainsi qu'elle égrène sans transition, et sans reprendre son souffle, la liste des examens de dépistage (« un ensemble d'examens : mammographie, frottis, et tout l'ensemble des choses »[3728]) puis, (effectuée manifestement très vite ensuite) la chirurgie d'exérèse de sa tumeur puis, (survenue tout aussi rapidement) la consultation « 15 jours [après] pour le rendu des résultats d'analyse ». Le sentiment d'oppression et d'être piégée dans un tourbillon est palpable. Le rythme soutenu de son récit résonne avec cette réalité nouvelle et menaçante vécue comme effrénée et source d'une charge mentale inédite. Bien des patients subitement affectés par la maladie ou un traumatisme, se sentant eux-aussi pris à la gorge et effrayés par l'annonce d'examens et de soins immédiats, difficiles et risqués, peuvent se reconnaître en Marinella, dans ses craintes et ses réticences, comme dans son mouvement premier, et presque naturel, de rejet et de fuite. Au point de l'entendre dire : « c'est génial, s'il le fait sur lui et s'il le fait pas sur moi, cela va très bien se passer […] », puis de conclure : « je m'en vais de cet hôpital »[3729].

[3726] De mon expérience personnelle en lien avec mon entourage proche (familial et amical), deux personnes ont clairement nié, durant plusieurs mois, leurs symptômes et les alertes médicales. Dans ma pratique professionnelle, la question pouvait aussi se poser lorsque des personnes semblaient arriver très tardivement aux soins.
[3727] Brook Simon. *Op. cit*.
[3728] *Ibid.*
[3729] *Ibid.*

Si, ainsi que j'y reviendrai, des raisons graves permettaient en l'occurrence de justifier un changement de référent médical, la crainte des soins et des soignants, et le désir de les fuir, n'est de nouveau pas spécifique à Marinella. La confiance ne leur est pas due. La crainte de bouleversements supplémentaires et l'absence de confiance *a priori*, donc aveugle, à l'égard du milieu médical sont légitimes[3730]. Les patients savent bien que la médecine n'est pas toute puissante, peut être toxique et peut même se tromper. Si Marinella Banfi n'a certes pas fui, sa confiance à l'égard du milieu médical n'en a pas moins été d'emblée mise à l'épreuve. C'est ainsi que sa crise de doute existentiel a été redoublée d'une crise de doute à l'égard du système de santé occidental.

2.1.2 – L'épreuve du doute de Marinella à l'égard de la médecine

A plus d'un titre Marinella est bouleversée et se voit assaillie de doute. En plus de l'épreuve du cancer, elle est submergée pour une crise de défiance à l'égard des soignants ce qui la déstabilise plus encore et fragilise son engagement dans les soins. Le comportement répréhensible d'un médecin comme le choc de sa prise de conscience de ce qu'est réellement la biomédecine (ses fondements et son fonctionnement) chambardent ses *croyances* à l'égard du système de santé occidental. Cette situation singulière de Marinella est propre à éclairer celle de bien d'autres personnes, s'agissant de leur étonnement, leurs incompréhensions, leurs déceptions, leur défiance à l'égard du système de santé et de ses acteurs. L'enjeu de cet éclairage ne consiste peut-être pas seulement à prévenir d'éventuels conflits entre patients et soignants mais aussi à reconnaitre la pertinence des doutes éprouvés par les patients à leur contact.

2.1.2.1 – Marinella et les soignants : le doute comme défiance

Marinella invite à questionner la responsabilité des soignants dans le doute des patients. Elle dispose, en effet, de bien des motifs de doute à leur égard. Non seulement le cancer pour lequel elle a été opérée s'avère plus évolué que ce qui lui avait pourtant été initialement annoncé avec force assurance[3731] mais, en outre, elle subit le « comportement inadéquat »[3732] d'un premier cancérologue, précipitant sa perte de confiance initiale dans le milieu biomédical. Cette crise de défiance de Marinella ne s'inscrit donc pas dans un état de doute *a priori* (puisqu'elle avait notamment accepté, sans résistance, d'être opérée) et inexplicable. C'est dans le cours de ses interactions avec le milieu de la cancérologie que cette épreuve du doute, pour le moins légitime, s'est imposée à elle.

Entrée par la porte classique du dépistage du cancer du sein, elle se trouve *a priori* engagée dans un parcours médical tout tracé (conformément aux référentiels de pathologie mammaire), d'autant qu'au regard de la fréquence de ce cancer et de la densité du réseau de partenaires impliqués, l'organisation territoriale fluidifie l'accès aux soins. Or, elle se heurte très vite à un autre type de problème que celui de l'organisation sanitaire ou d'éventuelles difficultés diagnostiques et/ou d'orientation vers des soins adaptés auxquelles peuvent confronter des

[3730] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit*.
[3731] Brook Simon. *Op. cit*.
[3732] Je reprends ici la formule utilisée par une jeune patiente témoignant de sa difficile rencontre avec le milieu médical. Souffrant d'une maladie rare difficile à diagnostiquer, celle-ci ne fut clairement identifiée qu'après plusieurs années de suivi et l'expertise de différents professionnels.

affections rares et/ou complexes. Marinella doit faire face à un comportement médical inadapté. Loin de relever d'une maladresse qui aurait pu n'être que passagère, son premier chirurgien fait manifestement montre, tout à la fois d'inélégance, de balourdise, de manque de rigueur et de paternalisme. Mais, plus encore Marinella qualifie son comportement inadapté d'erreurs répétées (« […] première erreur […] deuxième erreur […] »)[3733]. Elle pointe tout d'abord sa méthode de travail en matière d'annonce ; à la fois dans la forme et dans le contenu, sa façon d'informer la patiente est critiquable. Elle s'est vu annoncer en sortie de bloc opératoire, sur un ton que d'aucuns auraient pu qualifier d'autosatisfaction, « tout s'est très bien passé, je peux dormir sur mes deux oreilles », sous-entendu l'exérèse a été complète et donc tout est réglé. Ne disposant pas de l'analyse anatomopathologique (indispensable pour valider une chirurgie carcinologique), ce chirurgien n'aurait pas dû s'exprimer ainsi[3734]. Le contre-coup d'une telle annonce trompeusement rassurante ne pouvait qu'éveiller la défiance. Marinella pointe ensuite une rupture de confidentialité. Elle se voit abruptement annoncer en pleine salle d'attente, donc en dehors du *colloque singulier* de la consultation médicale, au vu et au su d'autres patients s'y trouvant peut-être[3735], qu'au contraire de ce qu'il lui avait précédemment annoncé ses « résultats d'analyse » ne sont pas bons. Ajoutant à cette façon inappropriée d'annoncer des nouvelles, l'irrespect du secret médical, l'effet traumatique de l'annonce s'en trouve décuplé, aggravant d'autant l'état de défiance. Mais les erreurs de communication et plus généralement de savoir-être ne s'interrompent pas là : tout en la plaignant désormais avec condescendance pour ce diagnostic de cancer (« Ma pauvre dame »), il s'empêtre alors dans une réaction défensive ainsi que l'illustre ce témoignage empli de colère de Marinella :

> Il a commencé un monologue : je suis désolé, je vais faire ceci, je vais faire cela, je fais de la chimio, je fais de la radiothérapie, je réopère, badabi, badaba … Donc il faisait tout : je, je, je …[3736].

Ainsi que l'illustre cette citation, parce que nombre d'erreurs relèvent encore bien souvent d'un tabou et d'un jugement de valeur, elles provoquent chez les soignants des réactions défensives[3737]. Manifestement conscient d'au moins certaines de ses erreurs et surtout d'avoir été pris en défaut (« je suis désolé »), il semble vouloir noyer le sujet en abondant de propositions thérapeutiques (« je vais faire ceci, je vais faire cela »). Or, ce parapluie thérapeutique, ouvert selon un mode défensif, a pour conséquence, si ce n'est de paniquer Marinella, du moins de l'incommoder plus encore. L'effet est d'autant plus délétère qu'elle constate dans le même temps qu'il ignore ou méprise tout à fait l'importance de l'impliquer

---

[3733] *Ibid.*

[3734] La chirurgie dite carcinologique implique non seulement une exérèse en limites saines mais avec des marges suffisantes par rapport au lit tumoral. Seule l'analyse anatomopathologique peut en attester. A défaut de ces conditions, une reprise chirurgicale est nécessaire.

[3735] Brook Simon. *Op. cit.* : « deuxième erreur … dans la salle d'attente, il me regarde et il me dit : "Ma pauvre dame, je n'ai pas de bonnes nouvelles pour vous" ».

[3736] *Ibid.*

[3737] Poma Roberto. *The positive culture of error, historical, epistemological and ethical aspects*. Soins 2016;(804):26-9. Wu Albert W. *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*. BMJ 2000;320(7237):726-7. Galam Eric. *Dédramatiser et travailler nos erreurs*. La Revue du Praticien Médecine Générale 2005;19(33):377-80. Sirriyeh Reema, Lawton Rebecca, Gardner Peter, Armitage Gerry. *Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being*. Qual Saf Health Care 2010;19(6):e43.

dans la construction du projet de soin la concernant. Face à une posture médicale foncièrement paternaliste (« Donc il faisait tout : je, je, je »), la patiente qu'elle est se voit considérée comme extérieure, non participante à la pratique médicale. Au mieux, elle n'est qu'observatrice et auditrice de ce qu'elle qualifie de « monologue ». Avec l'humour qui la caractérise, mais tout en revivant la colère qui la submergeait alors, elle use pour imiter ce « monologue » de la répétition du « je », qui est repris pas moins de neuf fois dans cette seule citation. En plus de l'effet d'itération, elle lui applique systématiquement une accentuation tonale qui a pour effet de singer le discours du médecin parlant en première personne. Sans compter qu'en plus de ne s'exprimer que sur le mode d'un « je » à la fois individualiste et dominateur, l'usage exclusif du verbe d'action faire (« […] je vais faire ceci, je vais faire cela […] Donc il faisait tout ») contribue aussi à la déconsidérer. Aux antipodes d'une relation intersubjective fondée sur la réciprocité, il n'est pas même ici question de la forme minimale du colloque singulier impliquant, tout à l'opposé d'un monologue, un échange protégé de paroles et donc, *a minima*, une part de conversation. Sidérée et « choquée » par ce comportement médical, Marinella prend littéralement la fuite[3738]. Contredisant les craintes habituelles des soignants face à leurs erreurs, elle ne s'avère nullement procédurière, mais seulement soucieuse de la qualité de sa prise en charge médicale comme de la reconnaissance et du respect de sa personne.

En définitive, ce dont a pu ici témoigner Marinella, et qui peut être représentatif du vécu de bien d'autres patients, est l'effet délétère de certains comportements des soignants en ce qu'ils peuvent nourrir massivement le doute et la défiance des patients à leur égard, parfois même jusqu'à provoquer une rupture dans la relation. Qu'il s'agisse d'une attitude médicale paternaliste, indifférente à la *présence* du patient, ou de ce rapport compliqué que les médecins entretiennent avec l'erreur[3739], Marinella en a été si affectée que cela a contribué à une reconfiguration radicale de son opinion au sujet de la biomédecine occidentale.

2.1.2.2 – Marinella et la biomédecine : le doute comme prise de conscience et comme quête

En plus du choc de sa rencontre avec les soignants, Marinella vit une crise de doute à l'égard de la médecine elle-même. Alors qu'au moment de sa prise en charge, elle était imprégnée de la vision, dominante en Occident, d'une médecine scientifique fondée sur des preuves trouvant ses racines dans le cartésianisme, ; cette croyance s'effondre. Elle en arrive à ne plus bien savoir comment fonctionne la médecine et à s'en trouver très déstabilisée. Cet état de doute, que Peirce définit comme *rupture d'une croyance*[3740], correspond finalement pour Marinella en une prise de conscience qui va lui permettre de s'éclairer et de changer de croyance. Aussi inconfortable soit-il, le doute qui l'assaille s'avère *in fine* une opportunité d'investir une croyance renouvelée.

[3738] Brook Simon. *Op. cit*. : « comme j'étais quand même choquée – et quand je suis choquée je peux devenir assez vite agressive – je l'ai envoyé balader ».

[3739] Vibert Éric, Peylet Benjamen, Fleury Cynthia (préface). *Droit à l'erreur. Devoir de transparence.* Paris: l'Observatoire; 2021. Je renvoie aussi à : Vibert Eric (orateur), Poma Roberto (orateur), Dumont Martin (organisation). *L'erreur en chirurgie* et *L'erreur, une illusion de certitude ?* Séminaire de philosophie clinique de la chaire de philosophie de l'Hôtel Dieu, séance du 15 mars 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 15 mars 2021 - Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu (youtube.com), consulté le 12 septembre 2024.

[3740] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.

2.1.2.2.1 – Le doute comme choc d'une prise de conscience

Marinella est littéralement frappée de stupeur lorsqu'elle réalise, au gré de ses rencontres avec plusieurs cancérologues, qu'aucun d'entre eux ne lui propose exactement le même projet de traitement pour son cancer. Sa réaction est la suivante :

> Et je me suis rendu compte d'une chose – et là cela a été ma première grande surprise, c'est que […] pour moi la médecine était une science exacte. Quand je me suis retrouvée face à des gens qui ne disaient pas la même chose, j'ai eu cette chose incroyable de me rendre compte que ce n'était pas exact[3741].

Contrairement au mythe qui lui est associé, et qu'alimente l'essor toujours croissant de la médecine de précision, la biomédecine – y compris la cancérologie – n'est pas une science exacte. Que la conjonction d'une même patiente, une même maladie, une même situation médicale (à savoir la nécessité, justifiée par les données bio-anatomiques de la pièce opératoire, d'un complément de traitement après une chirurgie d'exérèse initiale), dans une même temporalité, ne conduise pas, et de façon unanimement partagée entre les différents cancérologues consultés, à un même protocole de soin la plonge dans un étonnement profond. Plus encore, elle semble affectée de désenchantement. Ce constat du caractère approximatif et du manque de reproductibilité dans la pratique médicale des cancérologues la conduit à s'interroger sur la fiabilité de cette discipline. Sa *croyance*, et partant sa confiance, en la biomédecine s'effondre.

Avant même de tenter d'éclairer cette variabilité des avis professionnels, la démarche même de Marinella consistant à en solliciter plusieurs questionne. Elle peut certes être motivée par le seul besoin de confirmation du bien-fondé d'une orientation thérapeutique donnée. Tel serait le cas d'un *unique* second avis, que l'on dira alors de réassurance, tandis que mobiliser plusieurs autres avis semble relever de motivations différentes. Si la première motivation de Marinella consistait certes à identifier un référent médical de confiance, elle ne peut sans doute pas nier avoir sciemment cherché à obtenir plusieurs avis *différents*. Or, il apparaît que si une telle démarche vise à résoudre un état de doute à l'égard de la biomédecine et à restaurer ainsi un nouvel état de croyance et de confiance envers les soignants, en réalité elle nourrit d'autant plus le doute. Pris dans un mouvement global de clarification, passé le choc de la prise de conscience, le doute devient le support d'une quête.

2.1.2.2.2 – Du doute à la quête de compréhension de la biomédecine

Le mouvement de doute de Marinella conduit à questionner l'usage et l'impact des recommandations de bonne pratique (RBP) produites par les sociétés savantes et les agences sanitaires en tant que référentiels de soins[3742] (ainsi que déjà évoqué à propos du référentiel de

[3741] Brook Simon. *Op. cit*.

[3742] La définition proposée par le réseau régional de cancérologie des pays de la Loire est claire : « La notion de référentiel de bonnes pratiques est utilisée pour désigner un outil décrivant les modalités standard de prise en charge des patients, faisant consensus et fondées sur des recommandations de bonnes pratiques françaises et internationales de bonne qualité méthodologique. Ce document est un outil d'aide à la décision utilisé par les professionnels de santé, notamment lors des réunions de concertation pluridisciplinaire ». En ligne : Référentiels - ONCOPL, consulté le 20 septembre 2024.

pathologie mammaire de l'IGR[3743]). Alors qu'en plus de guider les professionnels, les RBP sont faites pour réduire la complexité et, si ce n'est éliminer le doute, du moins le maitriser autant que possible, l'attitude de Marinella conduit, tout au contraire, à un embrasement du doute.

Cette vaste question des RBP (que l'on ne saurait ici exhaustivement déployer) sous-tend d'apprécier leur qualité (s'agissant du meilleur état actualisé de l'Art), leur applicabilité sur le terrain concret des soins et leur appropriation par les professionnels de santé. A l'aune du principe de RBP, il peut être légitime de s'étonner que, pour une même configuration pathologique, plusieurs professionnels ne s'accordent pas sur un même projet thérapeutique. Mis à part la question, certes préoccupante, de l'irrespect manifeste des RBP en matière de pathologie mammaire, d'autres hypothèses peuvent être discutées. De fait, les facteurs déterminant le déroulé de la pratique médicale et susceptibles de contribuer à la variabilité des avis donnés s'intègrent dans une configuration bien plus complexe que celle qui opposerait de façon binaire le respect ou l'irrespect de RBP sans autre option éclairante.

Que les professionnels puissent raisonner différemment ne change rien à la réalité d'un diagnostic unique et universellement partagé sur la base d'examens bio-anatomiques objectifs et considérés comme indubitables. L'objectif est alors de l'identifier au sein de l'algorithme différentiel de la RBP concernée (aussi qualifié d'arbre décisionnel) pour en extraire la meilleure option de traitement. Or, il n'est pas rare que les professionnels ne puissent pas respecter à la lettre les RBP, mais seulement s'en inspirer pour en proposer une application adaptée à la situation singulière d'un malade donné. Innombrables sont les patients qui ne rentrent pas exactement dans l'une ou l'autre des cases d'un arbre décisionnel. Il n'est pas impossible que cela ait pu être le cas de Marinella. Par ailleurs, disposer de RBP actualisées à l'aune des nouvelles données scientifiques probantes n'est pas le seul déterminant de la décision médicale. Celle-ci doit aussi intégrer, non seulement l'expertise clinique du professionnel de santé, c'est-à-dire sa capacité de jugement acquise grâce à son expérience soignante et relavant donc de l'*empirie*. Mais, ainsi que déjà évoqué, elle devrait aussi pleinement intégrer la préférence du patient, sous-tendue par sa propre expérience et par ses valeurs. Autant de facteurs qui vont donc influencer très différemment l'élaboration d'un projet thérapeutique[3744]. La preuve scientifique est certes invariante, puisqu'elle est indépendante de l'avis que quiconque peut en avoir. Mais l'expérience du clinicien est évidemment variable (notamment en fonction de son ancienneté et de son terrain d'acquisition) en plus d'être influencée par sa subjectivité, tout comme l'avis du patient, toujours susceptible d'évoluer sous l'effet d'une multitude de facteurs, notamment au gré des professionnels rencontrés. La qualité de la relation de soin, toujours unique et singulière, entre un patient et un soignant en est ainsi un facteur déterminant ;

[3743] En ligne : referentiel-senorif-2021-2022.pdf (gustaveroussy.fr), consulté le 31 aout 2024.

[3744] Les consignes méthodologiques préconisées au sein de la haute autorité de santé en vue de la production de RBP en attestent : « Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions (je souligne) développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, […]. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient. En ligne : Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique, consulté le 13 février 2026.

c'est pourquoi le respect de Tursz quant au choix de Marinella de ne faire que la radiothérapie ne relevait nullement d'un irrespect des RBP en matière de pathologie mammaire. Une décision collective prise en RCP n'est en fait qu'une « proposition », puisqu'elle n'est opposable ni au patient ni au professionnel référent pour ce patient. *In fine*, chaque décision se révèle, ultimement, au cœur de l'intimité d'un colloque singulier après un long périple semé d'occurrences multiples de doute. Pour extrême qu'elle puisse paraître, l'histoire de Marinella constitue un éclairage particulièrement représentatif et dans lequel nombre de patients mais aussi de soignants pourraient se retrouver. Bien que tu et masqué sous couvert de cadres institutionnels normalisants, le doute est omniprésent, telle une donnée structurelle.

2.1.2.2.3 – Le doute comme malaise dans la normalisation biomédicale

Ainsi que l'illustre le cas de Marinella, les multiples cadres mis en place à l'échelle des institutions sanitaires pour réduire la complexité, l'incertitude, le doute, plutôt que d'apaiser et susciter la confiance peuvent, au contraire, tendre à alimenter un certain malaise.

Le cadre donné aux conditions d'exercice des professionnels, au gré de leur orientation disciplinaire et théorique, peut étonnamment contribuer à un tel malaise propre à alimenter le doute. En offrant des prestations de service certes complémentaires mais différentes en fonction des spécialités, cela impose des contraintes tout aussi différentes aux personnes. De là, pour les patients, un exercice récurrent et exigeant de compréhension et de *composition* à l'égard des professionnels de santé, de leur fonctionnement pratique et de leurs prescriptions. Plus encore, la diversité des disciplines et la variabilité des approches théoriques au sein d'une même discipline viennent aussi fonder de façon différentielle les pratiques soignantes, non sans susciter quelque trouble chez les patients. Pour une même maladie, les préconisations des soignants peuvent ainsi varier significativement en fonction des disciplines, mais aussi au sein d'une même discipline en fonction des professionnels, des équipes soignantes et des établissements d'exercice. Il peut en être ainsi en psychiatrie, selon un schéma certes trop caricatural pour qu'il ne faille le nuancer, mais qui illustre une réalité de terrain. Pour de mêmes troubles psychiques, voire d'authentiques affections psychiatriques, une importante variabilité des soins peut être constatée entre, d'un côté des équipes orientées neurosciences et postulant l'organicité première, si ce n'est exclusive, des maladies mentales, de l'autre des équipes privilégiant l'histoire personnelle. Sans renoncer à l'apport de la pharmacothérapie, le pouvoir thérapeutique de la parole et la réhabilitation psychosociale[3745] sont alors mis en exergue. Des constats similaires existent pour des maladies organiques, y compris en cancérologie. Fut un temps où, pour un même type de cancer prostatique et au même stade, le chirurgien opérait tandis que le radiothérapeute optait pour de la radiothérapie externe ou de la curiethérapie[3746]. Concomitamment, des molécules innovantes viennent progressivement supplanter d'anciennes indications interventionnelles[3747]. Une métastase cérébrale peut générer une même

[3745] Rainteau Nicolas. *Soyez réhab. Guide pratique de réhabilitation psychosociale.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022.

[3746] Wallis Christopher J. D., Saskin Refik, Choo Richard, Herschorn Sender, Kodama Ronald T., Satkunasivam Raj*, et al. Surgery Versus Radiotherapy for Clinically-localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis*. Eur Urol 2016;70(1):21-30.

[3747] Mejean Arnaud, Ravaud Alain, Thezenas Simon, Colas Sandra, Beauval Jean-Baptitse, Bensalah Karim*, et al. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma*. N Engl J Med 2018;379(5):417-27.

conflictualité de choix entre une neurochirurgie d'exérèse, de la radiothérapie externe ou du *gamma knife* (radiothérapie stéréotaxique[3748]) ; l'immunothérapie, à même de franchir la barrière hémato-encéphalique, apporte elle-aussi l'espoir de pouvoir se substituer à ces interventions instrumentales à très haut risque séquellaire pour le tissu cérébral[3749]. De tels enjeux décisionnels, dont l'issue n'est parfois déterminée que par la spécialité du référent médical consulté, peuvent plonger le malade et ses proches dans les profondeurs insondables du doute en plus de prendre l'ampleur d'un dilemme effroyable. Ceux-ci ne savent plus que penser ni que décider. Tel un leurre dont personne n'est dupe, la normalisation, différenciée selon les spécialités, tend à accroitre l'épreuve du doute plutôt que la canaliser.

Si le cas de Marinella mobilise particulièrement cette question du doute comme malaise de la normalisation, c'est aussi parce qu'il vient percuter l'évolution autonomiste du modèle de la relation de soin[3750]. Parvenue au constat qu'aucun des cancérologues rencontrés ne lui propose le même traitement (« Qui voulait réopérer, qui voulait faire de la radiothérapie, qui voulait faire […] ré-opération, chimio et radiothérapie »[3751]), elle se retrouve démunie et bien incapable de choisir. « Je n'étais pas fière, parce que je ne savais pas trop ce qu'il fallait que je fasse ou pas et je regardais ce bon-sang de carnet avec ces croix et je me disais mais qu'est-ce que je peux bien faire avec ça ? »[3752] rapporte-t-elle. L'effet combiné d'une information sanitaire certes facilitée et amplifiée – mais pas forcément aidante pour prendre une décision – et de la reconnaissance de l'autonomie des patients, n'est pas sans susciter un réel malaise et de l'amertume à l'égard des soignants. Marinella semble précisément se trouver dans une telle configuration, paralysée, ne sachant que faire de son « carnet avec ces croix ». Le doute qui ne cesse dès lors plus de l'assaillir et la prive de pouvoir prendre quelque décision, est d'autant plus difficile à résoudre, qu'étant son propre juge, il n'y a plus ni objectivité ni distanciation affective possible. Seule une relation de soin marquée du sceau de la confiance serait à même de la conduire vers une décision accompagnée. Or, Marinella manque alors justement d'un référent soignant de confiance. S'étant attelée à la tâche d'identifier celui ou celle qui pourrait lui convenir, elle se met à enquêter auprès des cancérologues, signifiant par-là qu'elle n'a pas rompu avec la biomédecine en dépit de la crise de doute que cette dernière lui fait traverser.

[3748] Le *Gamma Knife* est une radiothérapie de haute précision à base de rayons gamma. Elle consiste à délivrer une très forte dose de rayons dans des régions ultra localisées du cerveau pour traiter des tumeurs de petite taille, des malformations vasculaires ou pour cibler certaines zones impliquées dans des phénomènes douloureux ou des mouvements anormaux comme dans la maladie de Parkinson.

[3749] Zhao Yang, Li Shuyan, Yang Xi, Chu Li, Wang Shengping, Tong Tong*, et al. Overall survival benefit of osimertinib and clinical value of upfront cranial local therapy in untreated EGFR-mutant nonsmall cell lung cancer with brain metastasis*. Int J Cancer 2022;150(8):1318-28.

[3750] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'asymétrie de la relation de soin entre rapport de pouvoir, défiance et co-construction*.

[3751] Brook Simon. *Op. cit*.

[3752] *Ibid.*

2.2 – L'enquête de Marinella Banfi sur la cancérologie, une dynamique de doute volontaire

Bien qu'enchainée par un diagnostic de cancer qui la menace et qui aurait pu la conduire à consentir sans résistance aux soins préconisés, Marinella n'a, brutalement, plus voulu y consentir aveuglément. Alors qu'elle semblait pour le moins embarquée dans un parcours classique de soins en onco-sénologie, elle le fait chavirer[3753]. La voici défiant le cours pourtant imposant, et bien sûr menaçant, du fleuve cancérologie. Il faut dire que l'embarcation du premier cancérologue lui a semblé à ce point précaire que, prise de défiance, la voici osant s'opposer au pouvoir médical. Elle ne renonce pourtant ni au principe de soigner efficacement son cancer (dont elle n'ignore probablement pas les risques évolutifs), ni à la médecine conventionnelle en vigueur en Occident. Tout au contraire, elle décuple d'effort pour tenter de mieux la comprendre et pouvoir ainsi s'y référer. Et c'est bien à cet effet, de son plein gré, qu'elle s'engage dans une dynamique d'enquête, telle une détective, au cœur de la cancérologie. En phase avec la méthode indiciaire[3754], elle se lance dans une recherche d'indices et de preuves à même de l'éclairer dans ses choix, en matière de médecine conventionnelle, pour traiter son cancer.

2.2.1 – Marinella Banfi se comporte en détective auprès des cancérologues

En dépit du bouleversement qu'elle traverse à l'aune du diagnostic de son cancer, Marinella s'empare de son bâton de pèlerin et se lance à la recherche d'un autre cancérologue à même de la soigner. La voici exploratrice de cet univers médical qu'elle ne veut manifestement pas réduire à la mauvaise expérience d'un premier cancérologue au comportement défaillant. Portée par le besoin d'apprécier la diversité des acteurs de la cancérologie et pouvoir ainsi identifier celui qui lui conviendrait le mieux, elle use de son humour pour qualifier cette dynamique d'enquête dans laquelle elle s'immerge : « J'ai commencé à faire le Gault et Millau des cancérologues de Paris »[3755]. En somme, tout comme il faut goûter la cuisine pour l'apprécier et l'évaluer, elle décide de faire concrètement l'expérience de ces professionnels en les rencontrant et les évaluant l'un après l'autre.

Aux antipodes d'une position de malade soumise au paternalisme, elle raisonne et elle agit puisqu'elle enquête. Le doute qu'elle mobilise alors est volontaire ce qui l'oppose au doute peircien appréhendé comme une épreuve subie de déstabilisation voire de rupture des repères et des croyances stabilisées. Tout au contraire, Marinella mobilise ici le doute comme un outil et sa méthode détective fait pleinement écho au paradigme indiciaire tel que défini par Carlo Ginzburg[3756]. S'appliquant à recueillir tout indice, y compris à première vue insignifiant, elle observe, interroge, glane tout ce qui passe. Elle prend ainsi en considération les moindres signes relatifs au fonctionnement des différents cancérologues rencontrés, qu'il s'agisse de leur mode de raisonnement, de leur comportement (attitude, relation à l'autre) mais aussi des détails de

[3753] *Ibid.* : « […] je l'ai envoyé balader en lui disant simplement, eh bien je ne ferai rien de tout cela et je veux mon dossier médical et je m'en vais de cet hôpital de … ».
[3754] Ginzburg Carlo , Aymard Monique (Trad.), Paoloni Christian (Trad.), Elsa Bonan Elsa (Trad.), Sancini-Vignet Martine (Trad.). *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et Histoire*. Paris: Flammarion; 1989.
[3755] Brook Simon. *Op. cit*.
[3756] Ginzburg Carlo. *Op. cit*., p. 218-294.

leur expertise sur son dossier médical. Pour ce faire, elle prend soigneusement note de ce qu'ils lui proposent et, point par point, met en balance leurs avis. « J'en ai vu 1, j'en ai vu 2, j'en ai vu 3, j'en ai vu 4, et j'en ai vu 5. A chaque fois, j'avais un petit carnet. Et à chaque fois je faisais une croix »[3757] rapporte-t-elle. A l'opposé de l'image classiquement véhiculée du patient démuni et incompétent, Marinella s'avère particulièrement attentive au contenu de l'information qui lui est transmise et suffisamment perspicace pour en extraire l'essentiel. Alors même qu'elle ne dispose *a priori* pas de compétences (médicales ou scientifiques) en la matière, elle en produit une synthèse comparative pertinente. Son interprétation est simple mais imparable. Aussi scientifiques soient les avis médicaux rendus, ils sont tous différents. Il est donc, d'un point de vue biomédical, impossible d'effectuer un choix rationnel entre ces différents avis.

Considérer cet échantillon comme représentatif de la population des onco-sénologues serait certes abusif[3758]. Il n'en est pas moins révélateur de la diversité des options possibles de traitement pour un même patient. S'il est pour le moins légitime, pour tout un chacun, de se préoccuper, au moins minimalement, de ce en quoi consiste le traitement préconisé par un médecin ou une équipe médicale – ne serait-ce que pour en comprendre l'objectif et les modalités d'application –, un tel mouvement d'investigation systématique est exceptionnel. Rares sont donc les patients à même de prendre conscience d'une telle diversité de choix. En soulignant la pertinence de tel doute détective comme outil privilégié pour éclairer un parcours de soin, la situation singulière de Marinella permet aussi de questionner plus globalement la place du doute des patients dans leurs rapports avec les soignants. En tant qu'il pourrait soutenir leur information et leur autonomie, loin de menacer l'autorité médicale, un tel doute pourrait s'inviter comme un outil de dialogue clinique.

2.2.2 – Le soupçon du patient comme moteur du doute détective et de l'enquête

Tout comme l'enquête de police ou d'un détective s'appuie sur des soupçons, le patient n'enquête pas sans raison. Ce sont les soupçons de Marinella (à l'égard des compétences, de la rigueur et du comportement d'un chirurgien) qui ont motivé son mouvement d'enquête auprès des cancérologues. La représentation négative du soupçon en tant qu'opinion ou présomption défavorable à l'encontre de quelqu'un est la plus connue. Pourtant, cette connotation négative n'est pas inéluctable puisqu'il peut aussi bien correspondre à une « simple conjecture, avis, hypothèse ou intuition »[3759]. Le soupçon n'est donc pas uniquement une modalité de doute qui sous-tend une accusation. Il est avant tout ce qui éveille l'activité de doute et justifie son déploiement raisonné en tant qu'outil d'une enquête à mener.

[3757] Brook Simon. *Op. cit*.

[3758] Brook Simon. *Op. cit*. : Marinella Banfi rencontre au moins cinq cancérologues (« J'en ai vu 1, j'en ai vu 2, j'en ai vu 3, j'en ai vu 4, et j'en ai vu 5 ») et peut-être six si Thomas Tursz, le dernier rencontré (« Le dernier que j'ai vu, le Pr Tursz, avait l'air […] »), s'ajoute aux précédents ou bien fait partie de ces cinq.

[3759] Un premier sens du soupçon est : « 1. Opinion défavorable, fondée sur des indices discutables, souvent par apriorisme ou suggestion affective, par laquelle, à tort ou à raison, on attribue à quelqu'un des actes répréhensibles ou des mauvaises pensées », avec à propos d'une enquête de police : « Présomption défavorable ou accusation sans preuve absolue qui entraîne l'inculpation d'une personne » ; un second sens est : « 2. Simple conjecture, avis, hypothèse ou intuition concernant quelque chose sans connotation défavorable ». Site du CNRTL consulté en ligne le 13 février 2026 : SOUPÇON : Définition de SOUPÇON.

2.2.2.1 – Le soupçon suscite l'enquête

Pour soutenir son enquête, le détective est amené à tout soupçonner, au sens où il doit mettre tout élément, *a fortiori* tout indice, à l'épreuve du doute. Le soupçon est ainsi le carburant de ce doute détective dont l'objectif est de parvenir, au gré des indices récoltés et explorés, à une interprétation raisonnée. Si l'histoire de Marinella en a fourni un exemple illustratif, le soupçon et l'enquête qui en résulte, par le biais d'un doute détective, ne sont pas l'apanage des patients. Les soignants soupçonnent eux-aussi leurs patients, entre autres de comportements allant à l'encontre de la préservation de leur santé ou d'inobservance des traitements prescrits (pour ne prendre que des exemples, certes négatifs, mais fréquents). Ces soupçons réciproques, bien que portés par des motifs et des enjeux différents, constituent un déterminant important de la nature et de la qualité de la relation de soin entre patient et soignant. Qu'un soupçon advienne à l'encontre de l'un ou l'autre des acteurs de la relation, le doute est alors mobilisé pour tenter de rendre la situation plus intelligible et de mieux comprendre l'autre. Le doute, nourri du soupçon, est donc bien un outil d'enquête qui, loin d'obscurcir œuvre à éclairer les situations. S'il ne résout pas les tensions à l'œuvre, il tend à favoriser une meilleure compréhension réciproque ne serait-ce que parce qu'il mobilise l'attention au sens où Simone Weil l'a définie comme une aptitude à suspendre sa pensée et ainsi se rendre disponible à l'autre, comme pénétré par lui[3760].

2.2.2.2 – La légitimité du soupçon des patients à l'égard du milieu médical

Le fait d'attendre des patients qu'ils accordent d'emblée leur confiance aux soignants, c'est-à-dire sans preuve de leurs compétences ou de leur rigueur, et sans recul, est peu interrogé. Un article au titre provocateur, *La relation de soin, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon*[3761], souligne les limites éthiques d'un tel attendu. La fonction de soignant n'octroie pas, comme par nature, les qualités d'humanité, de compétence, d'intégrité. La communauté des soignants n'est pas immunisée contre les dérives et les insuffisances[3762]. Bien plus qu'un facteur à risque de fragiliser la relation de soin, le soupçon pourrait bien au contraire participer à construire la confiance.

Les soupçons que peuvent susciter les soignants ne peuvent se réduire à la seule circonstance du défaut d'assistance. Ils reposent sur un ensemble complexe de facteurs plus ou moins intriqués, intervenant de façon inconstante et à des degrés très divers parmi lesquels : les pratiques de soin litigieuses parce qu'empreintes de charlatanisme ; le défaut grave et avéré de compétence ; la violation de l'intégrité scientifique et des bonnes pratiques de la recherche (clinique autant que fondamentale) ; le non-respect du code de déontologie médicale (à l'instar de la discrimination de certains patients pour des raisons sociales, raciales et/ou de genre) ;

[3760] Weil Simone, Lacoste Jean (préface). *De l'attention. Réflexions sur le bon usage des études scolaires en vue de l'amour de Dieu*. Paris: Bartillat; 2018.

[3761] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit.*

[3762] Castanet Victor. *Les fossoyeurs*. Paris: Fayard; 2022. Je renvoie aussi au scandale du charnier de l'université Paris-Descartes révélé en 2019 (En ligne : Fermeture du Centre du don des corps de l'université Paris-Descartes, consulté le 6 mars 2026) et aux dérives de l'ostéopathie intra-pelvienne (En ligne : Des touchers vaginaux et rectaux pour un mal de dos : l'inquiétant essor de l'ostéopathie intrapelvienne – L'Express, consulté le 6 mars 2026).

l'inertie clinique[3763] (*a fortiori* lorsqu'elle est récurrente et s'associe à un défaut de prévention[3764] ou des retards de diagnostic et de soins) ; la non-pertinence des soins (l'interventionnisme générant, dans sa forme extrême, des soins excessifs et injustifiés pour des motifs purement lucratifs).

Mais il faut aussi tenir compte de ce facteur majeur qu'est la faillibilité humaine, bien compréhensible et multifactorielle, qui n'épargne aucun professionnel de santé, quels que soient sa discipline, son grade, son ancienneté, son aura. Elle affecte le domaine des connaissances par l'ampleur incommensurable et l'évolutivité rapide des savoirs médicaux et scientifiques. Elle s'applique aussi au domaine de l'expérience, très variable selon les professionnels. Certaines situations cliniques particulièrement rares peuvent n'avoir jamais été observées et donc expérimentées dans une vie professionnelle. La faillibilité est également étroitement liée au domaine des affects puisque les émotions peuvent aveugler et perturber le jugement et la prise de décision des acteurs de santé. Elle est aussi très liée aux représentations ainsi qu'en témoigne l'étiquette d'inaptitude si facilement donnée aux patients, *a fortiori* en situation de handicap ou souffrant d'une affection psychiatrique toujours suspecte d'affecter le raisonnement, le consentement, l'adhésion et la correcte application des soins. Enfin, un autre déterminant majeur contribuant à cette faillibilité des soignants relève du domaine des influences subies et des conflits d'intérêt. Si certains s'avèrent inévitables, à l'instar des contacts avec l'industrie pharmaceutique indispensables à certaines spécialités, comme l'oncohématologie, pour accéder à l'innovation thérapeutique, ils perturbent inévitablement le jugement.

Les motifs possibles de soupçon des patients à l'égard du milieu soignant sont donc innombrables et légitimes. A condition que le sujet soupçonneux soit non seulement sensible aux faits, *a fortiori* aux preuves, mais aussi ouvert au raisonnement et tendu vers le dialogue et la rencontre – en dépit des désaccords –, le soupçon participe alors de ce doute détective qui permet d'interroger, de réfléchir, d'analyser, de découvrir. Sous ces conditions, l'activité de soupçon et la façon dont cela vient nourrir l'enquête du patient à l'égard des soignants et des soins qu'ils prodiguent paraît non seulement saine mais importante et utile. Contribuant à une meilleure compréhension de ce qui le concerne directement, loin de constituer un facteur de fragilisation de la relation, le soupçon participerait ainsi à l'élaboration d'un rapport de confiance éclairée avec le soignant.

2.2.2.3 – De l'incompréhension suscitée par l'état de soupçon à la relation

Le malentendu qui pèse sur le soupçon conduit à l'appréhender de façon négative, c'est à dire comme une accusation et non pas comme motif d'enquête. Parce que Marinella enquête, parce qu'elle est identifiée comme soupçonneuse, le soignant la juge menaçante et se drape dans des ripostes défensives. Marinella *dérange* parce qu'elle s'interroge et interroge. Ainsi que l'illustre le jugement de Tursz, le malaise qu'elle suscite est d'autant plus grand que ses questions sont

[3763] Reach Gérard. *L'inertie clinique*. *Op. cit*.
[3764] Bourdillon François. *La prévention, la grande oubliée*. Médecine des Maladies Métaboliques 2022;16(3):249-54.

pertinentes. Elle est « à la fois vive, intelligente, caustique mais clairement pas à l'aise et agressive. Ce que l'on appelle une patiente difficile »[3765] précise-t-il. Les qualificatifs ne manquent donc pas pour la (dis)qualifier : difficile, agressive, caustique, auxquels il faut ajouter indisciplinée. Est-ce à dire que questionner et réfléchir depuis sa place de patient constituerait un fait d'indiscipline, une sorte d'infraction à la règle du patient aveuglément soumis. Parce qu'elle interroge et délibère sur son propre traitement, parce qu'elle mobilise le doute pour mieux connaître les bio-soignants et comprendre ce qu'ils proposent, Marinella contrarie effectivement l'ordre établi par le pouvoir médical. Pourtant cette attention soupçonneuse à *l'autre* qu'est le soignant (tout comme le soignant est lui-même très souvent soupçonneux à l'égard du patient) est un fait remarquable en ce qu'elle atteste avant tout de l'intérêt de Marinella pour les acteurs de santé comme de son implication active dans le projet de soin qui la concerne. C'est pourquoi, bien plus qu'une menace pour l'autorité médicale et pour le climat de confiance, le soupçon pourrait bien constituer cette modalité indispensable d'attention à l'autre et partant de rencontre valant pour acceptation des interrogations et des tensions inhérentes à toute relation véritable[3766].

2.2.3 – Douter en détective impose au patient courage et ouverture d'esprit

Pour s'être adonnée à un tel exercice d'investigation dans le contexte singulièrement troublé de son propre cancer et en avoir assumé les conclusions inattendues et dérangeantes, certains qualificatifs mériteraient d'être ajoutés au portrait de Marinella : perspicace, persévérante, courageuse, autant de qualités propres au détective dont elle endosse pleinement la façon de douter et assume les conséquences.

Dans sa façon de mener une enquête et d'en gérer les conclusions, le détective se distingue radicalement de l'avocat[3767]. L'avocat ne cherche que des éléments susceptibles de conforter son opinion et rejette tout ce qui pourrait la contredire. Contrairement à l'avocat qui sait donc précisément où il veut aller puisqu'il le décide au préalable, le détective ne sait pas où il va aboutir, se refusant par principe à toute conclusion préétablie. Assumer les conditions d'une enquête détective implique d'accepter de ne plus pouvoir juger en fonction de ce que l'on désire mais seulement en fonction de ce que l'on va découvrir à cette occasion et que l'on ignore peut-être avant de s'y engager. Ce type d'enquête suppose ainsi de pouvoir, le cas échéant, reconsidérer son opinion en conséquence des résultats auxquels elle aura pu conduire. Pour un patient, l'enquête détective implique d'avoir le courage de mettre à l'épreuve ses croyances, de devoir éventuellement les modifier. Marinella voit ainsi sa croyance en la médecine comme

[3765] Brook Simon. *Op. cit*.
[3766] Chandesris Marie-Olivia, Mühlethaler Louis. *Op. cit.*
[3767] Vasselin Pascal, Cuveillier Franck. *La fabrique de l'ignorance* [documentaire, 97 min]. France : ARTE France et Zed, 2020 : extrait d'une interview de Moukheiber Albert : « Suis-je plus attaché à mon opinion ou à la raison pour laquelle j'ai une opinion ? Si je suis plus attaché à mon opinion, j'aurai plus tendance à ne pas changer d'opinion, à rejeter quelque chose qui va à son encontre. Imaginer que j'ai deux manières de réfléchir : je peux soit réfléchir comme un détective : je suis des preuves et j'arrive à une conclusion ; soit comme un avocat : j'ai mon client, je veux le défendre et je vais prendre ce qui existe dans le dossier pour créer un argumentaire qui arrive à la conclusion que j'ai déjà décidé à l'avance ».

« science exacte » ainsi que sa vision mécaniciste du corps, de la maladie et des soins s'effondrer[3768].

Si d'aucuns peuvent s'étonner qu'il s'agisse pour elle d'une découverte, Marinella n'est en fait pas une exception. Héritage cartésien, cette représentation prévalente, encore très largement véhiculée, est rassurante. Sortir d'une telle illusion de puissance et de maitrise technique, au moment même de sa confrontation à une maladie à potentialité léthale, a pu être d'autant plus pénible et anxiogène. Aussi important et utile soit ce type d'enquête détective, il n'est pas sans risque de déstabiliser puissamment. Pour Marinella, c'est effectivement la stupeur. Aux antipodes de l'image d'un simple changement de delco, elle prend brutalement conscience de la faillibilité de la médecine. Mais surtout elle la découvre tel un *art* de l'approximation, un mode de *faire avec* ces données fondamentales qui en déterminent la pratique que sont la complexité, l'incertitude inéluctable, les territoires d'ignorance, le caractère unique et singulier de chaque situation individuelle mais surtout aussi de chaque relation de soin. Dès lors, une évidence s'impose à elle : le geste de soins en apparence le plus simple ou le diagnostic le plus bénin ne sont jamais anodins et simples à gérer. De doute volontaire, maitrisé et éclairant, grâce au cadre offert par le principe d'une enquête détective, la voici subissant de nouveau une crise de doute très déstabilisant ainsi que l'illustre ce propos : « je ne savais pas trop ce qu'il fallait que je fasse ou pas »[3769]. Marinella s'apprête à traverser un moment sceptique.

2.3 – Le moment sceptique de Marinella Banfi face à la médecine occidentale

La démarche détective de Marinella pour identifier un cancérologue qui lui convienne et quel traitement choisir est à la fois audacieuse et exigeante. Mais elle paye le prix de cette exigence. C'est à se demander même s'il ne faudrait pas douter de ce doute que Marinella a elle-même mobilisé, tant le résultat de son enquête s'avère puissamment déstabilisant. Ses croyances quant à la nature et au fonctionnement de la biomédecine lui deviennent brutalement opaques. La voici ne sachant plus que penser, que croire ni que décider. « Je n'étais pas fière, parce que je ne savais pas trop ce qu'il fallait que je fasse ou pas »[3770], explique-t-elle. A l'aune de cette crise de doute sceptique[3771] qu'elle traverse et qui affecte son rapport à la médecine et aux soignants, on est porté à questionner, au prisme de ses éventuels dangers, le bien-fondé du doute des patients.

2.3.1 – Une plongée dans l'indifférence sceptique

D'avoir multiplié les avis, de s'être « retrouvée face à des gens qui ne disaient pas la même chose »[3772], d'avoir ainsi constaté qu'aucun ne lui donnait la seule et unique bonne réponse, fiable et reproductible[3773], Marinella fut prise de stupeur et a semblé alors faire face à cet état d'*indifférence* que les sceptiques antiques qualifiaient d'*adiaphoria*.

[3768] Brook Simon. *Op. cit*. : « pour moi le corps c'est une voiture, je vais chez le mécanicien, il me change le delco, il me remet la batterie et tout va bien ».
[3769] *Ibid.*
[3770] *Ibid.*
[3771] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme*.
[3772] *Ibid.*
[3773] *Ibid.* : « Et je me suis rendue compte d'une chose […] je me suis retrouvée face à des gens qui ne disaient pas la même chose […] ».

Elle ne parvient pas à *faire la différence* entre les avis tous différents qui lui sont donnés. Cette situation n'est pas liée à son manque de connaissances médico-scientifiques en matière de pathologie mammaire. Il ne s'agit pas ici de juger, comme le ferait un expert, de la validité scientifique des avis des cancérologues rencontrés (c'est-à-dire de leur justesse ou de leur fausseté). Etant donnée leur sélection, opérée par Marinella sur la base de leur excellence professionnelle, une incompétence de l'un ou l'autre d'entre eux est peu probable. Tous étant ainsi considérés *a priori* comme compétents, chacune de leurs propositions est aussi à considérer comme valide. Suivant un raisonnement sceptique, puisqu'aucun des cancérologues sollicités ne fait la même proposition thérapeutique, alors même que tous sont fiables parce que compétents et que tous se réfèrent à la science biomédicale, aucune de ces propositions n'est donc certaine. De plus, puisque Marinella ne peut pas faire de différence entre chacune d'entre elles, elle en vient à les considérer comme indifférentes. L'indistinction (*acatalepsia*) en vient ainsi à prévaloir qui conduit à considérer l'égalité de toutes ces propositions quant à la force de leurs raisons, en l'occurrence cliniques autant que scientifiques. Conséquence de cet état d'indifférence, tout jugement (et donc tout assentiment) relativement à ces diverses propositions thérapeutiques se voit suspendu, Marinella se trouvant non seulement sans voix, donc *aphasique*, mais également incapable de décider et d'agir, donc *apragmatique*.

2.3.2 – L'état sceptique comme risque pour les patients

D'un doute enquêteur, visant la résolution d'un problème et l'identification de sa solution, donc porté par la dynamique de l'action, Marinella Banfi a sombré dans les mailles de la toile engainante et paralysante du doute sceptique. Elle se trouve en situation de ne plus pouvoir ni juger ni s'exprimer (*aphasie*) et donc elle ne peut plus ni décider, ni agir.

En l'absence de résolution possible du doute, qui implique le jugement et la différenciation, il ne peut y avoir de choix entre l'un ou l'autre des protocoles de soins comme de confiance en l'un parmi les cancérologues rencontrés. Marinella est donc littéralement à l'arrêt. Tout mouvement d'adhésion étant impossible, elle ne parvient à consentir à aucune des propositions thérapeutiques qui lui sont faites. Son parcours de soin est donc à l'arrêt. Cet état de suspension du jugement autant que de l'action dans lequel elle se trouve est à distinguer de l'*épochê* sceptique habituelle puisque, non seulement elle la subit plutôt qu'elle ne la choisit, mais elle n'atteint pas l'*ataraxie*, c'est-à-dire la tranquillité de l'âme. L'intranquillité dans laquelle elle se trouve alors n'est pas le moindre des écueils de cet état *sceptique* à l'égard de la médecine dans lequel elle s'est trouvée brutalement propulsée. Plus grave est l'interruption des soins et le menace que cela fait peser sur le pronostic de sa maladie.

2.3.3 – L'épochè sceptique ne relève pas d'un refus de soin ni d'un rejet de la biomédecine

L'hypothèse selon laquelle Marinella serait donc en train de vivre un moment d'*épochè sceptique* invite à considérer non pas un refus volontaire de soins (que d'ailleurs, elle n'a jamais clairement et ouvertement exprimé), mais bien plutôt une impossibilité à pouvoir faire la différence (*adiaphoria*), à pouvoir juger, à pouvoir donc s'exprimer (*aphasia*) sur quelque option de traitement que ce soit et conséquemment son *impossibilité* à pouvoir consentir. A rebours de ces préjugés si fréquents à l'encontre des patients, un tel état n'a rien à voir avec de

l'indiscipline ou un comportement qui serait volontairement suspicieux et critique à l'égard des soins et des soignants.

Ce que le cas singulier de Marinella illustre, en l'occurrence une situation temporaire d'incompréhension et de tension proche de la rupture avec le milieu soignant en lien avec une crise sceptique à l'égard de la médecine, n'est pas exceptionnel. Nombreux sont les patients qui, eux aussi, peuvent à un moment se trouver sans voix, ne sachant plus ni que penser ni que faire. Incapables de consentir, ils peuvent eux aussi risquer de se trouver en errance de soins. Ainsi qu'en témoigne également l'histoire de Marinella, c'est un état qui peut être dépassé. Mais il est étonnant de constater que ce qui a pesé dans la résolution de cette crise sceptique de Marinella ne relève ni des enjeux du traitement ni des compétences des professionnels rencontrés, mais du *savoir être*[3774]. Or, s'il s'agit là d'un facteur certes essentiel, il ne saurait pourtant suffire pour prendre une décision. Elle implique aussi des connaissances scientifiques et un savoir pratique[3775]. A l'encontre de la déontologie médicale, parler de leur vie, et notamment de leur passion commune pour le cinéma, a pourtant permis d'accrocher réciproquement la subjectivité de l'autre. C'est donc ce qui a été déterminant puisque cela a rendu possible une réelle rencontre avec Thomas Tursz et a permis à Marinella de se réengager dans un projet de soins. Un tel constat invite à interroger les conditions de possibilité d'une relation intersubjective entre patient et soignant ainsi que l'importance d'une telle relation pour œuvrer à résoudre les épreuves de doute que traversent les patients, ainsi que j'y reviendrai ultérieurement.

2.4 – Ces poisons du doute qui ont épargné Marinella Banfi

Marinella a été confrontée à plusieurs types d'épreuve du doute selon des modalités bien différentes : une crise de doute existentielle en conséquence des bouleversements provoqués par la maladie, une enquête détective motivée par le besoin d'y voir plus clair sur la médecine et ses acteurs, un accès de scepticisme centré sur la pratique des cancérologues et lui imposant un moment de suspension dans sa démarche réflexive autant que décisionnelle. Pour autant, elle a pu rester préservée des postures contraires au doute comme de ces formes détournées et subverties du doute, dont l'attitude complotiste est la manifestation la plus actuelle. Marinella n'est ainsi ni dogmatique, ni radicalement sceptique, ni relativiste, ni complotiste, autant de postures antithétiques avec une démarche de doute véritable[3776] et pouvant, en outre, alimenter les tensions avec le milieu soignant.

La méprise, quant à ce qu'est ou n'est pas une démarche de doute véritable, alimente la représentation erronée, mais classiquement rattachée à l'état de doute comme défiance, discorde, conflit, rupture. Il en est de ces postures, notamment antiscientifique ou complotiste, qui ne relèvent précisément pas du doute mais peuvent être faussement interprétées comme tel.

[3774] Brook Simon. *Op. cit*. : « Le dernier que j'ai vu, le Professeur Tursz, avait l'air d'être un peu plus humain ».
[3775] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 27 : « on peut penser les gestes de la pratique médicale (mais aussi de toute pratique soignante ou éducative) comme l'expression irremplaçable et irréductible d'un "savoir-y-faire" ». Weber fait référence à la *technê* dans sa restitution contemporaine analysée dans : Resweber Jean-Paul. *Les gestes de soin*. Strasbourg: Portique; 2003.
[3776] Williamson Timothy, Van Antoine Dang. *J'ai raison, tu as tort ! Dialogue philosophique*. Paris: Éliott; 2022

Parce qu'elles radicalisent, travestissent, déforment, manipulent le doute, de telles postures menacent toute démarche de doute véritable et doivent dès lors être précisément identifiées comme telles. Etant manifestement épargnée par de telles postures, Marinella échappe aux dangers spécifiques encourus, parmi lesquels : l'exposition à des contrevérités médicales et au charlatanisme, la désadaptation au système de santé et aux services qu'il offre à ses usagers, l'errance médicale et le défaut consécutif de soins et d'accompagnement.

2.4.1 – Le dogmatisme anti-scientifique

Marinella n'est pas une antiscientifique dogmatique ni une anti-médecine illichéenne accusatrice d'un biopouvoir sous-tendu par le politique ou l'industrie[3777]. Elle croit en la médecine et plus particulièrement en la médecine scientifique. C'est pourquoi elle s'adresse d'emblée à la médecine conventionnelle pour traiter son cancer ; même lorsque sa confiance est fragilisée, elle n'est jamais dans une intention manifeste de renoncement aux soins biomédicaux ni de rupture avec le milieu sanitaire et les soignants.

Marinella est en phase avec la rationalité scientifique qui sous-tend la médecine occidentale, ainsi qu'en témoigne sa vision cartésienne du corps telle une machine, des défaillances qui l'affectent ainsi que des soins qui peuvent lui être apportés[3778]. Une telle vision reste applicable à bien des disciplines médicales comme celles traitant du système musculosquelettique, du réseau vasculaire et de la pompe cardiaque, de la mécanique et de la physique de l'œil ou encore du tube digestif. D'ailleurs, l'aura hautement scientifique et technique de la cancérologie n'aide pas à nuancer une telle représentation et à élargir le champ de vision de la biomédecine. Sa prise de conscience des limites de la médecine appréhendée sous cet angle restreint est d'autant plus douloureuse qu'elle survient au moment même où elle doit choisir les modalités de poursuite du traitement de son cancer. Or, cet état de doute anxieux à l'égard de la biomédecine dans lequel elle se trouve alors plongée s'avère *in fine* salvateur. Il l'amène à repenser, non seulement son rapport à son propre corps et à sa vie dans toutes ses dimensions, mais aussi à (re)considérer l'attention particulière et les soins qu'elle souhaite y consacrer. D'une vision cartésienne étroite, fondée sur la seule mécanique du corps et de ses organes, elle va ainsi pouvoir évoluer et élargir son champ de croyance en une pluralité d'approches différentes de la santé et des soins, que ce soit dans le champ de la médecine conventionnelle (qui ne se réduit pas à des gestes techniques ou des traitements pharmacologiques[3779]) comme dans celui d'autres pratiques de soins et

[3777] Illich Ivan, Dupuy Jean-Pierre (Trad.). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1981.

[3778] Brook Simon. *Op. cit.* : « […] pour moi le corps c'est une voiture, je vais chez le mécanicien, il me change le delco, il me remet la batterie et tout va bien ». Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit.*, p. 40-60 (Cinquième partie) : « ce qui ne semblera nullement étrange à ceux qui, sachant combien de divers automates ou machines mouvantes, l'industrie des hommes peut faire, sans y employer que fort peu de pièces, à comparaison de la grande multitude des os, des muscles, des nerfs, des artères, des veines, et de toutes les autres parties qui sont dans le corps de chaque animal, considèreront ce corps comme une machine, qui, ayant été faite des mains de Dieu, est incomparablement mieux ordonnée et a en soi des mouvements plus admirables qu'aucune de celles qui peuvent être inventées par les hommes ».

[3779] Ninot Gregory, Minet Mathilde, Larche Jérôme, Ribstein Jean, Chiche Laurent. *Non-pharmacological interventions. A new paradigm and opportunities for internists*. Rev Med Interne 2025;46(11):662-9. La liste est longue, où l'on trouve entre autres : éducation thérapeutique du patient, psychothérapie, kinésithérapie, soutien diététique, ergothérapie.

d'accompagnement[3780]. Ce faisant, elle ne se privera non seulement pas des différents apports possibles de la biomédecine, lesquels peuvent donc être très diversifiés, mais elle s'ouvrira aussi aux potentialités d'autres pratiques de soin, en l'occurrence celles proposées par la médecine traditionnelle ayurvédique indienne.

2.4.2 – Le scepticisme radical

Le moment sceptique de Marinella a été évoqué. Elle s'est trouvée face à des cancérologues dont les projets de soins lui paraissaient indiscernables au point de ne plus parvenir ni à s'exprimer à ce sujet ni à agir. Cet état de suspension ne fut pas sans risque, puisqu'il aurait pu perdurer et s'étendre à la maladie elle-même, jusqu'à renoncer au traitement de son cancer. Ce moment sceptique s'est finalement avéré conjoncturel, circonscrit et modéré dans son expression, se résolvant par son libre choix de Thomas Tursz comme oncologue référent. Accepter une part importante de sa proposition thérapeutique témoignait, de fait, de sa confiance restaurée en la biomédecine. Malgré ce moment sceptique, Marinella n'est donc pas une sceptique radicale qui ne ferait aucune différence et ne croirait en rien. D'une part, elle est soucieuse de sa santé (qu'elle différencie clairement d'une maladie comme le cancer, *a fortiori* si elle ne le traitait pas), d'autre part elle croit et continue de croire en la biomédecine. Elle est donc aux antipodes de cette forme extrêmisée du scepticisme conduisant à douter de tout jusqu'au rejet, rendant toute croyance et tout choix impossibles et confinant en cela en un dogmatisme.

2.4.3 – Le relativisme

Marinella n'est pas non plus une relativiste. Tout d'abord, elle n'est pas dans la minimisation ou la tergiversation quant à sa situation de santé. Son engagement actif à trouver les meilleures options pour se faire soigner confirme qu'elle en mesure les dangers. Par ailleurs, tout en ne se privant d'aucune des options possibles de traitement et d'accompagnement, elle a bien conscience que tout ne se vaut pas en matière de soins. Elle est bien au fait qu'entre la biomédecine et la médecine ayurvédique il s'agit de soins et d'enjeux très différents et aucunement d'une alternative que le sens commun résume au mieux par la formule « Pourquoi ceci alors que je pourrais faire cela ?». Elle ne doute pas des potentialités irremplaçables de la biomédecine pour traiter les cancers. Son propos est très clair à ce sujet : « pour mon cancer je suis suivie là-bas mais pour me remettre et être prise en charge humainement, moralement et pour récupérer c'est beaucoup mieux ici »[3781] (je souligne). « Là-bas » renvoie à l'institut Gustave Roussy, symbole de la biomédecine occidentale, seule à même de traiter et guérir le cancer tandis que « ici » se rapporte à la tradition de l'ayurvéda pratiquée en Inde. Cette dernière a l'ambition d'aider les personnes à surmonter les effets secondaires des traitements anticancéreux et à se rétablir[3782], c'est-à-dire à retrouver un art et un confort de vie en adéquation avec leur moi profond. Il est notable que le temps présent et la proximité de lieu

[3780] Si nombre d'entre elles ne sont pas d'emblée suspectes de charlatanisme ou de sectarisme (hypnose, acupuncture, ostéopathie, etc.), une régulation est nécessaire. Comme dans toute profession, y compris au sein même de la médecine conventionnelle, il importe de détecter les pratiques inadéquates et les dérives sectaires.
[3781] Brook Simon. *Op. cit*.
[3782] Tourette-Turgis Catherine, Gligorov Joseph, Fleury Cynthia, Pelletier Jean-François. *Including recovery in the care pathway after cancer*. Soins 2018;63(824):66-8.

auxquels renvoie l'adverbe « ici » se situent pour Marinella en Inde, tandis que « là-bas » tend à exprimer un souhait de mise à distance et d'oubli de l'Occident. Au-delà d'une différence de valeur, l'image de la distance géographique qui sépare l'Inde de la France (entre « ici » et « là-bas ») vient aussi illustrer le grand écart qui existe entre un centre anti-cancéreux occidental et un centre de soins ayurvédique. Il est ainsi très clair pour Marinella que tout ne se vaut pas entre les différentes médecines auxquelles elle va s'adresser et dont elle va tirer profit pour traverser l'épreuve de sa maladie.

2.4.4 – Le complotisme

L'histoire de Marinella et l'interprétation première de son comportement – refus réitéré de soins, suspicion systématique à leur égard des cancérologues – ne pouvaient que soulever l'hypothèse d'une éventuelle déviance complotiste. Une telle hypothèse est à distinguer d'emblée du scepticisme radical en ce que celui-ci renonce à toute interprétation possible tandis que le complotisme consiste à interpréter les situations de façon tendancieuse. Le complotisme pourra notamment introduire volontairement du doute là où pourtant il n'a pas lieu d'être et ainsi créer une controverse artificielle. Si Marinella n'est effectivement pas une sceptique radicale, puisqu'elle (ré)interprète la situation au fur à mesure du recueil des éléments de l'enquête qu'elle mène, son effort interprétatif s'en tient par ailleurs strictement aux faits, sans les déformer ni les détourner. Parmi ceux-ci, elle constate que, tout en se référant à la science médicale, qu'elle pensait être exacte, chacun des oncologues rencontrés propose un projet thérapeutique différent. Sa conclusion est pour le moins simple : la science médicale n'est pas exacte. Elle n'élabore rien de plus à partir de *ce fait*. Sa conclusion n'est donc pas tendancieuse. Elle ne suggère notamment pas de complot sous-jacent ni même de possibles conflits d'intérêt (tels qu'une collusion avec l'industrie pharmaceutique susceptible d'influencer la prescription de certains traitements) qui pourraient expliquer la variabilité des avis des oncologues rencontrés.

Ainsi que déjà développé, l'enquête de Marinella se déroule selon la méthode indiciaire du détective. Elle n'exclut aucun indice, aucune donnée, aucun constat et elle ne renonce à aucune conclusion si c'est bien vers telle conclusion que les faits et les preuves la conduisent. Son enquête n'est pas biaisée ni intentionnelle comme pourrait être celle d'un avocat qui ne cherche et ne sélectionne que les éléments de preuve allant dans le sens de ce qu'il veut défendre. Marinella n'est donc pas dans ce type de comportement qualifié de *croivance*[3783], consistant à défendre une croyance tout en n'y croyant pas soi-même[3784]. Elle n'est donc, à aucun moment, dans une démarche visant à croire et/ou faire croire, par exemple, que les oncologues rencontrés seraient incompétents ou bien qu'ils seraient sous l'influence de l'industrie pharmaceutique ou

[3783] Dieguez Sebastian. *Croiver. Pourquoi les croyances ne sont pas ce que l'on croit*. Paris: Eliott; 2022. Considérant que la désinformation ne se résume pas simplement à de la crédulité, Sebastian Dieguez, chercheur en neurosciences, a développé et défini le principe de *croivance*, en rapport à la croyance, comme suit : « Croire, c'est tenir quelque chose pour vrai. *Croiver* c'est se figurer que l'on croit quelque chose, croire que l'on croit à quelque chose ». Un avocat est effectivement parfois typiquement dans une attitude de croivance à savoir croire que son client, qu'il pense pourtant coupable, est innocent.

[3784] Delon Dieguez, le phénomène de *croivance* serait une manifestation assez typique de complotisme contemporain, à l'instar des platistes qui n'ignorent pas que la terre est ronde mais défendent la croyance en la terre plate pour des raisons de militantisme et/ou d'appartenance identitaire à un groupe.

d'autres puissances (idéologiques, politiques, etc.), tout en ne disposant d'aucun élément de preuve en ce sens, voire en étant même convaincue que ce n'est pas le cas. En somme, le rapport de Marinella aux faits n'est pas ambigu. Le constat objectif de l'inexactitude de la médecine la conduit simplement à douter de ses potentialités – ce qui est à la fois sain et légitime – puisqu'elle ne peut plus en attendre ce qu'elle espérait (une guérison aussi simple et rapide que de changer le delco d'une voiture). N'étant amenée à aucune surinterprétation, connexe autant qu'*a priori*, son comportement n'a effectivement rien à voir avec une attitude complotiste.

2.5 – Comment Marinella fait face au doute et œuvre à le résoudre

L'état de doute que traversent les patients du fait de la maladie et au prisme de ses évènements les plus marquants (diagnostic, complications, évolutivité, rechutes, séquelles, etc.) peut constituer un tel ébranlement des repères et des habitudes de vie qu'il impose une sortie de crise, sous peine de mettre en péril le processus même de soins et de rétablissement. Marinella est ainsi tellement effondrée que, sombrant un temps dans un état d'engourdissement sceptique, elle ne semblait plus parvenir ni à réfléchir, ni à juger, ni à différencier (donc choisir), ni à agir (donc décider). Restaurer des repères identitaires, des objectifs existentiels, un équilibre de vie peut s'avérer si essentiel qu'il en devient prioritaire. Etant donnée l'errance à la fois médicale et existentielle que le doute peut provoquer, sortir de cet état devient un impératif. On conçoit bien que ce puissant mouvement d'affirmation de soi observé chez certains patients relève d'un antidote au doute identitaire et existentiel qu'ils traversent. Au regard de la menace que la maladie fait peser sur le *sujet*, en plus de ses impacts corporels et sur le projet de vie, une nécessaire reconfiguration subjective s'impose alors[3785]. Parce qu'elle concrétise cette lutte contre la déflagration et l'effacement de soi, relevant donc d'une question de survie subjective, cette exigence de reconnaissance si souvent exprimée par les patients s'impose. Ce mouvement de « désubjectivation et resubjectivation »[3786] – dont un paradigme pourrait se trouver dans la figure de l'adolescent et ses implications psychopathologiques[3787] – semble ainsi se décliner dans le contexte des diverses épreuves de doute que suscitent la maladie et le système de santé.

2.5.1 – Sortir du doute grâce à la reconnaissance intersubjective

Je souhaiterais ici essayer de montrer que la reconnaissance intersubjective est une issue à l'épreuve du doute que peuvent provoquer la maladie et/ou la confrontation à la médecine (ses acteurs, sa rationalité, son fonctionnement) ainsi qu'à leurs effets de désubjectivation[3788]. La reconnaissance mutuelle entre pairs, comme paradigme de la rencontre intersubjective, se prête particulièrement bien à ce développement favorable parce qu'elle œuvre au désisolement des

---

[3785] Touraine Alain, Khosrokhavar Farhad. *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet* Paris: Fayard; 2000, p.24 : « formes d'effondrement de soi (appelé désubjectivation) » et des « modes d'assomption de soi (appelé subjectivation) ».

[3786] Lauru Didier. *Désubjectivation et resubjectivation*. Figures de la psychanalyse 2013;n° 25(1):23-31.

[3787] *Ibid.*

[3788] Touraine Alain, Khosrokhavar Farhad. *Op. cit.,* p. 10 : « Parce que le monde est ouvert et dangereux, divers et fracturé, la construction du *Je* devient le seul principe d'évaluation des situations et des conduites. Mais ce Je […] n'est pas l'individu concret, paquet de goûts, de normes, de connaissances, de souvenirs, mais la volonté d'individuation de chaque individu qui se trouve ainsi distancé de son moi psychologique et social et qui devient, en revanche, capable de reconnaître les autres comme des sujets, dans la mesure où ils sont engagés dans un effort analogue d'individuation ».

personnes, à leur éclairage ainsi qu'à restaurer la confiance en soi[3789]. La pair-aidance n'en a certes pas l'exclusivité, mais elle s'y prête de façon plus évidente et puissante qu'avec toute autre une personne. Si les soignants sont essentiels pour aider les patients dans la résolution de leurs doutes, la relation intersubjective entre patient et soignant (abordée dans d'autres chapitres) n'est ni constante ni spontanée. Outre qu'elle n'efface ni l'asymétrie ni leurs dissensions inéluctables, elle n'offre pas tous les bienfaits de la reconnaissance et de l'entraide entre pairs.

2.5.1.1 – La reconnaissance mutuelle entre pairs, un effet salvateur

La reconnaissance mutuelle est un principe fondateur de l'entraide entre pairs. Les pairs se définissent et se reconnaissant par une communauté d'expérience vécue autour d'une situation de vie le plus souvent difficile, telle l'expérience d'une discrimination, d'un handicap ou d'une maladie. Les pairs se retrouvent tout particulièrement autour de ce qui constitue l'*expérience subjective* de la maladie et qui est précisément ce qui échappe le plus et le plus souvent aux soignants[3790]. Outre qu'ils tendent à n'être focalisés que sur les paramètres objectifs de l'état pathologique pour déterminer leurs décisions et leurs actes, ils ne sont eux-mêmes *a priori* pas malades (du moins, n'expérimentent-ils pas activement l'état pathologique qu'ils sont amenés à traiter). Cette *expérience subjective* de la maladie, ses moments clés et tout particulièrement l'état de crise qu'elle peut susciter lorsqu'elle fait effraction dans la vie d'une personne (que ce soit au diagnostic, lors de complications, en cas d'évolutivité), menaçant son équilibre et son identité au profit d'un puissant doute existentiel, constituent le noyau dur de cette reconnaissance entre pairs. Les soignants y sont le plus souvent étrangers, n'y ont pas ou peu accès et manifestent en conséquence une fréquente cécité / surdité à l'égard de ses manifestations, parfois même de l'indifférence. On peut dès lors convenir que les pairs, plus que les soignants, puissent mieux comprendre et soutenir des patients en situation de doute, éventuellement critique, et qu'ils soient aussi plus à même de les aider pour en sortir.

Tout à l'inverse de cette relation puissamment objectivante qui lie les soignants à leurs patients, au risque toujours de l'instrumentalisation (d'un côté comme de l'autre puisque le patient lui-même peut appréhender le professionnel de santé comme un dispensateur de services voire en simple distributeur d'ordonnances), la relation entre pairs est nécessairement intersubjective. Les pairs peuvent s'identifier les uns aux autres, se projeter dans le vécu de l'autre comme s'il s'agissait du sien propre ; d'une part ils peuvent se reconnaître eux-mêmes en tant que sujet traversant la même expérience, d'autre part ils reconnaissent en l'autre ce sujet auquel s'identifier. Cette intersubjectivité est un préalable fondateur de la reconnaissance et de sa réciprocité. Elle permet de comprendre la réalité autant que la spontanéité de ce phénomène de *(re)connaissance* ainsi qu'en témoigne l'émotion éprouvée par Marinella (visible sur son visage

[3789] Tracy Kathlene, Wallace Samantha P. *Benefits of peer support groups in the treatment of addiction*. Subst Abuse Rehabil 2016;7:143-54. Cloutier Guylaine, Maugiron Philippe. *La pair aidance en santé mentale. L'expérience québécoise et française*. L'information psychiatrique, 2016 ; 92 : p. 755-60. Pomey Marie-Pascale, Flora Luigi, Karazivan Philippe, Dumez Vincent, Lebel Paule, Vanier Marie-Claude, et al. *Le "Montreal model". Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé*. Santé Publique, 2015 ; HS S1, p. 41-50. Reach Gérard (rapporteur), Jaury Philippe (rapporteur). *Patients partenaires*. *Op. cit*.

[3790] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet*.

autant qu'audible dans sa voix) dès les premiers mots échangés avec une pair. Ces mots lui permettent instantanément de (re)connaître sa voisine de voyage et ainsi de se (re)connaître elle-même exactement comme l'explicitait Martin Buber grâce au mot-principe « Je / Tu », à savoir que c'est en me tournant vers l'autre en tant que sujet (« Tu ») que je me reconnais moi-même sujet (« Je »)[3791]. Marinella se (re)connaît et cette (re)connaissance se fonde sur un vécu expérientiel commun dont elle perçoit d'emblée la potentialité au-delà même de ces tous premiers instants de rencontre. Cette communauté de vécu en tant qu'expérience subjective partagée peut concerner toutes les dimensions d'une existence éprouvée par la maladie, y compris donc l'expérience du doute et tout ce qui le suscite. Il pourra s'agir d'émotions parfois intenses et labiles telles des montagnes russes (peurs, angoisses mais aussi phases de soulagement et d'espoir), d'appréhensions comme autant d'anticipations le plus souvent anxieuses (quand il n'y a pourtant pas toujours d'enjeu immédiat pour l'avenir), de questionnements innombrables et sans cesse renouvelés au gré de toutes nouvelles données (aussi banales en apparence soient-elles) et/ou d'évolution(s) dans leur situation, autant de facteurs propres à réactiver l'état de doute. La reconnaissance réciproque et les échanges privilégiés que soutient l'appartenance à une même communauté de personnes se présentent comme un antidote à la peur de l'inconnu et l'angoisse de l'incertitude inéluctable. Les uns pouvant témoigner de ce qu'ils ont vécu, des doutes qu'ils ont eux-aussi traversés, apportent réassurance, soutien, voire guidance pour ceux qui s'y préparent, à l'instar précisément de Marinella qui n'en était effectivement encore qu'aux prémices du traitement de son cancer.

Une reconnaissance de la personne malade en tant que *sujet* à accompagner, et non pas seulement sa prise en compte en tant qu'*objet maladie* à traiter, est certes aussi possible de la part du professionnel de santé. Pourtant cette reconnaissance ne peut atteindre la profondeur que procure la communauté de partage et de compréhension – pour l'avoir soi-même éprouvé dans sa chair et dans son âme – de l'*expérience subjective* de la maladie et tout ce qu'elle implique. C'est pourquoi, par rapport aux professionnels de santé, les pairs offrent une façon différente d'écouter les patients et d'échanger avec eux. Leur proximité, la justesse de leur attention, l'acuité de leur regard comme de leur écoute proviennent d'une compréhension intime et profonde de ce que vivent réellement les personnes malades. L'expérience partagée du vécu de la maladie qu'ils ont en commun entre pairs ne peut que les inscrire dans une posture différente de celle des soignants. Ce positionnement distinct ainsi que l'ensemble des ressources issues de leur vécu expérientiel leur permettent de déployer une autre sensibilité, d'autres discours, ainsi que d'envisager d'autres enjeux.

2.5.1.2 – La rencontre entre pairs comme issue à la crise de doute existentiel propre à la condition de patient

Au moment où elle rencontre cette personne pair (voisine dans l'avion), Marinella se trouve en plein bouleversement intérieur, déboussolée dans ses repères, encore incapable de retrouver un équilibre et de prendre une décision quant au traitement de son cancer. La question du cancer est à la fois taboue, tant elle l'effraye, et source d'un puissant trouble dont elle ne parvient pas

[3791] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.

à sortir puisqu'elle l'envahit mentalement sans qu'elle puisse en maitriser les paramètres. Elle est alors en pleine crise de doute existentiel et son avenir semble arrêté à cet état pour l'heure insoluble. Cette rencontre fortuite va rendre possible et amorcer sa sortie de crise. Découvrir et entendre « une dame » *comme elle*, atteinte d'un cancer hématologique (une leucémie), à la fois s'exprimer librement sur sa maladie et agir sur elle-même pour la soigner en tant que sujet autonome, lui ouvre cette même perspective d'avenir, dans la situation tout à la fois comparable et singulière qui est la sienne.

Qu'elle soit institutionnalisée[3792] ou spontanée comme dans le cas précis de cette rencontre de voyage, la pair-aidance aide les personnes à se reconnaître mais aussi à sortir de leur situation de crise en retrouvant des repères, en identifiant des voies, en restaurant leurs capacités de choisir et d'agir. C'est ce à quoi l'usage de plus en plus courant du terme anglophone *empowerment* renvoie, c'est-à-dire à la fois l'autonomie et le *pouvoir d'agir* des personnes[3793]. Par cet échange aussi inattendu que providentiel avec une personne pair, Marinella réalise alors qu'il est possible de sortir de son état de crise, de s'approprier et d'assumer sa nouvelle situation de vie, ainsi que d'agir sans la subir. Grâce au témoignage de cette dame, elle comprend qu'il est possible de restaurer des repères personnels en adéquation avec son existence telle qu'elle souhaite la mener, de retrouver un équilibre pour sa vie, en cohérence avec son histoire propre, en dépit de la maladie et des traitements qu'elle impose. Elle peut ainsi reprendre confiance en elle et de nouveau se projeter dans l'avenir. Son exclamation « ça y est, je sais où il faut aller », tout à la fois emplie de soulagement et de conviction, illustre ce revirement et ce processus de sortie de l'état de doute existentiel dans lequel elle se trouvait. Cela ne préjuge donc pas du type de soin (dont elle ignore alors la nature) mais d'un engagement dans l'avenir qui inclut le traitement de son cancer.

2.5.1.3 – L'entraide entre pairs : briser la solitude, partager le même voyage

Grâce à cette rencontre entre pairs, d'emblée Marinella peut se dire qu'elle n'est plus seule face au trouble qu'elle éprouve du fait de la maladie et des décisions qu'elle doit prendre et assumer. Elle et sa voisine, toutes deux atteintes d'un cancer, sont dans le même avion, elles font le même voyage. La métaphore du voyage s'applique aisément à la maladie, à la traversée qu'elle impose, à l'inconnu et aux nouveautés (à l'instar de l'exotisme propre à l'Inde, du moins pour les occidentaux) comme aux dangers (à l'instar de l'imprévisibilité des intempéries) auxquels elle confronte. Or, parce qu'il est une *aventure*, le voyage (à travers la maladie comme à travers l'exotisme d'une contrée lointaine) est précisément une expérience du doute. En découvrant d'autres types de réalité, méconnues jusque-là et souvent immaitrisables, le voyage implique

[3792] Friconneau Marguerite, Archer Annie, Malaterre Jeanne, Salama Françoise, Ouillade Marie-Christine. *The expert patient: a new key stakeholder in the global healthcare system*. Med Sci (Paris) 2020;36 Hors serie n°2:62-4. Pommery de Villeneuve Ariane. *Une expérience de patient expert en addictologie. D'une intuition clinique à la certification de patient expert*. Raison présente 2022;N°223-224(3):133-43. Tourette-Turgis Catherine, Dutheil Sabine. *Patients experts : une place enfin acquise*. La Revue du Praticien 2023;73(9):943-5.

[3793] Liska Carrie M., Morash Robin, Paquet Lise, Stacey Dawn. *Empowering cancer survivors to meet their physical and psychosocial needs: An implementation evaluation*. Can Oncol Nurs J 2018;28(2):76-81. Kim Soo Hyun, Choe Yu Hyeon, Kim Da Hye. *Patient Empowerment in Cancer Care: A Scoping Review*. Cancer Nurs 2024;47(6):471-83.

de faire l'*expérience* d'un déplacement[3794], d'être donc en doute par rapport à ses repères habituels (qu'il s'agisse de son rôle social ou de son cadre de vie). Il y a dans la maladie une telle expérience du déplacement qui n'émane pas que des transferts géographiques vers des lieux de soins notoirement non familiers (bien qu'ils puissent tendre à le devenir parfois). C'est une mise en doute de tous ses repères jusqu'aux plus intimes. Le *voyage-maladie* et de ses traitements conduit à (re)questionner ses repères familiaux, affectifs, sociaux, professionnels et même ses activités personnelles (lecture, sorties, sport, etc.). La maladie est un voyage vers d'autres lieux de *soi*, vers d'autres rapports aux autres comme à l'environnement, et donc au monde. Périlleux, il ne peut que susciter cet état de doute existentiel global et imposer, tout comme lors d'un voyage en son sens le plus commun, diverses adaptations dont des déviations, des escales, des prolongations, des changements de destination et parfois aussi des renoncements. Dans cette aventure, le pair-aidant s'avère un compagnon d'aventure précieux qui aide à surmonter les peurs et les doutes.

2.5.1.4 – Une transmission de savoirs entre pairs tel un antidote face à l'inconnu

Outre le réconfort que cette reconnaissance réciproque d'une expérience subjective commune apporte, tout comme sa vertu d'aider à briser le silence, la solitude, parfois la honte voire la culpabilité d'être malade, l'aide particulièrement précieuse des pairs repose aussi sur le partage de leur *savoir expérientiel*. Un tel *savoir* s'élabore par le cumul progressif d'une triple *expérience*, celle de la maladie elle-même, celle des soins dans toute leur diversité, leur temporalité, leurs effets notamment indésirables, enfin celle du rétablissement (auquel le terme anglophone *recovery* renvoie)[3795]. Par le partage régulier et incarné – pour l'avoir eux-mêmes expérimenté et donc apprécié dans leur chair – de leur *savoir expérientiel*, les pairs-aidants offrent un soutien à la fois émotionnel et concret aux personnes malades. L'information circonstanciée, compréhensible et crédible parce qu'incarnée par les personnes qui l'émettent autant que les conseils et outils pratiques, ré-actualisables au gré des situations, aident les personnes dans l'appréhension, la compréhension, la gestion voire la maitrise de leur situation. Les pairs-aidants peuvent aussi aider les personnes à s'orienter dans le système de santé ainsi qu'à prendre conscience et tirer bénéfice de la pluralité des soins et de la diversité des dispositifs d'aide (s'agissant, par exemple, des différentes modalités de soutien social pas toujours bien connues ni facilement accessibles) et d'accompagnement possibles comme l'illustre justement cette dame, voisine de Marinella dans l'avion, qui lui explique comment « [elle] soigne [sa] leucémie »[3796], c'est-à-dire en venant aussi en Inde pour bénéficier de soins ayurvédiques.

2.5.2 – Sortir du doute par la re-subjectivation avec la maladie

A l'aune des bouleversements inédits qu'imposent la maladie, les traitements et l'épreuve du doute (identitaire, existentiel) que les patients traversent alors, la situation subjective évolue, jusqu'à parfois se reconfigurer en profondeur[3797]. En témoignent des changements aussi

[3794] Site du CNRTL consulté en ligne le 16 novembre 2024 : VOYAGER : Définition de VOYAGER

[3795] Le statut de rétablissement n'est pas directement lié au statut de rémission complète au sens biologique d'un cancer. Même en situation de guérison avérée d'un cancer de bon pronostic, certains patients peinent à se rétablir. Le rétablissement (*recovery*) peut être dissocié de l'état de guérison médicale (*cure*) du cancer.

[3796] Brook Simon. *Op. cit*.

[3797] Touraine Alain, Khosrokhavar Farhad. *Op. cit.,* p.10.

importants qu'un déménagement, une réorientation professionnelle, une rupture affective. Au cours cette expérience subjective puissamment transformatrice de l'existence *avec* la maladie de nouveaux repères personnels s'imposent et s'élaborent.

2.5.2.1 – La maladie, une menace pour l'identité subjective

Ainsi que déjà développé[3798], les bouleversements liés à la maladie peuvent provoquer un puissant état de doute (identitaire, existentiel) menaçant l'équilibre de vie de la personne malade. La perte des repères et le sentiment d'étrangeté à soi l'affectent dans ses fondements même. Ne plus savoir qui l'on est, ne plus se reconnaître dans son quotidien et ses rôles habituels (parental, professionnel, etc.), se sentir sans voix comme sans voie, autant d'éprouvés diversement partagés par les patients témoignent de l'intensité des bouleversements à l'œuvre. La personne se vit non seulement comme étrangère à elle-même tant ce qui lui était propre semble lui échapper, mais surtout comme *dé-subjectivée* tant elle peut se sentir instrumentalisée. La maladie et les interventions médicales qu'elle implique, contribuent, par leur effet objectivant, à ce processus de *dé-subjectivation*. A l'extrême, la personne en arrive à éprouver une sorte de néantisation de son être le plus intime ce que l'agressivité de certains traitements peut effectivement favoriser. Il peut en être ainsi des effets – aussi temporaires soient-ils – de certains protocoles de chimiothérapie (à l'instar des protocoles dits d'induction de leucémies aiguës). En plus des transformations et complications physiques, ces effets des traitements peuvent priver les personnes de ce qui constitue le noyau identitaire de leur vie et les distingue en tant que sujets singuliers, à nul autre pareil : la lecture et l'écriture pour l'écrivain épuisé et ne parvenant plus à se concentrer, l'entrainement physique quotidien pour le sportif ou le maternage pour la jeune mère privée de son nourrisson. Tout ce qui peut contribuer à cette *dé-subjectivation* vient massivement alimenter, au point de le rendre critique, cet état de doute éprouvé à l'égard de sa propre existence, de son identité singulière, de ses aspirations et aptitudes, de son environnement (affectif ou social) et naturellement de son avenir personnel.

2.5.2.2 – De la légitimité des patients à revendiquer de n'être pas réduit à l'objet-maladie

Si le système de santé et ses acteurs contribuent, au motif de la maladie qu'ils ont pour mission de traiter au mieux, à la réification des personnes malades, celles-ci peuvent elles-mêmes y tendre parfois. Non que le risque d'effacement du sujet au profit de l'*objet-maladie* leur soit attribuable, mais certains patients ne s'y opposent pas forcément, soit par facilité et désintérêt, soit par crainte que cela ne génère de la conflictualité avec les soignants. D'autant qu'obtenir d'être reconnu en tant que sujet au sein de l'environnement sanitaire implique, non seulement de prendre conscience de l'importance de cet enjeu, mais de s'y engager activement. Il apparaît pourtant qu'en plus de son impact sur la dynamique relationnelle avec leurs soignants, le processus de subjection peut œuvrer tel une voie de résolution du doute des patients.

Ce que Marinella donne à entendre questionne son positionnement à l'égard de sa maladie selon deux axes non exclusifs. D'une part, quoi qu'elle s'en défende, elle a pu être dans le rejet de sa maladie. Cette hypothèse entre en cohérence avec sa demande d'emblée formulée auprès de ses

[3798] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute identitaire du patient*.

amis de voyage de ne jamais évoquer son cancer[3799]. Un tel rejet l'aurait alors conduite, dans un mouvement de clivage, à dissocier l'*objet-maladie* du cours de son existence et donc de son *être subjectif*. La maladie ne serait alors pas *subjectivée*. D'autre part, sa situation pouvait aussi bien être celle d'un envahissement mental par l'angoisse liée à la maladie au point de ne plus parvenir à se penser qu'à travers ce prisme, à être en somme décidée par elle ; cet *objet-maladie* aurait pris le pas sur son *existence subjective*. Dans l'une ou l'autre hypothèse, elle subit un phénomène de *dé-subjectivation*.

La rencontre impromptue d'une personne pair l'a éclairée sur la possibilité de se positionner tout autrement. Non seulement, plutôt que d'être soumise à la maladie, il est possible de l'accepter au point de la faire sienne, ce que l'usage d'un pronom possessif dans la formule « ma leucémie » illustre. Autrement dit, il est possible de poursuivre le chemin de sa vie sans disparaître derrière l'*objet-maladie* (situation incitant naturellement à rejeter la maladie) mais plus encore de se l'approprier. A cet égard, le pouvoir d'affirmation sous-tendu par l'usage du pronom personnel « je » est aussi essentiel et c'est l'autre effet bénéfique fondamental de cette rencontre entre pairs. L'effet de cette reconnaissance mutuelle lui restitue la possibilité du « je ». La réciprocité vient ranimer Marinella en tant qu'*être subjectif* à même d'intégrer l'*objet-maladie* sans en être étouffée, envahie et comme disparue en elle. Dans sa façon de renforcer son intonation à l'énonciation de ce « je », Marinella souligne, en même temps qu'elle en prend pleinement conscience et possession, l'importance de toujours s'affirmer en tant que *sujet* malgré les multiples facteurs de réification qui viennent incessamment menacer une personne malade. L'effet d'*objectivation* comme le déni de la *subjectivité* des patients par la médecine fondée sur la science rendent d'autant plus importante la résistance active des patients à ne pas se laisser réduire à leur maladie. Cette façon dont Marinella appuie sur l'énonciation du « je » permet aussi d'en révéler la puissance performative. Prêtant sa voix pour rapporter le vécu d'une personne *pair*, la formule « je soigne ma leucémie » s'invite telle une conscientisation par elle-même de son droit autant que sa capacité d'être reconnue en tant que *sujet* malgré la maladie, tout comme de son propre pouvoir d'agir *sur* sa maladie. Par cette formule sobre mais explicite, cette dame offre en partage l'expérience concrète et vivante que la maladie n'est pas une dépossession de l'être, qu'il est possible de rester maître de sa vie malgré la maladie, d'en garder ou du moins d'en reprendre les rênes en conciliant d'une part la maladie dans sa dimension et ses exigences objectives, d'autre part l'affirmation de soi en tant que personne à part entière.

2.5.2.3 – Le processus de re-subjectivation comme issue au doute des patients

Ce chapitre se propose d'étayer l'hypothèse que le doute des patients trouverait à s'appuyer, pour sa résolution, sur un processus de (re)-subjectivation rendu nécessaire par le trouble identitaire et la réification que subit la personne malade[3800]. Pouvoir (re)découvrir qui l'on est

[3799] Brook Simon. *Op. cit*.

[3800] Lacan Jacques. *Le Séminaire. Livre III . Les Psychoses [1955-1956]*. Paris: Seuil; 1981, p.340-1. Lacan définit dans ce séminaire ce qu'il entend par resubjectivation du sujet : « L'opération de s'extraire de cette implication signifiante dans laquelle nous avons cerné l'essence, les formes mêmes du phénomène névrotique. En d'autres termes, il faudrait faire comprendre que dans cette relation, c'est lui l'objet en fin de compte, c'est même parce qu'il se cherche comme objet qu'il s'est perdu comme sujet ».

vraiment, (re)considérer en soi ses raisons profondes de vivre et ses choix intimes de vie, se (re)sentir soi-même en dépit des transformations subies constituent les enjeux et les opportunités d'une telle reconfiguration subjective[3801]. Je propose ici de distinguer schématiquement trois étapes dans ce processus de (re)-subjectivation. Il s'agirait, d'une part d'une (ré)affirmation de soi d'autant plus nécessaire qu'il peut en aller de la survie subjective de la personne, d'autre part d'une quête intérieure au sens d'une (re)découverte de soi à l'aune des mutations imposées par la maladie[3802]. Il s'agirait enfin de l'intégration de la maladie à ce processus de (re)subjectivation de sorte qu'en la faisant sienne, la maladie ne soit plus seulement un objet de rejet voire de néantisation du sujet mais qu'au contraire il puisse se l'approprier subjectivement[3803].

2.5.2.3.1 – Quand la (ré)affirmation de soi est une question de survie subjective

L'impératif d'une (ré)affirmation subjective tel qu'il mobilise certains patients ne saurait être interprété sous le seul angle d'une manifestation d'opposition aux soignants, tel un fait de résistance contre les effets de soumission et de réification dont ils peuvent être vecteurs. Il ne s'agit pas d'une insoumission fondamentale au système de santé, ni d'un rejet de la médecine, mais d'une condition absolue de survie (tout au moins subjective) pour la personne. Ce besoin de (ré)affirmation de soi est parfois si intense qu'il peut conduire à des configurations aussi extrêmes que celle dont témoigne Marine Barnérias dans son film *Rosy*[3804]. Malgré l'urgence de traiter sa sclérose en plaques, elle part en voyage à l'autre bout du monde, seule et dans des conditions extrêmes, préalablement à tout traitement. A ce qui est qualifié de folie d'un point de vue médical, étant donnée la mise en danger que représentent l'éloignement du système de santé dont elle dépend, le retard de traitement, le risque de progression sous l'effet des facteurs de stress à la fois physiques et psychologiques liés aux conditions de ce voyage, elle oppose un désir irrépressible. Ce voyage concrétise ce puissant besoin de (ré)affirmation de soi en tant que sujet, cet impérieux besoin de dire « je » face aux bouleversements et aux effets de néantisation que peuvent susciter la maladie et le monde des soins biomédicaux[3805].

Fréquents sont les professionnels de santé qui, dans la pratique clinique, prennent ces manifestations propres à soutenir un processus de re-subjectivation pour du déni, de l'irresponsabilité, de la rébellion, de l'orgueil, ou de la bêtise. Dans sa démarche, Marine Barnérias a, elle-aussi, été victime d'une telle mal-interprétation. Bertrand Fontaine est le neurologue de la Pitié-Salpêtrière, qui a pu accueillir son projet de voyage, *sans condition ni restriction*, bien qu'en conscience des risques médicaux encourus. Fort de son acuité psychologique, sans doute a-t-il été porté par l'espoir des bénéfices de ce voyage en termes de

---

[3801] Schwering Karl-Leo. *Corps d'outrance. Souffrance de la maladie grave à l'hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France; 2015

[3802] Schwering Karl-Leo. *La reconstruction des identifications dans la maladie grave*. Psychologie clinique et projective 2014;20(1):279-96.

[3803] Feissel-Leibovici Anna, Raimbault Ginette (préface), Sobol Hagay (postface). *Le gène et son génie. Patient, médecin, psychanalyste face à l'hérédité et au cancer*. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2001 Je remercie vivement Anna Feissel-Leibovici, psychanalyste, pour la richesse des échanges sur cette question de l'appropriation subjective de l'évènement de santé.

[3804] Barnérias Marine. *Op. cit*.

[3805] Schwering Karl-Leo. *La reconstruction des identifications dans la maladie grave. Op. cit*.

rétablissement subjectif pour Marine[3806], en plus de l'impact sur la qualité de leur relation de soins à venir. Peut-être a-t-il aussi été simplement modeste, conscient que cette vie ne lui appartenant pas, il ne pouvait au mieux que l'accompagner dans le respect dû à l'autonomie décisionnelle du patient[3807], tout en lui assurant la garantie inconditionnelle d'accès aux traitements médicaux spécifiques de sa maladie. On trouve là des similitudes avec la posture de Tusrz à l'égard de Marinella puisqu'il accueille son refus de chimiothérapie et son souhait de soins ayurvédiques *a priori* sans la juger (du moins en apparence), tout en restant attentif à son évolution et près à la revoir en consultation.

2.5.2.3.2 – Une intense quête de reconnaissance subjective

Les témoignages de Marinella Banfi et de Marine Barnérias, ont cela de commun qu'ils expriment la même double exigence, non négociable. L'une et l'autre refusent que leur prise en soin soit réduite à diagnostiquer une maladie et à la traiter selon des référentiels biomédicaux. L'une et l'autre manifestent également un puissant besoin de reconnaissance lequel passe par le fait de pouvoir être *comprises*, c'est-à-dire d'être respectées et accompagnées dans leur façon singulière de mener leur parcours de soin.

Être pleinement *reconnues* en tant que personnes et non pas réduites à leur maladie constitue un premier niveau d'exigence. Le second implique que leur singularité, et les choix personnels qui s'y trouvent connectés, puissent être pris en considération en tant que déterminants majeurs de leur prise en soin. Pour Marinella, cette singularité se manifeste par le choix de bénéficier de soins ayurvédiques en parallèle du traitement biomédical de son cancer ; pour Marine il s'agit de pouvoir effectuer un voyage hors du commun avant tout traitement spécifique de sa SEP[3808]. A l'aune de tels choix, l'une et l'autre s'avèrent particulièrement soucieuses de ne pas être méjugées, mais qu'au contraire leur démarche puisse être entendue et accueillie comme entrant pleinement en cohérence avec leur projet de soin, que donc elles puissent être respectées et accompagnées en ce sens.

Ce double niveau d'exigence leur est à ce point essentiel qu'il a semblé primer sur toutes autres considérations. Cela en est même allé jusqu'à les conduire à y conditionner toute décision thérapeutique. En témoigne leur errance médicale initiale – non sans risques pour leur santé – alors même qu'elles ont l'une et l'autre pu consulter plusieurs médecins disposés à les soigner (cinq pour Marinella, dix pour Marine) mais ne répondant pas à leur aspiration de reconnaissance. Affublées du masque trompeur de l'agressivité et de la fuite face à la maladie, elles ont dû résister aux injonctions et aux menaces médicales (d'évolution déficitaire pour Marine, métastatique pour Marinella), lutter contre l'angoisse, se démener seules pour défendre

[3806] Barnérias Marine. *Op. cit*. En phase avec cet impératif de re-subjectivation et conscient de l'importance d'en préserver les effets, il ira jusqu'à lui dire : « Ecoutez Marine, je ne soigne pas de images, je soigne une patiente, donc je vais vous demander de vous lever, je vais vous demander de passer la porte de mon bureau et il y a une seule chose que vous devrez faire c'est de rester SEPer ».

[3807] Je renvoie à la loi du 4 mars 2002. En ligne : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr), consulté le 6 septembre 2024.

[3808] Barnérias Marine. *Op. cit*. : « J'suis partie sans traitement. Pas pour fuir la maladie, pas pour fuir la médecine, je savais que mon corps me disait juste : pas maintenant. Pas maintenant. J'avais envie de me retrouver, d'unir ce corps et cet esprit. Ça sera neuf mois de voyage ».

avec ardeur ce droit à une telle reconnaissance. Toujours dans le souci d'être comprise au mieux, Marinella a décuplé d'effort pour qu'en Inde Tursz puisse bénéficier d'une approche particulièrement étayée de la médecine ayurvédique. En témoigne ce propos : « C'était pour moi extrêmement important de restituer cette expérience-là. Maintenant tu peux comprendre »[3809]. Or, malgré tous ces efforts, Tursz est demeuré bien en peine pour la comprendre. Son propos révèle à quel point leur appréhension du phénomène de *compréhension* diffère :

> On se revoit et on a une conversation très étrange où elle m'explique que je l'ai guérie par ma parole et par ma compréhension et en ne faisant rien du tout mais qu'elle a aussi été guérie par le fait qu'elle a été en Inde et qu'elle a rencontré des personnes extraordinaires qui pratiquaient des traitements ayurvédiques et que là elle avait été comprise[3810].

Même Tursz, avec lequel Marinella se sent pourtant plutôt reconnue et en confiance, n'est manifestement pas en phase avec ce en quoi consiste cette *compréhension* à laquelle elle aspire. Il ne semble pas parvenir à concevoir qu'il puisse y avoir autre chose que le seul traitement biomédical (« parole », « compréhension »). Contrairement aux autres professionnels de santé rencontrés par Marinella, Tursz n'est certes pas dans l'incompréhension totale, ni réfractaire aux choix singuliers de cette patiente. Pour autant, il ne semble appréhender la compréhension qu'au sens informatif tandis qu'il s'agit pour elle, non pas seulement qu'il ne s'oppose pas à ses choix, mais que s'opère cette reconnaissance subjective seule à même de permettre une rencontre, d'accompagner une personne malade et non pas seulement de traiter une maladie. Pour Marinella, comme pour Marine, il s'agit non pas d'exclure l'*objet-maladie* mais d'être comprises en tant que *personne* confrontée à cet objet qui les bouleverse, qui met puissamment en doute leur existence et qui exige de leur part d'œuvrer à préserver ou restaurer leur unité subjective menacée.

2.5.2.3.3 – Aspirer au doute et pouvoir ainsi se (re)découvrir par-delà les transformations

Le terrain de la clinique et des soins offre de nombreux exemples de ce phénomène de ré-interrogation de sa propre vie et de ses orientations, parfois jusqu'à les remettre en cause radicalement en optant pour des choix cruciaux d'évolution. Face à cet état de doute existentiel, parfois si intense qu'il induit une fracturation du sujet dans son unité et une profonde crise identitaire (la personne semblant se dissoudre et disparaître dans la maladie et ses épreuves), retrouver un équilibre et des repères propres à soi peut justifier d'en passer par une telle (re)(con)quête intérieure. C'est à se demander si la maladie, par l'état de doute qu'elle provoque, ne serait pas une opportunité de se révéler à soi-même comme jamais cela n'avait été auparavant possible et à ce point nécessaire. Que Marine et Marinella parviennent à cette (re)conquête d'elles-mêmes grâce à des voyages lointains invite à questionner la pertinence de la métaphore du voyage en tant qu'il serait inhérent à ce processus.

[3809] Brook Simon. *Op. cit*.
[3810] *Ibid.*

2.5.2.3.3.1 – Le doute lié à la maladie comme opportunité de (re)(con)quête de soi

La façon dont Marine Barnérias, sous le coup des bouleversements que la maladie charrie, se trouve submergée par l'urgence d'une quête intérieure se lit dans cette question simple, mais devenue prioritaire à toute autre, qu'elle s'auto-adresse : « Mais est-ce que tu sais qui t'es toi ? »[3811]. Comme si jusque-là elle s'était ignorée, prenant conscience d'avoir été, ainsi que tout un chacun, tout à la fois portée et masquée par des représentations sociales. En somme, c'est comme si l'état de doute dans lequel la maladie l'avait plongée constituait autant un éveil quant à cette ignorance de soi que l'opportunité de pouvoir enfin réellement se découvrir. Cette (re)(con)quête intérieure s'avère d'autant plus impérative que l'unité subjective est massivement fragilisée. Marinella ne semble rien dire de différent dans le propos suivant :

> Qu'est-ce qui se passe ? Je fais 15 000 km pour faire quoi : 30cm. Je passe de là à là. Qu'est-ce qu'ils m'ont appris ici [en Inde] ? Ils m'ont appris que je n'étais pas ce que je pensais être socialement. Que je n'étais pas mon corps, que je n'étais pas toutes les pensées, tout le bordel, on peut dire cela, qui étaient dans ma tête. Que j'étais bien autre chose[3812].

Cette même idée de représentation sociale (« ce que je pensais être socialement ») masquant l'identité réelle de la personne (« bien autre chose ») perce dans ce propos. Marinella réalise n'avoir eu jusque-là qu'une idée faussée d'elle-même (« je n'étais pas toutes les pensées […] qui étaient dans ma tête »). Comme si jusque-là elle n'avait été qu'à côté d'elle-même (« pour faire quoi : 30cm »). Ce faisant Marinella interroge le poids des représentations, à la fois celles de l'être social mais aussi celles du corps biologique (pensé comme une machine cartésienne). Il en résulte l'illusion d'un moi artificiel, assigné à son appartenance à un groupe social et privé d'accéder à cette identité personnelle qui lui est propre. Par la plongée dans le doute qu'elle provoque, la maladie rebat les cartes identitaires et invite à une (re)conquête de repères à même de dépasser cette seule existence sociale. En plus de l'urgence de préserver ou de restaurer son intégrité et son unité subjectives, le doute à l'œuvre au gré des effets de la maladie et des traitements insuffle cette dynamique de (re)(con)quête d'un moi véritable, qui ne serait ni étouffé ni masqué derrière le moi biologique et le moi social. Or pour y parvenir, Marinella autant que Marine ont manifestement dû en passer par un voyage en tout point extraordinaire, questionnant la place du voyage dans l'épreuve du doute et de sa résolution.

2.5.2.3.3.2 – Le voyage est au cœur de cette (re)(con)quête subjective

Il n'est pas rare qu'une personne affectée par une maladie ou un traumatisme aspire au choc d'une rencontre avec l'exotisme d'un pays lointain et d'une tout autre culture. Comme si les bouleversements qui résultaient de leurs maux et de la menace qu'ils font peser provoquaient un besoin irrépressible de se retrouver dans la plus intense altérité. Loin d'être réductible à une simple recherche de sensations fortes, ce constat soulève la question du voyage comme un puissant perturbateur des repères habituels mais aussi comme une voie non pas tant d'un retour (impossible) à un état antérieur mais propice à l'émergence d'un équilibre renouvelé. Alors qu'il est lui-même une importante source de doute, le voyage concrétiserait la possibilité de résoudre l'état de doute lié à la maladie et d'affirmer de nouveaux repères et habitudes de vie.

[3811] Barnérias Marine. *Op. cit*.
[3812] Brook Simon. *Op. cit*.

Si se restaurer subjectivement et sortir du doute que la maladie a provoqué quant à sa propre existence impliquent une forme de quête intérieure que la dynamique du voyage concret autant que la métaphore du voyage intérieur pourraient venir étayer, il faut cependant d'emblée la distinguer (ou peut-être pas) de ce type de dépaysement extrême et effrayant que provoquent la maladie et la confrontation à l'univers soignant. Même sans être soi-même malade, il n'est qu'à penser combien tel centre anticancéreux à l'allure d'un immense vaisseau[3813] et ses patients « voyageurs » ressemblant à des extraterrestres diaphanes, androgynes, sans chevelure et au regard lointain, propulsent l'arrivant dans un univers feutré, intemporel, inquiétant, hors monde. Il se pourrait pourtant que cette plongée dans l'univers soignant si différent de la vie quotidienne et ces voyages à l'autre bout du monde entrent en résonnance autour de la question du doute.

Par leurs voyages extraordinaires – puisque l'une part en Inde (à « 15 000 km ») et l'autre inclut dans son périple la Nouvelle-Zélande, la Birmanie et la Mongolie – Marinella et Marine affirment qu'elles ne cherchaient pas à fuir (la maladie autant qu'elles-mêmes), mais au contraire à se rapprocher d'elles-mêmes, à se retrouver en se (re)découvrant elles-mêmes. Que leur (re)conquête subjective passe étonnamment par le plus extrême éloignement géographique, culturel, spirituel, linguistique, invite à questionner la place du doute et de sa résolution dans leur cheminement.

S'agissant du voyage de Marinella : En comparant 15 000 kilomètres à 30 centimètres, Marinella ne pouvait mieux exprimer combien pousser l'exil aussi loin que possible géographiquement, n'a eu pour seul objectif que de la rapprocher d'elle-même, c'est-à-dire de celle qu'elle était déjà mais au prisme d'un regard tout différent sur elle-même. C'est paradoxalement au plus loin de ses repères habituels, au plus loin d'elle-même, dans cette mise en doute ultime de soi à travers sa confrontation à la plus grande altérité, jusqu'à même ce qui lui est le plus inconnu, qu'elle prend conscience de l'importance de pouvoir se (re)connaître dans sa propre existence et non pas au seul prisme du rôle social qui lui était jusque-là dévolu. Aidée par cette philosophie de la vie qu'est l'ayurvéda, elle s'est autorisée à aborder des questions très personnelles, décentrées des contingences immédiates de la maladie cancéreuse, mais à même de contribuer à son équilibre et à un sentiment de cohérence avec elle-même. Marinella résume cette ouverture d'esprit inédite sur elle-même que lui a permis cet accompagnement ayurvédique de la façon suivante : « si je voulais vivre, qu'est-ce que je voulais faire »[3814]. Cette formule résume à la fois ce mouvement d'éveil et d'attention à soi, non exclusif de son engagement dans les soins, incluant le sens et les valeurs qu'il lui importe de respecter dans ce contexte et plus généralement dans sa vie.

S'agissant du voyage de Marine : Par sa confrontation à l'inconnu et à l'altérité ainsi que par sa mise à l'épreuve globale (efforts physiques, stress, fatigue), il s'agit pour Marine de tendre à se dévoiler à elle-même et à s'extraire de ce doute massif que la maladie a projeté sur sa vie. Les trois étapes de son voyage impliquent trois niveaux de (re)découverte d'elle-même. Elle

[3813] Je partage ici mon impression subjective lorsque j'ai découvert l'institut Paoli-Calmettes pour l'un de mes stages d'internat en cancérologie.
[3814] Brook Simon. *Op. cit*.

cherche tout d'abord à (re)connaître son corps, à le (re)sentir exister en l'exposant à des épreuves physiques extrêmes au gré de marches initiatiques épuisantes et glacées à travers les pics montagneux et les volcans de ce qui est qualifié d'« Alpes néo-zélandaises ». « J'ai eu envie de ressentir ce corps qui est en train de s'évaporer »[3815] dit-elle à ce propos. Par un tout autre type d'expérience (pour elle plus difficile encore que la souffrance physique) qu'est l'épreuve spirituelle d'une immersion complète et prolongée dans la méditation au sein d'un monastère birman (imposant donc la mise au repos complet du corps), elle tente ensuite de mieux comprendre, s'apaiser, s'approprier, en somme (re)découvrir et se (ré)approprier ses propres pensées. Enfin, par son épopée mongole, cheminant aux côtés d'un trappeur vers le lieu de vie de rennes blancs sauvages, elle estime enfin avoir renoué avec son âme. Par ces expériences inédites qui l'engagent entièrement, corps, esprit et âme, elle cherche avec toute son énergie à (re)découvrir et (re)sentir progressivement des sensations, des émotions, des pensées qui lui seraient propres et à renouer ainsi avec le noyau le plus intime de son être, aussi renouvelé soit-il à l'aune des effets de la maladie. Par cette quête intérieure jusqu'au-boutiste elle parvient progressivement à dissiper ce doute existentiel délabrant et, à ses yeux, prioritaire. En redéfinissant des repères qui lui sont propres et un nouvel équilibre de vie, elle vient se révéler à elle-même dans cette configuration inédite qui intègre une maladie grave et incurable sans que celle-ci ne vienne pour autant dominer, envahir, prendre possession subjectivement de sa propre existence[3816].

Ce que la dimension de voyage explore – en tant qu'il ne serait pas qu'un déplacement d'un endroit à un autre pour se reposer et se ressourcer – est cette nécessité d'en passer par l'éloignement, la perte des repères, le désordre, l'épreuve de l'inconnu, de l'altérité absolue voire même du hasard pour pouvoir faire l'expérience d'une reconstruction possible de soi. Appréhendé en tant qu'aventure subjective, le voyage relèverait ainsi d'une plongée volontaire dans l'état inconfortable du doute. Ainsi libéré de ses habitudes et de ses automatismes qui l'enferment dans un ordre figé (et pourtant perdu puisque la maladie l'a pulvérisé), une reconfiguration subjective peut s'opérer qui revisite les croyances passées. Parce qu'il permet de s'éprouver soi-même dans ses capacités d'adaptation à un ordre inconnu jusque-là et de transformation, le voyage invite à croire en la possibilité d'une nouvelle norme de vie possible que des repères antérieurs empêchaient d'appréhender. Terrain privilégié d'expérimentation du brouillage jusqu'à la rupture des repères, qu'il se décline à l'autre bout du monde comme à 30 centimètres de soi, le voyage opère tel un cheminement intérieur d'appréhension et de résolution du doute, de rétablissement d'un ordre existentiel de nouveau habitable à partir de ce désordre inévitable, mais finalement nécessaire, suscité par la maladie. C'est pourquoi, se confronter à l'extrême en termes de mise à l'épreuve de ses capacités personnelles à surpasser le doute (tel que le voyage de Marine l'illustre) s'avère être une voie inattendue pour se

[3815] Barnérias Marine (l'invité de 7h50), *J'ai eu envie de ressentir ce corps qui est en train de s'évaporer*, France Inter, publié le 27 décembre 2021. En ligne : Marine Barnérias : "J'ai eu envie de ressentir ce corps qui est en train de s'évaporer" | France Inter, consulté le 15 février 2026.

[3816] Je renvoie à l'analyse de Laurie Laufer sur « Les expériences de subjectivation et désubjectivation chez Chloé Delaume » faisant pleinement écho au vécu de Marine Barnérias. In Laufer Laurie. *Murmures de l'art à la psychanalyse*. Paris: Hermann; 2021 : p. 265-277 et ici p. 274 : « Déconstruire pour comprendre, faire l'expérience de soi jusqu'aux limites corporelles, faire l'expérience d'un déplacement, analyser en somme. Faire l'expérience de soi par l'engagement de sa responsabilité et de ses actes, tel serait l'horizon d'une subjectivité moderne ».

retrouver soi-même, un moyen de s'assurer et de se (ré)assurer de sa propre existence, de s'affirmer en se réaffirmant en tant que sujet, décidant et agissant. Cette possibilité renouvelée de dire « je » témoigne alors d'une subjectivité assumée à l'aune de la reconfiguration que lui a imposé la maladie.

Cette re-subjectivation dépend cependant d'un certain rapport au monde que concrétise encore le voyage. Le sujet ne pouvant exister seul – au risque de tomber dans l'écueil du solipsisme – il ne peut exister, et de fait être reconnu comme sujet, que dans la relation au monde et aux autres[3817]. Puisque l'on ne peut se reconnaître soi seul comme sujet, la (re)configuration subjective ne peut elle-même que s'opérer dans le monde, grâce et par l'autre. Il s'agit ainsi, à travers et grâce à cette épreuve du doute provoquée par la maladie, d'opérer une reconquête de soi dans le monde en s'y confrontant. Que cette quête intérieure, plutôt que de prendre assise sur des repères très habituels et éprouvés, tende étonnamment vers une ouverture à l'autre au plus loin qu'il puisse être et dans sa plus grande altérité en est une déclinaison magistrale. Par-là, le doute quant à sa propre existence au monde offre justement la preuve même de cette existence subjective ainsi que Husserl l'a conceptualisé au prisme de la réduction phénoménologique. (Ré)interroger sa propre existence au cœur du monde, ainsi qu'y invite Husserl, permet de la (re)découvrir, de la (r)animer, précisément par le fait de la révélation de sa relation avec le monde. C'est parce que le sujet est en relation au monde et donc aux autres, parce que cette relation peut être mise en doute, qu'elle peut être (ré)interrogée, que son existence vient à se confirmer autant que se (ré)affirmer. Ce serait donc là aussi que se jouerait ce processus de restauration subjective, de *re-subjectivation*. Cette quête intérieure du sujet, laquelle s'éclaire dans la relation qu'il entretient au monde et à autrui, tout en étant inhérente à ce doute quant à sa propre existence suscité par la maladie et de ses évènements connexes, en constitue dès lors aussi une issue. Une telle reconnaissance subjective s'inscrit en faux par rapport à l'objectivation scientifique pure qui se joue en dehors de toute relation, et donc hors monde, autant dire même hors humanité. Que des patients produisent des récits, des documentaires, des films, par lesquels ils en appellent par définition à un public, témoigne peut-être aussi de ce besoin fondamental de (ré)affirmation subjective au cœur du monde. Il est un fait que le système de santé occidental n'apporte pas cette ouverture au monde contrairement à une médecine traditionnelle comme la médecine ayurvédique puisque cela en constitue un fondement, le sujet étant considéré comme partie intégrante du monde.

2.5.2.3.4 – Faire subjectivement sienne la maladie participe de cette (re)subjectivation salvatrice

Ces voyages exotiques ne visent donc pas l'oubli de la maladie en se déportant à des milliers de kilomètres, comme si la distance pouvait réellement l'éloigner. Par cette (re)découverte de soi-même que favorise la confrontation au monde le plus lointain et le moins connu, la voyage semble ici au contraire accompagner la possibilité d'intégrer progressivement la maladie comme partie de soi aussi, désormais. Voyage au monde comme voyage en soi transformé puisque la maladie en est désormais indissociable, elle prend ainsi doucement sens et droit de

[3817] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'époché de Husserl et la réduction phénoménologique.*

présence. C'est ainsi qu'au gré de son cheminement personnel à travers des paysages inconnus, des sensations et des émotions inédites et parfois éprouvantes (fatigue, douleurs, froid, angoisse, peur et même détresse parfois), Marine Barnérias en vient, tout en s'éprouvant elle-même dans sa propre existence, et par la même en se restaurant subjectivement, à littéralement *adopter* sa sclérose en plaques comme partie intégrante d'elle-même jusqu'à même la nommer familièrement *Rosy* (titre éponyme de son film). Par ce processus de personnification, elle sort du clivage et de l'objectivation[3818]. La maladie n'est plus un objet extérieur indépendant d'elle. Elle n'est pas non plus un corps animé étranger monstrueux venant l'envahir dont l'image du *crabe* est le pendant métaphorique chez les personnes souffrant d'un cancer. Cette restauration subjective exclut d'autant moins la maladie, qu'en la nommant *Rosy*, la SEP se voit au contraire *subjectivée* telle une partie d'elle-même (au sens de partie de soi, propre à soi) avec laquelle la vie va ainsi se poursuivre. Désignant ainsi *sa* maladie non pas telle une amie mais pas non plus en tant qu'ennemi irréductible par son pouvoir d'invasion irrémédiable, cette désignation autorise le sujet, sans jamais le priver de toutes ses prérogatives, à l'assimiler à sa propre histoire et à s'organiser pour cohabiter, négocier mais aussi agir au profit de son propre rétablissement. Il ne s'agit donc plus d'une bataille féroce visant son éradication mais, au contraire, un processus d'appropriation et, *in fine*, de *compagnonnage*. Dans cette démarche, il s'agit de rendre l'intrus familier[3819].

A travers ce voyage hors norme, cette quête intérieure de Marine Barnérias lui a permis de s'approprier pleinement la maladie, au point d'utiliser l'acronyme SEP de sclérose en plaques pour désigner son voyage « SEPer Héro ». Façon magnifique de célébrer en chacun de ceux (tous sujets) qui en sont atteints, le héros ou l'héroïne, mais aussi de concrétiser son assimilation pleine et entière, consentie et assumée de la maladie. Ainsi que son histoire l'a révélé, un tel processus de re-subjectivation *avec* la maladie constitue une authentique modalité de sortie de cette crise de doute identitaire et existentiel dans laquelle le choc du diagnostic et de ses implications (thérapeutiques, pronostiques) l'avait plongée.

3 – L'épreuve du doute pour l'oncologue Thomas Tursz

Thomas Tursz est un fidèle bernardien[3820] ; il a tellement assimilé la méthode expérimentale qu'elle est devenue un automatisme de pensée. Rien ne semble pouvoir entamer sa disposition au doute scientifique. Ainsi qu'en témoigne sa volonté de l'appliquer de façon systématique à la médecine ayurvédique, il ne semble pas en questionner les limites. En quelque sorte il est incapable de douter du doute scientifique. En cela, il est ici représentatif de ce travers de bien des acteurs de la biomédecine occidentale s'estimant seuls à même de pouvoir produire des connaissances médicales fiables et juger ce qui relève d'interventions sanitaires valides ou pas. La figure de Tursz permet ainsi d'éclairer l'écueil de la posture scientifique lorsqu'elle est brandie comme garante de la vérité face à ce qui, par contraste, ne serait qu'obscurantisme.

[3818] Schwering Karl-Leo. *Corps d'outrance. Op. cit*.
[3819] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Jean-Luc Nancy ou l'expérience d'intrusion et de l'étrangeté à soi*.
[3820] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

Pourtant « s'en remettre sans réserve au progrès inexorable du savoir scientifique »[3821] relève bien plutôt d'une dérive scientiste, pour le moins éloignée de la position d'un Claude Bernard qui, tout en modestie, avouait la « conscience de son ignorance relative et absolue »[3822]. Le propos suivant en témoigne :

> En instruisant l'homme, la science expérimentale a pour effet de diminuer de plus en plus son orgueil, en lui prouvant chaque jour que les causes premières, ainsi que la réalité objective des choses, lui seront à jamais cachées, et qu'il ne peut connaître que des relations[3823].

Bernard reconnaît ici que même la méthode expérimentale ne peut offrir qu'un accès partiel, limité et indirect à la réalité du monde (« lui seront à jamais cachées »). L'homme instruit par la science ne peut au mieux « connaître que des relations » causales en quoi consiste le déterminisme des choses (« les causes premières »). Bien que conscient que l'on ne peut pas venir à bout de l'ignorance comme de la complexité[3824], selon lui seule la recherche scientifique est à même de produire et d'accroitre la connaissance de la réalité objective des choses. Il est aussi convaincu que, grâce à la démarche expérimentale, la connaissance scientifique permettra à la médecine de sortir de sa période empirique. Malgré son apparente modestie que l'usage du doute (central dans sa méthode d'élaboration des connaissances) semble attester, Bernard et ses disciples entretiennent un rapport compliqué à l'ignorance. Si l'étendue et la pertinence des connaissances biomédicales ne manquent pas d'être valorisées, ce que la biomédecine ne sait pas expliquer est plutôt considéré avec dédain. Le tabou qui pèse sur l'ignorance en fait un sujet à éviter. Les diverses réactions défensives qui peuvent émaner des acteurs biomédicaux – indifférence, moquerie voire mépris – dès lors que quelque chose leur est inconnu ou échappe à leur entendement laissent bien des patients dépités et défiants. A rebours de cette représentation négative, Stuart Firestein définit l'ignorance non pas comme une absence de connaissance mais comme un « état particulier de la connaissance » lié par exemple à l'absence de compréhension sur un sujet donné. Dans une telle acception, l'ignorance « décrit un état productif d'étude, d'expérimentation et de réflexion »[3825] et se voit dotée d'une puissance heuristique inestimable en matière de recherche[3826].

Firestein se distingue plus radicalement encore de Bernard dans sa façon d'appréhender l'ignorance. Selon lui, il s'agit d'un tâtonnement dans le noir sans savoir ce que l'on cherche (puisque l'on ignore ce que l'on ignore), ni ce sur quoi l'on va tomber, ni même s'il y a quelque chose à trouver[3827]. Cette vision est aux antipodes de l'objet certes hypothétique mais bien

---

[3821] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 436-437.
[3822] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 73 : « L'esprit de l'expérimentateur se distingue de celui du métaphysicien et du scolastique par la modestie, parce que, à chaque instant, l'expérience lui donne la conscience de son ignorance relative et absolue ».
[3823] Ibid., p. 73.
[3824] Morin Edgar. *Science avec conscience*. Paris: Seuil; 2017.
[3825] Firestein Stuart. *Ignorance. How It Drives Science*. Oxford: Oxford University Press, USA; 2012, p. 59.
[3826] *Ibid*., p. 16 : « Les questions sont plus importantes et plus vastes que les réponses. Une bonne question peut donner lieu à une superposition de réponses, inspirer des recherches labyrinthiques, générer de nouveaux champs de recherche, de nouvelles façons de penser. Les réponses, en revanche, mettent un terme au processus ».
[3827] *Ibid*. Firestein mobilise le *chat de Schrödinger* lorsqu'il écrit en propos introductif : « Il est difficile d'attraper un chat noir dans une pièce sombre, surtout lorsqu'il n'y est pas ».

défini et circonscrit d'un protocole expérimental, conformément au principe qu'« une science expérimentale n'admet que des phénomènes déterminés ou déterminables »[3828]. Tout à l'inverse de cette rigueur protocolaire consistant – grâce à un découpage expérimental de plus en plus précis – à extraire chaque question d'un environnement complexe afin de la restreindre à l'unicité d'un facteur causal donné, Firestein donne valeur au hasard, à l'imprévu, l'à côté, l'imprécision, l'immaitrisable, l'inabouti et donc à l'indéterminé[3829]. Dans ce noir auquel il compare l'ignorance, il se peut que rien de l'environnement ou de la multiplicité des facteurs impliqués ne soit distinguable et donc maitrisable, pas plus d'ailleurs que l'objet supposément d'intérêt. Aux antipodes de la maitrise expérimentale, c'est ainsi que Firestein invite à se laisser guider par l'ignorance, précisant à ce sujet que : « Pour faire un bon scientifique il faut avoir foi en l'incertitude, il faut se réjouir du mystère et apprendre à cultiver le doute »[3830]. Il va plus loin encore en invitant à ne pas rejeter ces « idées qui dépassent nos facultés mentales […] notre entendement ou les limites physiques de nos cinq sens »[3831]. Ce faisant, il souligne non seulement les limites de l'expérimentateur autant que de la méthode expérimentale mais surtout la vanité consistant à ne considérer comme valide que ce qui a pu être passé au filtre de la méthode scientifique. Il demeure en réalité beaucoup de phénomènes inexplorés et d'inconnus d'autant plus difficiles à cerner que dans le noir, cela est indistinguable. Ne voir et ne valoriser que ce qui est dans la lumière et maitrisé scientifiquement, c'est porter des œillères et méconnaitre cette ignorance inexorable et inépuisable. Or la biomédecine se trouve très en difficultés face à ce qu'elle ignore. Ne pas parvenir à reconnaître son insuffisance à éclairer exhaustivement l'ensemble des phénomènes relatifs à la santé confine parfois au déni. La subjectivité en est un exemple. La méthode expérimentale demeurant dans une impasse quant à la vie psychique[3832], elle va jusqu'à la dénier.

La médecine scientifique souffre pourtant d'un problème de tolérance à l'égard de ce qu'elle ne peut ni embrasser totalement ni maitriser. Poursuivant avec la métaphore immunitaire, il apparait ainsi que la greffe n'a jamais réellement pris s'agissant de la question de la subjectivité. Elle semble chroniquement rejetée par la biomédecine ainsi que le suggère Lambrichs lorsqu'elle évoque « cette embarrassante question et encore non résolue que posent, en médecine, la subjectivité, sa logique intrinsèque, et son impact sur la santé »[3833]. Il n'y aurait, issu de la médecine et de la science, que Freud qui s'y serait réellement attaqué. Mais aujourd'hui, la psychanalyse elle-même se voit de plus en plus honnie et même bannie des hôpitaux, y compris psychiatriques, alors même qu'au lieu de rejeter ce qui relève du mystère, elle l'aborde en se posant d'autres questions[3834]. Il est indéniable que « l'impact (mal connu mais incontestable) de la vie psychique sur la santé dans son ensemble et par conséquent sur le

[3828] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 247.
[3829] Firestein Stuart. *Ignorance. How it drives Science*. *Op. cit*., p. 43 : « L'inconnaissabilité et l'incomplétude sont en effet les meilleures choses qui puissent advenir à la science ».
[3830] *Ibid*., p. 21.
[3831] *Ibid*., p. 36.
[3832] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 418 : « cet obstacle infranchissable qui rend la pensée et la subjectivité inaccessibles à la science ».
[3833] *Ibid.,* p. 157.
[3834] *Ibid.,* p. 437.

corps »[3835] embarrasse puissamment la médecine laquelle « n'est jamais parvenue à saisir, ni surtout à maitriser cette causalité fuyante »[3836]. Et Lambrichs de questionner : « Est-ce parce que, emprisonné par la démarche expérimentale dans un mode de raisonnement qui lui rend ces phénomènes inaccessibles, elle n'a aucune explication à offrir de leurs mécanismes ? »[3837]. Si elle en ignore les mécanismes, elle ne manque pourtant pas de preuves empiriques du rôle de la subjectivité et de ses effets. Il en est ainsi de l'impact de la relation intersubjective, qualifiée par certains de thérapeutique[3838], au point d'avoir justifié l'un des principes fondamentaux des essais cliniques qu'est le double aveugle[3839]. Lambrichs prend pour autre exemple cet évènement rapporté par le docteur John Pekkanen dans son ouvrage *Doctors talk about themselves*[3840]. Deux jeunes garçons partageant la même chambre d'hospitalisation sont traités pour un cancer. A l'aune des critères pronostiques objectifs relatifs à leurs maladies respectives, l'un de ces garçons ne devrait pas survivre tandis que l'autre dispose de tous les critères à même d'assurer sa guérison. Pourtant, ainsi que le prédit sa mère, ce jeune garçon meurt comme son compagnon de chambrée, sans qu'aucune raison objective ne puisse être identifiée par la médecine scientifique pour expliquer ce décès[3841]. « Même à la pointe de la science médicale, nous ne faisons qu'effleurer la surface de ce qui concerne la vie humaine dans son ensemble »[3842] avoue John Pekkanen. C'est pourquoi l'ignorance de l'ensemble des mécanismes vitaux ne devrait pas conduire la biomédecine à faire comme si certains d'entre eux n'existaient pas, au seul prétexte qu'elle n'y adhère pas parce qu'elle « n'a pas les moyens conceptuels de penser cet aspect des choses », à l'instar de l'impact de la subjectivité[3843]. Que ce qui échappe à la méthode expérimentale et à l'obtention de preuves scientifiques concrétise les limites de la médecine scientifique, ne délimite pourtant pas le périmètre de la santé comme des soins possibles[3844]. Lambrichs critique cet effet de coupure que provoque la méthode scientifique ce qui l'amène à manifester encore son étonnement :

> […] il existe des stratégies efficaces dont la médecine, victime d'une étrange cécité, d'une inexplicable absence de curiosité, ne tient pas ou peu compte, qu'elle semble mépriser (malgré leur efficacité) et qu'elle n'étudie même pas[3845].

[3835] *Ibid.,* p. 175.
[3836] *Ibid.,* p. 167.
[3837] *Ibid.,* p. 209.
[3838] Balint Michael. *Op. cit*.
[3839] Le patient autant que le soignant sont rendus ignorants du traitement reçu (le médicament à l'étude ou un placebo) grâce à une randomisation par tirage au sort afin de gommer l'impact sur la réponse thérapeutique de l'effet de suggestion liée à l'appréciation personnelle du soignant. Je renvoie à l'analyse de Lambrichs : Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 209, note de bas de page 2 : « C'est bien parce que la science [reconnaît] cette efficacité sans la maitriser qu'elle l'exclut, dans les expériences en double aveugle par exemple ».
[3840] Pekkanen John. *M.D. : doctors talk about themselves*. New York: Delacorte Press; 1988, p. 204-5.
[3841] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 438 : « […] tout se passe comme si le jeune homme en tant que sujet n'existait plus. Il *est* sa maladie ».
[3842] *Ibid.,* p. 435.
[3843] *Ibid.,* p. 329 : « L'expérimentation psychique se heurte donc à une impasse méthodologique […] rien de ce qui constitue et structure la vie psychique ne se plie à cette approche scientifique qui estime que le "vrai", c'est ce qui est vérifiable » ; p. 437.
[3844] *Ibid.,* p. 439.
[3845] *Ibid.,* p. 209.

Cette résistance de la biomédecine à s'ouvrir à d'autres perspectives que celles qu'elle peut éprouver au prisme de la méthode scientifique ressemble à la crainte qu'un cheval sans œillères ne risque, en s'ébrouant, de faire vaciller tout l'attelage. C'est dans un tel contexte (« une étrange cécité », « une inexplicable absence de curiosité ») que s'inscrit l'épreuve du doute que traverse Tursz à l'aune de ses échanges avec Marinella et des soignants ayurvédiques. Ce terrain permet d'observer comment ce médecin scientifique se débrouille avec l'énigmatique et l'inexplicable aux yeux de la science médicale. Entendu que, pour l'heure, celle-ci continue de récuser (« mépriser ») toute autre pratique (quand bien même elle serait efficace) que celle qu'elle valide. Ce faisant, elle continue d'ignorer ce qu'elle ne parvient pas à explorer en usant de ses propres outils, comme ce qu'elle n'a pas elle-même produit et que parfois « elle n'étudie même pas ».

Si la figure de Tursz et l'histoire de ce voyage en Inde tendent à nuancer l'analyse de Lambrichs, on peut cependant douter qu'il s'agisse d'une évolution réellement favorable tant la situation ici d'écrite est à bien des égards exceptionnelle. En brisant un tabou et en s'aventurant sur le terrain d'une médecine non conventionnelle, c'est-à-dire bien au-delà du périmètre défini par la science comme délimitant la seule réalité médicale qu'elle estime valable, Tursz s'immerge effectivement dans une zone de dangereuse obscurité[3846]. Qu'il prenne un tel risque (dont celui d'un affichage pour lui délétère aux yeux de sa communauté professionnelle d'origine) soulève plusieurs hypothèses. Outre un intérêt éventuel pour la question des médecines complémentaires (*a fortiori* au regard de la fréquence d'adhésion au sein de la population générale), une telle ouverture résulterait peut-être aussi du caractère déceptif de la science médicale[3847], s'agissant de sa lenteur et surtout de son insuffisance à pouvoir répondre à l'ensemble des besoins des personnes malades. Enfin, il est possible qu'il manifeste par là aussi un désir de nouvelles perspectives réflexives (en termes de soins autant que de recherche) comme d'un nouvel horizon relationnel avec ses patients (à l'instar de ce qu'il vit avec Marinella), sans pour autant trahir ses convictions scientifiques. Autant d'hypothèses qui suggèrent à la fois son ouverture d'esprit et son appétence pour l'inconnu autant que pour l'inconfort d'une recherche véritable (professionnelle autant que personnelle) lesquels impliquent de pouvoir réellement douter. Loin de le fragiliser ou de l'éloigner de la méthode bernardienne à laquelle il reste fidèle, il apparaît que cette expérience indienne va lui permettre d'explorer ses doutes sous des angles inattendus et de façon bien plus vaste que le périmètre restreint par la science auquel il était habitué.

3.1 – Thomas Tursz : un médecin qui fait face au doute

Si Tursz ne semble s'être jamais masqué les nombreux défis auxquels la cancérologie doit faire face, sa position à l'égard de ces terrains inexplorés de la science ou ces pratiques jugées futiles au motif qu'elles n'en suivent pas les canons n'est pas clair. Son intérêt spontané pour ce qu'il ne comprend pas, en l'occurrence l'évolution médicale favorable mais imprévue de Marinella, et son engagement à répondre aux questions que cela soulève, permettent d'éclairer sa position.

[3846] Brook Simon. *Op. cit.*: "I did a long trip to see you in time and in spirit".
[3847] Tursz Thomas. *Op. cit.*, p. 16 : « ces années blanches (ou noires) de la cancérologie ».

3.1.1 – Le doute scientifique est inhérent à toute démarche de Thomas Tursz

Si conformément aux enseignements bernardiens, l'usage méthodique du *doute expérimental* devrait être omniprésent à toute pratique médicale, d'une part cette modalité réflexive n'est pas aisément mobilisable pour qui ne connaît pas suffisamment les fondements de la biomédecine, d'autre part certaines acteurs de santé en font l'économie dans leur pratique que ce soit par ignorance, incompétence, manque de rigueur ou dissidence à l'égard des règles de la discipline. Tursz est digne de l'héritage bernardien. Il a tellement assimilé la méthode expérimentale qu'elle est devenue un automatisme de son mode de raisonnement médical. Loin de le négliger, tout ce qui lui semble contradictoire, tout ce qu'il ne comprend pas, il va chercher à l'élucider en se fondant sur la méthode scientifique ainsi qu'y invitait Bernard lorsqu'il avançait qu'« il faut croire à la science, c'est-à-dire au déterminisme, au rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres »[3848]. Passé le moment de stupeur, lorsque Marinella, guérie de son cancer en dépit de l'incomplétude du traitement anti-cancéreux, invoque la prise de « médicaments [ayurvédiques] que son corps acceptait et même que son corps demandait »[3849], son mode de pensée scientifique s'active comme un réflexe. Il cherche à comprendre précisément le *lien* entre les faits (la guérison du cancer) et leurs causes (d'une part, le défaut de traitement oncologique, d'autre part, l'exposition à des médicaments ayurvédiques[3850]). C'est pourquoi, contre toute attente et telle une impulsion, c'est lui qui initie leur projet de voyage en Inde[3851]. Outre que son orgueil de scientifique a pu être piqué au vif, Tursz est comme sommé, sous l'effet de son ethos du physiologiste médecin, de comprendre ce qu'il s'est passé conformément à la rationalité expérimentale. Même minime, toute modification implique un changement et a donc des effets. C'est ce qu'il doit comprendre en éclairant ce qui a déterminé la guérison de Marinella.

Car « croire en la science » selon les mots de Claude Bernard, c'est *croire* en sa capacité d'éclairer les mécanismes intrinsèques des phénomènes, en l'occurrence des « phénomènes propres aux êtres vivants » que sont la santé, les maladies ainsi que les moyens d'y remédier. Or, une telle *croyance* n'immunise pas contre l'insuffisance des connaissances biomédicales, ainsi qu'il le souligne dans ce propos :

> L'esprit vraiment scientifique devrait donc nous rendre modestes et bienveillants. Nous savons tous bien peu de choses en réalité, et nous sommes tous faillibles en face des difficultés immenses que nous offre l'investigation dans les phénomènes naturels[3852].

Tursz est pleinement dans cet « esprit vraiment scientifique » invoqué par Bernard, c'est-à-dire conscient de la non-exhaustivité des connaissances et de la faiblesse voire du défaut d'explication scientifique satisfaisante pour nombre de « phénomènes naturels ». Humble, c'est-à-dire capable de reconnaître de telles limites, il s'avère toujours prêt à remettre son ouvrage à l'épreuve afin de réviser, à l'aune de constats cliniques inhabituels, les théories sur

[3848] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[3849] Brook Simon. *Op. cit*.
[3850] *Ibid.*: "Vaidyan prescribed two medicines to Marinella".
[3851] *Ibid.* : « vous allez m'emmener en Inde pour comprendre un peu quels traitements ["ils vous ont fait là-bas"] et ce qui s'est passé ».
[3852] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 90.

lesquelles il fonde sa pratique de cancérologue. C'est pourquoi la situation de Marinella l'*oblige* d'un point de vue scientifique. Sa réaction révèle une disposition, bien ancrée dans son éthique professionnelle, à pouvoir relancer le processus d'investigation portée par le *doute expérimental*. Le documentaire *Mon docteur indien* offre plusieurs illustrations de la façon dont Tursz met constamment en œuvre son raisonnement scientifique et projette toujours les situations cliniques au prisme de leur potentialité en matière de recherche expérimentale comme d'actualisation des connaissances biomédicales. Cette mécanique du *doute expérimental*, constamment activée dans sa démarche, s'illustre, entre autres exemples, à travers sa demande d'être précisément informé des médicaments ayurvédiques qui ont été prescrits à Marinella (« deux médicaments ont été prescrits »), leur composition (« quels sont les composés chimiques de ces produits ? »), la façon dont ils sont produits (« Vous me montrerez comment c'est fabriqué ? »)[3853]. Il demandera aussi à visiter la pharmacie (l'« Arya Vaidya Pharmacy (AVP) »), le laboratoire de production de ces médicaments ainsi que le jardin où sont cultivées certaines des plantes utilisées pour leur confection (le « Garden AVP »). Et à chacune de ces visites, il questionnera les professionnels impliqués pour comprendre dans le détail l'intégralité du processus de production. Sa discussion avec le Professeur Vasudevan Nair, l'herboriste du Garden AVP, est exemplaire du caractère expérimental de sa démarche en ce qu'il reconnaîtra dans la liste des plantes cultivées certaines dont il sait que leurs composés chimiques sont utilisés pour la production de chimiothérapies anticancéreuses utilisées en Occident et qu'il qualifie de très puissantes. Par-là, il suggère explicitement le lien déterministe possible entre l'état de rémission du cancer de Marinella et la composition des médicaments ayurvédiques qui lui auraient été prescrits[3854]. Sur ce point, c'est son homologue indien qui apporte de lui-même, dans un mouvement de miroir inversé, la qualification de rigueur expérimentale aux modalités de production des chimiothérapies en Occident quand, selon ses propres mots, eux-mêmes « manquent de données expérimentales tangibles »[3855], c'est-à-dire de données à même de prouver objectivement que ces plantes ont effectivement des effets anticancéreux. C'est d'ailleurs dans la continuité logique de sa démarche expérimentale, mais peut-être aussi pour rendre honneur à ses homologues indiens en leur confirmant la réalité des effets anticancéreux de leurs remèdes, que Tursz sollicite deux choses. D'une part il demande à l'herboriste de lui fournir une liste des plantes de son Garden AVP ; son intention est de travailler sur les modalités d'utilisation de chacune de ces plantes en Occident et d'identifier tous les recoupements possibles avec les usages préconisés en médecine ayurvédique. D'autre part, il demande au pharmacien des échantillons des médicaments prescrits à Marinella afin de faire analyser leur composition chimique en France et objectiver ainsi ces recoupements[3856]. En somme, en tant que médecin et scientifique, Tursz fonde résolument et en toutes circonstances son

[3853] Brook Simon. *Op. cit*.: "Dr. Vaidyan Gandadharan Nair […] prescribed two medicines to Marinella: Varanadi kashayam, a decoction with many herbs, Chandraprabha, tablet made of many herbs", "You'll show me how it is done? […] which chemical compound is inside all of these products?"

[3854] *Ibid.* : Je transcris ici une partie du contenu de la discussion entre l'oncologue occidental Thomas Tursz (TT) et l'herboriste indien Vasudevan Nair (VN) : "VN : There are several plants which are mentioned as useful in treating cancer. But we lake actual experimental data; TT: you have a list of those plants? ; VN: Yes; TT: A lot! That's a very long list! You'll give me a copy of this? This very king of you. Thank you very much. I recognise some names. You know that we are also using chemicals extracted from plants. They are very potent anticancer agents".

[3855] *Ibid.*: "But we lake actual experimental data".

[3856] *Ibid.*: "Give me the two decoctions given to Nella and I will try to make it analysed in Paris".

raisonnement et les décisions qui en découlent sur le déterminisme tel que défini par Bernard, à savoir ce « rapport absolu et nécessaire des choses ».

3.1.2 – Thomas Tursz ne fait pas seulement face à un doute scientifique

Alors que Marinella l'avait déjà qualifié d'« un peu plus humain » par rapport aux autres cancérologues, ce voyage en Inde confirme qu'en dépit de ses préoccupations scientifiques et de sa notoriété, Tursz n'est pas un professionnel de santé impassible, dénué d'affects et sourd à l'importance de la subjectivité dans la pratique médicale. C'est ainsi qu'en dehors de son usage purement méthodique du *doute scientifique* dont la constance et la rigueur d'application relèvent d'un ethos professionnel, il se révèle sensible et ouvert à bien d'autres modalités de doute. Contrairement à l'idée *a priori*, présente à l'esprit de nombreux usagers du système de santé, que les professionnels de santé ne seraient guidés dans leur pratique que par des certitudes (au motif de disposer de preuves scientifiques), l'exemple Tursz vient largement attester du contraire. Son comportement à l'égard de Marinella et la façon dont se déploie leur relation de soin suggèrent qu'en dépit des apparences et des préjugés à leur égard, les bio-soignants pourraient ne pas être tous aussi intolérants et hermétiques au doute. Ils y sont aussi confrontés dans la diversité de ses objets et de ses déclinaisons[3857]. Ainsi que déjà évoqué[3858], s'ajoute peut-être chez Tursz cette porosité, certes compliquée et souvent brimée, entre sa posture scientifique et son humanité, ou du moins ce qui relève de sa personnalité, de sa position subjective et qui expliquerait peut-être que cet automatisme du raisonnement expérimental comme seul et unique guide puisse parfois être enrayé.

La rencontre de la patiente Marinella puis toute l'histoire qui s'en suivra, dont l'aventure d'un voyage en Inde, constituent pour Tursz une plongée dans le doute qui n'a pas seulement à voir avec le doute scientifique de la méthode expérimentale. Par l'effet de tout ce que cette patiente apporte (du fait de sa situation médicale, ses questionnements, son parcours de soin, son comportement à l'égard des soignants), Tursz se trouve plusieurs fois confronté à ce que Peirce qualifie de « doute réel et vivant »[3859] et qui contraste avec l'idée de maitrise distanciée du scientifique. Il ne s'agit plus là de la simple formulation intellectuelle d'une nouvelle hypothèse expérimentale suscitée par l'observation de faits cliniques nouveaux mais bien d'un état concret et subi de déstabilisation voire de rupture des repères. Cet inconfort, jusqu'au malaise, impose à la personne de se mobiliser pour sortir du doute, rétablir des repères stabilisés et retrouver le confort d'un « état de croyance »[3860]. C'est à bien des reprises que ses échanges avec Marinella provoquent chez Tursz cette sorte de stupeur et d'ébranlement qui parait être autant intellectuel qu'existentiel[3861]. Leur rencontre inaugurale déjà en témoignait ; déstabilisé par sa présentation contrastée, entre répulsion et sympathie, il s'était trouvé décontenancé. Bien qu'ayant,

[3857] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute des soignants*.
[3858] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Thomas Tursz, un homme déçu par la biomédecine ?*
[3859] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Mais le seul fait de donner à une proposition la forme interrogative n'excite pas l'esprit à la lutte pour la croyance. Il doit y avoir doute réel et vivant ; sans quoi toute discussion est oiseuse ».
[3860] *Ibid.* : Le doute est un état de malaise et de mécontentement dont on s'efforce de sortir pour atteindre l'état de croyance ».
[3861] Pavel Florenski, Ponomareva Elena (Trad.), Valentini Natalino (préface) *Stupeur et dialectique.* Paris: Payot & Rivages; 2012

conformément à sa mission, fourni un avis thérapeutique, il avait goûté à l'ébranlement amère du doute et de l'insatisfaction.

Mais l'ébranlement de Tursz est encore plus manifeste lorsque Marinella reprend spontanément contact avec lui. Alors même qu'elle semblait perdue de vue et comme oubliée (« Je n'en entends plus parler pendant plusieurs années »), l'objectif de son appel téléphonique le laisse de nouveau pantois : « elle m'explique que je l'ai guérie par ma parole et par ma compréhension et en ne faisant rien du tout ». Cette effraction dans le cours de son activité professionnelle et l'étrangeté éprouvée (« on a une conversation très étrange »), ne serait-ce que d'être remercié pour n'avoir « rien [fait] du tout » de ce qui relève de ses missions, le déstabilisent puissamment. L'annonce de sa guérison, pour lui inattendue, et surtout cette joie qui l'habite alors provoquent un tel contraste par rapport à sa présentation initiale qu'il en est de nouveau déboussolé. Des « malades heureux […] c'est rare de voir cela dans les hôpitaux français » avouera-t-il plus tard. Car cette joie et cette confiance des personnes se prêtant à des soins ayurvédiques entrent en rupture complète avec la tristesse et la hantise des patients que Tursz est habitué à soigner. Que de si bonnes nouvelles d'une patiente et de tels compliments puissent le réjouir ne résout en rien l'incompréhension et l'inconfort dans lesquels le plonge cette configuration. Inopérants pour expliquer l'évolution de Marinella, ses repères biomédicaux sont fortement mis à mal. Il vit cet ébranlement du doute et ce doute fragilise son rapport habituel aux soins. Non que sa croyance en la biomédecine s'effondre mais la maitrise scientifique lui apparaît bien plus incertaine encore que ce qu'il en appréhendait jusque-là. Plus encore, ce jugement négatif d'inefficience classiquement porté par les bio-soignants au sujet des soins complémentaires, tels que ceux de la médecine ayurvédique lui semble devoir être interrogé. En plus d'être taraudé par le souci de comprendre, son besoin d'en découdre avec ce doute qu'il subit alors le conduit à une décision est radicale : partir en Inde pour explorer par lui-même les traitements ayurvédiques dont a bénéficié Marinella et les conditions dans lesquelles elle les a reçus. Faut-il que l'ébranlement subi par Tursz ait été à ce point puissant pour provoquer un tel investissement de sa part. Se mobiliser ainsi le conduit, en effet, à s'engager non pas seulement intellectuellement mais aussi *corps et âme*, en se déplaçant sur le terrain même de la médecine ayurvédique, au contact immédiat de sa réalité pratique, au plus près de ses outils, de ses acteurs et des personnes qui viennent la solliciter parfois depuis l'autre bout du monde. Ainsi que suggéré plus haut, tant son ébranlement a semblé prendre une ampleur non pas seulement intellectuelle mais aussi existentielle, l'hypothèse que Tursz a peut-être aussi été mu par un doute existentiel qui lui était propre permettrait d'éclairer plus encore cet engagement pour le moins inhabituel pour un bio-médecin occidental[3862].

Avant d'entrer dans l'exploration de cet engagement qui va prendre la forme dynamique et ouverte d'une enquête en marche, il faut souligner que Tursz n'est pas un professionnel contaminé par ces formes de doute qui, tels des poisons, auraient naturellement entravé une telle démarche. Tursz disposait donc de qualités singulières qui ont pu la rendre possible.

[3862] Mon hypothèse, purement subjective est que Tursz se savait peut-être déjà atteint d'un cancer (il en décèdera en 2018). Faisant ainsi face aux mêmes doutes que tout autre patient, il a pu être ébranlé non plus seulement dans son raisonnement scientifique mais, plus largement, dans tout ce qui contribuait à sa propre (re)configuration subjective à l'aune de la maladie et de tout ce qui peut aussi faire soin, par-delà les seuls traitements biomédicaux.

3.2 – Ces poisons du doute dont Thomas Tursz est indemne

Dans sa confrontation au doute (autre que celui maitrisé de la méthode scientifique) et à son risque de déstabilisation de ses repères biomédicaux, donc de ses croyances théoriques autant que pratiques, Tursz n'y répond ni en paternaliste autoritaire, ni en dogmatique scientiste, ni en sceptique radical. Autant de postures antithétiques avec la souplesse et la liberté réflexives que procure le doute.

3.2.1 – Ni paternaliste ni patriarcal

Tursz se démarque par sa capacité d'écoute et de respect des priorités et des décisions de sa patiente. L'accueillant pour sa seconde consultation, il lui demande simplement : « Qu'est-ce que vous avez décidé ? »[3863]. Aux antipodes de la caricature d'un paternalisme sourd et autoritaire, il n'est donc ni le seul juge ni l'ultime décideur. On notera toutefois sa déception de n'avoir pu effectuer le traitement oncologique qu'il préconisait à travers l'insistance de sa formulation « en ne faisant rien du tout »[3864]. Souligner à ce point son absence d'intervention, comme s'il s'en avait été frustré, pourrait trahir une vision descendante du processus de décision médicale. Il n'en demeure pas moins respectueux de l'autorité ultime du patient dans le choix du projet thérapeutique. Quant à sa position en tant qu'homme, il ne laisse pas entrevoir de posture patriarcale. Leurs discussions semblent toujours se déployer d'égal à égal malgré leur désaccords et l'asymétrie inhérente à la relation de soin, prévenant ainsi toute discrimination de genre de sa part, du moins en apparence.

3.2.2 – Positiviste mais pas un scientiste

S'il est certes clairement positiviste, pour autant Thomas Tursz n'est pas un scientiste radical, n'ayant d'autre mot d'ordre que celui d'œuvrer au *vrai* par la seule voie qui vaille, à savoir la voie scientifique. Il se situe aux antipodes des chantres autodéclarés de la défense de la biomédecine occidentale contre les pseudo-sciences. Sa démarche consistant à voyager jusqu'en Inde pour pouvoir rencontrer directement ses homologues de la médecine ayurvédique (« J'ai fait un long voyage pour vous rencontrer »[3865]) a conduit à la reconnaissance unanime de son ouverture d'esprit[3866]. Il ose s'aventurer en dehors de sa zone de confort, donc de non-maitrise, puisqu'il s'agit d'un territoire où domine l'ignorance de la science biomédicale. Il n'arrive donc pas en Inde en tant que patron fier et orgueilleux de l'institut Gustave Roussy, mais dans une position déflationniste d'observateur humble et non jugeant. Les constats qu'il peut y faire des bienfaits que lui rapportent des patients le conduisent à avouer : « Quelque chose que j'entends, que je reçois, que je comprends et dont j'essaierai de m'inspirer »[3867]. Manifestement porté par un goût élargi pour la connaissance (« Moi, ce que j'aime le plus c'est

[3863] Brook Simon. *Op. cit*.
[3864] *Ibid.*
[3865] *Ibid.*: "I did a long trip to see you in time and in spirit".
[3866] *Ibid.*: "I found the Dr Thomas an open person. The fact he came to India to explore something new, that is a good beginning".
[3867] *Ibid.*

découvrir et apprendre »[3868]), Tursz est donc ouvert à d'autres disciplines, bien au-delà du seul domaine de la médecine scientifique.

3.2.3 – Faillibiliste mais pas sceptique

Que le doute ne soit pas l'apanage du sceptique s'applique particulièrement à la position de Tursz. Cette suspension initiale de son jugement à l'égard de l'expérience rapportée par Marinella n'est pas sceptique. Elle relève d'un état de stupeur, du choc face à l'étrangeté. Cette étrangeté ne le conduit pas à rejeter toute croyance possible en matière de médecine traditionnelle indienne mais le pousse, bien au contraire, à s'engager dans un processus d'enquête. Tursz, qui dispose déjà de *croyances* bien établies en matière de soins, qu'en tant que médecin scientifique il fonde sur des *théories scientifiques*, est non seulement prêt à les mettre à l'épreuve des faits de l'expérience, mais aussi à les actualiser en les révisant le cas échéant. Il rejoint en cela la position bernardienne :

> Il ne faut pourtant point être sceptique ; il faut croire à la science, c'est-à-dire au déterminisme, au rapport absolu et nécessaire des choses, aussi bien dans les phénomènes propres aux êtres vivants que dans tous les autres ; mais il faut en même temps être bien convaincu que nous n'avons ce rapport que d'une manière plus ou moins approximative, et que les théories que nous possédons sont loin de représenter des vérités immuables[3869].

L'analyse de Claude Bernard, se situant dans une position humble à l'égard de l'ambition scientifique, rejoint l'épistémologie faillibiliste de Karl Popper[3870]. Par sa conscience du caractère « conjectural » et réfutable des théories scientifiques, il signifie qu'il ne peut s'agir que d'hypothèses faillibles et donc toujours révisables sous l'effet de l'épreuve du réel, lors de sa confrontation à l'expérience factuelle. L'attitude de Thomas Tursz est en phase avec cette position, à savoir que la science ne vise pas des vérités absolues, des lois certaines et « infailliblement universelles » mais progresse par la révision réitérée des connaissances et des théories établies et par l'élimination progressive des erreurs. Il se situe ainsi aux antipodes de la prétention dogmatique d'accès à la vérité par la science des zététiciens[3871]. Autrement qualifiée de scepticisme scientifique, la zététique diverge de la démarche de Popper pour lequel la science n'est pas une recherche de la vérité mais une démarche de correction des erreurs et d'élimination des hypothèses fausses.

Tursz ne conditionne manifestement pas la croyance, et donc la confiance, en la pratique de tel ou tel soin que la personne estime lui être bénéfique à l'obtention de preuves scientifiques validées et contrôlées selon la méthode expérimentale. Constatant par lui-même la satisfaction des patients (« J'ai vu des malades heureux, j'ai vu des malades qui avaient envie de

---

[3868] *Ibid.*

[3869] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.

[3870] Popper Karl. *Conjectures et réfutations. Op. cit.*

[3871] Bien que le terme *zététique* soit issu de l'antiquité grecque, puisqu'il aurait désigné les philosophes sceptiques, les zététiciens contemporains ne sauraient leur être comparés. Leur prétention à la vérité contraste radicalement avec le scepticisme antique caractérisé par un impossible accès à la vérité. Site du CNRTL consulté en ligne le 10 décembre 2024 : ZÉTÉTIQUE : Définition de ZÉTÉTIQUE.

revenir »[3872]), tout comme les bénéfices concrets de certains remèdes ayurvédiques au point de convoiter l'usage de certains d'entre eux[3873], il convient que quelque chose se passe qui est favorable aux malades et mérite à ce titre d'être reconnu comme tel. L'état de doute que suscite sa rencontre de la médecine ayurvédique et de tels constats n'est donc pas de nature sceptique. Même si *in fine*, il n'y adhère pas, pour autant il admet les bienfaits qui lui sont rapportés. Donc, même s'il ne dit pas que l'on peut *croire* en la médecine ayurvédique (puisqu'au regard de son attachement à la méthode scientifique, il n'y croit pas lui-même), il ne la rejette pas et surtout il accepte et respecte que d'autres puissent y croire.

3.3 – Comment Tursz affronte le doute et s'engage à le résoudre

Expert et défenseur des sciences médicales, Tursz apparaît suffisamment mature, modeste et nuancé pour ne pas en faire un mot d'ordre autoritaire. Sa curiosité et son ouverture d'esprit s'accordent bien avec cette qualité bernardienne d'insatiable « chercheur – découvreur » toujours disposé à douter et à réviser, à l'épreuve des faits du réel, les théories scientifiques[3874]. De là à s'interroger et porter son attention sur une médecine traditionnelle, rien n'était moins évident tant les médecines complémentaires subissent en Occident les foudres d'une intense résistance de la part du milieu biomédical. A cet égard, aussi louable soit-elle d'un point de vue scientifique, sa démarche a pu constituer une prise de risque, ne serait-ce que d'être mal-interprétée, moquée voire stigmatisée[3875].

Si l'on ne peut certes pas exclure l'impact de facteurs existentiels et affectifs[3876], la curiosité intellectuelle (cet esprit libre que défendait Claude Bernard[3877]), le courage professionnel et la persévérance n'ont donc pas manqué à Tursz pour s'engager dans une telle démarche. Marinella traduit sobrement ce mouvement pour le moins surprenant de la part d'un scientifique et surtout ce qu'il en attend : « Thomas a beaucoup de questions à vous poser. Il aimerait comprendre ce qui s'est passé, ce que nous avons fait lorsque nous nous sommes rencontrés »[3878]. C'est précisément cet irrépressible besoin de comprendre, et donc d'expérimenter, qui lui a permis d'affronter cette épreuve ici complexe du doute, tout en devant surmonter ses propres résistances intériorisées liées à son corps professionnel d'origine. Sans se départir de son éthos de scientifique mais sans non plus bannir ce qui ne pouvait se prêter à un tel cadre de lecture, il

---

[3872] Brook Simon. *Op. cit*.
[3873] *Ibid.*: "Your topics are fantastic. Maybe an interest for us would be to use that for patients going radiotherapy radiation".
[3874] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard.*
[3875] Il semblerait que ce soit précisément ce qu'a subi Tursz à la sortie du film de Simon Brook, à savoir moqueries et perte d'estime de la part de ses collaborateurs. Je remercie Marinella Banfi pour la discussion à ce sujet. Cette situation illustre la vindicte qui peut affecter ceux du milieu biomédical qui osent s'aventurer – ne serait que pour y réfléchir – sur le terrain des soins non conventionnels.
[3876] Je renvoie aux sous-chapitres de cette partie de la présente thèse, intitulés *Thomas Tursz ne fait pas seulement face à un doute scientifique* et *Le doute comme source de pacification de la relation de soin et de (r)éveil de la philia*.
[3877] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 9. Était apparemment indiqué sur le fronton de son laboratoire la phrase suivante : « sans méconnaître l'importance ni la nécessité des instruments et des expériences, c'est l'idée et l'esprit libre qui décideront ».
[3878] Brook Simon. *Op. cit*.: "Thomas has a lot of questions for you because he wants to understand what we have done when I came and I met you".

a pu surmonter ce tiraillement interne et transformer l'inconfort du doute en enquête rigoureusement menée, c'est-à-dire au plus près des faits. A cet égard, l'attitude de Tursz peut paraître exemplaire. Ce courage de prendre acte de son étonnement, d'entrer dans le doute, de (re)questionner ses connaissances et sa pratique ainsi que ce souci de la clarification et de l'enquête ne sont en réalité pas si courants ni spontanés au sein du milieu biomédical. Beaucoup restent cantonnés dans la répétitivité des automatismes, la facilité des habitudes, le confort des certitudes mais surtout aussi dans la crainte de déstabiliser un édifice imposant comme d'en subir les représailles.

Si Tursz ne s'est jamais totalement départi de la méthode scientifique jusqu'à l'incarner au contact direct des malades – attestant que le *doute scientifique* ne déshumanise pas forcément et que le physiologiste n'est pas juste une machine à produire des données expérimentales – son voyage a pris une tournure tout à fait différente de celle à laquelle il s'attendait. Son projet d'enquête s'est avéré d'autant plus périlleux que le terrain à explorer se révèlera très vite incompatible avec la démarche d'investigation scientifique. De fait, il a pu découvrir un monde où la médecine ne s'appuie pas prioritairement sur la science mais sur une philosophie de la vie, où le moindre bienfait, même subjectif, prime sur la *raison* scientifique. Constatant par ailleurs, et à maintes reprises durant ce voyage, que le bien soigner n'est pas l'apanage de la médecine conventionnelle occidentale fondée sur la science biomédicale, son enquête n'a donc pas été sans déboires ni sans importantes adaptations de sa part. Spectateur tantôt ébahi, tantôt circonspect, tantôt incrédule mais toujours curieux de ses interlocuteurs, on ne saurait dire si par cet *épochè* qui est devenu son état d'être durant ce voyage il a pu parfois se muer en sceptique mondain au sens de cette figure du voyageur libertin, découvreur du monde[3879]. Toujours est-il que, tout en restant dans son périmètre, il optera pour un dialogue non pas scientifique mais savant avec ses interlocuteurs, reconnaissant la légitimité de leur pratique dans le contexte culturel qui est le leur. Il ne faillira pas non plus à mener son enquête à terme, certes en renonçant à l'usage exclusif de la méthode scientifique (ce qui n'en fait pas pour autant un anarchiste[3880]). La modalité d'enquête pragmatiste lui permettra notamment de se désaliéner quelque peu de l'autorité de la science expérimentale tout en y restant fidèle dans les principes. Il optera aussi pour une lecture herméneutique. Restituant ainsi au médecin sa fonction et sa puissance d'herméneute, c'est-à-dire d'interprète, une telle lecture l'autorisera à se libérer du dogme de la preuve scientifique et son pendant qu'est la vérification par le contrôle expérimental. Ce faisant, Tursz tendrait à démontrer, bien malgré lui qu'il est possible, même en tant que scientifique, de donner son assentiment à des faits qui ne disposent pourtant pas de preuve scientifique.

3.3.1 – La méthode scientifique de résolution du doute

Dans son souci de compréhension de son étonnement et d'approfondissement des interrogations qu'ont provoqué ses échanges avec Marinella et ses diverses rencontres avec des praticiens de l'ayurvéda ou des personnes s'y prêtant, Tursz ne se départit jamais de l'application rigoureuse et systématique de la méthode scientifique. C'est ainsi qu'au gré de ses nombreuses

[3879] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Marinella et Thomas Tursz, des voyageurs du doute ?*
[3880] Feyerabend Paul, Jurdant Baudouin (Trad.), Schlumberger Agnès (Trad.). *Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Paris: Points; 1988.

observations et conversations, il cherche toujours à convertir son état de stupeur en doute méthodique ainsi qu'à intégrer ses différents constats dans le cadre qui lui est familier d'un processus de réflexion expérimentale conforme à la tradition bernardienne dont on rappelle qu'il était qualifié de « raisonnement dubitatif »[3881]. Pourtant cette rencontre avec le monde de la médecine ayurvédique va le confronter aux limites d'une approche qui ne s'appuierait que sur la méthode scientifique.

3.3.1.1 – Quand l'ambition scientifique se heurte à une pratique empirique ancestrale

Plusieurs occurrences témoignent de cette volonté d'application systématique de la méthode expérimentale aux observations qu'il fait et aux situations qu'il peut apprécier très concrètement lors de ses visites des lieux de soins fondés sur les principes de la médecine ayurvédique. Parmi ces occurrences, on retient notamment celle d'un patient souffrant d'un cancer prostatique métastatique mais paraissant à la fois en bonne santé et surtout satisfait. Ce patient est souriant, accueillant et manifestement très confiant[3882]. Tursz s'avère particulièrement intéressé par ce cas. Non seulement il concerne directement sa spécialité médicale qu'est l'oncologie, mais il lui rappelle la jovialité de Marinella et sa satisfaction des soins ayurvédiques. Pour l'un comme pour l'autre, se pose la question de l'impact concret des remèdes ayurvédiques sur le contrôle antitumoral. Sur ce point pour lui crucial (puisque traiter le cancer constitue l'objectif princeps de la biomédecine), Tursz adresse à son homologue indien le propos, à la fois incitatif et mâtiné de curiosité, suivant : « Si vous pouviez répéter les dosages de PSA et montrer que le taux de PSA diminue avec les soins ayurvédiques seuls, ce serait énorme »[3883]. Sous-entendu, une réduction de ce marqueur tumoral (l'antigène spécifique prostatique) pourrait constituer un élément de *preuve* puisqu'il permettrait d'établir un *lien direct* entre les traitements ayurvédiques et le contrôle de la maladie cancéreuse. Par cette suggestion, Tursz ne fait rien moins que mobiliser le *raisonnement expérimental* et en rappelle ce principe fondateur qu'est le *déterminisme*, le « rapport absolu et nécessaire des choses »[3884]. Or ce travail visant à identifier et approuver (ou non), avec la rigueur scientifique requise, le *lien rationnel* qui unit un *fait* précis à une *cause* précise, constitue l'un des sujets de divergence entre le scientifique Tursz et ses homologues indiens spécialistes de médecine ayurvédique. Ces derniers tiennent naturellement compte de *faits* résultant de leurs préconisations, dont l'amélioration clinique objective (la cicatrisation de lésions cutanées, le contrôle d'une infection[3885]) ainsi que les bénéfices ressentis et rapportés par les patients (le contrôle de la douleur et le sentiment de bien-être). Pourtant, ils n'engagent pas de procédure expérimentale à même de prouver formellement le lien direct et précis d'une cause (le traitement ayurvédique) à son effet (les bénéfices pour les patients). Leur démarche est donc empirique puisqu'elle se focalise sur les soins directs aux personnes et les bénéfices qu'ils peuvent en tirer. Elle n'a pas d'ambition analytique puisqu'elle

[3881] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 102.
[3882] Brook Simon. *Op. cit*.
[3883] *Ibid.*: "If you can repeat PSA after each ayurvedic course and show that PSA is decreasing with ayurveda alone, it would be enormous".
[3884] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 85.
[3885] Brook Simon. *Op. cit*. : Certains onguents ayurvédiques s'avèrent efficaces en termes de contrôle infectieux et de cicatrisation cutanée, y compris sur des plaies sévères et en échec de greffe de peau, ce qui conduit Tursz au propos suivant : "Your topics are fantastic. Maybe an interest for us would be to use that for patients going radiotherapy radiation".

n'engage pas de recherche explicative précise. Ainsi que le rappelle Pedro Lain Entralgo, historien de la médecine : « l'empirisme consiste à répéter une pratique qui a donné des résultats favorables dans un cas déterminé »[3886] et c'est bien à cela que les médecins ayurvédiques s'emploient. C'est bien là que se situe la déception, qui peut être entendue comme réprobation, de Tursz à l'égard de ses homologues alors même qu'il reconnaît leurs qualités soignantes et les bienfaits objectifs que leurs patients semblent en tirer. « Vous peinez à évaluer ce que l'ayurvéda fait précisément »[3887]. Une telle phrase à l'adresse du Docteur K.G. Raveendran, médecin chef de l'hôpital Arya Vaidya du Tamil Nadu, peut être entendue comme un euphémisme puisqu'elle suggère en clair leur ignorance des mécanismes à l'œuvre dans les actions entreprises. Cette phrase résume, de façon à peine voilée, le reproche de la biomédecine occidentale vis-à-vis d'une médecine traditionnelle comme l'ayurvéda, et partant le motif de sa non-reconnaissance. Un échange entre Thomas Tursz (TT) et K.G. Raveendran (KGR) est à cet égard instructif.

> KGR : J'essaie de réduire les complications.
> TT : Oui, je comprends très bien cela. Mais vous ne pouvez pas évaluer ce que fait précisément l'ayurvéda puisqu'elle est utilisée en même temps que le traitement allopathique.
> KGR : Il n'y a pas de progression de la maladie.
> TT : Oui, oui, c'est vrai. Mais, j'insiste, un médecin occidental vous opposera que c'est grâce à l'hormonothérapie. Vous devez convaincre que vous apportez quelque chose de plus[3888].

La divergence d'approche est manifeste. Seuls les bienfaits cliniques importent pour K.G. Raveendran. Seuls importent pour lui l'amélioration et le bien-être des patients. Tandis que Tursz – qui n'est certes pas insoucieux des bénéfices pour les patients – se soucie de dévoiler et d'évaluer précisément les mécanismes sous-jacents aux effets recherchés, leur connaissance constituant une condition de justification de leur préconisation. Le premier est dans une démarche empirique, le second dans un projet scientifique. K.G. Raveendran observe et agit en s'aidant des acquis de son expérience, Thomas Tursz vise l'élaboration de connaissances scientifiques. Il est impensable pour ce dernier, non seulement de ne pas comprendre ce qui se passe (d'un point de vue physiopathologique), mais également d'exposer une personne à une prescription (interventionnelle, médicamenteuse ou de toute autre nature) dans l'ignorance de son mécanisme d'action comme de l'effet précis qu'il cherche à obtenir grâce à elle. Tursz s'avère d'autant plus déçu de constater que la médecine ayurvédique ne cherche pas à étudier les mécanismes d'action rattachés à ses diverses préconisations qu'il en pressent l'utilité concrète pour les malades. Au-delà des seuls témoignages subjectifs (incluant celui de Marinella en plus de ceux de divers patients rencontrés lors de ce voyage en Inde) dont il est toujours possible de mettre en doute la valeur – puisque qu'ils sont soumis aux effets de l'(auto)suggestion et des émotions –, c'est par lui-même qu'il a aussi pu observer de réels

[3886] Entralgo Pedro Lain, De Morelos Vicente (Trad.). *Le médecin et le malade*. Paris: Hachette; 1969.
[3887] Brook Simon. *Op. cit*. : "you have difficulties to evaluate what ayurveda is precisely doing".
[3888] *Ibid.*: "KGR: I try to reduce the complications. TT: Yeah, yeah, yeah, this is very clear to me. But, on the other hand you have difficulties to evaluate what ayurveda is precisely doing because you are giving both therapies: allopathy and ayurveda. KGR: There is no progression of the disease. TT: It's true. But again, again, a western doctor will argue that it's because he is receiving hormonal treatment. This is the point. So, I think you have to convince that you're doing something additive to that".

bénéfices. Par ailleurs et contre tout attente pour lui, il constate avec soulagement que la médecine ayurvédique ne se positionne aucunement en alternative à la biomédecine mais exclusivement en complémentarité. Ces observations de Tursz en témoignent.

> Premièrement, il va très bien. Il parait tout à fait satisfait et en bonne forme. Dans tous les cas, c'est une bonne chose. Deuxièmement, il est très important pour moi de constater que vous n'interrompez pas les traitements en cours. Cela témoigne d'une ouverture d'esprit et signifie que nous pourrions travailler ensemble. Mais, du coup vous n'avez aucun moyen d'évaluer précisément ce qu'apporte l'ayurvéda puisqu'il reçoit à la fois le traitement allopathique et le traitement ayurvédique[3889].

Les bénéfices cliniques objectifs pour les patients, leur satisfaction manifeste ainsi que le constat du maintien du traitement anti-cancéreux (en l'occurrence, s'agissant d'un patient souffrant d'un cancer prostatique, le maintien de l'hormonothérapie anti-androgénique) concomitamment aux soins ayurvédiques sont effectivement de nature à rassurer Tursz. Ces constats lui permettent même d'entrevoir une coopération éventuelle puisque l'application de tels soins ne viendrait pas grever l'indication et le déroulement du traitement biomédical. Si cette condition préalable est certes indispensable, elle ne suffit pourtant pas à Tursz. Il ne peut en rester à une interprétation empirique, d'autant que la concomitance des traitements peut affecter l'interprétation des effets de l'un comme de l'autre. Il ne renonce donc pas, et même il insiste, pour toujours (ré)introduire du raisonnement scientifique dans chacun de ses échanges avec ses confrères indiens et prouver scientifiquement les bienfaits de leurs interventions. « Vous devez convaincre que vous apportez quelque chose de plus » avec l'ayurvéda enjoint-il au Docteur K.G. Raveendran. Pour Tursz, l'absence de preuve scientifique validée permettant de rattacher les effets observés aux soins ayurvédiques laisse béante la question de leur intérêt véritable. Le *fait* que ce patient aille bien et ne manifeste aucun signe d'évolutivité de son cancer prostatique est certes une réalité incontestable. Cela ne peut pour autant être avancé comme élément de *preuve*. A cet égard, l'avertissement de Claude Bernard était déjà sans appel : « quand un fait prouve ce n'est pas, ce n'est point le fait lui-même qui donne la *preuve*, mais seulement le rapport rationnel qu'il établit entre le phénomène et sa cause »[3890]. Seul le *raisonnement expérimental* permet d'apprécier, et par suite de valider ou d'invalider, ce « rapport rationnel » entre effet et cause. En l'occurrence, le *raisonnement expérimental* impose d'analyser de façon différentielle les effets des soins ayurvédiques (et s'il s'agit de plusieurs préconisations, voire de plusieurs remèdes, les effets de chacun, un à un), par rapport à ceux de l'hormonothérapie. Or, à l'inverse des soins ayurvédiques, les preuves scientifiques d'efficacité du blocage androgénique complet (BAC) seul dans les cancers prostatiques (selon des critères de réduction tumorale et de mortalité liée au cancer) sont nombreuses ainsi qu'en témoigne une riche littérature scientifique internationale à ce sujet. Pour Tursz, comme pour tout autre médecin occidental fidèle aux principes de l'*EBM*, en l'absence d'élément de *preuve* – considérée comme valide d'un point de vue scientifique – quant à l'effet réel d'un ou des

[3889] *Ibid.*: "First, he is very well. He is very satisfied and in very good shape. So, it's good anyhow. Secund, I think it's very important to see, for me, that you're not stopping the former treatment. It's a sign of open mind and it means that we can try to do things together. But, on the other hand you have difficulties to evaluate what ayurveda is precisely doing because you are giving both therapies: allopathy and ayurveda".
[3890] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 111.

traitements ayurvédiques seuls (c'est-à-dire en dehors de toute hormonothérapie), la situation favorable actuelle de ce patient ne peut être portée qu'au seul bénéfice de l'hormonothérapie. Il est un fait qu'à ce jour, les soins ayurvédiques, quels qu'ils soient et dans quelque indication que ce soit, ne bénéficient pas de validation scientifique rigoureuse de leurs effets même si des études ont pu être publiées[3891].

3.3.1.2 – Quand la rationalité scientifique ne trouve pas d'écho

Il est possible que dans l'esprit de Tursz, parvenir à un premier niveau d'évaluation scientifique de l'apport des soins ayurvédiques, c'est-à-dire faire apparaitre ce quelque chose de plus qu'ils apporteraient (qu'il qualifie de "something additive") lui paraisse assez simple à mettre en œuvre. Peut-être imagine-t-il une étude clinique comparant simplement deux bras : hormonothérapie seule au titre de traitement de référence *versus* hormonothérapie (dont il ne serait pas éthique de priver un patient) + traitement ayurvédique. Mais cette facilité n'est que d'apparence, alimentant la déception de l'éminent scientifique. Sa persévérance à instiller du raisonnement expérimental, à souligner l'importance de la validation scientifique des soins préconisés vient buter contre divers obstacles. D'une part, ces traitements ne sauraient être comparables, et donc comparés, ne serait-ce que parce qu'ils ont vocation à se complémenter, ainsi que Tursz l'a lui-même compris lors de ses nombreux échanges. En matière de cancérologie, les soins ayurvédiques n'ont pas de prétention antitumorale. Ils œuvrent à une meilleure tolérance des traitements anticancéreux, dont la réduction de leurs complications (telles que la fatigue, les infections, le mal-être). L'étude suggérée plus haut n'aurait de sens, non pas à titre comparatif en tant que traitement du cancer, mais pour faire émerger cette meilleure tolérance aux traitements du cancer. Ainsi, il ne s'agirait pas, comme suggéré par Tursz, de suivre la cinétique tumorale via le taux de PSA mais d'évaluer la qualité de vie sous traitement[3892]. Or, les essais cliniques ont bien plus de difficultés à évaluer des critères qualitatifs (fatigue, bien-être, appétit, douleurs, humeur, etc.) que des données objectives *a fortiori* quantitatives comme la cinétique d'un marqueur tumoral, un taux de rémission ou de mortalité. D'autre part, si le Docteur K.G. Raveendran n'est pas complètement hermétique au *raisonnement expérimental*, s'il peut même en comprendre l'intérêt (ainsi qu'en témoignent ses acquiescements et ses sourires complices lors de ses échanges avec Tursz), pour autant il semble assez clair qu'il ne le mobilise pas. C'est que leurs rationalités, à l'un et à l'autre, le médecin scientifique et le médecin ayurvédique, sont bien différentes. Tursz en a pris pleinement conscience ainsi que l'illustre ce propos :

> […] dans ma façon de penser, enfin le paradigme c'est « une cause, une maladie, un traitement » et eux ils ne raisonnent pas du tout comme cela et à la limite, quelle que soit la maladie, ils parlent d'ensemble, d'équilibre. Ils ne cherchent pas à nommer les maladies, ils ne cherchent

[3891] Une recherche PubMed avec le mot clé « ayurvedic medicine » identifie 4638 articles. Outre la réhabilitation et la préservation de la santé, les soins ayurvédiques ont ainsi été évalués dans divers cadres pathologiques : pathologies rhumatismales, y compris arthrite rhumatoïde, cancers, diabète, affections pulmonaires et psychiatriques.

[3892] De façon indirecte, l'amélioration de la qualité de vie sous traitement anti-cancéreux, pourrait en améliorer la tolérance, donc l'observance, et donc possiblement aussi l'effet antitumoral. Une analyse fine de la complétude du traitement anti-cancéreux (en termes de doses et de calendrier) pourrait permettre de clarifier un tel effet.

> pas à comprendre les maladies, ils ne cherchent pas à soigner la maladie, ils cherchent à soigner [les patients] … et là il y a hiatus[3893].

Par cette formule percutante dans sa linéarité et sa limpidité, « une cause, une maladie, un traitement », qu'il qualifie lui-même de « paradigme » Tursz rappelle que le *déterminisme* est au fondement du raisonnement scientifique et donc de la biomédecine qu'il pratique, tel un dogme qu'il n'est pas possible de remettre en cause. Parler de paradigme lui permet de souligner l'importance de distinguer ce qui relève du scientifique et ce qui n'en relève pas. Or, cette équation – dans laquelle il est notable que *le malade* n'apparait pas – n'est pas applicable à la médecine ayurvédique puisque de mêmes soins et de mêmes remèdes ayurvédiques peuvent être proposés à des personnes souffrant de maladies pourtant très différentes. De même, l'objectif d'« équilibre » global de la personne visé par l'ayurvéda[3894], quelles qu'en soient les causes potentielles et innombrables de déséquilibre, est incompatible avec l'usage de la méthode expérimentale, ne serait-ce qu'au regard du caractère éminemment variable et subjectif (au sens canguilhemien de normatif[3895]) de la définition et du périmètre de cet état dit d'*équilibre* en fonction des individus et de leur évolution au cours du temps. Il n'est ainsi pas simple pour Tusz de constater, et de devoir accepter, que le raisonnement expérimental puisse à ce point faire défaut à un médecin ayurvédique pourtant respectable et même, de son point de vue, d'une grande valeur quant à ses qualités soignantes, tel que le très apprécié Dr K.G. Raveendran. Ce dernier s'en tient strictement aux *faits* (« il n'y a pas de progression de la maladie », « il n'a plus de douleurs », etc.) et ne se préoccupe donc pas de les étudier de façon analytique. Sa démarche est empirique précisément comme Claude Bernard la définissait en son temps :

> L'empirique [est celui] qui a foi dans l'action des remèdes comme moyens de changer la direction des maladies et de les guérir, [il] se contente de constater empiriquement les actions médicamenteuses sans chercher à en comprendre scientifiquement le mécanisme[3896].

K.G. Raveendran ne cherche pas à évaluer scientifiquement, en s'appuyant sur la rigueur expérimentale, le « rapport relationnel » entre un phénomène et sa cause[3897]. Délesté du souci de la preuve scientifique impliquant pour sa validation d'en obtenir une compréhension fine fondée sur la raison expérimentale, seuls lui importent les bénéfices thérapeutiques pour ses patients et sa confiance dans les remèdes qu'il utilise à cet effet. Et en plus d'être empirique cette démarche est aussi inductive. Tel remède et/ou telle intervention ayant apporté des résultats cliniques favorables, leur préconisation sera reproduite voire étendue à d'autres indications (éventuellement très diversifiées) si elles ont en commun le symptôme qui a été efficacement soulagé. C'est ainsi qu'au sein du Garden AVP, la catégorisation en « plantes utiles

---

[3893] Brook Simon. *Op. cit*.
[3894] *Ibid.*: "once the disease manifested you should not restrict the treatment to the soul only, in order to address the problem in the mind and then, later, correct the problems in the body".
[3895] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*
[3896] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 357.
[3897] *Ibid*., p. 111.

pour traiter le cancer »[3898] ne résulte pas de données expérimentales mais de constats cliniques d'un effet antitumoral, sans précision du type d'organe atteint, du type de cancer lequel peut pourtant beaucoup varier y compris au sein d'un même organe, ni même de l'intensité des effets constatés. Des *faits* singuliers peuvent ainsi conduire à des conclusions générales telles que la mention « utile pour traiter le cancer ». Une telle catégorisation émanant de données empiriques, entre naturellement en conflit avec l'ambition scientifique visant la plus grande précision possible en usant pour cela de preuves fondées sur le déterminisme des causes.

3.3.1.3 – Quand ce qui cristallise la divergence avec la science ouvre aussi à la rencontre et au dialogue

En dépit de cette incompatibilité pourtant manifeste, Tursz n'en démord pas, il persévère dans son souci d'application de la méthode expérimentale aux soins que préconise l'ayurvéda. Certaines occurrences pourraient s'y prêter plus aisément, à l'instar de cette crème topique préparée au sein de l'Arya Vaidya Pharmacy (AVP) et utilisée pour favoriser la cicatrisation d'une plaie résiduelle étendue après l'exérèse d'un carcinome basocellulaire en échec de greffe cutanée. Tursz, qui s'émerveille des effets favorables de cette crème pressent son intérêt potentiel dans les radiodermites[3899], propose à K.G. Raveendran d'élaborer ensemble une étude clinique visant à l'évaluer de façon expérimentale[3900]. Il va sans dire que Tursz ne saurait en rester à l'approbation empirique de ses collègues indiens. L'usage de cette crème pour ses propres patients demeure conditionné à un tel préalable expérimental impliquant d'en valider scientifiquement la « composition chimique » précise, les mécanismes d'action qu'ils sous-tendent à l'échelle biologique, la réalité des bénéfices pour les patients de sorte à pouvoir ainsi fonder de façon rigoureuse le lien de causalité, c'est-à-dire un « rapport rationnel » entre un phénomène et sa cause. C'est pourquoi, Tursz n'hésite pas à questionner très directement ses interlocuteurs sur le contenu des remèdes ayurvédiques utilisés en tant que préalable indispensable à la compréhension de leur mécanisme d'action : « Essayez-vous de connaître les composés chimiques contenus dans ces produits ? Les connaissez-vous déjà ? »[3901]. Si la réponse « un peu » ("A litte") qui lui est faite a de quoi le soucier passablement, le constat de la présence d'une « étiquette » sur certains empaquetages l'incite à modérer son inquiétude[3902]. Il n'en demeure pas moins fort suspicieux puisqu'il projette de faire analyser à Paris la composition des produits ayurvédiques qu'a reçus Marinella[3903], une attitude révélatrice de la constance et de l'acuité du doute scientifique à l'œuvre dans le moindre de ses raisonnements.

[3898] Brook Simon. *Op. cit.*: "There are several plants which are mentioned as useful in treating cancer. But we lack actual experimental data".

[3899] *Ibid.*: "Your topics are fantastic. Maybe an interest for us would be to use that for patients going radiotherapy radiation. Maybe to prevent skin problems with those patients. Would you be interested to do that study with me?".

[3900] Il entend par-là en analyser la composition précise et les conditions de production, ainsi que mesurer rigoureusement ses effets dans le cadre d'un essai clinique contrôlé et au mieux randomisé (répartition en aveugle par tirage au sort des patients) afin de prévenir les biais d'interprétation possible. Un tel protocole implique de comparer un groupe de patients recevant cette crème (et aucun autre traitement) à un groupe dit contrôle sans application de cette crème ou bien recevant une crème placebo, c'est-à-dire ne contenant pas le principe actif prédéfini (et là aussi aucun autre traitement).

[3901] Brook Simon. *Op. cit.*: "Are you trying to know which chemical compound is inside all of these products? Do you already know?".

[3902] *Ibid.*: « l'étiquette me semble être le symbole du fait qu'ils veulent comprendre ce qu'il y a dans leurs produits et qu'ils veulent arriver à des produits plus efficaces et qu'ils veulent comprendre comment ça marche ».

[3903] *Ibid.*: "Give me the two decoctions given to Nella and I will try to make it analysed in Paris".

Si le sujet de la composition chimique cristallise particulièrement leurs divergences d'approche, il rend aussi le débat d'autant plus intéressant ainsi que ces arguments du moine philosophe Ritodgata Mahasthita tendent à l'illustrer :

> […] chercher à déterminer la composition d'un médicament, c'est comme faire l'autopsie d'un mort. […] comment fonctionne un médicament [dans un organisme vivant] est très différent de sa composition chimique[3904].

> Si vous exprimez la couleur d'une fleur en des termes chimiques ou des pigments en termes de pixels ou [si vous définissez] l'analyse chimique d'un parfum ... mais on ne peut exprimer la fragrance, la couleur, l'harmonie, les contrastes de façon logique[3905].

Si la médecine ayurvédique ne cherche pas à s'opposer à l'allopathie, ni à renier toute logique, la divergence d'approche, s'exprimant ici autour du sujet de la composition des remèdes ayurvédiques, est effectivement profonde. Cet argumentaire n'est évidemment pas recevable pour un scientifique comme Tursz puisqu'il relève à la fois d'une tradition (culturelle et religieuse) et d'une approche philosophique toutes deux ancestrales. Au cœur de cette tradition, se trouve notamment le *Banyan tree*, un arbre sacré en Inde, porteur d'une forte puissance symbolique. Il est ainsi réputé pour ses divers pouvoirs de protection, d'apport énergie, d'apaisement mais aussi pour ses vertus médicinales. Son écorce, sa sève, ses feuilles entrent ainsi dans la préparation de nombreux produits ayurvédiques tels que des décoctions, des baumes, des tisanes. Opposer du doute scientifique à de telles justifications, y compris en invoquant l'opportunité d'apporter un gage de scientificité aux vertus médicinales attestées empiriquement du Banyan tree, est probablement inaudible pour des acteurs de l'ayurvéda. Aussi solide que soit l'argumentation expérimentale pour la justifier et sans pour autant percevoir une telle expertise scientifique comme intrusive et menaçante, ils la trouvent dénuée d'intérêt. Ritodgata Mahasthita compare cette entreprise de décomposition chimique à une expertise déconnectée du vivant, n'ayant au mieux de valeur que dans l'état inerte de la mort (« l'autopsie d'un mort »). Selon lui, la composition chimique précise ne peut prévoir ni l'action ni même la nature ultime d'un remède, celle-ci n'ayant de sens qu'au contact du vivant. C'est bien pourquoi, chaque remède agit toujours différemment au sein de chaque organisme vivant (ce dont Tursz n'est certainement pas ignorant).

L'herboriste et botaniste Vasudevan Nair manifeste lui aussi son désaccord à l'égard de ce qu'il qualifie de "microlevel studies", à savoir l'analyse de la composition à l'échelle moléculaire et, par contraste, sa déception de voir si peu de personnes étudier les plantes dans leur ensemble.

[3904] *Ibid.*: "A little but going for the composition of a drug is just like doing a post-mortem examination on a body. How to understand living organism is functioning … because a combination of a drug and this thing … how a drug is functioning is very different from the chemical composition".
[3905] *Ibid.*: "If you express the colour of a flower in chemical terms or the pigments in pixels or the chemical analysis of a fragrance … but the fragrance itself, the colour, the combination, the contrast, everything, it can not be expressed in logic. So, allopathy is more logic, but ayurveda and other systems, they are more like the way of feelings and the totality".

Selon lui, en ne s'intéressant qu'à la molécule, on en oublie la plante en elle-même[3906], entendue ici comme symbole de la nature[3907]. Il faut dire que son argumentaire relève aussi d'une approche philosophique positionnant l'homme au cœur de la nature et comme partie intégrante de celle-ci. « Malgré tous les progrès technologiques et les avancées scientifiques, nous faisons fondamentalement partie de la nature, tout comme un brin d'herbe ou une sauterelle »[3908] explique-t-il. D'une part, il rappelle par-là que la médecine ayurvédique est, préalablement à toute autre considération, fondée sur une philosophie de la vie. D'autre part, il justifie aussi l'importance d'être au plus près des produits de la nature, donc d'utiliser chaque plante dans son intégralité, et non pas seulement certaines des molécules ou certains des composés chimiques spécifiques qui en ont été extraits. Il mobilise à cet effet l'argument d'une reconnaissance plus évidente de l'organisme ("more familiar to the body") et conséquemment d'une meilleure tolérance contrairement aux chimiothérapies qui sont grevées d'importants d'effets secondaires[3909]. L'objet n'est pas ici de contredire ou de corriger de tels arguments, mais de mieux appréhender les divergences de raisonnement entre le scientifique occidental et l'herboriste indien. Le désaccord pourrait d'ailleurs sembler consommé lorsque l'herboriste explique encore qu'« en matière de médecine ayurvédique, ce n'est pas une plante pour une maladie. Une seule préparation peut contenir jusqu'à cinquante parfois soixante ingrédients. C'est ainsi qu'elle en arrive à être bien équilibrée »[3910]. S'il est indéniable qu'une telle explication est en opposition complète avec le paradigme déterministe « une cause, une maladie, un traitement » énoncé et soutenu par Tursz, il n'y a pourtant ni conflit ni rupture entre les deux hommes. C'est, tout au contraire, un véritable dialogue qui s'est mis en place, l'un et l'autre respectueux, curieux et attentifs aux vertus de leurs approches respectives. C'est ainsi que l'herboriste reconnaît clairement que le défaut de données expérimentales rend l'ayurvéda inopérante en matière de cancer quand bien même elle contribue à améliorer l'état général des patients en les aidant à surmonter les complications du cancer et de ses traitements[3911]. En miroir, l'attitude de Tursz, d'attention et parfois même d'acquiescement à l'écoute de ses homologues indiens, suggère qu'il semble lui aussi capable de reconnaître le réductionnisme et l'anthropocentrisme de l'approche scientifique. Il n'en demeure pas moins qu'il lui reste

---

[3906] *Ibid.*: "Even today, only very few people are studying plants at their all. They are going to molecular levels. Microlevel studies. They forget the plant. Only the molecules are important to them".

[3907] Le sujet n'étant pas ici d'étudier l'ayurvéda et ses fondements, le concept de « nature » tel qu'il est entendu dans la culture indienne au travers des textes sacrés de l'Inde antique (les *Véda*) ne sera pas non plus développé ni discuté. Je retiendrai comme définition simple de la nature (en écho à la comparaison de l'humain à un brin d'herbe proposée par l'herboriste Vasudevan Nair), l'ensemble de la réalité matérielle constituant l'univers et considérée comme indépendante des interventions humaines. Site du CNRTL consulté en ligne le 14 décembre 2024 : NATURE : Définition de NATURE.

[3908] Brook Simon. *Op. cit.*: "But we are natural objects. We are part of nature. We can not go against the principles of nature. In spite of all the technological development, scientific acquirements we are still basically part of nature just like a grass, like a grasshopper we're also part of the nature".

[3909] *Ibid.*: "Thomas Tursz (TT): You know that we are also using chemicals extracted from plants. They are very potent anti-cancer agents. Vasudevan Nair (VN): But isolating molecular only one part of them. TT: It's true. VN: if you're using the all thing, that will be more natural and that will be more familiar to the body. Because treatment for cancer is always having side effects".

[3910] *Ibid.*: "In ayurveda, there is no one plant, one disease. Sometimes there may be fifty to sixty ingredients used in one preparation. So, the preparation will be well balanced".

[3911] *Ibid.*: "There are several plants which are mentioned as useful in treating cancer. But we lack actual experimental data ». On notera ici le caractère litigieux du sous-titre proposé en traduction du documentaire : « Mais on manque de vraies données ».

fermement attaché, soucieux de l'appliquer aussi aux interventions que propose la médecine ayurvédique, convaincu que leur validation scientifique est indispensable.

En réalité, de reconnaissance scientifique, les spécialistes de la médecine ayurvédique ni ne la recherchent ni n'en veulent. C'est fut bien là l'objet de notables surprise et déception pour Tursz pour qui renoncer à la scientificité et à la reconnaissance qu'elle sous-tend est particulièrement difficile à comprendre. Il eut beau féliciter le Docteur K.G. Raveendran pour la qualité de ses soins et l'encourager à s'atteler à l'obtention de preuves scientifiques à même de valider les apports très concrets de l'ayurvéda, cette invitation a toujours achoppé. S'il a certes accepté l'idée, à l'instigation de Tursz, de mener ensemble une étude clinique à même d'évaluer les propriétés cicatrisantes d'une crème ayurvédique, sa motivation diffère de celle de Tursz. « Bien sûr, c'est important pour la population. Il faut développer de nouvelles techniques. Il faut joindre toutes nos forces pour le bien de l'humanité, n'est-ce pas ? »[3912], lui répond-il. Ce qui le motive n'est donc pas l'accroissement de la connaissance scientifique. Il n'est pas non plus soucieux d'une validation scientifique des bienfaits de cette crème, à même d'assurer son enregistrement auprès des instances sanitaires internationales en charge de la régulation de l'accès aux produits de santé, à l'instar de la *Food and Drug Administration* (FDA) ou de l'*European Medicines Agency* (EMA) [3913], alors que cela permettrait sa commercialisation et une capitalisation financière en conséquence. Il est encore moins porté par l'appât d'une publication scientifique. Il est ici tout à fait clair qu'il n'y a, pour les spécialistes de la médecine ayurvédique, ni prétention à la scientificité de leurs soins ni souci de reconnaissance, *a fortiori* scientifique. Peut-être d'ailleurs que K.G. Raveendran n'accepte de participer à cette étude clinique que par respect pour Tursz et pour l'aider dans ce projet de donner accès à ses patients à ce type de préparation. Le processus de validation scientifique et de développement d'un médicament jusqu'à son autorisation de mise sur le marché (AMM) est en réalité extrêmement complexe, lourd et couteux, en plus d'être conditionné aux bénéfices attendus. C'est pourquoi l'enthousiasme de Tursz pour cette crème ayurvédique peut ne jamais trouver matière à se traduire en France sous quelque modalité que ce soit. Le décalage est grand entre ces deux pays, ces deux cultures, ces deux modalités radicalement différentes d'être au service de personnes malades pour les soigner. Il n'en demeure pas moins que les *faits*, parce qu'ils s'imposent autant aux médecins scientifiques qu'aux médecins ayurvédiques, constituent un point de rencontre incontestable. C'est pourquoi le refus de reconnaissance scientifique n'empêche pas la rencontre possible entre des cultures très différentes du soin.

3.3.1.4 – Quand repenser sa complémentarité à la science médicale permet de renouer avec les valeurs de l'empirisme

A priori, pour Tursz, aussi manifestes, captivants (puisque susceptibles de répondre à des besoins médicaux non couverts par un système de santé occidental[3914]) et convaincants en

[3912] *Ibid.*: "certainly, it's good for the public. We have to come out with some other new technics. All the forces to join together for the better health of human being, no?"

[3913] Site consulté en ligne le 14 décembre 2024 : U.S. Food and Drug Administration ; European Medicines Agency (EMA).

[3914] Brook Simon. *Op. cit.*: "you're taking chronic disease with much more courage and much more long vision than what we are doing. […] more or less we are not taking care of these patients, because we are sending them in places where there are no money, and they are staying there for the rest of their lives in very sade conditions".

apparence soient-ils, les *faits* ne suffisent pas. Claude Bernard l'avait rappelé en son temps avec vigueur : « Un fait n'est rien par lui-même, il ne vaut que par l'idée qui s'y attache ou par la preuve qu'il fournit »[3915]. Cela conduit pourtant à s'exposer à bien des renoncements dont celui de se priver d'une simple crème cicatrisante pourtant manifestement efficace. Pour avoir lui-même vécu, en tant que cancérologue, des périodes de désenchantement, Tursz ne peut ignorer ce caractère déceptif de la science médicale et toutes les restrictions qu'elle impose. Sa persévérance dans l'application de la méthode scientifique, par nature portée vers la production de nouvelles connaissances et l'innovation, est par ailleurs d'autant plus troublante qu'elle vient immanquablement buter contre l'immuabilité de pratiques ancestrales de soin. Alors qu'il connait si bien les limites et restrictions de la médecine scientifique, il se comporte pourtant comme s'il n'y avait pas lieu de les relever. Mais, soucieux qu'il est du soin porté à ses patients, peut-être n'est-ce en réalité qu'une posture.

Comme mu par l'éthos du scientifique, Tursz n'a de cesse de vouloir toujours aller au-delà des faits, c'est-à-dire d'en comprendre les mécanismes en déployant, grâce au raisonnement expérimental, autant d'hypothèses théoriques à tester que ces faits lui apparaissent nouveaux, inattendus, troublants, inexpliqués. Comme si, plus forte que toute déception, la résistance imposée par les faits venait d'autant plus exciter ce doute scientifique à l'œuvre dans sa façon de raisonner et d'appréhender les phénomènes en lien avec les maladies et les soins. C'est ainsi que fasciné par certaines des observations qu'il a pu faire en Inde, tant les effets cliniques constatés s'avéraient dignes du plus grand intérêt (les témoignages de satisfaction des patients y aidant d'autant plus), Tursz n'a eu de cesse d'en comprendre les mécanismes. Or, le raisonnement expérimental est de type hypothético-déductif. D'aussi près qu'elle ait pu se frotter au réel, une théorie scientifique reste une hypothèse *faillible* devant toujours être soumise à révision[3916]. C'est en (ré)appréciant régulièrement sa résistance au réel, c'est-à-dire en se confrontant à l'épreuve des *faits* du réel, que la démarche scientifique peut et doit réviser ses théories, puisqu'elles sont, et resteront toujours, par nature hypothétiques et donc conjecturales. Il se trouve peut-être là un trait distinctif entre un médecin scientifique et un médecin ayurvédique, à savoir cet attachement indéfectible du premier au *doute scientifique*, non seulement telle une modalité d'être, mais également comme condition de possibilité d'approcher au plus près le réel. Cet intérêt pour les *faits* du réel est peut-être aussi et surtout le trait d'union inaltérable entre empirisme et scientificité.

Il est éclairant de revenir à Claude Bernard et aux toutes premières phrases de l'*Introduction* tant elles mettent en valeur les apports de la pratique empirique de la médecine. Ainsi rappelle-t-il que « dans sa marche à travers les siècles, la médecine, constamment forcée d'agir, a tenté

[3915] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 110-111. Claude Bernard développe sa justification de l'importance incontournable du raisonnement expérimental comme suit : « Les faits seuls sont réels, dit-on, et il faut s'en rapporter à eux d'une manière entière et exclusive. *C'est un fait*, un fait brutal, répète-t-on encore souvent ; il n'y a pas à raisonner, il faut s'y soumettre. Sans doute, j'admets que les faits sont les seules réalités qui puissent donner la formule à l'idée expérimentale et lui servir en même temps de contrôle ; mais c'est à la condition que la raison les accepte. Je pense que la *croyance* aveugle dans le fait qui prétend faire taire la raison est aussi dangereuse pour les sciences expérimentales que les *croyances* de sentiment ou de foi qui, elles aussi, imposent silence à la raison ».

[3916] Popper Karl. *Conjectures et réfutations. Op. cit.*

d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme et en a tiré d'utiles enseignements »[3917]. Aussi invite-t-il à penser la complémentarité de la médecine empirique et de la médecine expérimentale plutôt que leur incompatibilité[3918]. Pour ce faire, il commence par souligner l'importance de se prémunir « de ces deux dispositions radicales de l'esprit » qui peuvent affecter l'empirique autant que l'expérimentateur. Le premier, insouciant de son ignorance du mécanisme des actions médicamenteuses, « n'est jamais dans l'embarras ; quand un remède a échoué, il en essaye un autre » ; la croyance qui en résulte, à savoir qu'il disposerait d'un immense arsenal à recettes thérapeutiques, le rendrait étonnamment bien plus populaire que l'expérimentateur[3919]. La disposition radicale de ce dernier est, tout à l'inverse de l'empirique, celle de « l'expectation que lui commanderaient ses doutes et ses incertitudes »[3920]. L'ignorance de la compréhension scientifique précise des mécanismes le priverait trop souvent de pouvoir agir. C'est pourquoi, il s'empresse d'ajouter :

> Le médecin expérimentateur ne devra donc pas être […] un simple physiologiste qui attendra les bras croisés que la médecine expérimentale soit constituée scientifiquement avant d'agir auprès de ses malades. […] Le médecin expérimentateur sera donc, comme l'empirique, capable de porter secours aux malades avec tous les moyens que possède la médecine pratique ; mais de plus, à l'aide de l'esprit scientifique qui le dirige, il contribuera à fonder la médecine expérimentale »[3921].

Bernard rappelle ici la fonction première du médecin : « *Conserver la santé et guérir les maladies* »[3922]. C'est l'incipit de son *Introduction*. Et pour ce faire, la médecine est « constamment forcée d'agir » même lorsqu'elle ne dispose pas encore des connaissances scientifiques à même d'éclairer l'ensemble des mécanismes à l'origine des maladies et de l'action curative des médicaments de son arsenal thérapeutique. Même s'il peine encore à « comprendre ce qu'il fait », son devoir envers les patients l'oblige. C'est pourquoi il est évident pour Bernard, et l'actualité la plus contemporaine de la médecine continue de le confirmer, que « dans la pratique il doit y avoir fusion de ces deux points de vue [celui de l'empirique et celui de l'expérimentateur], et leur contradiction apparente doit disparaître »[3923]. Que Tursz essaie toujours de (ré)introduire une dynamique d'expérimentation méthodique dans un souci de compréhension des mécanismes à l'œuvre dans l'action thérapeutique des remèdes ayurvédiques ne le positionne ni en juge ni en opposant des spécialistes de l'ayurvéda et de leur démarche empirique. Inversement, que K.G. Raveendran ne soit pas soucieux de prouver scientifiquement la réalité de l'action thérapeutique de ses remèdes en œuvrant au dévoilement de leurs mécanismes physiologiques ne le positionne pas non plus en résistance face à la démarche scientifique de la biomédecine occidentale. Dans ce que le documentaire *Mon docteur indien* nous donne à entrevoir, ni l'un ni l'autre ne s'opposent ni ne se récusent. Ils

---

[3917] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 31.
[3918] *Ibid.,* p. 350 : l'intitulé du sous-chapitre 3 au sein du chapitre IV (« Des obstacles philosophiques que rencontre la médecine expérimentale ») est, à cet égard, particulièrement clair : « La médecine empirique et la médecine expérimentale ne sont point incompatibles ; elles doivent être au contraire inséparables l'une de l'autre ».
[3919] *Ibid.,* p. 357
[3920] *Ibid.,* p. 358.
[3921] *Ibid.,* p. 360-361.
[3922] *Ibid.,* p. 31.
[3923] *Ibid.,* p. 358.

s'écoutent mutuellement et se manifestent réciproquement autant d'intérêt que de respect. Le scientifique expérimentateur serait heureux de faire profiter ses patients sous radiothérapie d'un crème ayurvédique favorisant la cicatrisation cutanée tandis que le praticien empirique usant de remèdes ayurvédiques accepte de contribuer à un essai thérapeutique visant à tester de façon expérimentale cette crème convoitée par son confrère occidental, comme de corréler ses soins à la cinétique d'un marqueur tumoral (le taux de PSA) pour mieux apprécier la réalité de son effet antitumoral. Une telle dynamique vient pleinement illustrer et confirmer le propos de Claude Bernard :

> […] avant d'expérimenter en vertu d'une théorie scientifique, il faut avoir expérimenté empiriquement ou *pour voir*. Or, l'empirisme, sous ce rapport, n'est pas autre chose que le premier degré de la méthode expérimentale[3924].

En paraphrasant Bernard, la médecine empirique et la médecine expérimentale sont non seulement compatibles mais inséparables. Les démarches et les actions de Tursz et de K.G. Raveendran ne sont pas en conflit mais complémentaires. Il ne s'agit, entre eux, ni de divergence ni de conflit de rationalité. Il s'agit bien au contraire, grâce à Marinella et au voyage qui aura permis cette rencontre, d'un pont entre la démarche empirique de la médecine traditionnelle indienne et l'ambition scientifique de la biomédecine occidentale. Cette complémentarité entre empirisme et scientificité ne s'applique pourtant pas qu'à ce type de rencontre, d'autant plus remarquable que les divergences culturelles sont grandes entre l'Inde et la France. Elle est pleinement d'actualité et omniprésente dans le quotidien des soins, y compris dans les pays les plus avancés en termes de biomédecine. En dépit de ses prouesses techniques et de ses remarquables avancées scientifiques, « la pratique médicale [reste] une chose extrêmement complexe »[3925]. Bien des situations au lit du malade mettent dans l'embarras les plus savants, c'est-à-dire ceux parmi les médecins les plus dotés scientifiquement qui n'ont dès lors d'autre issue que d'« employer tous les remèdes connus empiriquement » en plus d'aller « au-delà et essayer le plus possible de médicaments nouveaux »[3926] y compris, effectivement, en expérimentant d'abord « empiriquement ou *pour voir* ».

3.3.2 – La méthode détective et pragmatiste de résolution du doute

A l'occasion de ce voyage en Inde et de ses différentes rencontres avec des spécialistes de l'ayurvéda, Tursz ne se positionne ni en sachant face à ses interlocuteurs ni comme la personnalité scientifique de premier rang qu'il est en Occident. Grâce à cette attitude de détachement apparent à l'égard de son rang et de ses acquis scientifiques, en somme une attitude humble et respectueuse à l'égard des personnes qu'il rencontre, vis-à-vis de leurs savoirs propres comme de leurs pratiques soignantes, Tursz parvient à mener une enquête à la fois selon le principe du *doute détective* et celui de la méthode indiciaire[3927], mais aussi en cohérence avec la méthode de l'*enquête pragmatiste* telle qu'elle a été conceptualisée par Dewey[3928]. Grâce à

[3924] *Ibid.*
[3925] *Ibid.,* p. 350.
[3926] *Ibid.,* p. 360.
[3927] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le clinicien comme détective et le doute comme outil d'enquête*.
[3928] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey*.

cette méthode, que je qualifie ici de détective et pragmatiste, l'idée conductrice est que, même en l'absence de preuve scientifique, *a fortiori* en l'absence de possibilité de soumettre certains faits au filtre de l'expérimentation scientifique, une hypothèse (par exemple, l'hypothèse que tels soins ayurvédiques puissent être bénéfiques) pourrait non pas être rejetée mais explorée et éventuellement validée. La condition absolue d'une telle enquête, reposant dès lors sur des données empiriques, est que son résultat ne dépend pas de l'idée que l'on s'en fait[3929], mais de ses *effets pratiques*, ce que Dewey (porté par sa volonté d'affirmer l'indissociabilité de la pensée et de l'action) qualifie de *conséquences de l'action*[3930]. Si la démarche d'enquête pragmatiste peut sembler d'autant plus acceptable qu'elle prend pour modèle la rationalité expérimentale, il importe de clarifier ce qui l'en différencie et les limites éventuelles qui pourraient en résulter.

3.3.2.1 – Douter en détective, douter en pragmatiste, même combat ?

Tursz parvient à douter et à mener sa recherche sur la médecine ayurvédique sans *a priori* quant à ce qu'il va découvrir ou, du moins, ne cherche-t-il pas à orienter la tournure de son enquête ni à aller dans le sens de conclusions qu'il aurait préétablies. Tel est l'attitude du détective, que la méthode indiciaire illustre au mieux[3931], à savoir suivre le cheminement vers lequel l'accumulation d'indices, de *preuves* (y compris de nature scientifique si elles existent), de faits concordants, le guideront progressivement sans préjuger de ce qu'elles apporteront comme conclusion. « Pour moi, c'est une visite extrêmement intéressante et à la fois très étrange. Cela ne correspond pas exactement à ce à quoi je m'attendais »[3932] dit-il. Avec un tel propos, Tursz confirme s'être mis dans la peau d'un détective, manifestement disposé à se laisser surprendre par des données inattendues, contradictoires, susceptibles d'induire des réorientations interprétatives majeures au cas où elles iraient à l'encontre de ses croyances et de ses connaissances. De telles données ne sont donc pas appréhendées comme indésirables, ou au contraire comme favorables si d'aventure elles allaient dans le sens d'une intuition, mais sont prises en considération comme toutes les autres données recueillies, bien que naturellement évaluées en fonction de leur pertinence. Constater que de mêmes plantes sont utilisées pour produire des remèdes ayurvédiques destinés aux patients souffrant de cancer et pour produire des chimiothérapies anticancéreuses utilisées en Occident est pris en compte par Tursz. Mais il ne l'utilise pas comme un argument de défense au profit de la médecine ayurvédique comme de la biomédecine, ni dans l'idée de contribuer à une éventuelle caution scientifique de certains remèdes ayurvédiques.

Même si, ainsi que précédemment développé, il tente toujours de réintroduire une perspective expérimentale, il n'en fait pas un critère systématique, *a fortiori* d'exclusion, tant le présent

---

[3929] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit.* : « Il existe des réalités dont les caractères sont absolument indépendants des idées que nous pouvons en avoir ». Il s'agit de ce qu'il qualifie de méthode scientifique de fixation de la croyance. Je renvoie aussi au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce*.

[3930] Truc Gérôme (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « La pensée américaine », quatrième épisode *la vérité dans le pragmatisme chez Dewey*], France culture, 8 novembre 2012. En ligne : La pensée américaine (4/4): la vérité dans le pragmatisme chez Dewey (rediffusion du 29/09/2011) | France Culture, consulté le 10 mai 2023.

[3931] Ginzburg Carlo. *Op. cit*.

[3932] Brook Simon. *Op. cit*.: "for me it's a very interesting and strange visit. It was not exactly what I expected".

terrain d'étude s'y prête peu. Il ne la positionne finalement qu'en option exploratoire complémentaire et parvient ainsi à ne pas se comporter en prosélyte de la biomédecine. Cette posture est d'autant plus remarquable que les préjugés des bio-médecins occidentaux sont fort nombreux à l'égard des médecines traditionnelles et, plus généralement, à l'égard des soins considérés comme non conventionnels. S'il est certes impossible de se dévêtir complétement (en l'occurrence pour Tursz de retirer sa blouse blanche de clinicien cancérologue et de chercheur scientifique), donc de se libérer de ses influences théoriques, il parvient pourtant à faire ce pas de côté indispensable, à être non pas juge (en tant qu'expert scientifique) ou avocat (cherchant à faire gagner la science et ainsi condamner, en miroir, toute autre pratique de soins) mais observateur et détective.

La qualification de pragmatiste à la fois du doute et de l'enquête menée par Tursz peut assez logiquement s'entendre. D'une part, la philosophie pragmatiste américaine est directement inspirée de la méthode expérimentale promue par la science[3933]. En témoigne le propos de Peirce, au sujet de ce qu'il qualifie de méthode scientifique de fixation de la croyance à savoir que « tous les hommes, pourvu qu'ils aient une expérience suffisante et qu'ils raisonnent suffisamment sur ses données, seront conduits à une seule et véritable conclusion »[3934], propos qui n'est pas sans faire écho au principe du déterminisme. C'est donc une sorte de calque de la méthode scientifique à la différence importante que l'expérience doit être une expérimentation contrôlée et que le raisonnement doit s'appuyer sur la rationalité scientifique. Or, du fait de l'impossible application de la méthode scientifique au contexte théorique (ayant, en l'occurrence, pour référence une certaine philosophie de la vie et du vivant) et aux modalités pratiques de la médecine ayurvédique, Tursz se doit de rétrograder sur ce plan. On est en effet bien loin de l'expérimentation scientifique raisonnée, dont les conditions d'élaboration et d'application sont maitrisées (permettant notamment la reproductibilité comme la réalisation de contrôles négatifs) et dont le cadre d'observation permet d'identifier et d'éliminer les facteurs de confusion, d'erreur ainsi que l'interférence avec divers biais. C'est aussi parce que cela se situe en vie réelle et non pas dans un laboratoire de recherche au sein duquel tous les paramètres peuvent être contrôlés au mieux. Mais prenant tout de même référence sur la rationalité scientifique (le faillibilisme de Peirce[3935] faisant, bien avant l'heure, directement écho au principe poppérien de réfutabilité[3936]), l'enquête pragmatiste se présente comme une alternative pour le moins honorable. Enfin, le déroulé même des évènements confirme qu'il est effectivement dans une telle démarche pragmatiste (même s'il ne connait peut-être pas précisément lui-même un tel courant philosophique). Constatant la guérison de Marinella en dépit d'un traitement biomédical incomplet, et donc l'absence de rechute malgré les prédictions des bio-médecins, il s'en tient effectivement au fait que les « conséquences de l'action » viennent invalider la théorie qui l'avait motivée ce qui le conduit à mettre en doute et la théorie

[3933] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine*.
[3934] Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance*. *Op. cit*.
[3935] Tiercelin Claudine, *C.S. Peirce et le pragmatisme*. *Op. cit*., p. 113 : « Le faillibilisme reste donc la seule position théorique rationnelle : tout dans la science montre que la science n'est que probable et non nécessaire ; c'est bien le laboratoire qui lui a, soutient Peirce, appris que "trois choses sont impossibles à atteindre par le raisonnement : la certitude, l'exactitude, l'universalité absolue" ».
[3936] Popper Karl. *Conjectures et réfutations. Op. cit.*

et ses propres connaissances. C'est pourquoi, quand bien même les conditions ne lui permettent pas d'user en toute rigueur de la méthode expérimentale pour résoudre le doute scientifique ainsi soulevé par cette guérison inattendue, il se lance par tout moyen dans une enquête ayant pour but de comprendre « ce qui s'est passé »[3937]. Il use en l'occurrence pleinement de la démarche de l'enquête pragmatiste pour tenter de résoudre le doute dans lequel il se trouve plongé. C'est bien à partir de l'observation de ces effets pratiques tout à fait inattendus pour lui (une guérison inexpliquée scientifiquement, tout comme la cicatrisation de plaies, le soulagement de douleurs, la satisfaction des patients, etc.), comme d'un contexte également nouveau à ses yeux (le fait qu'une de ses patientes ait tiré bénéfice de soins ayurvédiques), qu'il s'engage dans une révision de ses connaissances antérieures, de sorte à pouvoir éventuellement les actualiser[3938].

3.3.2.2 – *In the mood for inquiry*

Tursz mène l'enquête et Marinella l'y aide efficacement. La mise en scène de ce film documentaire restitue pleinement le déroulement de ce voyage en lui donnant la forme d'une enquête à résoudre et non pas seulement comme le témoignage d'une expérience inédite de soins (pour Marinella) et d'une rencontre entre des cultures très différentes du soin (pour Tursz). Qu'il s'agisse du scénario, du rythme, de la musique, tout renvoie au tempo et aux enjeux d'une enquête, en l'occurrence de type détective mais dont la mise en œuvre emprunte régulièrement à la méthode pragmatiste deweyienne. Ce qui fait de Tursz non seulement un enquêteur détective – empruntant autant à Sherlock Holmes qu'à Jules Maigret, et se rapprochant en cela de la figure de l'interniste – mais aussi un investigateur repose sur sa façon logique et méthodique de procéder. Il envisage et explore toutes les pistes afin de parvenir à un dévoilement aussi large que possible de ce en quoi consiste la médecine ayurvédique, à la fois d'un point de vue théorique et de ce qui s'y passe d'un point de vue pratique. Ce qui permet aussi de qualifier cette enquête de pragmatiste vient du souci de pouvoir apprécier la réalité des faits dont témoignent les patients comme les soignants à travers l'expérience qu'ils en font, c'est-à-dire leur façon de vivre les uns et les autres cette expérience et de la partager au sens d'avoir en commun sa perception comme ses effets de transformation.

Pour mener à bien son enquête détective, c'est en toutes circonstances que Tursz se positionne en observateur attentif, à l'écoute aiguisée et toujours prêt à rebondir sur des faits et/ou des propos afin de les clarifier, les étayer, les vérifier, en demander (si possible) des preuves concrètes. Il se montre avide de toute explication et de tout indice, n'en négligeant aucun et en suscitant beaucoup au gré de ses nombreuses questions, demandes d'explicitation et de démonstrations. C'est ainsi qu'il demandera à voir, à toucher et même à goûter des plantes utilisées pour la production de remèdes ayurvédiques, à disposer d'échantillons voire de flacons entiers de ces remèdes, à visiter les usines de production pour en observer chacune des étapes du processus de fabrication. Il recueille bien d'autres indices, entre autres la liste des plantes

[3937] Brook Simon. *Op. cit*. : « en Inde pour comprendre un peu […] ce qui s'était passé » ; "I'm convinced that something is happening here".
[3938] Truc Gérôme (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique]. *Op. cit*.

mentionnées « utiles pour traiter le cancer »[3939] ou encore l'étiquette relatant la composition[3940] de certaines préparations. Le fait qu'il compte faire analyser le contenu des remèdes prescrits à Marinella fait d'ailleurs écho aux méthodes de la police scientifique. De plus, Tursz se déplace sur le terrain qu'il arpente et inspecte de part en part. De nombreux déplacements sont ainsi organisés, parfois pour suivre une piste préalablement initiée ou afin d'épuiser toutes les pistes possibles. C'est ainsi qu'il pourra visiter divers lieux stratégiques de la médecine ayurvédique et y rencontrer des personnes-clés pour le déploiement de son enquête : le moine philosophe, l'herboriste, le médecin chef d'un hôpital ayurvédique, le médecin ayurvédique de Marinella, des agents de la chaine de production des remèdes ayurvédiques, etc. Enfin, il rencontre aussi divers patients ce qui lui permet de constater par lui-même, c'est-à-dire cliniquement, les effets des remèdes ayurvédiques et d'apprécier leur niveau de satisfaction[3941]. Mais surtout, il peut écouter chacune de leurs histoires librement développées et hors la présence de leurs soignants ayurvédiques de sorte à en prévenir l'influence éventuelle. Sa façon de justifier son intérêt pour leurs histoires et d'encourager ces patients à lui expliquer ce qu'ils ont vécu avec la médecine ayurvédique est intéressante :

> Du fait de l'histoire complexe d'une patiente soignée à la fois dans mon institut de cancérologie et ici, j'aimerais comprendre les différences … si nous parlons de la même chose ou pas ? … si nous sommes complémentaires ? Si vous acceptez, je pense que votre expérience serait très intéressante à partager car vous avez une double culture. Vous vivez à Londres mais vous êtes d'origine indienne[3942].

Tursz justifie sa requête de témoignage en optant pour une posture humble. Il avoue le malaise qui a été le sien – preuve de l'état de doute « réel » qui l'a affecté – au constat des bénéfices de l'ayurvéda qu'avait pu tirer l'une de ses patients (Marinella), dont il qualifie l'histoire de « complexe », sous-entendu difficile à comprendre. Par ailleurs, il leur explicite clairement ce qui a motivé son enquête : essayer de comprendre les objectifs de la médecine ayurvédique et s'ils sont communs à la biomédecine (« si nous parlons de la même chose ») ; éclairer ce qui pourrait la positionner en alternative, ou bien si, au contraire, ce qu'elle propose ne peut être appréhendé que de façon distincte et donc en complémentarité (« si nous sommes complémentaires »). Enfin, il fait appel non pas à leur avis personnel sur le sujet (qu'il constate toujours positif) mais bien à leur « expérience » telle qu'ils l'ont vécue et se la sont appropriée. S'il opère de façon assez similaire auprès des soignants ayurvédiques, c'est-à-dire en sollicitant leur *expérience soignante*, il ne renonce pas à revenir aussi sur la question de la rationalité à l'œuvre dans cette pratique. C'est ainsi qu'il s'attelle à recueillir les témoignages d'un maximum de protagonistes – tels une succession de témoins entendus par un commissaire – et à en apprécier la concordance. S'il n'en pousse certes aucun dans ses retranchements, il va aussi loin que possible avec ses homologues indiens dans la contre-argumentation fondée sur la

[3939] Brook Simon. *Op. cit.*: "There are several plants which are mentioned as useful in treating cancer".
[3940] *Ibid.*
[3941] *Ibid.*: "It was a great medicine. For me, it was perfect, it was the right medicine".
[3942] *Ibid.*: "Because of the complicated story of a patient treated both in my cancer institute and here, I would like to better understand the differences … if we are speaking the same thing or not? … if we are complementary? And I think your experience would be quite interesting if you accept because you have both cultures. You are living in London but you are from Indian origine".

science, jusqu'à user du contradictoire pour mettre à l'épreuve le raisonnement et certains des faits qui lui sont présentés. Mais forts de l'*expérience* qui est la leur, aucun de ses interlocuteurs (patients ou soignant) ne sera déstabilisé.

Les scènes se succèdent telles les différentes étapes d'une enquête dont la teneur et le rythme piquent à la fois la curiosité et tiennent en haleine. Cette enquête détective, Tursz et Marinella semblent la mener de concert comme si cette dernière était sa co-équipière. Non que leurs rôles respectifs de soignant et de patiente constituent la raison de les distinguer, il importe pourtant de différencier leurs postures. Si Tursz parvient – au moins tout au long de la procédure d'enquête – à endosser le rôle du détective qui ne préjuge donc pas de ce qu'il va trouver, Marinella fait quant à elle clairement la promotion de la médecine ayurvédique. Elle n'y œuvre jamais avec agressivité mais avec son humour habituel (ainsi qu'en témoigne l'anecdote de l'étiquette sur laquelle je reviendrai plus loin en analysant un extrait que j'intitule « dialogue autour de l'étiquette ») et surtout selon le principe de l'*expérience partagée* ainsi que l'illustre ce propos autour d'un bain à base de mercure.

> J'aime la paix de ce lieu. Je pourrais y rester des heures. Je ne sais pas si c'est le résultat du bain, je ne sais pas comment il a été pour vous, mais pour moi il a été complètement régénérateur. […] ça me donnerait presque des ailes. Vous c'était comment ?[3943]

Une telle scène relate l'*expérience* d'une variété de soins proposée en médecine ayurvédique *vécue* par Marinella comme régénératrice. Tursz s'y prête lui aussi au titre d'une des étapes de l'enquête qu'il mène sur la médecine ayurvédique. Pour ce faire il *expérimente* par lui-même certains de ces soins. Une telle *expérience* se situe effectivement aux antipodes du processus d'*expérimentation scientifique* auquel il est bien plus habitué. Pour éviter les biais et s'assurer de sa reproductibilité, une expérimentation scientifique aurait impliqué la maitrise des conditions d'un tel bain, entre autres la composition chimique de l'eau, tout particulièrement sa teneur en mercure et en tout autre élément, mais aussi sa température, la durée d'immersion et sans doute d'autres paramètres devant être préalablement définis et stabilisés. Outre le niveau de satisfaction, il aurait fallu en analyser les effets sur la personne en usant de paramètres objectifs (tels que fréquence cardiaque, tension artérielle, température corporelle) de sorte à pouvoir corréler les effets constatés à des conditions précises, conformément au principe bernardien de déterminisme. Un tel protocole scientifique n'étant guère envisageable, la procédure d'enquête se situe présentement au niveau de l'*expérience* ainsi que l'enquête pragmatiste la considère, c'est-à-dire au cœur du monde tel un laboratoire en vie réelle. Définie par Dewey comme l'« interaction de l'être vivant et de son environnement »[3944], l'expérience au sens pragmatiste n'advient donc pas dans un cadre expérimental artificiel et déconnecté de la vraie vie. Il s'agit bien de faire l'expérience du monde et de ce qui le constitue, et non pas de se contenter d'une idée conceptuelle à son sujet, quand bien même elle reposerait sur des théories scientifiques.

[3943] Brook Simon. *Op. cit*.

[3944] Dewey John, Shusterman Richard (préface), Buettner Stewart (postface), Cometti Jean-Pierre (traduction coordonnée). *L'art comme expérience*. Paris: Gallimard; 2010 [1934], p. 80-81.

Pour Dewey, la dynamique de l'expérience est centrale, le fait de la vivre, de se l'approprier et d'en éprouver les effets d'ajustement et de transformation[3945]. Il vise ainsi à résoudre le dualisme opposant et dissociant l'esprit du corps, la pensée de l'action. Car ce qui constitue, selon lui, le vrai ne peut pas résulter de données intellectuelles abstraites, c'est-à-dire déréalisées, figées, universelles, en somme déconnectées de l'expérience du monde de la vie. Par centralité de l'expérience, Dewey sous-entend que les phénomènes du monde ne sont pas analysés et enregistrés du dehors par une conscience surplombante qui en serait dissociée, ils se vivent corps et âme mais aussi en conscience[3946]. A l'instar de la démarche intellectuelle, mais désincarnée, de l'expérimentation scientifique proposée plus haut, visant à évaluer les effets objectifs d'un bain ayurvédique à base de mercure, il importe pour en apprécier réellement les bénéfices pour la personne (y compris spirituels ainsi que la métaphore de l'envol – « ça me donnerait presque des ailes » – le suggère) de se plonger justement dans le bain de cette expérience. Car, pour Dewey, le vrai se situe dans l'expérience de l'interaction vive avec notre environnement (qu'il soit physique, affectif, familial, spirituel, écologique, professionnel, etc.) et qu'il qualifie de « transactions »[3947]. C'est pourquoi, ainsi que Marinella semble en avoir assez justement l'intuition, il s'agit non seulement d'une expérience à vivre, c'est-à-dire à éprouver dans ses effets de transformation (l'effet « régénérateur ») qui peuvent impliquer toutes les dimensions de l'être, mais aussi d'une expérience collective en tant que cet évènement sera d'autant plus authentique qu'il relève d'un vécu partagé. En plus d'être en adéquation avec l'expérience perçue par la personne, un phénomène qui se vit et qui est incarné au sein même de la relation intersubjective en acquiert d'autant plus de réalité, jusqu'à même susciter l'idée que l'objectivité serait le fruit de l'intersubjectivité. Une illustration, certes hypothétique, de ce type d'expérience collective située au cœur du système sanitaire pourrait être proposée. Peut-être est-ce, en effet, ce qui explique l'élan d'intérêt théorique autant que d'attention clinique des professionnels et des institutions sanitaires pour l'*expérience patient* et particulièrement pour ce qui se fait au sein des associations de patients, eu égard à la *puissance* transformante et donc d'innovation de cette expérience.

3.3.2.3 – Son enquête conduit Thomas Tursz à des découvertes inattendues et l'ouvre à une tout autre vision de la médecine traditionnelle ayurvédique indienne

Cette enquête mène Tursz à une série de constats inattendus, faisant tomber bien des *a priori* défavorables, autant de découvertes qu'il n'aurait pu soupçonner s'il n'avait pas opté pour cette attitude d'ouverture. C'est à une tout autre vision de la médecine ayurvédique que celle qu'il s'était imaginé qu'il va ainsi pouvoir accéder. Qu'elle soit fondamentalement une médecine du *care*, consistant en la « capacité à prendre soin d'autrui » et impliquant de dépasser les soins de santé en eux-mêmes, constitue l'un de ces constats. Il ne faudrait cependant pas tomber dans la caricature en opposant la biomédecine centrée sur le *cure* à la médecine ayurvédique centrée

[3945] Charpentier Arto (orateur). *Autour de la pensée de John Dewey – La nature et les conduites humaines.* Séminaire « Compréhension contemporaine du sujet » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 26 novembre 2020. En ligne : Autour de la pensée de John Dewey, la nature et les conduites humaines - Chaire de Philosophie à l'Hôpital (chaire-philo.fr), consulté le 23 août 2025.

[3946] *Ibid.* Renier Samuel. *Le corps et l'esprit de John Dewey*. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2022;Vol. 53(4):103-19.

[3947] Dewey John, Bentley Arthur Fischer. *Knowing and the known* Boston: Beacon press; 1949. Foucart Jean. *Pragmatisme et transaction. La perspective de John Dewey*. Pensée plurielle 2013;2(n°33-34):73-84.

sur le *care*. En Inde comme en France, les situations sont plus complexes. La biomédecine n'est pas dénuée de *care*, de même que la médecine ayurvédique n'est pas juste un art de vivre. Bien que très performante en matière de *care*, elle n'est pas dénuée de *cure* et dispose d'ailleurs à cet effet d'une pharmacopée. Pour autant, que cette dimension de *care* soit particulièrement recherchée par les patients optant pour les soins ayurvédiques conduit Tursz à réfléchir et à réviser sa position à leur égard. Il y parvient grâce à cette disponibilité au doute et à l'enquête pragmatiste.

3.3.2.3.1 – La médecine ayurvédique indienne ne se prétend pas être une alternative à la biomédecine

Premier constat étonnant pour Tursz, la médecine ayurvédique ne se positionne pas en alternative à d'autres médecines, telle la biomédecine, mais en complémentarité[3948]. Non seulement, elle ne la juge pas mais elle en respecte les consignes, les interventions (techniques et médicamenteuses) ainsi que l'agenda[3949]. Tursz est à ce point rassuré qu'il s'ouvre même à la perspective d'éventuelles collaborations[3950]. Ce préjugé que les médecines non conventionnelles auraient, par principe, la prétention de constituer une alternative à la biomédecine demeure largement véhiculé. Sous-tendu par le souci légitime de prévenir les dérives sectaires et le charlatanisme, cette crainte est alimentée par l'ignorance des fondements de ces pratiques soignantes et la peur qui en résulte. Tursz est lui-même en pleine découverte. Loin d'empiéter l'une sur l'autre, le fait que leurs cibles, leurs objectifs, comme leurs enjeux, soient distincts attestent de leur complémentarité. La distinction est d'ailleurs à ce point radicale qu'elle apparait très clairement dans les propos des différents interlocuteurs. D'un côté Tursz, représentant la biomédecine, précise le périmètre de son action : « Mon rôle principal est de traiter la maladie »[3951], en l'occurrence cancéreuse, et idéalement la guérir. De l'autre, aucun de représentants de la médecine ayurvédique témoignant dans ce documentaire ne vise explicitement un tel objectif. Le propos du moine philosophe, Ritodgata Mahasthita s'inscrit non pas en opposition mais comme en miroir inversé par rapport à celui de Tursz : « l'ayurvéda s'occupe des personnes, pas des maladies »[3952]. Ce programme d'*attention* à la personne qui n'a pas d'équivalence en biomédecine occidentale est particulier en ce qu'il l'invite et l'aide à revisiter par elle-même sa vision de la vie et à se remettre en phase avec ses aspirations. Ce processus dont l'ayurvéda peut favoriser la prise de conscience et le déploiement, Marinella le résume ainsi : « ce qui compte, si tu veux vivre, est de savoir ce que tu souhaites pour ta propre vie »[3953]. Le docteur K.G. Raveendran explique, quant à lui, qu'il « cherche à réduire les complications »[3954] du cancer et de ses traitements, mais qu'il ne cible pas le cancer lui-même. Enfin, le professeur Vasudevan Nair précise que « l'ayurvéda est plus un système visant la

[3948] Brook Simon. *Op. cit.*: "When somebody comes to me who is with allopathic medicines, I only tell them to have some supplements with ayurvedic medicines".
[3949] *Ibid.*: A cette observation de Tursz "what you told me which is for me very important, when you receive a cancer patient who is previously receiving allotherapy or chemotherapy. You are not telling him 'Stop it'?", Ritodgata Mahasthita répond "I will never say that".
[3950] *Ibid.*: "you're not stopping the former treatment […] it means that we can try to do things together".
[3951] Brook Simon. *Op. cit.*: "my main role was to treat the disease".
[3952] *Ibid.*: "Ayurveda deals with the persons, not with the diseases"; "Ayurveda treats the person, not the disease".
[3953] *Ibid.*: "the only lesson was to understand: If you want to live, what do you want to do with your life?".
[3954] *Ibid.*: "I try to reduce the complications".

préservation de la santé qu'un système visant le traitement des maladies »[3955], la définissant donc bien plus comme une médecine préventive (dont il est reconnu qu'elle est insuffisamment développée en France[3956]) que curative. Si donc elles ne se chevauchent pas, c'est parce qu'elles ont leurs propres insuffisances et peuvent ainsi tirer bénéfice de leur complémentarité. Encore faudrait-il que la biomédecine puisse reconnaitre et accepte humblement ses insuffisances. Tursz semble amorcer une prise de conscience lorsqu'il précise :

> J'admire le courage et la vision à long terme avec lesquels vous prenez en soin les malades chroniques. Nos propres résultats sont médiocres. En réalité, nous ne prenons pas réellement soin de ces patients que nous confions à des institutions peu dotées financièrement, où leurs conditions de vie sont très tristes[3957].

Ce constat que la médecine ayurvédique peut apporter beaucoup à des personnes se trouvant dans des situations où la biomédecine occidentale s'avère impuissante et/ou insuffisamment investie importe d'autant plus qu'il contraste avec l'illusion de toute puissance de cette dernière. Or les bénéfices de ses interventions sont d'autant plus spectaculaires en situation aiguë et de curabilité, tandis qu'elle rencontre très souvent les limites de ses performances en situation chronique évolutive[3958]. Mais surtout, ce que Tursz « admire » depuis ses références et son regard d'occidental, est une culture de l'accompagnement des malades chroniques qui est manifestement intégrée dans l'organisation sociétale et à laquelle la médecine ayurvédique contribue grandement[3959].

Si la médecine ayurvédique ne peut prétendre traiter le cancer, réciproquement la biomédecine ne peut prétendre apporter les bienfaits des soins ayurvédiques dont les patients témoignent. Tursz traduit ce constat de façon abrupte : « on ne parle pas de la même chose »[3960] ou encore « je n'en fais pas le même métier »[3961]. Le docteur Indulal ne dit rien de différent lorsqu'il explique qu'en médecine ayurvédique « l'approche du corps et de son fonctionnement est totalement différente de celle de la médecine conventionnelle »[3962]. Sur ce point, la position des patients est aussi éclairante, ainsi que le constate Tursz :

[3955] *Ibid.*: "Ayurveda is actually […] more a health care system than the system of treating diseases". "Ayurveda is advising to keep the body healthy […] according to certain lifestyle daily routines".
[3956] Eb Mireille, Rey Grégoire, « Mortalité prématurée » in Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier (dir.). *Traité de santé publique*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 2016, p. 383-394. Bourdillon François. *La prévention, la grande oubliée*. Médecine des Maladies Métaboliques 2022;16(3):249-54.
[3957] Brook Simon. *Op. cit.*.: "I admire is the fact that you're taking chronic disease with much more courage and much more long vision than what we are doing. Because our results are very poor, because more or less we are not taking care of these patients, because we are sending them in places where there are no money, and they are staying there for the rest of their lives in very sade conditions".
[3958] *Ibid.*: "When something is acute and when some emergency is needed, allopathy is better"; "that I understand Ayurvedic is much more to take care of what I would call chronic diseases than acute conditions".
[3959] *Ibid.*: "devoted mainly to children with very chronic, severe, neuropathic and encephalopathic diseases which was not expected".
[3960] *Ibid.*
[3961] *Ibid.*
[3962] *Ibid.*: "It's a concept about the body and its functioning which is totally different from the conventional medical system".

> Mais j'ai été frappé par le fait que des malades soignés aux Etats-Unis, en Angleterre, certes d'origine indienne mais quand même, disent pour mon cancer je suis suivi là-bas mais pour me remettre et être pris en charge humainement, moralement et pour récupérer c'est beaucoup mieux ici[3963].

Pour les patients eux-mêmes, la médecine ayurvédique n'est pas une alternative à la biomédecine. Ils font bien la différence entre les différentes modalités de soins et ne renoncent pas au traitement spécifique et validé scientifiquement de leur maladie. Ils n'adoptent donc pas une posture relativiste qui mettrait des soins si différenciés à équivalence. Ils s'avèrent d'autant plus sensibles au projet, à même de les rassurer, tel que le développe le docteur Indulal, de « rétablir un état d'équilibre en éliminant les toxines du corps ou en apaisant ses éléments [structurels ou fonctionnels] déréglés »[3964]. Le discours biomédical est, par contraste, beaucoup plus précis, technique et inquiétant (exérèse tumorale, chimiothérapie, rayons, détruire les cellules malades, toxicité des traitements, rémission, risque de rechute, etc.). Aussi simpliste et naïve puisse-t-elle paraitre à certains, l'idée générale, et pour le moins apaisante, de rétablir l'équilibre du corps ouvre à la perspective d'un rétablissement possible. Or une telle projection, qui peut être décorrélée du statut de guérison (ou pas) de la maladie, aide à accepter les principes et les contraintes de traitements curatifs parfois très agressifs[3965]. C'est bien à un tel projet de rétablissement et d'amélioration de la qualité de vie, quelle que soit la situation de la personne, y compris donc en cas de maladie chronique incurable, que la médecine ayurvédique s'emploie[3966].

3.3.2.3.2 – La médecine ayurvédique indienne déploie ce care qui est insuffisant en Occident

Second constat, les soins ayurvédiques peuvent non seulement être efficaces mais utiles. Ce qu'il ne pouvait croire sur la seule base du témoignage de Marinella, à savoir la pertinence et les bénéfices de la médecine ayurvédique, s'offre à ses perceptions. Il lui fallait donc en faire l'expérience très concrète, au contact direct des soignants ayurvédiques et de leurs patients, sur leur propre terrain. C'est tout l'intérêt de l'enquête pragmatiste que de pouvoir valider un certain nombre de pratiques qui ne se prêtent pas à la méthode expérimentale, offrant ainsi la possibilité d'une légitimation non pas scientifique mais pragmatiste par l'expérience. Son séjour fut certes trop court pour en découvrir toute l'étendue mais suffisant pour changer son regard sur cette approche soignante.

Tout d'abord Tursz découvre que les personnes pratiquant la médecine ayurvédique ne sont pas d'ineptes charlatans, manipulateurs et dangereux. S'il tient à souligner que Marinella a sans

---

[3963] *Ibid.*

[3964] *Ibid.*: "the purpose of the treatment is to bring back the balance either by eliminating the toxic factors from the body or by simply pacifying the deranged factors".

[3965] *Ibid.*: "Because ayurvedic medicines try to correct your body, to bring the balance of your physical energies. So that can actually go along with allopathic medicine to reduce the damage, to reduce the side effects".

[3966] Pachoud Bernard, Plagnol Arnaud, Leplege Alain. *Outcome, recovery and return to work in severe mental illnesses*. Disabil Rehabil 2010;32(12):1043-50. Pachoud Bernard. *Se rétablir de troubles psychiatriques. Un changement de regard sur le devenir des personnes*. L'information psychiatrique, 2012 ; 88 : 257-266. Tourette-Turgis Catherine, Gligorov Joseph, Fleury Cynthia, Pelletier Jean-François. *Including recovery in the care pathway after cancer*. Soins 2018;63(824):66-8.

doute sélectionné, pour ces rencontres, les meilleurs d'entre elles (suggérant un biais possible), son propos n'en est pas moins une vraie reconnaissance des qualités de ces praticiens :

> […] des personnes formidables dont j'aimerais effectivement avoir certains dans mon institut. J'ai vu des gens qui avaient une culture, une profondeur, qui avaient réfléchi et ça cela m'a ému, touché. J'ai eu des discussions d'un niveau extrêmement élevé. Utilisons le mot « admirable »[3967].

Semblant ici s'étonner que les soignants ayurvédiques puissent être des personnes instruites et capables de développer un haut niveau de réflexion, il se comporte ici comme l'antithèse du voyageur sceptique avide d'intégrer de nouvelles méthodes de savoir (théorique autant que pratique)[3968]. S'il formulera, en épilogue de son voyage, un vœu de collaboration constructive avec les acteurs de l'ayurvéda[3969], Tursz masque pourtant bien mal sa condescendance. Ce faisant, il dévoile son intention initiale, à savoir évaluer ce qui en médecine ayurvédique peut correspondre à ce qui se fait en biomédecine occidentale, sans avoir pris la peine de s'instruire au préalable au sujet de l'ayurvéda. Parce qu'il est ancré dans l'inconscient collectif des bio-soignants qui ont pour seul référence la science biomédicale, Tusrz illustre ce type de jugement négatif *a priori* porté sur l'ayurvéda, et plus généralement sur les médecines traditionnelles. Or, c'est parce qu'il a été pris d'un doute pluri-forme, à la fois affectif (son orgueil est piqué au vif), scientifique (il veut résolument comprendre) et détective (il est soucieux d'enquêter réellement, ce qui le déleste de ses *a priori*), qu'il a pu temporairement suspendre son jugement. Ayant rejoint à son insu, sans le savoir ni le vouloir, les principes de l'enquête pragmatiste portée par Dewey, il constate alors par lui-même combien la valeur d'un savoir ne peut être dissociée de l'expérience[3970]. C'est pourquoi cette conception préétablie que la médecine ayurvédique indienne serait une forme de charlatanisme se voit non seulement mise à l'épreuve des faits de l'expérience mais révisée, puisque l'enquête l'invalide. A contre-cœur certes, Tursz en reconnaît la conclusion.

Tursz découvre ensuite combien la médecine ayurvédique est particulièrement performante en matière de *care*. Nous tentons ici d'éviter une analyse comparative par trop simpliste et caricaturale, mettant en face à face l'aigu et le chronique, le curatif et le palliatif, le curatif et le préventif, le *cure* et le *care*, comme si l'un devait exclure l'autre alors même que les situations sont bien plus complexes et les frontières poreuses. L'aigu peut émailler un état chronique, le curatif n'exclut pas le palliatif et peut même y contribuer, le curatif n'est pas une fin en soi, le palliatif n'est pas synonyme de fin de vie, etc. C'est pourquoi, dans ce qui distingue biomédecine et médecine ayurvédique, importe-t-il non seulement d'éviter l'écueil d'une définition du *care* réduite à ce que le *cure* ne fait pas (le *cure* étant entendu comme ce qui est mis en œuvre pour guérir la maladie), mais surtout de souligner la façon dont le *care* est mis en

---

[3967] Brook Simon. *Op. cit*.
[3968] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Marinella Banfi et Thomas Tursz, des voyageurs du doute ?*
[3969] Brook Simon. *Op. cit*. : « J'ai rencontré, en quelques jours, des personnes formidables dont j'aimerais effectivement avoir certains dans mon institut ».
[3970] Dufaud Grégory. *John Dewey. La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Artefact 2017;5:240-1. En ligne : John Dewey, La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action, consulté le 1er février 2025.

œuvre dans une société donnée au regard de sa culture, de ses traditions et bien sûr du type de pratique médicale qui y prédomine. Eric Gagnon, sociologue, propose une définition en ce sens :

> Le *care* désigne l'ensemble des gestes et des paroles essentielles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus – la sollicitude, l'attention à autrui – qu'aux activités de soin – laver, panser, réconforter, etc. –, en prenant en compte à la fois la personne qui aide et celle qui reçoit cette aide, ainsi que le contexte social et économique dans lequel se noue cette relation[3971].

Ainsi, le *care* est loin de se réduire aux seuls soins de support visant à améliorer le confort de patients exposés à des interventions curatives entachées d'effets secondaires. Le champ d'action du *care* dépasse les « seuls soins de santé » puisqu'il repose sur le principe d'assistance mutuelle entre les individus visant à assurer le maintien de leurs besoins vitaux comme de leur dignité tout au long de l'existence, ce de façon amplifiée en situation de dépendance (période néonatale, enfance, maladie, perte d'autonomie liée au handicap et/ou au grand âge)[3972]. Si cette « attention active et responsable au bien-être de l'autre »[3973] a conduit à définir le *care* comme une éthique de la sollicitude en prenant pour référence le modèle maternel[3974], il a aussi été pensé au-delà de la différence de genre. Y compris pour Carol Gilligan, dont les travaux ont relevé la spécificité des femmes en la matière, le *care* n'est pas dévolu seulement aux femmes et n'est pas non plus réductible à une vision féministe[3975]. Indépendamment du genre, « L'éthique du *care* passe donc par la valorisation de cette culture, la mise en lumière de sa dimension morale et politique »[3976] analyse le psychanalyste Thierry de Rochegonde. Peut-être est-ce à un tel type d'éclairage que Tursz a pu être exposé grâce à ce voyage en terres ayurvédiques indiennes. A l'aune d'une toute autre culture, notamment en termes de soins de santé et plus généralement en termes d'attention à la personne, l'insuffisance d'engagement et d'organisation dédiés au *care* dans un pays comme la France, se révèle à Tursz avec une nouvelle acuité ; pour exemples : l'incapacité des familles à assumer, même partiellement, l'accompagnement de leurs ainés, la situation critique au sein de certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)[3977] ou encore les difficultés d'investissement à l'attention des personnes en situation de handicap. L'état d'esprit de Tursz durant ce voyage et sa posture d'enquêteur pragmatiste ont contribué à cet éveil puisqu'en

---

[3971] Gagnon Éric. *Care*. Anthropen 2016. En ligne : Gagnon Éric – Care – Anthropogen 2016, consulté le 6 mars 2026.
[3972] *Ibid.*
[3973] Raïd Layla, « Baier et la critique du libéralisme moral » in Paperman Patricia, Laugier Sandra (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politique du care.* Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2011 [1987], p. 285-300. En ligne : Le souci des autres - Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, consulté le 6 mars 2026.
[3974] Gilligan Carol , Kwiatek Annick (Trad.), Nurock Vanessa (Trad.), Laugier Sandra (préface), Paperman Patricia (préface). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; 2008 [1982].
[3975] Tronto Joan C., Ambroise Bruno (Trad.), « Au-delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care » in Paperman Patricia, Sandra Laugier (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politique du care.* Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2011 [1987], p. 51-77.
[3976] de Rochegonde Thierry. *Le souci des autres. Éthique et politique du care, Patricia Paperman, Sandra Laugier (dir.), nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2011*. Recherches familiales 2012;n°9(1):195-6.
[3977] Castanet Victor. *Op. cit.*

s'exposant à l'expérience très concrète des soins ayurvédiques il s'est ainsi rendu disponible à des perceptions inattendues. Dès lors à même de constater l'importance, la pertinence et l'efficience de ces soins du *care* pratiqués en Inde, il en vient à admettre que ces soins puissent ne pas avoir d'équivalent dans le système de santé français fondé sur la référence biomédicale, ce qui, plus ou moins, conduit à l'abandon (autant matériellement qu'humainement) de certains patients, condamnés à « vivre dans des conditions misérables »[3978]. Il apparaît alors plus clairement combien l'éthique du *care* en tant qu'elle fait prévaloir, dans son approche de la personne, la relation à autrui, la délibération par la parole, le principe de l'assistance mutuelle tout au long de la vie, implique un « effort collectif » et une certaine culture de l'attention et des soins[3979]. Alors que celle-ci est manifestement centrale dans la tradition ayurvédique indienne, elle fait clairement défaut dans une société occidentale comme la France. L'idée implicite que le doute pourrait être une condition du *care* émerge alors. Il n'est qu'à constater combien la biomédecine ne parvient pas même à voir l'illusion dans laquelle elle se trouve en mobilisant le concept de médecine personnalisée[3980], s'exemptant donc du moindre doute à ce sujet. Tout à l'inverse le *care* impose constamment de douter. Parce qu'il impose de toujours (re)questionner ce qui pourrait faire *care* pour tel ou tel patient et selon telle ou telle circonstance, il ne peut être standardisé.

3.3.2.3.3 – La médecine ayurvédique indienne offre une relation qui soigne

Troisième constat, pour être efficient, le soin ne peut se réduire à une technique optimale de guérison physique des maladies. Bien que rencontrant les plus grandes difficultés à s'extraire d'une position ethnocentrique, focalisée sur la science biomédicale occidentale, Tursz a peut-être pu au moins toucher du doigt l'importance pour les personnes malades d'un retour sur eux-mêmes en tant que reconfiguration subjective à l'aune de l'épreuve de la maladie. S'il y parvient, ce n'est certes qu'au prix de beaucoup de maladresse, de confusion[3981], voire de mépris (ce dont dénote son usage de superlatifs tels que le qualificatif « admirable »). Il tend, en effet, à réduire l'appétence pour les soins ayurvédique à une pratique religieuse[3982], ce qui, outre le sous-entendu erroné d'absence de rationalité scientifique, conduit à en nier les potentialités médicales pourtant bien réelles, ainsi qu'il a pu lui-même le constater. S'il apparaît qu'entre biomédecine et médecine ayurvédique les priorités ne sont pas situées au même niveau, peut-être est-ce précisément là que se joue un besoin fondamental pour la personne malade que la biomédecine s'évertue à ignorer. Quand, pour les acteurs biomédicaux, les priorités décisionnelles se concentrent sur la maladie seule, en médecine ayurvédique ces priorités se déplacent vers la personne malade, la maladie n'étant dès lors plus le critère exclusif de choix. C'est pourquoi, en médecine ayurvédique le *Je* décisionnaire se situe résolument du côté de la

[3978] Brook Simon. *Op. cit*.: "more or less we are not taking care of these patients, because we are sending them in places where there are no money, and they are staying there for the rest of their lives in very sade conditions".
[3979] Molinier Pascale, « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets » in Paperman Patricia, Sandra Laugier (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politique du care.* Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2011 [1987], p. 339-357.
[3980] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand la personnalisation biomédicale des soins ne fait pas ce qu'elle dit, elle génère malentendu et défiance.*
[3981] Brook Simon. *Op. cit*.: "Ayurveda is not just to do with the meditation or the spiritual part of being".
[3982] *Ibid. :* « Je pense que ce que j'ai appris est plus du domaine du sociologique, c'est l'importance du lien que créent entre les gens, la pratique d'une religion et les rites qui vont autour d'une religion ».

personne malade. L'histoire de Marinella illustre pleinement cette transition houleuse d'un *Je* décisionnaire situé du côté du bio-médecin proclamé seul sachant (« Donc il faisait tout : je, je, je… ») vers le *Je* décisionnaire de la personne malade, autonome dans ses choix et dotée de potentialité agissante (« Je m'en vais de cet hôpital » ; « je veux bien faire de la radiothérapie » ; « je vais suivre ce filon »). Une telle (re)configuration, que la formule « Je soigne ma leucémie »[3983] résume magistralement, ne manque pas de déranger prodigieusement le milieu sanitaire occidental et de susciter d'intenses résistances. Il est vrai qu'elle impacte fortement la dynamique de la relation de soin.

De fait, la modalité relationnelle à l'œuvre entre patient et soignant fait partie des éléments distinctifs majeurs entre médecine ayurvédique et biomédecine. La chosification du patient par la biomédecine organo-centrée et ultra-techniciste est aux antipodes de la médecine ayurvédique. La personne malade étant au cœur des préoccupations des acteurs de l'ayurvéda, la relation y est d'emblée et fondamentalement intersubjective. De plus, le moine philosophe Ritodgata Mahasthita présente l'établissement d'une relation d'amitié (« friendship »[3984]) comme condition prioritaire à toute autre considération. Il fait en cela écho à la *philia* de la médecine antique, elle aussi prioritaire aux interventions médicales ainsi que le rappelle Entralgo :

> Avant l'aide technique, avant l'activité diagnostique et thérapeutique, la relation qui unit médecin et patient est – ou doit être – amitié, ou *philia*. Aux yeux des Grecs de l'Antiquité, c'est cette *philia* qui constitue le fondement de cette relation[3985].

La *philia* de l'époque hellénistique précédait la technique médicale, c'est-à-dire la *tekhnê iatrikê*. Positionnant l'amitié comme première, le malade était donc considéré, comme en médecine ayurvédique, prioritairement à la maladie. Tout à l'inverse, la médecine contemporaine occidentale se focalise sur le symptôme, l'organe, la maladie en tant qu'entités distinctes de la personne malade mais surtout, elle bannit toute dimension d'amitié. Pourtant, la *philia* antique est à distinguer de ce sentiment d'affection particulièrement intense renvoyant à l'amour proprement dit et qu'il faudrait dès lors qualifier d'*eros*[3986], sur lequel la biomédecine fonde sa prohibition. Dans l'antiquité, le patient devient l'ami de son médecin parce qu'il aspire à la guérison, non parce qu'il éprouve de l'affection à son égard. Ainsi, la *philia*, en tant que volonté de guérison, conditionne l'engagement du patient dans les soins et participe à l'élaboration d'une relation de confiance. Et côté médecin, « l'amitié qu'il portait à son patient consistait à unir la *philanthrôpia* (amour de l'homme en tant qu'être humain) et la *philotekhnia* (amour de l'art de guérir) »[3987]. Là aussi, il ne s'agit pas d'une affection particulière à l'égard d'une personne singulière qui serait son patient, mais d'un état de *bienveillance*[3988] à l'égard de l'humain en général. Ainsi, la *philia* ou *philanthrôpia* en tant qu'attention humaniste à l'égard de toute personne conditionne et enrichit la *philotekhnia*, l'amour de l'homme conduisant donc

[3983] Brook Simon. *Op. cit*.
[3984] *Ibid.*: "First we try to obtain the friendship of the person".
[3985] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 17
[3986] *Ibid.,* p. 18. Entralgo s'appuie sur deux textes de Platon (*Le banquet* et *Phèdre*).
[3987] *Ibid.,* p. 21.
[3988] *Ibid.,* p. 19.

à l'amour de l'art de guérir. Une telle partition permet d'entrevoir la puissance thérapeutique de la relation de soin, en amont même de toute intervention technique. Mais c'est une partition que Tursz a bien du mal à comprendre, ainsi qu'en témoigne ce propos (déjà mobilisé plus tôt) de l'un de ses entretiens avec Marinella :

> On se revoit et on a une conversation très étrange où elle m'explique que je l'ai guérie par ma parole et par ma compréhension et en ne faisant rien du tout mais qu'elle a aussi été guérie par le fait qu'elle a été en Inde et qu'elle a rencontré des personnes extraordinaires qui pratiquaient des traitements ayurvédiques et que là elle avait été comprise […][3989].

Il ne faut certes pas nier dans cette configuration qui fut bénéfique à Marinella l'impact des remèdes ayurvédiques comme de la partie du traitement biomédical qu'elle a acceptée (chirurgie et radiothérapie). Mais comme le rappelle Entralgo : « le traitement commence avant toute prescription formelle »[3990] car le médecin est déjà, en lui-même, un médicament ainsi que l'a aussi développé le psychiatre et psychanalyste Michael Balint[3991]. Ce que révèle le témoignage de Marinella est, plus précisément encore, l'effet thérapeutique de la relation de soin, indépendamment de toute médication (« en ne faisant rien du tout »). Que cet effet soit sous-tendu par les phénomènes affectifs (« des personnes extraordinaires »), de suggestion et/ou de transfert[3992] (« je l'aie guérie par ma parole et par ma compréhension ») qui s'y jouent, la relation peut soigner nous dit-elle. Qu'il s'agisse de sa relation à Tusrz (« My French doctor ») ou bien de celle entretenue avec des spécialistes de l'ayurvéda (« My Indian doctor » ; « My Indian angel »), Marinella affirme que chacune de ces relations a œuvré à sa guérison.

Interloqué par cet échange, Tursz est manifestement sceptique (« étrange »). Il reste convaincu qu'il n'a « rien [fait] du tout » et que ce qui est arrivé à Marinella ne peut lui être imputable puisqu'elle a refusé son traitement. Tout au plus entend-il que l'attention première portée à la personne malade puisse contribuer au rapport de confiance[3993]. Hormis cela, il reste buté sur l'idée qu'il ne l'a pas soignée. Ne se laissant pas émouvoir par la résistance et le scepticisme de Tursz, Marinella n'en démord pas. Non qu'elle sous-entende qu'il puisse être un thérapeute bien malgré lui[3994], c'est-à-dire indépendamment de sa rationalité et sa rigueur scientifiques comme de ses instruments de travail. Ce qu'elle vient ici révéler est l'effet de la *concordance des intentions*, celle de soigner – qui peut notamment inclure « d'apporter une aide technique

---

[3989] Brook Simon. *Op. cit*.
[3990] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 206.
[3991] Balint Michael. *Op. cit*.
[3992] Dans son analyse à travers le temps de la relation qui unit le médecin et le malade, Entralgo associe la *philia* antique au concept technique de *transfert* théorisé par Sigmund Freud. Il relate (in Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 159-160) la première approche descriptive que ce dernier en fait en 1895 dans *Etudes sur l'hystérie* (Freud Sigmund, Breuer Joseph, Berman Anne (Trad.). *Etudes sur l'hystérie*. Paris: Presses Universitaires de France; 1992 [1895]) où il n'use pas encore du terme de *transfert* mais utilise la formulation « relation personnelle » : « Chez les malades qui décident de se livrer aux soins d'un médecin et de placer leur confiance en lui, si bien entendu ils le font volontairement et sans y être poussés, il est inévitable, tout au moins pendant un certain temps, qu'apparaisse au premier plan une gênante relation personnelle avec le médecin, et il semble même, d'ailleurs, que cette influence du médecin soit indispensable à la solution du problème ».
[3993] Brook Simon. *Op. cit*.: "The confidence! And you succeeded because she is your main support" ce qui, au regard du ton ironique employé par Tursz me semble pouvoir être traduit par « elle ne jure que par vous ».
[3994] Molière. *Le médecin malgré lui*. Paris: Rhéartis; 2024 [1666].

au malade » – et celle d'une « volonté de guérison »[3995]. Ainsi que le précise Entralgo, quand bien même il s'agit de deux états d'esprit – puisque l'intention n'est pas encore action –, par ailleurs bien distincts – d'un côté la volonté de guérir, de l'autre la volonté de soigner –, « le génie hellénique a eu l'habileté de les baptiser du même nom […] *philia*, ou « amitié » »[3996]. C'est bien cette « amitié médicale » – qui est dans la médecine antique au fondement de la relation entre patient et soignant – que révèle Marinella au sens d'une *puissance* tendue vers et pour le soin. Entendue au sens aristotélicien de potentialité de changement[3997], cette relation entre patient et soignant peut en effet porter en elle cette *puissance soignante*, où l'un et l'autre se rejoignent puisqu'il s'agit d'être guéri pour le premier, de guérir pour le second.

3.3.2.4 – Qu'en est-il des conséquences de cette enquête pour Thomas Tursz ?
Paraphrasant Dewey, je propose d'apporter quelques éléments de réponse à la question des *conséquences de l'action* sous-tendue par cette enquête. A l'issue de son voyage, même si Tursz accepte ultimement les *faits* – qu'il a lui-même constatés – que constituent les bénéfices des soins ayurvédiques, même si donc il les considère comme bien *réels*, il ne parvient pas à les accepter d'un point de vue scientifique. Pour Tursz, les faits ne prennent toute leur valeur qu'« à la condition que la raison les accepte »[3998]. En cela, il reste fidèle à Claude Bernard, à savoir : « Un fait n'est rien par lui-même, il ne vaut que par l'idée qui s'y rattache ou par la preuve qu'il fournit »[3999]. Même si, comme cela est souligné dans la démarche pragmatiste, les faits ont valeur de contrôle, en science les faits seuls ne suffisent pas, ils doivent être lus à la lumière de la rationalité scientifique ce qui implique de les soumettre à la procédure expérimentale. Car « ce n'est point le fait lui-même qui donne la *preuve*, mais seulement le rapport rationnel qu'il établit entre le phénomène et sa cause »[4000]. C'est pourquoi, parce qu'il reste un scientifique et qu'il aspire donc à la « vérité scientifique »[4001], Tursz n'intègre pas les bénéfices cliniques imputables à la médecine ayurvédique dans le champ d'application de ses connaissances. Pour autant – et cela constitue un changement significatif de sa part –, il ne les rejette *plus* comme il l'aurait sans doute fait au temps d'avant son enquête en terres ayurvédiques. *In fine*, si la méthode pragmatiste ne suffit pas à Tursz (par trop baroque peut-être en regard de la méthode scientifique) pour résoudre exhaustivement le doute qui est le sien, cela ne l'empêche pas d'agir, c'est-à-dire de préserver et même d'entretenir avec Marinella une riche relation de soin alors même que celle-ci avait d'abord été menacée de rupture.

Pourtant, même en Occident où la biomédecine est reine, la pratique médicale au quotidien est loin d'être toujours fondée sur des données scientifiquement prouvées. Bien des soignants n'ont pas, comme Tursz, cette double casquette – et donc double ambition autant que responsabilité – de clinicien au lit du malade et de chercheur scientifique. En médecine, il est courant de ne pas pousser un raisonnement médical, *a fortiori* expérimental (si tant est qu'un tel raisonnement soit réellement engagé) jusqu'au bout car ce qui compte c'est de pouvoir *agir* à la fois dans un

[3995] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 17.
[3996] *Ibid*., p. 17.
[3997] Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Livre IX, 1166b–1167a.
[3998] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 111.
[3999] *Ibid.*
[4000] *Ibid.*
[4001] *Ibid.*

temps contraint et d'une façon satisfaisante pour la santé des personnes malades. De même, lorsque la rationalité scientifique se trouve en contradiction manifeste avec certains faits médicaux, il n'est ni évident ni simple de se lancer, comme Tursz a pu le faire, dans une enquête pour en éclairer les rouages. Que ce soit du fait des conditions pratiques d'exercice comme de l'engagement qu'implique une démarche expérimentale (même simplement réflexive), le niveau de tolérance à l'inattendu est plus important qu'on ne l'imagine. Il n'est donc pas rare de ne pas tout comprendre scientifiquement, d'ignorer les mécanismes précis de certains des effets observés comme de certaines des actions entreprises, qu'il persiste donc de l'incertitude, même du brouillard, en somme que l'on navigue parfois à vue lors de certaines interventions soignantes. La démarche reste ainsi fréquemment empirique, reposant sur l'appréciation des effets pratiques des actions entreprises, précisément comme y invite l'enquête pragmatiste[4002]. L'éventuelle incohérence scientifique – qui peut d'ailleurs n'être que d'apparence – n'est finalement pas si grave dès lors que l'essentiel est préservé à savoir l'efficace du soin, le bénéfice éprouvé de l'intervention soignante. Être au plus près du bien-être et de la santé des personnes rappelle le concept de *workability* proposé par William James ainsi que l'explicite Stéphane Madelrieux :

> […] le concept synthétique de « *workability* » ou de « *workings* », qui renvoie à la fois à la réussite que peut connaître une idée ou une hypothèse (elle marche, elle fonctionne) et à la fonction qu'accomplissent toutes les idées dans un monde d'expérience pure (mener, guider, conduire (*leading*) à un *terminus ad quem*). Une idée est vraie si elle fonctionne bien, et elle fonctionne bien si elle remplit bien ou si elle peut bien remplir sa fonction de nous mener à l'expérience de son objet ou à son voisinage[4003].

Loin de l'importante controverse philosophique que ce concept de *workability* a suscité quant à l'idée de vérité, il permet de nouveau de souligner combien, particulièrement en médecine, la prise en compte des conséquences pratiques est essentielle pour définir une conduite. Comme dans la méthode scientifique, le mot d'ordre du pragmatisme est de ne jamais dissocier la pensée de l'action, donc de l'expérience. Cependant, renvoyant à la primordialité de *l'expérience* (« un monde d'expérience pure ») plutôt que de la rationalité, il permet non pas de relativiser l'importance du *criterium* expérimental, mais de ne pas en faire une condition absolue de l'action. Dans les faits, l'*agir* en médecine n'est effectivement pas toujours conditionné à une validation expérimentale préalable et l'hypothèse logique qui le sous-tend, d'ordre empirique et donc pratique, trouve sa raison d'être dans la justesse et l'utilité des conséquences de cette action. Cette capacité d'ajustement et d'adaptation, en cas de situation problématique et source

---

[4002] Il n'est pas le lieu dans cette thèse d'approfondir la distinction entre empirisme et pragmatisme mais de considérer que l'on parle dans les deux cas de faits empiriques et non pas de faits scientifiques. Je mentionne simplement le propos très clair de Joëlle Zask à ce sujet, à savoir que le pragmatisme n'est pas un empirisme. Je renvoie à Zask Joëlle. *Introduction à John Dewey*. Paris: La Découverte; 2015, p. 51 : « l'expérience est comprise comme une *expérimentation* au cours de laquelle l'individu déploie une énergie spécifique qui provoque des conséquences concrètes. Il ne s'agit pas comme dans l'empirisme classique, sensualiste, d'un simple état mental consécutif à une perception sensible particulière dont le sujet, impressionné de l'extérieur par l'intermédiaire de ses seuls sens, serait le réceptacle passif, mais d'une activité tangible qui suppose de manipuler les choses, d'introduire des changements et de modifier la situation d'interaction ».

[4003] James William, Madelrieux Stéphane (présentation), Ferron Nathalie (Trad.). *Le pragmatisme*. Paris: Flammarion; 2010 [1907], p. 38.

de doute, est inhérente à la démarche pragmatiste et conduit, grâce à l'enquête promue par Dewey, à ce que ce dernier qualifie d'*assertabilité garantie*. Elle s'accorde bien aux enjeux de la médecine clinique auprès des malades. Ultimement, ce qui compte est de pouvoir agir dans une finalité d'utilité pour les patients, et d'accéder pour cela à un savoir utile que l'expérience, et donc la prise en compte des conséquences pratiques, permet de réviser autant que nécessaire. C'est pourquoi il a été permis à Tusrz non pas de valider mais d'accueillir des faits entrant pourtant en contradiction avec l'idée qu'il en avait au préalable ainsi que de réviser non pas sa position mais sa *disposition* à leur égard. Il est ainsi possible que désormais il ne méjuge plus, ni n'accueille avec scepticisme, les patients ressentant le besoin de bénéficier de tels soins mais qu'il puisse entendre simplement leurs choix et les respecter.

3.3.3 – La méthode herméneutique de résolution du doute

Au fil de son voyage exploratoire en terres ayurvédiques, la façon donc Tursz mène son enquête permet d'éclairer une autre variété de doute possible que nous qualifions d'*herméneutique*[4004]. Ainsi que le rappelle Jean-Philippe Pierron, « la médecine est historiquement et fondamentalement une activité herméneutique prenant légitimement part à une théorie générale de l'interprétation »[4005], ajoutant qu'« Hippocrate, et plus particulièrement son traité *De l'art*, utilise le terme *ermeneia*, même si y domine plutôt l'usage du mot "signe" »[4006]. Cette fonction d'herméneute du médecin, « inscrite dans la grande tradition de l'art d'interpréter les signes de la maladie »[4007], pour évidente qu'elle puisse paraître, n'est pas si évidente à concevoir et définir[4008]. Elle pâtit surtout d'un tabou. D'une part, le médecin se trouve sous le joug du paradigme biomédical qui impose de se soumettre à l'impératif de la preuve scientifique. D'autre part, l'herméneutique médicale souffre d'opacité – puisque « cet art d'interpréter demeure indécis sur le statut du signe » – et de risques peu avouables[4009], ceux de l'erreur d'interprétation. Pourtant, aussi réticent soit-il à se l'avouer, le médecin ne peut échapper à cette fonction d'herméneute qui permet de traduire à l'échelle individuelle, c'est-à-dire au bénéfice de patients toujours singuliers, des connaissances générales. Que ces connaissances soient, ou pas, scientifiquement soutenues, le médecin représente cette indispensable médiation interprétative qui permet la médecine.

3.3.3.1 – Pour Thomas Tursz, la voie possible du doute herméneutique

Tursz a rencontré bien des déconvenues lorsqu'il a tenté de positionner le *doute scientifique* et le raisonnement expérimental dans ses discussions avec ses homologues indiens. Ceux-ci ne

[4004] On retient la définition du CNRTL suivante : « Théorie, science de l'interprétation des signes, de leur valeur symbolique ». Site de CNTRL consulté en ligne le 22 janvier 2025 : HERMÉNEUTIQUE : Définition de HERMÉNEUTIQUE.

[4005] Pierron Jean-Philippe, « L'interprétation médicale » in Pierron Jean-Philippe (dir.), *Introduction à l'herméneutique médicale. L'interprétation médicale : une dialectique de l'expliquer et du comprendre*. Le cercle herméneutique, n° 15-16, second semestre 2010, premier trimestre 2011, p. 9-18.

[4006] Hippocrate, « De l'art, XII, 6 », in Littré Emile. *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : Baillière, 1839-1861, Vol. VI, p. 27.

[4007] Pierron Jean-Philippe. *Op. cit.,* p. 15 : « L'interprétation des signes, dans le diagnostic, est le préalable nécessaire à la thérapeutique et au pronostic. Le chiffre de la maladie attend d'être déchiffré ».

[4008] *Ibid*., p. 13 : « Reposons donc encore une fois la question. La médecine est-elle une discipline exégétique, y-a-t-il une herméneutique médicale ? La manière traditionnelle de répondre à ces questions est de les déplacer ».

[4009] *Ibid*., p. 15 : « cette opération de l'opacité. Le risque de la mauvaise interprétation hante l'herméneutique médicale, car elle peut avoir des conséquences vitales et existentielles dramatiques ».

prétendant ni à la scientificité de leurs interventions ni « à prouver un système »[4010], l'expertise scientifique comme modalité d'évaluation de la validité et de la pertinence des préconisations et des remèdes ayurvédiques ne peut qu'achopper. Pour surmonter cette incompatibilité, le *doute pragmatiste* a d'abord été mobilisé. La philosophie pragmatiste américaine étant elle-même inspirée de la méthode scientifique, elle permet d'envisager la résolution du doute par une *enquête* prenant pour modèle la méthode expérimentale. Toute idée étant envisagée comme hypothèse, elle doit être vérifiée ou révisée au prisme de l'expérience et de sa confrontation à l'épreuve des faits. Une autre voie peut encore être proposée, celle d'un *doute herméneutique*, qui présente l'intérêt de se situer de façon intermédiaire entre le modèle scientifique du doute d'un côté, le modèle pragmatiste de l'autre. Elle peut en effet être envisagée sous l'angle d'une position déflationniste du scientifique, mais pas du médecin, puisque renvoyant à sa fonction d'herméneute. Elle met ainsi en valeur son expertise clinique plutôt que ses connaissances scientifiques. Elle se démarquerait aussi du modèle pragmatiste qui se déleste quant à lui de la fonction médicale puisqu'il peut s'appliquer au quotidien et en toutes circonstances, son principe d'enquête étant réputé accessible à tout un chacun. Marinella elle-même a usé de l'*enquête pragmatiste*, ce qui lui a permis de retrouver progressivement son pouvoir d'agir au bénéfice de son équilibre, en identifiant les actions dont elle a pu apprécier l'utilité pour sa santé et son bien-être. Par contraste, l'activité herméneutique du soignant est propre à sa fonction. Elle dépend d'ailleurs du type et du niveau de ses compétences médicales comme de son expérience clinique. En revanche, elle n'est pas soumise à des impératifs de scientificité telle que la méthode expérimentale en définit les critères.

Cette qualification de *doute herméneutique* en tant qu'il constituerait une autre modalité possible du doute du soignant invite à considérer plusieurs perspectives. D'une part, cette qualification invite à (re)penser la fonction d'herméneute du médecin, c'est-à-dire son art d'*interpréter* les signes de la santé et de la maladie qu'il recueille auprès de ses patients et au contact de leurs corps. Autrement dit, l'art d'*interpréter* consiste en une aptitude méthodique de traduction du langage du corps propre à le rendre compréhensible[4011]. Interpréter un phénomène consisterait alors à le traduire, en usant au besoin des divers langages que la médecine mobilise, entre autres le langage scientifique, clinique, biologique, moléculaire, morphologique mais aussi psychologique, ou encore subjectif[4012]. D'autre part, elle avive la question de savoir si la médecine est, ou du moins est toujours, une discipline *interprétative*, notamment au regard de la prééminence toujours croissante du paradigme biomédical. Enfin, elle ouvre à la possibilité de penser la confrontation au doute du point de vue du bio-soignant autrement que dans sa seule déclinaison méthodique, c'est-à-dire au prisme exclusif du raisonnement expérimental. Elle ne cantonne pas non plus le doute éprouvé par des soignants dans la catégorie, tabou car considérée comme dépréciable pour la fonction médicale, de

[4010] Brook Simon. *Op. cit*. : "I'm not trying to prove my faith on some system".
[4011] On retient la définition suivante : « Action d'expliquer, de chercher à rendre compréhensible ce qui est dense, compliqué ou ambigu ; résultat de cette action ». On notera aussi l'emprunt au latin classique *interpretatio* : « explication ; traduction ». Site du CNRTL consulté en ligne le 19 février 2026 : INTERPRÉTATION : Définition de INTERPRÉTATION.
[4012] Pierron Jean-Philippe. *Op. cit.* : « Cela tient au fait que le processus interprétatif à l'œuvre en médecine est un processus en trois termes. Il articule le malade, le médecin et ce tiers médiateur qu'est la maladie, laquelle a un versant objectif et un versant subjectif ».

l'épreuve existentielle vite jugée et reléguée au rang de la faiblesse, de la perte de maitrise et/ou des affects. Parce qu'elle relèverait d'une autre modalité d'interrogation des phénomènes en médecine – que sont la santé, la maladie, la thérapeutique –, cette dimension herméneutique, en tant que potentialité *interprétative* au cœur de la fonction médicale, relèverait fondamentalement d'une activité de doute visant l'élaboration non seulement de diagnostics mais aussi de connaissances et de savoir-faire pratique. Mais un tel doute ne s'appuierait pas, pour sa résolution, sur les critères et les outils exclusifs de la science tels que préconisés dans la méthode expérimentale.

Pour le philosophe Camille Abettan, la distinction en deux modèles épistémologiques de la connaissance, nomothétique et idiographique, permet de clarifier et de mettre en valeur cette fonction d'herméneute du médecin[4013]. Le terme *nomothétique* permet de décrire une approche méthodologique qui vise à établir des lois générales[4014], ce qui conduit à l'associer aux disciplines scientifiques ; tandis que le terme *idiographique* qualifie une approche qui vise le singulier, le particulier, ce que permet de porter son attention descriptive sur les individus. Cette modélisation permet de reconnaitre combien la dimension herméneutique de la médecine n'est pas moins importante que l'expertise scientifique et que, tout comme cette dernière, elle repose également sur un usage raisonné et volontaire du doute. Cette fonction d'herméneute du soignant s'apparenterait à un modèle idiographique d'élaboration de connaissances non pas tant par opposition que dans sa complémentarité au modèle nomothétique. Dans le modèle nomothétique, c'est la production d'une connaissance certaine qui est visée ce qui implique de la soumettre au contrôle de la procédure expérimentale ainsi qu'à la mesure mathématique. Ses résultats sont conditionnés par l'obtention de preuves rigoureuses c'est-à-dire mesurables et vérifiables[4015]. Par contraste, dans le modèle idiographique, il n'y a pas d'impératif de contrôle expérimental ni d'obtention de preuves. Cela n'empêche pourtant pas que les résultats de cette activité puissent être considérés comme défendables, acceptables et même valides[4016]. Ce propos de Tursz n'est pas sans faire écho à cette analyse :

> Je suis convaincu qu'il y a une science ici, il y a un savoir, il y a une tradition. Aucun doute que cela ait une certaine efficacité dans un certain nombre de maladies. Je suis convaincu par intuition mais pas grâce à des preuves. J'ai vu des choses étonnantes que je ne peux pas expliquer avec mes connaissances actuelles. Donc, je dois y réfléchir pour essayer de mieux les comprendre. Cela ne veut pas dire que je me sois converti à la médecine ayurvédique. Je garde

[4013] Abettan Camille. *Between hype and hope: What is really at stake with personalized medicine?* Med Health Care Philos 2016;19(3):423-30.
[4014] On retient la définition du CNRTL suivante : « [Science, discipline] dont l'objet et la méthode permettent d'établir des lois générales ou universelles, représentées par des relations constantes entre les phénomènes observés ». Site du CNRTL consulté en ligne le 19 février 2026 : NOMOTHÉTIQUE : Définition de NOMOTHÉTIQUE.
[4015] Abettan Camille. Op. cit.: "Nomothetic sciences inquire into their objects on the basis of mathematical, hypothetical construction and its verification by means of experiments and measurements. This method allows to guarantee the certainty of their results, which can be proven. It aims at certitude".
[4016] *Ibid*.: "Idiographic sciences do not share this orientation toward verification and certitude. Their results cannot be absolutely proven, but nevertheless they are defensible, plausible and valid".

> mes croyances, j'ai toujours foi en ma science. Mais je suis convaincu qu'il se passe quelque chose ici[4017].

Dans ce propos en forme de synthèse conclusive de son voyage, non indemne d'ethnocentrisme, il y a certes la perplexité de Tursz (« des choses étonnantes ») mais aussi l'acceptation de son renoncement à ses propres exigences de rigueur et d'explication scientifiques (« je ne peux pas expliquer avec mes connaissances »). Il reconnaît, non sans s'y sentir contraint, la possibilité que de la connaissance puisse être élaborée (« il y a une science ici, il y a un savoir ») sans devoir obligatoirement reposer ni être validée sur la base exclusive de preuves scientifiquement déterminées. En parlant de ses « connaissances actuelles » et en introduisant ainsi la notion d'ancrage historique, Tursz suggère que la science devrait un jour parvenir à la vérification puis la confirmation de toute connaissance selon les critères de la méthode expérimentale. Réfractaire à l'idée que la science ne puisse pas tout expliquer, il rappelle en cela la « voie scientifique définitive » de la médecine prédite autant que souhaitée par Claude Bernard[4018]. Mais s'il reste résolument du côté du modèle nomothétique des sciences expérimentales, lequel ambitionne par sa puissance *explicative* l'élaboration de lois générales tandis que le modèle idiographique s'en tient à une approche détaillée et *compréhensive* de situations individuelles, il n'en reconnaît pas moins le rôle de l'« intuition », son importance dans la démarche du chercheur et sa puissance heuristique. Alors que Bernard lui-même reconnaissait l'importance de l'intuition[4019], Tursz semble ici la considérer par défaut (« Je suis convaincu par intuition mais pas grâce à des preuves »). Pour autant, il l'estime ici potentiellement suffisante pour convenir que quelque chose se passe effectivement avec la médecine ayurvédique quand bien même elle ne se prête pas à la validation expérimentale et ne dispose donc pas de preuves. Peut-être ne perd-il pas de vue, ainsi que Bernard l'avait bien analysé, que l'intuition peut précéder la méthode expérimentale, en contribuant notamment à l'élaboration d'hypothèses de recherche. Il se peut aussi que ce voyage en terres ayurvédiques l'ait aidé à prendre conscience des limites du modèle nomothétique. Du fait de son degré d'exigence, il ne peut pas intégrer exhaustivement dans son champ d'évaluation des pans pourtant importants de ce qui contribue à la santé et au bien-être, risquant ainsi de les négliger voire de les rejeter[4020]. Venant en complémentarité et non en alternative, le modèle idiographique permet de ne pas exclure ces autres composantes potentielles des soins, quand bien même elles ne disposeraient pas de preuves, en en proposant notamment une analyse *interprétative* propre à la fonction d'herméneute du médecin.

[4017] Brook Simon. *Op. cit*.: "I'm really convinced there is a science here, there is a knowledge, there is a tradition. It's no doubt that it can have some efficacy on number of diseases. I'm convinced by intuition but not by evidence based. I have seen striking things which I can't explain with my current knowledge. So, I have to think about and to understand better. It doesn't mean that I am converted, becoming a Hindu, an ayurvedic doctor. I still have my beliefs, and I still believe in my science. But I'm convinced that something is happening here".

[4018] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Dagognet François]. *Op. cit*., p. 31.

[4019] *Ibid*., p. 72 : « la méthode expérimentale a pour objet de transformer cette conception *a priori*, fondée sur une intuition ou un sentiment vague des choses, en une interprétation *a posteriori* établie sur l'étude expérimentale des phénomènes ».

[4020] Abettan Camille. Op. cit.: "But such a model assumes a degree of control and isolation on the part of the subject that excludes whole sections of what shapes our lives".

3.3.3.2 – Quand Thomas Tursz se comporte en praticien herméneute en terres ayurvédiques

Si, en terres occidentales, c'est bien sûr l'habit du scientifique qui domine chez Tursz, en terres ayurvédiques se révèle d'autant mieux cette autre tenue moins évidente qui est la sienne, à savoir celle d'un herméneute. Sans se départir totalement du *doute scientifique* propre à la méthode expérimentale mais conscient de son peu d'emprise sur ce terrain, voire de son inadéquation, il vient interroger les évènements pour le moins inhabituels pour lui, scientifique occidental, auxquels la médecine ayurvédique l'invite à réfléchir grâce à cette activité de *doute herméneutique*. A aucun moment, Tursz ne qualifie ce qu'il observe, en particulier les préconisations et remèdes ayurvédiques, d'irrationnel au prétexte que cela ne se prêterait pas à une expérimentation méthodique conforme aux enseignements bernardiens ni ne disposerait de preuves scientifiques permettant d'attester de leur validité. Il ne porte finalement pas non plus de jugement de superstition, de magie ou de charlatanisme quand bien même il a pu s'interroger, non sans se fourvoyer, sur la dimension spirituelle de l'ayurvéda. Il n'en demeure pas moins qu'à l'issue de ses diverses observations et rencontres, ce n'est ni par sympathie pour Marinella, ni pour faire plaisir à ses hôtes spécialistes de médecine ayurvédique qu'il exprime être « convaincu qu'il y a une science ici, il y a un savoir, il y a une tradition » et que cela peut avoir une « certaine efficacité dans un certain nombre de maladies ». Ces paroles, qui sont celles d'un scientifique renommé, n'ont certes pas été associées à une remise en cause personnelle de son attachement indéfectible à la science médicale mais elles ouvrent l'horizon d'une lecture médicale possible en dehors de ses seuls critères. Le doute du médecin interviendrait alors non pas tant comme recherche de certitude ultime fondée scientifiquement, à l'instar du projet porté par le *doute cartésien*, mais comme une recherche continuée d'interprétation possible dont le *doute herméneutique* serait le moteur.

Par le doute herméneutique, le soignant ne viserait pas une vérité mais serait dans une quête de clarification des phénomènes, en recherche d'explication et de signification de ce qu'il observe. Un tel processus est observable lorsque Tursz rencontre et partage une longue discussion avec une patiente vivant à Londres, mais d'origine indienne, et bénéficiant de soins ayurvédiques dans les suites du traitement de son cancer du sein. D'un point de vue strictement scientifique, le cancer de cette dame a été guéri ; en dépit des complications, dont la surinfection purulente d'une nécrose graisseuse post-radique qui a nécessité des mois d'antibiothérapie et de soins locaux éprouvants, le pronostic est considéré comme le meilleur qui puisse être. Pour un cancérologue occidental, le dossier pourrait être classé, car la nécrose graisseuse qui est une affection bénigne n'impacte pas le pronostic favorable de ce cancer. Pourtant, du fait de cette complication, cette patiente a subi une immense détresse (son émotion étant clairement perceptible lors de son témoignage) et le retentissement sur sa qualité de vie a été si important qu'elle a dû formuler une demande de retraite anticipée[4021]. Si Tursz en était resté à sa posture scientifique, il n'aurait pas pu proposer l'*interprétation* suivante, non réductible simplement à de l'empathie de sa part : « Bien que ce n'était absolument pas une forme sévère de cancer, cela

[4021] Brook Simon. *Op. cit*.: "it was more painful rather than having the operation. So, the pus and the dressings all that was very painful. So, that was just a period when I couldn't go through with it. And that's why I decided I would like to retire".

a dévasté des mois de votre vie et les effets délétères des traitements y ont contribué »[4022]. Bien des indices cliniques (détresse morale, douleur des soins locaux, épuisement, préjudice esthétique, etc.) peuvent échapper au filtre d'une lecture exclusivement scientifique dont l'objectif principal est le contrôle tumoral objectif. Dans cet autre niveau de lecture de type *interprétative*, plutôt qu'*explicative*, à laquelle Tursz s'est attelé, bien d'autres paramètres (que seulement les critères liés à la tumeur) doivent être pris en compte dans le vécu de cette femme auxquels la biomédecine scientifique n'apporte ni éclairage ni réponse satisfaisante. Pourtant, ce qui est bénin sous un éclairage seulement scientifique (à l'instar de la nécrose graisseuse mammaire) peut générer des conséquences existentielles désastreuses. Ces conséquences (dont la retraite anticipée) et leur lien de causalité, la biomédecine échoue à les capter alors que la médecine ayurvédique indienne a pu y porter attention et proposer des options d'accompagnement à la fois efficaces et appréciées. Une telle *lecture compréhensive*, différente de l'*analyse explicative* fournie par la biomédecine (qu'elle émane de Tursz ou de tout autre oncologue), a aussi permis à Marinella de tirer bénéfice de soins ajustés à sa situation singulière. Avec la formulation du soignant indien « Pour le moment, oubliez la maladie, dites-nous quel est votre problème ? »[4023], Marinella témoigne de la façon dont cet éclairage est étayé par une écoute attentive de la personne malade dans son ensemble (c'est-à-dire de façon indissociable son âme, son esprit et son corps)[4024], sans jamais la réduire à la maladie et même en l'éloignant provisoirement de cette idée envahissante. Cela passe donc aussi et surtout par un *dialogue* constant que la justesse du propos de Gadamer illustre ici au mieux : « Le dialogue ne fait que mettre l'autre dans la possibilité d'éveiller son activité intérieure, sans qu'il s'égare de nouveau, ce que le médecin appelle collaboration »[4025]. Invitant à un recentrement de la personne sur elle-même et sur son histoire personnelle – par opposition à l'analyse froide, objective et distanciée que produit la biomédecine à propos de la maladie –, cette perspective herméneutique met aussi d'emblée en lumière et intègre le rôle actif et essentiel du patient au cœur de ce dialogue par sa parole et sa réflexion sur son propre vécu. Autrement dit, elle mobilise l'expertise spécifique du patient en tant qu'elle contribue pleinement, grâce à son expérience et aux savoirs expérientiels qui en résultent, à ce mouvement de *doute herméneutique*.

3.3.3.3 – Le doute herméneutique comme voie privilégiée d'ouverture à la singularité

Si dans cette approche interprétative, le clinicien n'a pas besoin de preuves scientifiques, il n'en est pas pour autant dogmatique ou irrationnel. Simplement, le fil qu'il suit n'est pas celui des théories et des lois générales produites et promues par la science mais celui, toujours renouvelé, d'histoires uniques et individuelles qu'il cherche à comprendre et éclairer. Cette manière d'interroger le sens des phénomènes relatifs à l'état de maladie s'attache à prendre en considération la diversité des personnes et des situations rencontrées, et donc leur singularité irréductible, ce que Jean-Christophe Weber qualifie de « singularité contingente des situations »[4026]. De cette façon, le doute herméneutique en vient à se résoudre sous la forme de

[4022] *Ibid.*: "So, despite the fact that it was absolutely not a severe case of cancer it wasted months of your life as well because of complications of treatment".
[4023] *Ibid.*: "forget the disease for the moment, what is the problem?"
[4024] *Ibid.*: "once the disease manifested you should not restrict the treatment to the soul only, in order to address the problem in the mind and then, later, correct the problems in the body".
[4025] Gadamer Hans-Georg, Dautrey Marianne (Trad.). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset; 1998, p. 146.
[4026] Weber Jean-Christophe. *Op. cit.*, p. 7-9.

propositions de compréhension (c'est-à-dire d'interprétations) ajustées, ponctuelles, transitoires (donc actualisables), tout à l'inverse de vérités universelles et intemporelles visées par le processus expérimental de résolution du doute scientifique. Conduisant ainsi à un autre niveau de *connaissance* des situations données, la pratique médicale est plus à même de s'adapter à l'infinité des spécificités (individuelles, situationnelles, historiques, etc.) rencontrées en pratique clinique, en plus de l'appréhension et de la gestion du noyau dur de la maladie qu'est en l'occurrence le cancer. Elle est aussi plus à même d'en reconnaître les *phénomènes* déterminants au sens de ceux qui importent le plus à l'échelle individuelle, ainsi que d'y répondre de façon plus appropriée. Une telle lecture herméneutique a permis à Tursz de constater et de convenir qu'une patiente, qui ne s'est pas soustraite aux préconisations de la biomédecine pour le traitement ciblé de son cancer, éprouve le besoin de revenir aux sources de sa culture indienne d'origine dans l'objectif de restaurer les repères familiers que la maladie avait altérés. Il peut aussi mieux comprendre comment, dans ce même mouvement, cette patiente en est venue à solliciter la médecine ancestrale associée à cette culture pour répondre aux autres *phénomènes*, et donc enjeux, auxquels l'épreuve du cancer la confrontait et pour lesquels la biomédecine s'avérait de fait à la fois non impliquée et concrètement inopérante. Ainsi que le philosophe Fredrik Svenaeus l'a développé dans ses travaux, la médecine ne pouvant se résumer en une science médicale appliquée, cette entreprise herméneutique imprègne toute approche soignante soucieuse de la personne malade, de son histoire et de ce que représente réellement pour elle l'expérience de la maladie et de ses conséquences sur sa propre vie[4027]. Cette entreprise herméneutique n'intervient ainsi pas en alternative mais de façon complémentaire à l'expertise scientifique centrée sur le corps et ses maladies à laquelle la biomédecine renvoie. Sauf à se cantonner strictement à la seule dispensation d'actes techniques scientifiquement déterminés (ce qu'un robot guidé par l'intelligence artificielle pourrait aisément faire), ce processus herméneutique est en permanence à l'œuvre de façon implicite dans toute activité clinique, précisément parce qu'elle se fonde sur la rencontre interhumaine, l'échange et le dialogue[4028]. La consultation médicale ne consiste donc pas à plaquer sur des symptômes et des données biomédicales objectives une synthèse scientifique abstraite relevant d'une généralisation indifférente à la singularité de chaque être. Elle exige bien au contraire une écoute attentive de la personne malade et une compréhension singularisée de son vécu et de ses besoins pour y répondre au mieux, même si cela implique une ouverture en dehors des champs d'investigation et de validation scientifiques.

Bien que tout cela puisse paraître évident, l'expérience clinique et les témoignages de patients attestent de l'économie de doute herméneutique qui affecte la pratique soignante et l'impasse qui en résulte en matière d'approche singularisée des personnes malades.

3.3.3.4 – La médecine ayurvédique comme modèle de doute herméneutique

Quand bien même elle n'est pas reconnue au sein de nos organisations sanitaires occidentales actuelles en tant qu'acte médical à part entière, cette activité interprétative est omniprésente à la pratique soignante ; elle contribue à la pertinence des soins par leur ajustement au plus près et au plus juste à chaque situation individuelle et au gré de son évolution. Les *interprétations*

[4027] Svenaeus Fredrik. *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.
[4028] *Ibid.*

peuvent varier et ce qui parait pour tel praticien le plus approprié pour tel patient singulier au moment particulier où il le rencontre, peut différer d'avec un autre praticien. Ainsi pourraient aussi s'expliquer les différences dans les propositions reçues par Marinella. Par-delà la question déjà évoquée des compétences et du niveau d'expérience acquise par les professionnels, l'activité de doute herméneutique intervient dans le cadre d'une consultation vivante, marquée d'imprévus, d'opportunités comme de ratés. Cette recherche de significations possibles, visant la compréhension la plus cohérente et plausible d'une situation donnée, s'intègre dans un processus interprétatif continu qui ne peut exclure la possibilité d'interprétations concurrentes, de révisions nécessaires en amont de l'interprétation prévalente. Sans compter que l'hétérogénéité possible des interprétations entre différents soignants au sein d'une équipe de soin est à même d'enrichir un processus interprétatif plus global parce que collégial. Un tel mouvement continué de questionnement et de quête de sens paraît très proche de ce qui est manifestement enseigné en médecine ayurvédique ainsi que l'illustre ce propos du Docteur Indulal : « L'ayurvéda nous apprend à rester dans le questionnement, à ne rien tenir pour acquis »[4029]. S'inscrivant en faux par rapport à l'ambition de sciences expérimentales œuvrant à atteindre des certitudes scientifiques, un tel positionnement apprend tout au contraire à être dans le doute, à ne pas avoir pour objectif sa résolution systématique et incite à le renouveler afin d'apporter un éclairage perpétuellement enrichi des évènements nouveaux qui émaillent les parcours de vie et de santé de sorte à en adapter l'accompagnement. Il s'agit dès lors non pas de s'appuyer sur de vérités scientifiques supposées, figées et impersonnelles mais, bien au contraire, de s'emparer du doute, en l'occurrence herméneutique, comme d'un outil précieux d'interprétation au plus près des réalités vécues à l'échelle individuelle afin de s'y (ré)ajuster au mieux et autant que nécessaire.

4 – L'épreuve du doute en partage au cœur de leur relation de soin

Dans l'épreuve du doute qui affecte très différemment les patients autant que les soignants, bien des dissensions se font jour qui peuvent compliquer la relation de soin[4030]. Que le doute au cœur de la relation de soin puisse rapprocher ses partenaires plutôt que les éloigner, la chose n'est pas évidente à concevoir. Si ceux qui estiment que la relation de soin ne se prête pas au débat contradictoire ainsi qu'au partage de ses interrogations et de ses doutes sont de moins en moins nombreux, certains (soignants autant que patients) continuent à résister par crainte de tensions ou de dégradation du processus de soin. Les conditions mêmes de la relation de soin peuvent la rendre peu propice au partage et à la résolution des doutes, voire tendent à les attiser. Outre que la modalité relationnelle chosifiante de type *Je/Cela* est incontournable[4031], certaines relations de soin se réduisent parfois à une simple mise en présence dont la finalité n'est qu'instrumentale et utilitaire. Bien des acteurs de la relation se soumettent pourtant à ce type de configuration relationnelle dégradée, puisque dénuée de toute reconnaissance intersubjective, que ce soit

[4029] Brook Simon. *Op. cit*.: "Ayurveda teachs us to be questioning in nature. We're not afford to take anything for granted".
[4030] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patients et soignants.*
[4031] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Des dimensions chosifiante et instrumentale de la relation de soin comme source de défiance*.

(entre autres motifs) par peur et manque de littératie en santé (s'agissant des patients) ou par manque de temps et de disponibilité (s'agissant des soignants). Nombreux, en effet, sont les patients qui n'osent pas parcourir le chemin de Marinella pour identifier un soignant avec lequel une vraie rencontre puisse s'élaborer. Encore plus exceptionnelle est la configuration de Tursz, se souciant d'une patiente, et de son évolution, alors qu'elle a refusé son traitement biomédical et opté pour une médecine complémentaire. Ce qui s'est pourtant joué, pour l'une comme pour l'autre, et au cœur de leur relation de soin semble bien relever de l'émergence, de l'accueil et du déploiement réciproques du doute. L'abstention de juger, en prémunissant de l'indifférence et du rejet à l'égard du contradictoire, a tout au contraire permis à Tursz de reconnaître Marinella comme *autre doutant*, tout comme lui-même se trouvait d'ailleurs déstabilisé par le doute. En plus d'ouvrir à la possibilité de (ré)interroger sa propre posture et ses croyances, leur histoire atteste de l'importance du doute en partage au cœur même de la relation de soin en tant qu'il conditionne la possibilité d'une reconnaissance intersubjective et donc d'une vraie rencontre.

Dans un premier temps, il s'agira de montrer combien l'épreuve du doute mis en partage dans le cadre du colloque (qu'il soit singulier ou pluriel) entretenu avec le patient permet de remettre en perspective l'essence même de la relation – en l'occurrence la relation de soin – qu'est l'intersubjectivité. Plus précisément, cela conduit à questionner certains usages sémantiques à l'œuvre, mais de façon différenciée entre biomédecine occidentale et médecine ayurvédique. C'est notamment le cas avec la notion de *personnalisation*, rejouant la carte de l'objectivité d'un côté, de la subjectivité de l'autre. A cet égard, la méprise de Tursz pensant partager avec ses homologues indiens la même conception de la *personnalisation* de la médecine est exemplaire. Or, une telle méprise constitue précisément un ferment pour les dissensions qui opposent bio-soignants occidentaux et patients, lesquels ne se sentent pas reconnus par ces derniers ni respectés dans leur singularité, tout à l'inverse des échanges qu'ils peuvent avoir avec d'autres soignants tels que ceux de la médecine ayurvédique.

Dans un second temps, sera développée l'idée que le partage du doute pourrait être bien plus une source de dialogue et d'élaboration constructive que de dissensions, de conflit et de rupture. D'emblée, la rencontre entre Marinella Banfi – patiente désenchantée par la médecine occidentale – et Thomas Tursz – médecin se berçant dans les illusions de puissance de la science biomédicale – semblait condamnée à l'échec et l'incommunicabilité. Le fossé s'avérait difficilement franchissable et le dialogue improbable. Mais l'épreuve du doute s'est introduite au cœur de cette rencontre : celui éprouvé par Marinella, la poussant à s'ouvrir à d'autres horizons de soins que ceux préconisés en Occident, sans pour autant rejeter ces derniers ; celui de Tursz face à l'évolution médicale inattendue de cette patiente, éveillant sa curiosité et son désir d'éprouver le contradictoire qui lui est opposé. L'épreuve partagée du doute devient alors véritablement le moteur de cette relation ainsi qu'en témoigne la forme même du documentaire venant la relater, à savoir celle d'une enquête. En préambule, le témoignage seul en face caméra est utilisé en guise de propos introductif pour planter le décor, comme pour mieux attester de la distance qui semblait alors incommensurable entre la situation de la patiente d'un côté, la posture du bio-médecin de l'autre. Le contraste n'en est que d'autant plus fort avec le format global du documentaire, puisqu'il est ensuite exclusivement constitué de rencontres et de dialogues visant à alimenter l'enquête en cours. Alternant questions et réponses entre deux ou

plusieurs protagonistes, la mise en scène utilise la circulation du doute (sa naissance, sa résolution comme l'énergie qu'il mobilise et qui fait lien plus qu'il ne sépare) tel un fil conducteur entre tous. Cette approche formelle permet ainsi d'observer à l'œuvre la puissance dialogique du doute en partage, sa fonction dialectique n'annulant ni ne privilégiant une voix plus qu'une autre mais les invitant à s'accueillir réciproquement et à tenter de coconstruire une voie de compréhension mutuelle propre à rendre possibles des actions communes, en dépit des désaccords[4032]. La perspective d'une authentique collaboration peut ainsi se faire jour que ce soit entre des soignants d'horizons très différents ou bien entre patients et soignants, en dépit de tout ce qui les différencie.

C'est pourquoi, la reconnaissance du *doute en l'autre* et l'engagement à y répondre pourra aussi être appréhendée comme voie de pacification de la relation de soin. Loin de la fragiliser ou de la compliquer, cette reconnaissance pourrait au contraire constituer une ouverture vers la résolution de configurations activement ou potentiellement conflictuelles et la restauration d'un climat de confiance réciproque entre patient et soignant. D'un mode dégradé et à risque de difficultés, voire de ruptures pour le parcours d'une personne malade au sein du système de santé, la relation de soin s'en trouverait apaisée et même renouvelée dans sa configuration. En témoigne l'évolution de la relation de soin entre Marinella Banfi et Thomas Tursz. Renouant avec la *philia* antique, elle en est venue à prendre la forme d'une amitié médicale, quand bien même certains pourraient arguer que cette relation n'est plus de l'ordre de la relation de soin. Marinella semble guérie et Tursz n'est pas en situation de responsabilité médicale vis-à-vis d'elle. Par ailleurs, dans le cadre singulier d'un voyage qui ne relève pas d'une prise en soin, l'un et l'autre sont libérés du jeu de rôles à l'œuvre dans le système de santé occidental.

C'est enfin l'hypothèse que le doute en partage entre patients et soignants puisse constituer une ouverture à la pluralité des mondes du soin qui sera développée. Affecté par le poids des représentations et du tabou, le pluralisme des soins s'avère bien peu accepté par le milieu sanitaire occidental et rejeté par les instances officielles n'approuvant que la biomédecine, tout à l'inverse d'autres cultures, notamment asiatique, où la conception biologique de la maladie n'est pas prévalente[4033]. Pourtant, les travaux de l'anthropologue Jean Benoist révèlent que, même dans les sociétés occidentales, « le pluralisme, quelles qu'en soient les formes, est la règle et non l'exception, et qu'il est un paysage social dont la genèse peut se faire de nombreuses façons »[4034]. Cette pluralité des soins à laquelle s'adonnent donc, de façon plus ou moins avouée, nombre des patients suscite bien souvent de l'indifférence, de la réticence voire du mépris de la part des acteurs biomédicaux. Or, ceux-ci, tout en s'estimant seuls juges « entre le

[4032] D'un côté, les acteurs de la médecine ayurvédique coopèrent avec les bio-médecins pour ne pas interférer avec leurs prescriptions et n'interviennent qu'en complémentarité. De l'autre, Tursz se dit disposé à accueillir dans son institut de cancérologie des soignants ayurvédiques pour travailler ensemble.
[4033] Benoist Jean (dir.) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical [version numérique]*. Paris: Karthala; 1996, p. 19. L'anthropologue Jean Benoist développe cette idée en citant pour référence l'ouvrage suivant : Janzen John M. , Arkinstall William (collab). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala; 1995, p. 12 : « Les systèmes médicaux sont sociaux et culturels. Par contraste avec les systèmes de santé, leurs frontières ne sont pas celles des populations biologiques, des espèces et des réseaux écologiques, mais celles de l'organisation politique et de l'échange culturel ».
[4034] Benoist Jean. *Op. cit*., p. 440.

vrai et le faux, l'acceptable et l'inacceptable »[4035], peuvent s'avérer tout à fait ignorants des fondements de pratiques qu'ils réprouvent[4036]. En faisant ce voyage en Inde pour tenter de *comprendre*[4037] une médecine très différente de celle qu'il défend et pratique, le bio-médecin Thomas Tursz ose le doute suscité par une patiente qui en a tiré profit d'une façon qui le trouble particulièrement. Ce faisant, il se mobilise non sans risque sur ce sujet clivant, à rebours de ses collègues comme des institutions sanitaires qu'il représente. Par ce mouvement, il se prête à l'*étonnement* au sens qui associe cet état (au fondement même de la philosophie) à la suspension de ses jugements préconçus et au désir de (re)questionner le sens des choses. Plutôt que d'agir tel un censeur inquiet du contraste radical entre une telle pratique soignante et la référence biomédicale et dès lors amené à l'exclure *de facto* de son approbation en dépit des témoignages de ses bienfaits[4038], il s'octroie le droit de se (ré)interroger. S'engageant dans un travail d'enquête inédite, il entre ainsi pleinement en dialogue avec des praticiens d'une médecine et d'une philosophie des soins dont il ignore tout de la culture dont elles émanent. En se rendant réceptif à des angles de vue tout à fait nouveaux sur la maladie, les soins, les attentes des personnes, il voit s'élargir le champ du regard et l'horizon des possibles. Par ce pas de côté et cet accueil de l'inattendu qu'autorise le doute, il peut alors prendre conscience, comme en écho, de l'impressionnante diversité des manières qu'utilisent les sociétés pour y répondre.

4.1 – Douter pour réinterroger la relation au malade en tant que sujet

A partir des divergences d'approche et de pratique soignante que cette rencontre entre un médecin scientifique occidental de notre époque contemporaine et différents acteurs de l'ancestrale médecine traditionnelle ayurvédique indienne met en lumière, la relation de soin entre un patient et un soignant est réinterrogée. Le fait qu'en médecine ayurvédique la personne malade soit d'abord considérée comme un sujet de sa propre histoire n'est pas la moindre des différences avec la biomédecine occidentale. Entre les deux cultures, la dissonance est, sur le point du rapport au *sujet* au cœur de la relation de soin, majeure.

4.1.1 – Quand la personnalisation biomédicale des soins ne fait pas ce qu'elle dit, elle génère malentendu et défiance

La biomédecine occidentale est centrée sur la maladie et son traitement – selon des modalités biotechnologiques définies par la science – au point d'en oublier parfois le malade[4039], tandis que « l'ayurvéda s'occupe des personnes, pas des maladies »[4040]. Pourtant il est devenu difficile pour la première d'assumer aussi explicitement le cloisonnement de son entreprise thérapeutique et l'exclusion du sujet qui s'y opère[4041]. Sous l'impulsion de l'industrie

[4035] *Ibid.,* p. 440.
[4036] *Ibid.,* p. 310.
[4037] Brook Simon. *Op. cit*. : « vous allez m'emmener en Inde pour comprendre un peu quels traitements et ce qui s'était passé ».
[4038] Benoist Jean. *Op. cit*., p. 21.
[4039] Il n'est pas rare que des avis biomédicaux soient rendus sur la seule base d'une imagerie ou d'une analyse sanguine, donc sans contact direct avec le malade (ni rencontre physique ni parole échangée). Tout se joue à partir de données extraites de la personne malade mais dont l'extériorisation tend à faire disparaître cette dernière.
[4040] Brook Simon. *Op. cit*.: "Ayurveda deals with the persons, not with the diseases".
[4041] Sicard Didier, *La pensée du malade est devenue inaudible*, Libération [Idées], publié le 31 mai 2023. En ligne : La «médecine personnalisée» se soucie du corps et non de la personne humaine, par Didier Sicard – Libération, consulté le 19 mars 2026 : « Standardisation, qui se revêt plutôt de façon très hypocrite du concept de médecine

pharmaceutique[4042], le concept de *médecine personnalisée* – ici appréhendée de façon rapide et synthétique[4043] – a émergé en Occident et instauré un profond malentendu dont Tursz est lui-même vecteur ainsi qu'en témoigne ce propos :

> En tant qu'êtres humains, et grâce à la philosophie, nous savons que chaque individu est différent et doit être considéré comme une personne unique. Ce que la biologie la plus fondamentale nous apprend est que chaque tumeur est aussi différente. Probablement que dans le futur nous traiterons chaque tumeur différemment[4044].

Tursz continue de ne parler ici que de maladie (« nous traiterons chaque tumeur »), certes appréhendée avec un niveau de précision croissant. Ce faisant il dévoile l'ambiguïté inhérente au concept de personnalisation biomédicale[4045]. S'il ne s'agit pour l'heure que d'un niveau plus raffiné de classification de la maladie[4046], se projeter dans la perspective de pouvoir un jour apprécier le caractère unique à chaque patient de sa tumeur n'apporte pas plus de reconnaissance des caractéristiques singulières et uniques à chaque personne malade. Selon certains, le concept de *médecine personnalisée* constituerait un changement de paradigme (au sens où Kuhn le concevait[4047]) au profit d'une nouvelle voie de la médecine qu'ils qualifient de moléculaire[4048]. Elle ne semble pourtant pas tant se démarquer des attendus de la biomédecine, dans son objectif de diagnostiquer et traiter au mieux des maladies, s'appuyant pour cela sur la science[4049]. A ce compte-là, elle correspondrait bien plutôt à une intensification de la médecine scientifique sur la base d'une rationalisation moléculaire des thérapeutiques[4050]. Les patients ne s'y trompent pas ; expérimentant dans leur chair cette scientifisation croissante et hautement technique de leur corps et de leur maladie, alors même que l'épreuve qu'ils traversent ne saurait

---

"personnalisée". Personnalisée au sens de la personnalité cellulaire. Pas au sens de la personne humaine. Cette scientificité, cette personnalisation supportent mal les "et moi dans tout ça !" ».

[4042] Guchet Xavier. *Op. cit.*, p74-79 et p. 148-152 : « La médecine personnalisée s'inscrit en outre dans le prolongement [… du] biocapital. Le biocapital est défini comme l'articulation entre un régime scientifique, lié aux sciences de la vie et à l'industrie du médicament, et un régime économique surdéterminé par le marché ».

[4043] Schleidgen Sebastian, Klingler Corina, Bertram Teresa, Rogowski Wolf H., Marckmann Georg. *What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic literature review*. BMC Med Ethics 2013;14:55. En dépit de la variété et de l'évolutivité de ses acceptations possibles, la définition précise suivante semble avoir été retenue comme consensuelle : "personalized medicine seeks to improve stratification and timing of health care by utilizing biological information and biomarkers on the level of molecular disease pathways, genetics, proteomics as well as metabolomics".

[4044] Brook Simon. *Op. cit*.: "we know as human beings, as individuals, as philosophers, that any individual is different and has to be considered as a unique person. But what we are learning from the deepest biology is that every tumor is also different. And probably the future is to treat all tumors individually". (Traduction personnelle).

[4045] Guchet Xavier. *Op. cit*., p. 209-238 « Le personnel-moléculaire et le personnel-subjectif : les termes d'un malentendu ».

[4046] *Ibid*., p. 238 : « les progrès technologiques permettent aujourd'hui de subdiviser un phénotype, par exemple le cancer du sein, en plusieurs pathologies distinctes, impliquant des mécanismes moléculaires distincts. Le cancer du sein, ce sont en réalité dix cancers différents ».

[4047] Kuhn Thomas S., Meyer Laure (Trad.), Luminet Jean-Pierre (préface). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion; 2008 [1962].

[4048] Papavassiliou Athanasios G. *Molecular medicine: Prometheus unbound. Resolving the "enigma" of medicine by re-defining health and disease*. Bioessays 2010;32(6):453.

[4049] Guchet Xavier. *Op. cit*., p. 56 : « Loin d'être une nouveauté absolue, la médecine personnalisée s'inscrit dans le prolongement des transformations de la biomédecine ».

[4050] Abettan Camille. *Op. cit.*

s'y réduire, ils ne peuvent qu'être soupçonneux à l'égard de ce qui leur est présenté comme une *personnalisation* des soins.

Cet intitulé, qui est effectivement trompeur, est instrumentalisé par la biomédecine. Il fait certes écho à une demande émanant des usagers (malades ou pas) du système de santé, de plus grande attention aux individus en tant que *sujets*, non réductibles à l'*objet-maladie* qui les affecte. Ce faisant, il laisse entendre que cette demande est entendue et que la biomédecine œuvre à la satisfaire, non sans ajouter, au passage, à son prestige. Loin d'être dupes, les patients en doutent aisément et s'avèrent d'autant plus sensibles à ce que propose une médecine complémentaire comme l'ayurvéda. En phase avec le modèle médical qualifié – par contraste avec l'*EBM* – de *Patient-centered medicine*[4051], elle ambitionne de prendre soin de la personne malade, avant même la maladie (et quelle qu'en soit la nature[4052]), grâce à une attention à sa singularité et un accompagnement holistique à même d'englober les dimensions de son existence qui lui importent le plus (y compris affective, culturelle, spirituelle). Ainsi que l'analyse Ritodgata Mahasthita, « traiter le cancer dans le corps ne suffit pas »[4053]. Et il ajoute que la nature de la relation patient-soignant n'est tout simplement pas la même. D'un côté, il s'agit d'une relation à la fois chosifiante et de soumission aux consignes biomédicales, de l'autre une relation qui (re)subjective et permet ainsi au malade de s'extraire de l'emprise désubjectivante de la maladie et des traitements, ce qui n'exclut pourtant pas de la traiter.

Si le contraste est donc flagrant entre la médecine ayurvédique et la biomédecine, il apparait que la *médecine personnalisée* telle qu'entendue en Occident – qu'il est plus juste de qualifier de médecine de précision – n'est pas sans affecter les modalités de la relation de soin. Concentrée sur les données moléculaires, l'attention du médecin n'aurait dès lors d'autres objectifs que de promulguer des directives préventives à même d'éviter ou de retarder l'expression du mal que certaines anomalies permettent de prédire ainsi que d'identifier les meilleures cibles thérapeutiques (conformément au principe de *targeted therapies*[4054] et de *drug design*[4055]) en cas de maladie déclarée ou inévitable. Bien que constituant un progrès

---

[4051] Ceriani Cernadas José Maria. *Evidence-based medicine or patient-centered medicine, or both?* Arch Argent Pediatr 2018;116(2):90-1. Engle Ryann L., Mohr David C., Holmes Sally K., Seibert Marjorie N., Afable Melissa, Leyson Jenniffer*, et al. Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well*. Health Care Manage Rev 2021;46(3):174-84.

[4052] Cathebras Pascal. *Patient-Centered Medicine: A Necessary Condition for the Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress*. Front Med (Lausanne) 2021;8:585495.

[4053] Brook Simon. *Op. cit*.: "Treating the cancer in the body alone is not enough".

[4054] La leucémie myéloïde chronique (LMC) est à la fois paradigmatique et à l'origine du concept de thérapie ciblée, consistant à cibler les mécanismes en cause dans la prolifération maligne. Dans la LMC, le transcrit de fusion bcr-Abl (autrement identifié via le chromosome Philadelphie correspondant à la translocation des chromosomes 9 et 22) constitue tout à la fois une signature moléculaire (utilisée pour le diagnostic et le suivi), un mécanisme physiopathologique et une cible thérapeutique. L'inhibiteur de tyrosine kinase imatinib à même de fixer et bloquer spécifiquement bcr-Abl a radicalement changé le pronostic de cette hémopathie. Guchet Xavier. Op. cit. p. 77 : « Les résultats sont spectaculaires, inconnus en cancérologie : 98% des patients ayant reçu une dose de STI 571 supérieure à 300 mg sont entrés en rémission totale ». Je renvoie à un article scientifique récent sur l'histoire de cette révolution thérapeutique : Minciacchi Valentina. R., Kumar Rahul, Krause Daniela S. *Chronic Myeloid Leukemia: A Model Disease of the Past, Present and Future*. Cells 2021;10(1).

[4055] Guchet Xavier. Op. cit. p. 75 : « Thomas Tursz fait ainsi du Gleevec [imatinib] le point de basculement du *screening* au *drug design* ».

incontestable[4056], l'ère des thérapies ciblées fait aussi planer la crainte de relations encore plus directives entre le médecin et le patient, non sans risquer d'induire de nouveaux motifs de doute et de défiance ainsi que de compliquer le rapport de force.

4.1.2 – Le doute en partage au cœur de la relation de soin comme condition de la reconnaissance subjective et donc de l'intersubjectivité

A l'aune de son observation de la médecine ayurvédique, le trouble éprouvé par Tursz est heureux. Il lui permet si ce n'est une remise en cause du moins d'appréhender une tout autre façon d'être en relation avec un patient. Ainsi que l'explique Ritodgata Mahasthita, il s'agit d'une rencontre interhumaine, avant même d'être une relation de soin, *a fortiori* si elle ne devait être réduite qu'à sa fonction instrumentale. Alors que l'objectivation scientifique pure est hors relation, et même pourrait-on dire hors humanité, l'intersubjectivité est une condition d'humanisation des soins en ce qu'elle passe par la reconnaissance subjective de chaque patient, comme de chaque soignant, d'abord et avant toute autre considération.

Grâce à leurs doutes mis en partage, cette enquête menée conjointement par Marinella et Tursz en terres ayurvédiques permet de mettre en lumière une relation intersubjective fondée sur la réciprocité, relation que Buber qualifiait de relation de type *Je-Tu* par contraste avec la relation *Je-Cela* (orientée vers un objet)[4057]. Un sujet (*Je*) ne peut être reconnu lui-même comme tel qu'en reconnaissant l'autre comme sujet (*Tu*), et réciproquement. Le *ergo sum* husserlien impliquant l'activité de douter, ce sont l'*épochè* et la réduction phénoménologiques qui permettent de concrétiser à la fois le principe de reconnaissance subjective mais aussi celui de l'intersubjectivité qui implique la réciprocité[4058]. D'une part, le doute husserlien en quoi consiste l'*épochè* phénoménologique révèle la subjectivité transcendantale. Un sujet (*Je*) est donc un *sujet doutant*. D'autre part, ce *sujet doutant* ne peut exister comme tel que dans le monde et dans la relation aux autres au prisme de la réduction phénoménologique, sous peine de retomber dans le piège du solipsisme inhérent au *cogito* cartésien. Le *sujet doutant* (*Je*) ne peut exister lui-même qu'en reconnaissant l'autre comme *sujet doutant* (*Tu*), cet *autre doutant* comme soi-même et réciproquement. Dans ce mouvement de reconnaissance du doute en l'autre (*Tu*) comme en soi-même (*Je*), attestant des principes d'intersubjectivité et de réciprocité, l'autre (*Tu*) peut dès lors être reconnu avec ses propres croyances, sans devoir forcément y adhérer.

Outre que la mise en suspension autant qu'à distance – au prisme de l'*épochè* et de la réduction phénoménologiques – permet l'accueil et la reconnaissance réciproque d'un *sujet doutant* en

[4056] La stratification moléculaire des choix thérapeutiques contribue à leur efficacité et en réduit la toxicité. Le choix des antirétroviraux en fonction du génotype des patients séropositifs pour le VIH permet d'éviter la prescription d'abacavir en cas d'allèle HLA-B*5701, associé à des réactions allergiques potentiellement mortelles. En ligne via le site de l'agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) : Résumé des Caractéristiques du Produit ; Abacavir Hypersensitivity Reaction, consultés le 23 février 2026.

[4057] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Une approche bubérienne de la relation de soin centrée sur la réciprocité*.

[4058] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute au prisme de l'épochè de Husserl et la réduction phénoménologique*, et plus particulièrement au sous-chapitre *La réduction phénoménologique comme condition de l'intersubjectivité*.

chaque patient comme en chaque soignant, c'est un tout autre positionnement possible à l'égard des croyances et des doutes d'autrui qui peut s'opérer. Plutôt que de les nier, les rejeter ou tout au contraire s'y plier, cette position permet de les accueillir sans les juger. Partager et débattre de ses doutes au cœur de la relation de soin devient à la fois possible mais la condition même de la rencontre entre patient et soignant au point de constituer un véritable pont relationnel. Il ne s'agit certes pas d'égalisation ni même de symétrisation entre les partenaires de la relation, sauf à considérer la symétrisation au sens d'une relation de sujet à sujet et non plus de sujet à objet. Pour autant, ainsi que l'illustre l'histoire de Marinella et Tursz, à partir du moment où leur relation de soin s'est engagée dans une dynamique intersubjective et de réciprocité (aux antipodes de la chosification biomédicale), la teneur de leurs échanges s'est enrichie et le rapport de confiance s'est amélioré. Que les patients autant que les soignants puissent partager leurs doutes au cœur de la relation de soin en améliore donc la qualité et la richesse.

4.1.3 – Le soignant œuvre à la (re)subjectivation du patient au cœur de la relation de soin

Grâce à la reconnaissance intersubjective au cœur de la relation de soin, le soignant contribue au processus de (re)subjectivation indispensable au patient pour sortir de l'épreuve de doute (identitaire et existentiel) que peuvent générer la maladie et ses évènements afférents[4059]. Il ne s'agirait donc pas d'une prérogative dévolue aux seules personnes pairs quand bien même la réciprocité entre pairs représente une déclinaison des plus pures de la reconnaissance intersubjective[4060].

La dimension instrumentale du soin étant satisfaite, la relation de soin peut aussi s'appuyer sur une authentique réciprocité qui pourra alors contribuer à la (re)subjectivation du patient et ainsi l'aider à sortir du doute dans lequel la maladie a pu le plonger. Pour (re)trouver un équilibre, des repères et des croyances stabilisées, par-delà les bouleversements induits par la maladie, il importe au patient de pouvoir se (re)connaître soi-même en tant que sujet et pour cela d'être (re)subjectivée à travers le regard de l'autre. Que cet autre soit un soignant ou pas, que cela advienne dans le contexte des soins ou dans tout autre contexte (à l'instar de ce voyage en Inde, certes indirectement lié aux soins puisqu'il visait l'investigation d'une toute autre culture du soin) ce regard est essentiel au processus de (re)subjectivation d'un patient ébranlé et ne se percevant parfois plus qu'au travers de la maladie qui l'envahit, le chosifie et le menace. Parce que soigné et soignant sont liés par les soins qu'impose la maladie au premier, il importe au soignant d'être attentif aux effets de réification que génère le parcours de soin et d'y remédier autant que possible, ne serait-ce qu'en n'y réduisant pas le patient. C'est donc aussi à travers le soignant que le malade peut se rétablir en tant que sujet[4061]. Si le fait d'être un sujet ne peut l'être que par rapport à l'autre (au prisme d'une relation de type *Je-Tu*), être un *sujet* au cœur de la relation de soin ne peut l'être, en tant que patient, que par rapport au soignant et réciproquement.

[4059] Ricadat Élise, Fradkin Sophie, Schwering Karl-Leo, Aujoulat Isabelle, Boissel Nicolas. *Prise en compte du processus de subjectivation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer dans la relation de soin : le point de vue des soignants*. Cliniques méditerranéennes 2017;n° 95(1):179-92.

[4060] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *La reconnaissance mutuelle entre pairs, un effet salvateur*.

[4061] Fourneret Eric. *Op. cit*., p.98 : « respecter les personnes en tant qu'acteurs peut être moralement insuffisant, car les respecter en tant que sujet se révèle tout aussi important. Le mot "sujet" renvoie ici au pouvoir de se déterminer soi-même ».

Pouvant lui-même être réifié en cas de considération seulement utilitaire voire consumériste à son égard, être un *sujet* en tant que soignant ne peut l'être que par rapport au patient. Que la (re)subjectivation d'un patient puisse d'autant mieux s'opérer aux antipodes d'un lieu médical, *a fortiori* à l'autre bout du monde – ainsi que l'expérience de Marinella et de Marine Barnérias en ont témoigné[4062] – s'entend assez naturellement par le fait qu'un bio-soignant, aussi subjectivant soit-il, renvoie inévitablement à l'*objet maladie* qu'il faut traiter comme tel.

Il n'en demeure pas moins que, s'il veut se soigner, le malade ne peut faire l'économie d'une relation au *monde des soignants*. Ainsi que déjà développé, l'importance de la reconnaissance subjective du soigné par le soignant peut se manifester au travers d'un puissant appel du soigné à être compris des soignants[4063], au point d'en faire une question de survie subjective[4064]. Attendu donc par-là qu'être soignant ne consiste pas seulement à diagnostiquer une maladie, à choisir le bon traitement, à le prescrire au bon moment, à se contenter de guérir la maladie, quand bien même cette tâche s'avère déjà immense. Il s'agit aussi, pour le soignant, d'œuvrer à reconnaître et comprendre le patient en tant que *sujet* (son expérience subjective, sa propre rationalité, ses choix, son cheminement personnel par rapport aux soins), ce qui n'entrave en rien le projet de soin et pourrait même y contribuer. Le doute, réciproquement partagé entre patient et soignant, permet un tel cheminement en tant qu'il conditionne le principe de reconnaissance (inter)subjective. L'*épochè* et la réduction phénoménologiques, par la mise en suspension et à distance qu'elles impliquent – et qui n'ont rien à voir avec de l'indifférence ou du rejet – ouvrent non pas à une illusoire compréhension pure et parfaite de l'autre mais déploient un mouvement de *tension compréhensive* de l'autre, un effort soutenu en ce sens.

4.1.4 – En œuvrant à sa (re)subjectivation le soignant aide le patient à sortir du doute et à se rétablir

Dans sa dimension intersubjective, la relation de soin contribue à la (re)subjectivation du patient et partant à son rétablissement. Elle peut ainsi efficacement l'aider à sortir de l'épreuve du doute que la maladie lui impose. A l'inverse, si le bio-soignant ne se contente que de traiter la maladie selon des critères objectifs, il risque de manquer ce rendez-vous consistant à œuvrer aussi à une restauration subjective du malade. Parce qu'il demeure réduit précisément à ce qui le bouleverse, à savoir la maladie, le patient se voit contraint de s'en éloigner ou du moins d'y associer un autre type de soutien à même de l'aider à retrouver des repères, un équilibre personnel. Certains patients, comme Marinella, s'orientent vers d'autres types de soignants et vers des soins non conventionnels. Ainsi que l'analyse Pascal Cathébras, médecin interniste et anthropologue, cela peut arriver lorsque les acteurs biomédicaux manquent de se soucier véritablement de ces autres dimensions de l'existence qui importent tant au malade.

> À l'inverse de cette biomédecine éclatée, certaines médecines alternatives peuvent être qualifiées d'holistiques, lorsqu'elles prennent en compte tous les symptômes, qu'ils soient

[4062] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le voyage est au cœur de cette (re)(con)quête subjective*.
[4063] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Une intense quête de reconnaissance subjective*.
[4064] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *La (ré)affirmation de soi est une question de survie subjective*.

> physiques, affectifs, sociaux, ou spirituels, et qu'elles « tendent à resituer le mal dans un système explicatif cohérent, faisant appel à la totalité de l'expérience de l'individu »[4065]. Le recours aux médecines alternatives s'inscrit alors dans une quête de bien-être global, de sens et d'autonomie[4066].

Que les bio-soignants manquent de se soucier de l'ensemble des déterminants nécessaires à l'équilibre global d'une personne malade, celle-ci cherchera d'autres ressources. Non qu'elle rejette la biomédecine et/ou qu'elle se soumette avec crédulité à une idéologie fantasque et source d'illusoires promesses[4067], l'histoire de Marinella a bien montré qu'il ne s'agissait pas de cela. Il y a simplement un vide que la biomédecine ne suffit pas à combler pour sortir de la crise qui bouleverse son existence. La démarche pragmatiste (qui fut celle de Marinella) poussant certains patients à diversifier leurs sources de soins et de rétablissement ne peut être dénigrée comme étant « le fruit de la naïveté et de l'ignorance »[4068]. Un patient ne peut être ainsi taxé au seul motif qu'il s'ouvrirait à des pratiques et des acteurs non reconnus par la biomédecine. La réponse à certains besoins fondamentaux pour l'équilibre de vie d'une personne – tels des besoins autres que matériels (« affectifs », « spirituels ») – ne relève d'ailleurs pas forcément des prérogatives de la biomédecine. Si le médecin peut contribuer, grâce à son approche herméneutique, à repérer la pluralité de ces besoins, encore faudrait-il qu'il s'assure de leur satisfaction, quand il n'est pas lui-même apte à y répondre. A titre d'exemple, l'information concernant la présence de représentants des cultes à l'hôpital n'est pas systématisée. Par trop focalisée sur le périmètre restreint de ses objectifs, la biomédecine manque d'attention vis-à-vis des besoins non directement médicaux des patients. Or, cela peut entraver leur rétablissement, impacter leur bien-être global et altérer leur confiance à l'égard des soignants.

Accompagner ce besoin légitime de rétablissement global implique non seulement d'y être disponible mais de se laisser guider par le patient car il est seul à même d'identifier les dimensions et les critères de son existence propres à lui permettre de restaurer sa *normativité*[4069]. C'est précisément ce que dit Ritodgata Mahasthita lorsqu'il explique : « On interagit avec la personne et on s'y adapte »[4070]. Cette position déflationniste du soignant ayurvédique à la fois à l'écoute, se retenant de juger et s'adaptant à la personne malade contraste avec l'attitude habituellement en surplomb du bio-médecin, prescripteur et fort de l'autorité de la science. Cette position fait pourtant écho à ce propos de Canguilhem sur la guérison :

[4065] Quéniart Anne. *Le sens du recours aux médecines alternatives*. Santé, Culture, Health 1990;7:41-70. Quéniart Anne, Chabot Patrick, Walsh Suzanne, Jobin Patricia. *Parcours thérapeutiques en médecines alternatives*. International Review of Community Development 2015;(24):43-50.

[4066] Cathébras Pascal, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme » in Benoist Jean. *Op. cit*., p. 308.

[4067] *Ibid*., p. 305 : « Ces motivations sont clairement d'ordre pragmatique, plutôt qu'idéologique […] Les patients sont donc favorables à, et pratiquent largement, un pluralisme thérapeutique ».

[4068] Cathébras Pascal, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme » in Benoist Jean. *Op. cit*., p. 301.

[4069] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*

[4070] Brook Simon. *Op. cit*.: "We interact with the person, and we change. And also, when I lead with the person especially who is receptive like Marinella, I'm not trying to prove my faith on some system".

> Alors que, selon l'optique médicale traditionnelle, la guérison était tenue pour effet d'un traitement causal, dont l'intérêt était de sanctionner la validité du diagnostic et de la prescription, donc la valeur du médecin, dans l'optique de la psychanalyse la guérison devenait le signe d'une capacité retrouvée par le patient d'en finir lui-même avec ses difficultés[4071].

L'idée (inspirée de la cure analytique) selon laquelle le patient choisirait le chemin de sa guérison bouleverse à la fois les causalités – la guérison ne relève plus de médecin mais du malade aidé en cela par le diagnostic et la prescription du premier – et la position de l'acteur de santé. Il n'est plus le seul détenteur du savoir et donc du pouvoir de guérison puisque celle-ci dépend aussi du patient. La formule « en finir lui-même avec ses difficultés » révèle que ce pouvoir de guérison du patient émane non seulement de son choix propre (conformément à la lecture psychanalytique) mais aussi de sa *normativité* retrouvée, c'est-à-dire sa capacité à établir sa propre norme, laquelle est effectivement indépendante de tout jugement médical. Canguilhem renforce son propos en citant le médecin et psychothérapeute d'inspiration analytique Georg Groddeck : « Ce n'est pas le médecin qui vient à bout de la maladie, mais le malade. Le malade se guérit lui-même par ses propres forces, comme c'est par ses propres forces qu'il marche, mange, respire, dort »[4072]. De telles paroles ne visent pas à minimiser l'importance du travail médical de contrôle biologique de la maladie, elles soulignent le rôle fondamental du patient sans l'implication active duquel le parcours de soins risquerait d'être vain ou au mieux insatisfaisant. Sans pour autant primer sur la part biomédicale des soins, le choix du patient de s'y engager devrait être une condition préalable indispensable à son aboutissement (particulièrement dans le domaine des troubles psychiques). Cela n'est pas sans rappeler ce propos incisif de Marinella : « C'est moi qui ai décidé de vivre »[4073]. Le soignant n'est donc pas le seul maître décideur et prescripteur mais accompagne le choix engagé du patient dans son chemin de guérison. Pour ce faire, il importe alors au soignant de pouvoir douter, se délester de ses certitudes, suspendre son jugement de sorte à être dans une disposition d'accueil et de compréhension à hauteur du patient et d'ainsi pouvoir l'accompagner dans cette démarche qui lui est propre, tout en l'aidant de son outillage perfectionné. Que cette démarche puisse à certains égards paraître étrange voire irrationnelle aux yeux d'un soignant ayant pour seule référence les critères de la biomédecine ne devrait pas être source de discorde ni surtout conduire à mésestimer voire abandonner un patient. Pour s'en convaincre, Canguilhem continue de citer Groddeck qui n'a pas manqué d'être provocateur en écrivant que « *tous les chemins* mènent à Rome, ceux de la science et ceux de la charlatanerie … »[4074]. Par-là il invite à ne pas faire prévaloir l'idéologie scientifique, sous peine de tomber dans une dérive scientiste méprisante et excluante de toute autre voie de soin possible. Il incite ainsi, plus encore qu'à raison garder, à suspendre son jugement (c'est-à-dire à opter pour l'attitude d'*époché*) à l'égard des choix de la personne malade quant à son propre chemin de guérison, *a fortiori* si celui-ci s'avère en cohérence avec son histoire et/ou répond efficacement à certains des besoins auxquels le bio-soignant ne peut lui-même répondre.

[4071] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*., p. 72.
[4072] Groddeck Georg, Jumel Lily (Trad.), Lewinter R. (introduction). *Le livre du ça*. Paris: Gallimard; 1973, p. 304.
[4073] Brook Simon. *Op. cit*.: "I decided to live and he helped me to understand what was life. For me, the only lesson was to understand: If you want to live, what do you want to do with your life?"
[4074] Groddeck Georg. *Op. cit*., p. 302.

4.2 – Le doute comme source de dialogue au cœur de la relation de soins

Si Fourneret estime que « le dialogue est le fondement de la relation de soins »[4075], l'expérience clinique montre combien il peut manquer ou être défaillant. La relation entre Marinella et Tursz invite à considérer l'importance du doute comme moteur de dialogue entre patients et soignants. Si le « dialogue » est à entendre dans son sens courant de communication[4076], il s'agit ici d'insister sur son sens fort[4077], c'est-à-dire ce qui permet d'aboutir à une voie commune, de produire du sens partagé, en dépit des divergences. Un tel dialogue n'est ni spontané ni évident, chacun des acteurs de la relation devant faire l'effort de s'y ouvrir, s'y engager, oser affronter le contradictoire et surtout rompre avec ses certitudes[4078]. Le doute en est donc la condition et permet ainsi d'accueillir l'autre dans toute son altérité[4079]. Le sous-entendu est donc clair : améliorer la communication entre patients et soignants passe par la valorisation d'une culture du doute.

L'extrait suivant que je propose d'intituler « le dialogue autour de l'étiquette », entre Marinella Banfi (MB) et Thomas Tursz (TT), illustre les enjeux et les difficultés d'un tel dialogue.

> MB : j'avais envie que vous veniez ici, […] le lieu le plus en pointe de l'ayurveda et pour que vous puissiez rencontrer ces médecins. Je pense qu'il y a des échanges qui peuvent se faire d'égal à égal. […]
>
> TT : […] j'ai eu pour la première fois une conversation médicale. […] ils sont quand même dans une notion évolutive de la médecine […], cela ressemble à un hôpital avec des consultations, un enregistrement. Ici ils essaient de comprendre ce qu'ils font et sur les produits il y a écrit ce qu'il y a dans chacune des bouteilles, ils ont fait l'analyse …
>
> MB : Vous voilà rassuré, il y a une étiquette ! … je peux sourire un peu Thomas ? Je sais que c'est sérieux la médecine.
>
> TT : Mais non ! L'étiquette je m'en fous complètement … d'autant que je ne sais pas la lire ![4080]

L'engagement de Marinella dans le dialogue en son sens fort d'une voie commune à trouver est ici manifeste, tandis que Tursz y est manifestement plus réticent. Pour ce faire, elle ruse

---

[4075] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 172 : « Prendre soin de l'autre commence par prendre soin du dialogue que l'on a avec lui ».

[4076] On retient les deux définitions du CNRTL suivantes : « Communication le plus souvent verbale entre deux personnes ou groupes de personnes » ; « Conversation, discussion, négociation menée avec la volonté commune d'aboutir à une solution acceptable par les deux parties en présence ». En ligne : DIALOGUE : Définition de DIALOGUE, consulté en ligne le 21 février 2026.

[4077] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 178 : « Le dialogue se distingue donc de la publicité de soi, de la revendication dogmatique, communautariste, du narcissisme et de l'individualisme. Il est donc beaucoup plus qu'une communication. Il est un moyen d'expression d'une vision particulière de la vie, respectueux de tous les points de vue exprimés ».

[4078] *Ibid.*, p. 95 : « La pluralité des points de vue dans une délibération collective, à l'image de celle d'une relation de soins, requiert un maximum d'attention pour que le dialogue reste une concertation et ne devienne pas une confrontation ».

[4079] *Ibid.*, p. 173 : « Sans lui [le dialogue], que peut-on espérer d'une relation de soins réunissant des manières différentes de vivre ? ».

[4080] Brook Simon. *Op. cit*.

d'humour et de persévérance à son égard pour instiller du doute et permettre une ouverture dialectique. Habilement moqueuse, elle touche juste en soulignant le caractère vain d'un jugement fondé sur une simple « étiquette ». Même en Occident, certaines thérapeutiques utilisées en biomédecine ne dévoilent pas tous leurs mécanismes d'action en dépit d'une connaissance précise de leur composition[4081]. Cette réplique autour de l'étiquette n'est d'ailleurs pas sans rappeler Madeleine Lebouc débattant face à Pierre Janet au sujet d'une balance[4082]. Sa pertinence et son humour viennent ainsi efficacement modérer la supériorité et le sérieux dont se drape l'homme de science, se considérant comme seul juge valable. Elle parvient ainsi à désamorcer la condescendance ici flagrante (« cela ressemble à un hôpital », « ils essaient de comprendre ce qu'ils font », « ils sont quand même dans une notion évolutive de la médecine ») et déjà évoquée de Tursz. C'est dire si le vœu de Marinella que « des échanges [puissent] se faire d'égal à égal » est loin d'être évident. Pour autant, en instillant du doute l'air de rien grâce à des répliques efficaces, elle soutient le dialogue et parvient à affaiblir cet édifice de certitude. Bousculé par l'avis contradictoire qu'elle lui oppose (comme Pierre Janet face à Madeleine Lebouc), Tursz se voit non seulement contraint de répondre en mode défensif (« Mais non ! L'étiquette je m'en fous complètement ») mais de justifier sa position. Ce faisant, il persiste dans une argumentation contrainte par l'exclusivité de son cadre biomédical de lecture[4083] lequel ne peut se départir d'éclairer prioritairement la causalité des phénomènes, quand l'ayurvéda se soucie d'abord des bienfaits pour les malades. Alors qu'être dans le dialogue n'implique ni adhésion aux propos contradictoires qui lui sont soumis ni renoncement à ses propres croyances, Tursz reste sur ses gardes. Il ne concède son accord sur le fond qu'avec force retenue et précaution, comme s'il ne fallait pas faire perdre du terrain à la science. La rigidité de cette posture est à interroger à l'aune du documentaire dont il fait l'objet avec Marinella et dans lequel ils ne peuvent naturellement pas renoncer à leur rôle respectif. Ne perdant donc pas de vue qu'il est filmé, Tursz défend le paradigme biomédical. Pour autant le dialogue, tel qu'y aspire Marinella, y est. Nombre d'autres conversations filmées en témoignent. Pour exceptionnel et étrange que ce dialogue entre Marinella et Thomas Tursz puisse paraître[4084], tant il va à l'encontre de la représentation sociétale du modèle dominant de la relation de soin en Occident, il existe bien. Le fait que ce type d'échange soit considéré comme insuffisamment déployé ou du moins qu'il soit peu visible dans la pratique courante des soins est peut-être à relier au tabou qui affecte le doute en médecine mais aussi au poids de la

[4081] Certaines thérapeutiques aux potentialités immunomodulatrices et antinéoplasiques, comme les molécules de la famille des IMiDs (*immune modulating innovattive drugs*) dont le thalidomide et ses analogues, ont été utilisées en connaissant leur composition mais dans l'ignorance de l'ensemble de leurs mécanismes d'action possibles. C'est la survenue d'effets tératogènes extrêmement graves dont l'hypo ou l'aplasie des membres (phocomélie) – illustration extrême d'une telle méconnaissance – qui a conduit à identifier leur effet anti-angiogénique.

[4082] Une telle réplique, par sa pertinence, son humour et son efficacité, rappelle celle que Madeleine Lebouc avait opposée à Pierre Janet pour dénoncer la vanité d'user d'une balance pour contredire son vécu d'envol spirituel : « Vous n'allez quand même pas lui opposer une balance ! […] Le poids n'est rien dans une assomption ! Les anges soulèvent aussi bien une femme lourde qu'une femme légère ! ». Baqué Claude. Op. cit., p. 59, scène 11 intitulée « Balance ». Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *L'épreuve du doute au cœur de la relation de soin liant Madeleine Lebouc et le psychiatre Pierre Janet*.

[4083] Brook Simon. *Op. cit*. : « l'étiquette me semble être le symbole du fait qu'ils veulent comprendre ce qu'il y a dans leurs produits et qu'ils veulent arriver à des produits plus efficaces et qu'ils veulent comprendre comment ça marche ».

[4084] On éprouvait le même sentiment d'étrangeté avec les dialogues inventés par Claude Baqué entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet.

déontologie médicale. On peut enfin se demander si un tel dialogue n'a peut-être été possible que parce que ses conditions de survenue étaient des plus favorables : un voyage, une relation privilégiée puisque devenue amicale (*philia*), l'absence d'enjeu immédiat de santé (Marinella étant *a priori* guérie de son cancer), l'absence d'enjeu de pouvoir dans ce contexte très inhabituel. Quoi qu'il en soit, aussi discret soit-il, les témoignages de malades attestent de sa présence et de l'importance qu'il revêt pour eux.

On pourra s'étonner que la valeur du dialogue entre patient et soignant soit ici surtout défendue par Marinella. Cette position qu'elle défend ardemment atteste certes de la place essentielle qu'y tient le patient. Dans son livre *Philosophie de la santé*, notamment dans un chapitre intitulé « Traitement et dialogue »[4085], Hans Georg Gadamer considère la médecine comme un dialogue entre patient et soignant visant cet objectif qui leur est commun, à savoir le retour à la santé. Plus précisément, il positionne le processus dialogique au cœur de l'activité clinique. Sous cet angle, le travail interprétatif qui s'opère lors de cette rencontre au lit du malade et qui doit permettre de comprendre la maladie et d'éclairer les actions de soin à mettre en place ne serait donc pas l'apanage du seul clinicien. S'il devait ainsi être le Socrate d'un patient, ce ne serait qu'à condition que cela ne soit « ni une leçon, ni une tentative de maitrise capable de faire croire que l'on sait tout désormais avec précision »[4086]. En somme l'essence dialogique serait de nature interprétative. En phase avec la position de Marinella, le dialogue se déleste résolument des certitudes au profit d'une « interprétation dialogique ». Processus partagé entre le patient et le soignant, il s'appuie certes sur les apports théoriques de la biomédecine mais consiste surtout en un échange réciproque de questions et de réponses[4087]. Le patient n'est pas ici réduit à un objet d'investigation scientifique mais joue un rôle de partenaire essentiel dans cette activité herméneutique de la clinique dont le soignant ne devrait donc pas avoir la prérogative exclusive. Patient et soignant collaborent, ils travaillent à comprendre ensemble, dépassant leurs dissensions sans pour autant renoncer à leurs logiques propres inhérentes à leur statut comme à leur vécu. Patient et soignant mettent ainsi en œuvre et à profit le contradictoire et le dubitatif l'un envers l'autre, réciproquement, afin d'étayer au mieux, en l'enrichissant du savoir et de l'expérience de l'un et l'autre partenaire de la relation, cette voie commune tendue vers la santé. Or, pour ce faire, encore faut-il que le médecin, tout comme le patient, puisse si ce n'est se l'approprier, du moins se projeter dans la compréhension de l'autre[4088] (comme se mettre dans sa peau). Qu'ainsi le médecin puisse non seulement considérer le patient comme une personne apte à comprendre, mais qu'il puisse également se projeter au cœur même de la compréhension qui est propre à ce patient. Réciproquement, il importe aussi que le patient puisse se projeter dans la logique du soignant et s'efforce de le comprendre. Ce processus dialogique permet, grâce à cette compréhension réciproque, d'aboutir à une voie interprétative commune intégrant la logique de chacun des partenaires de la relation et propice à la co-construction d'un projet thérapeutique réellement partagé. Celui-ci ne correspond dès lors pas aux seuls objectifs du bio-médecin de gestion anonyme d'une maladie donnée mais vient s'adapter au mieux à la situation

[4085] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 135-148.
[4086] *Ibid*., p. 146.
[4087] Abettan Camille. Op. cit.
[4088] Svenaeus Fredrik. *Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality*. Theor Med Bioeth 2000;21(2):171-89.

individuelle du patient dans sa façon unique de vivre la maladie, d'œuvrer à la surmonter et plus généralement d'être au monde[4089].

C'est pourquoi, faire exister ce processus dialogique implique de pouvoir introduire du doute comme de s'abstenir des certitudes et de tout jugement définitif. Il ne s'agit certes pas de douter de la science mais de son application brute, sans aménagement, alors même que chaque malade, chaque situation, chaque contexte sont uniques. Les spécificités individuelles qui impliquent de tenir compte d'un ensemble de facteurs justifient d'adapter le projet de soins à chaque situation singulière sous peine de susciter un refus de soins, de l'inobservance et/ou des toxicités. Qu'il faille certes puiser dans la théorie scientifique, même la biomédecine ne peut pas être qu'une théorie plaquée qui viendrait seule guider la pratique. C'est bien au cœur de la rencontre clinique et par l'activité partagée de doute herméneutique qu'un projet de soin au plus près des spécificités de la personne est le plus à même de s'élaborer. Il importe pour cela que la logique interprétative du soignant comme celle du patient, aussi différenciées soient-elles, soient mises en dialogue, qu'elles puissent se rencontrer, se confronter, se questionner, en somme se soumettre réciproquement à l'épreuve du doute afin d'en apprécier ensemble la validité et pouvoir ainsi coconstruire une voix authentiquement commune. Il reviendra ainsi à cette interprétation conjointe, ne donnant l'exclusivité ni à la seule expertise scientifique ni seulement à l'usager du système de santé, aussi expert soit-il, mais au *couple dialogique patient – soignant*, riche de leurs savoirs respectifs, de statuer ultimement quant à la nature finale du projet de soins. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en est une illustration. En dépit de l'aura d'autorité d'une décision collégiale prise conjointement par un ensemble de professionnels de santé, il reviendra au *couple patient – soignant* de suivre ou non cette proposition, donc de l'adapter le cas échéant. Seule la présentation du dossier médical en RCP est médico-légale. La proposition peut, quant à elle, ne pas être suivie. Son irrespect est trop souvent attribué au seul refus du patient ; il devrait pourtant aussi être pensé au prisme de cette relation dialogique entre un patient et son médecin référent, puisqu'elle seule est à même de toucher au plus juste quant à ce qui peut au mieux convenir pour le patient.

Toucher au plus juste renvoie à ce que Gadamer formule comme la « juste mesure » laquelle, précisément, « ne peut nullement être mesurée »[4090]. Elle ne peut, selon lui, s'apprécier que par « l'observation et l'écoute du patient »[4091], c'est-à-dire l'activité clinique dont il souligne l'étiolement puisqu'elle « ne représente [plus] qu'un infime secteur, comparé à l'étendue du problème humain auquel l'ensemble de l'art médical est censé répondre »[4092]. Il soulève ainsi l'écueil d'une biomédecine ultra-techniciste et déconnectée de la personne, ne visant au sein d'un corps morcelé, parce qu'appréhendé organe par organe, que la maladie objective mesurable. Or, l'état de santé n'y est pas réductible et « le simple fait de mesurer ne nous donnera, en réalité, qu'un accès très relatif […] à la juste mesure »[4093] écrit-il, tout en désespérant de l'appauvrissement de la clinique et de la restriction consécutive du champ

[4089] *Ibid.*
[4090] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 142.
[4091] *Ibid.,* p. 109.
[4092] *Ibid.,* p. 104.
[4093] *Ibid.,* p. 109.

d'appréciation de la médecine pour tenter de l'approcher tant elle parait indéfinissable autant que difficilement saisissable.

> La signification de la juste mesure tient précisément à ce qu'elle désigne quelque chose que l'on ne peut définir. Tout le processus de compensation naturelle de l'organisme et du milieu social personnel de l'homme est un système qui, d'une certaine manière, procède par conformation à la juste mesure[4094].

La « juste mesure » ne relève pas de critères objectifs précis et reproductibles que l'on pourrait extraire d'une situation donnée. Elle n'existe pas *a priori* mais advient dans le cours de l'expérience vécue sans pour autant – puisqu'elle reste impalpable et évolutive – parvenir à être clairement identifiable (« que l'on ne peut définir »). « C'est ici qu'apparait l'importance du dialogue et de l'espace commun qu'il instaure entre le médecin et le patient »[4095], c'est-à-dire cette rencontre clinique fondée sur une activité herméneutique conjointe dont la mise en commun passe par ce mouvement dialogique des questions et des réponses ainsi que l'épreuve du doute comme moteur dialectique. Marinella témoigne bien de ce quelque chose que l'on ne peut pas définir, cette harmonie invisible qui ne peut être si ce n'est atteinte du moins approchée au mieux qu'au cœur de la relation intersubjective, par le dialogue. Cela nécessite de s'émanciper de la rigidité de critères normatifs figés et de se délester des certitudes déconnectées des circonstances. Cela implique de suspendre tout jugement définitif (conformément au principe d'*épochè*) de sorte à pouvoir accueillir et reconnaitre en l'autre un *sujet doutant* et ainsi s'adonner conjointement à cette activité interrogative et interprétative visant à toucher *ensemble* au plus juste, c'est-à-dire d'adapter les soins de la personne malade au plus près de la « juste mesure ».

4.3 – Le doute comme source de pacification de la relation de soin et de (r)éveil de la philia

Sources potentielles d'incompréhension et de discorde, les dissensions naturelles qui opposent patients et soignants peuvent dégrader la qualité de la relation de soin et le rapport de confiance. Le doute est une cause fréquente et importante de dissensions tant ses objets, ses modalités et ses enjeux diffèrent entre patient et soignant. Pourtant l'histoire de Marinella et Tursz permet de sortir de cette représentation négative du doute en médecine. Elle invite à considérer l'hypothèse que le doute, réciproquement reconnu et partagé entre patient et soignant, pourrait constituer non pas un ferment mais un antidote au conflit et à la défiance en garantissant l'éveil et le déploiement de ce qui, en Grèce antique, était qualifié de *philia*[4096]. Le doute en partage pourrait ainsi constituer une force de pacification.

[4094] *Ibid.,* p. 142.
[4095] *Ibid.,* p. 145.
[4096] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 17: « Eh bien, en dépit de la différence évidente de ces deux états d'esprit, le génie hellénique a eu l'habileté de les baptiser du même nom […] *philia*, ou "amitié". […] Aux yeux des Grecs de l'Antiquité, c'est cette *philia* qui constitue le fondement de cette relation ».

L'histoire de Marinella et Tursz soulève tout d'abord la question des affects au cœur de la relation de soin[4097]. Qu'ils soient négatifs (peur, anxiété, colère, honte), ou positifs (joie, bonne-humeur, émerveillement, gratitude), les affects sont le plus souvent prohibés en médecine au motif qu'ils relèvent de l'émotionnel, du subjectif, de l'irrationnel. Ils sont ainsi réputés menacer l'objectivité, perturber le jugement et la prise de décision, être sources d'erreur, favoriser la discorde. Autant de facteurs suscitant la crainte que cela n'enraye le processus de soins planifié par les professionnels de santé. Cette relation montre – particulièrement la figure expressive de Marinella – à quel point les affects sont omniprésents, circulent, évoluent et n'ont pas eu ces effets délétères tant craints. Tout au contraire, cette relation a semblé en être d'autant plus vivifiée et incarnée, preuve que la relation de soin est beaucoup plus complexe qu'une interaction ordinaire, polie et utilitaire à laquelle d'aucuns tentent de la cantonner[4098].

La question de la dimension affective lors de la rencontre de Thomas Tursz et Marinella Banfi s'est immédiatement posée. Ne s'arrêtant étonnamment pas à l'agressivité et la défiance de cette nouvelle patiente, Tursz semble au contraire séduit par sa vivacité d'esprit ; il est d'ailleurs soucieux de la perte de chance qu'un tel malaise pourrait causer. De son côté, elle le considère « plus humain » que les autres. En dépit du poids de soupçons immédiats et réciproques – lui n'étant dans le fond qu'un cancérologue comme les autres, elle étant d'emblée cataloguée patiente « difficile » –, leur défiance initiale s'est en réalité assez vite dissipée d'un côté comme de l'autre. Quelque chose semble s'être joué – à la fois dans l'immédiateté de la rencontre puis dans son déploiement ultérieur inattendu – qui renverse l'ordre attendu de la distanciation, voire de la répulsion, au profit non seulement de l'attraction mais surtout de ce qui pourrait être qualifié d'*affection*. Cette situation rencontre la question mainte fois posée et consistant « à se demander si et dans quelle mesure elle [la relation de soin] doit et peut s'approcher d'une relation d'amitié, voire coïncider avec elle »[4099]. Pour Lefève, parce que la relation de soin et l'amitié ont en commun le souci de l'autre[4100], cette question garde toute sa pertinence. Si un tel constat invite à modérer l'injonction normative consistant à prohiber les moindres manifestations affectives, inversement les écueils d'une confusion entre soin et amitié doivent être identifiés pour apprécier au mieux les limites de cette analogie[4101].

La question de l'amitié au cœur de la relation de soin se posait déjà dans l'Antiquité. Ainsi que l'analyse Entralgo, « voici, depuis l'époque des disciples d'Hippocrate jusqu'à nos jours ce qu'on répète : lorsque l'assistance médicale est ce qu'elle doit être, le lien qui unit médecin et malade est l'amour »[4102]. Par *amour*, il faut entendre la *philia* soit, dans sa qualification

---

[4097] Fiat Éric, Zittoun Robert, Geoffroy Michel. *Questions d'amour. De l'amour dans la relation soignante*. Les Plans-sur-Bex: Parole et Silence; 2009.
[4098] Lefève Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? » in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit.*, p. 107-126 : « la complexité de la relation de soin, au confluent de l'objectif et du subjectif, du rationnel et de l'affectif, du politique et de l'intime ».
[4099] *Ibid.*
[4100] *Ibid.* : « La relation de soin est la condition indispensable de la mise en œuvre du souci de l'autre en sa singularité et sa liberté, souci qui constitue aussi la visée éthique de l'amitié ».
[4101] Gros Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin » in *Recherches en soins infirmiers*, 2007, n°89, p. 18 : « L'amitié ne saurait entrer dans le cadre d'une éthique du soin et de l'accompagnement, sans verser dans la démagogie ».
[4102] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 159.

contemporaine, l'*amitié médicale*. Comme déjà développé[4103], la *philanthropia* précède la *philotekhnê* car c'est « l'amour de l'homme en tant qu'être humain » qui conduit à « l'amour de l'art de guérir »[4104]. Suivant cette logique, l'objectif est d'abord l'amitié, avant même la prise en compte concrète de la maladie. Sur ce point, médecine antique et médecine ayurvédique se rejoignent. « En premier lieu, il s'agit d'essayer de gagner l'amitié de la personne »[4105] explique Ritodgata Mahasthita à Tursz étonné de la confiance de Marinella à son égard (« elle ne jure que par vous »[4106] précise-t-il non sans ironie). Or, même en Occident, faire renaître le principe de la *philia*, ne serait-ce qu'au regard de ses bénéfices en termes d'entente réciproque et de confiance partagée, n'est pas un vain espoir. Selon Lefève, si « la relation de soin ne doit ni ne peut être une relation d'amitié », pour autant lorsqu'elle « met en œuvre […] certaines vertus propres à l'amitié, elle gagne en efficacité car elle remplit la visée éthique du soin »[4107]. L'histoire de Marinella et Tursz suggère qu'en dépit de dissensions manifestes, une relation d'amitié a pu naître au cœur même de la relation de soin et ce sous les auspices d'un état de doute les affectant tous deux. Bien que des plus inattendues, une tout autre approche du doute semble alors possible. Plutôt que de consommer la rupture, la mise en dialogue de leurs doutes respectifs et des options engagées pour tenter de les résoudre aurait, tout au contraire, pu œuvrer à pacifier leur relation de soin et permettre l'émergence d'une véritable *amitié médicale*.

Sans revenir sur le détail et la complexité de l'épreuve du doute traversée autant par Marinella que par Tursz, rappeler à quel point cela rendait, *a priori*, cette relation à la fois improbable et surtout conflictuelle permet de souligner l'importance de bousculer ces représentations. Entre autres, celle selon laquelle l'amitié entre patient et soignant devrait être prohibée trouve ici matière à être si ce n'est contredite du moins nuancée. De l'histoire de Marinella et de Tursz émerge en effet une autre déclinaison possible du doute, non encore abordée, et que l'on pourrait qualifier de *doute affectif* au sens d'une attention particulière à l'autre, du souci de l'autre dont il apparaît clairement ici qu'il n'est pas l'apanage du soignant[4108]. Tel une confidence intime, Tursz dira à Marinella : « Ecoutez, je vais vous faire un aveu. Vous n'êtes sûrement pas la malade que j'ai suivie le plus longtemps mais vous êtes celle qui m'avez emmené le plus loin »[4109]. On se prête à penser qu'il ne parle pas seulement de distance géographique. A partir d'un doute multiforme, à la fois scientifique, clinique mais aussi manifestement existentiel et affectif, a émergé en lui l'audace de briser un tabou, partir avec une patiente au bout du monde et s'intéresser à la médecine ayurvédique qu'en d'autres circonstances il n'aurait considérée qu'avec dédain. Que cette dimension affective de leur relation ait été indispensable à Tursz pour pouvoir tolérer un tel déport de sa posture biomédicale est probable ; pour autant, elle perdrait à être interprétée indépendamment des enjeux de savoirs médicaux qui la soutiennent.

[4103] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *La médecine ayurvédique indienne offre une relation qui soigne*.
[4104] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 17.
[4105] Brook Simon. *Op. cit*.: "First we try to obtain the friendship of the person".
[4106] *Ibid*.: "The confidence! And you succeeded because she is your main support".
[4107] Lefève Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? » in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit.*
[4108] Brook Simon. *Op. cit*. : « Je voudrais te dire merci. En général, ce n'est pas dans ce sens-là que cela se passe mais là le médecin dit merci à la malade ».
[4109] *Ibid*.

Identiquement, le souci de Marinella à l'égard de Tursz, qui est manifeste, perdrait tout autant à être interprété comme une simple projection affective sur son cancérologue. A cet égard, si le passage au tutoiement réciproque comme à l'appellation par leur prénom, voire leur diminutif (Nella pour Marinella), peut naturellement questionner, il est conjoncturel à ce contexte exceptionnel de voyage en Inde. Cette *amitié* reste dans le registre de la relation de soin puisque, tout en se tutoyant, les statuts de médecin et de malade n'en demeurent pas moins. A l'issue de ce voyage, Marinella et Tursz n'ont d'ailleurs pas évolué vers un autre type d'amitié que cette *amitié médicale*[4110]. Ainsi seraient-ils, autant l'une que l'autre, résolument du côté de la *philia* antique, Marinella étant l'amie de Tursz parce qu'elle aspire à la guérison tandis que Tursz est son ami par *philanthropia*, c'est-à-dire par amour de l'être humain. Or c'est précisément par l'épreuve respective du doute à laquelle ils devaient l'un et l'autre faire face, mais aussi par l'enquête et le dialogue auxquels ils se sont conjointement attelés pour tenter d'y répondre au mieux, que leur relation a pu réellement s'engager vers cette orientation pacifiée.

Que le doute puisse prémunir du conflit a de quoi surprendre. Pourtant, c'est bien l'absence de trouble, la tranquillité de l'âme, l'*ataraxia* que visaient les sceptiques antiques[4111]. Dans leur façon d'appliquer le doute, tout concourait à prévenir la conflictualité. En prônant l'indifférence (*adiaphora*), la suspension du jugement (*épochè*), l'abstention de toute parole (*aphasia*), le sceptique se préservait non seulement de hiérarchiser les opinions mais même de les juger. Ne prenant pas position, le désaccord n'avait pas lieu d'être. Contrairement aux dogmatiques imposant leurs certitudes à l'exclusion de toute autre position, croyance ou alternative, la retenue et le détachement du sceptique protègent de la discorde. Dans le cadre médical et de la relation de soin, il n'est évidemment pas possible de s'adonner à l'indifférence et au silence sceptiques. Mais, l'*épochè* trouve toute sa valeur. Parce qu'il ne juge ni ne conclut de façon définitive, et qu'il est indemne de certitudes, celui qui pratique l'*épochè* peut accueillir et tolérer les dissensions sans chercher à les résoudre. Cela est d'autant plus important qu'elles sont naturelles, donc inévitables, puisque relevant de ce qui différencie fondamentalement les acteurs de la relation. Par cette possibilité d'accueil et de tolérance de l'altérité, le doute s'invite non seulement tel un antidote à la conflictualité mais aussi comme horizon de compréhension réciproque. En tant qu'il œuvre à pacifier la rencontre entre patient et soignant, le doute ouvre à la possibilité non pas de rejeter mais d'aborder les divergences de vécu, d'intérêt, de position et d'en reconnaître l'importance pour l'un et l'autre acteur de la relation comme pour la dynamique relationnelle. Les débats qui se jouent entre Marinella et Tursz en attestent ; dans la mesure où ils s'expriment de façon pacifique, leurs désaccords en viennent bien plus à les unir qu'à les séparer. Dans le feu d'une émulation positive, ils prennent finalement plaisir à ne pas être d'accord, à se chamailler, à se challenger, à prolonger aussi loin que possible le débat contradictoire. C'est pourquoi, tout en continuant de ne partager ni la même analyse ni le même avis que Marinella sur la médecine ayurvédique, Tursz ressentira le besoin de lui exprimer sa *reconnaissance*. Or, que le malade apprenne au médecin et que ce dernier puisse le *reconnaître* et l'en remercier ne peut mieux attester de l'effectivité de la reconnaissance intersubjective, rompant avec l'effet objectivant et l'asymétrie de la relation de soin comme rapport de pouvoir

[4110] Je remercie Marinella pour son témoignage à ce sujet.
[4111] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme.*

et de soumission. Et que Marinella lui réponde : « Moi, je te dis merci d'avoir eu confiance »[4112] vient compléter cette déclinaison pour le moins inhabituelle de la relation de soin. De fait, l'injonction est habituellement faite aux patients d'accorder leur confiance aux bio-soignants, non l'inverse. Par le renversement qui s'opère ici (que d'aucuns qualifieraient de dégradant pour le médecin), c'est en réalité le principe de réciprocité qui est pleinement à l'œuvre.

Faire primer, grâce à la mise en partage et en dialogue des doutes, la construction d'une relation intersubjective et le principe de *réciprocité* sur la part objectivante et instrumentale d'une pratique médicale focalisée sur la maladie semble ainsi pleinement œuvrer à la construction d'une *amitié médicale*. Celle-ci n'enlèverait rien à la puissance de la biomédecine ni à son action sur la maladie mais contribuerait, par la reconnaissance réciproque, le climat de confiance et la pacification de la relation de soin, à ouvrir son champ d'attention à l'autre en tant que sujet à part entière ainsi qu'à d'autres voies d'écoute et de soins possibles. C'est précisément ce qui s'est produit durant ce voyage entre les différents protagonistes en présence. Même s'ils continuent de ne partager ni les mêmes conceptions ni les mêmes croyances[4113], que ce soit à l'égard de la science médicale, de l'ayurvéda, du sens de la vie et de la mort, de la façon d'appréhender la santé et les maladies, une reconnaissance réciproque pacifiée a pu s'opérer. En plus de l'intersubjectivité, le doute permet ainsi de positionner la philia comme horizon de la relation de soin. Il importe certes de ne pas oublier que bien des raisons rendaient cette relation entre Marinella et Tursz particulièrement favorable au déploiement de la philia, ne serait-ce que parce que Marinella était alors pleinement restaurée dans son agentivité. Au demeurant, elle est exemplaire du fait qu'une relation patient-soignant fondée sur la philia et qui intègre les affects et la subjectivité ne met pas en péril la relation de soin[4114]. Bien au contraire, elle révèle ainsi combien le doute en partage constitue une opportunité d'œuvrer à ce qu'une relation de soin ne soit pas seulement réifiante et instrumentale mais également dialogique et pacifiée.

4.4 – Le doute comme ouverture à la pluralité des mondes du soin

Le constat de la diversité du monde invite au doute. La pluralité et l'évolutivité des visions du monde et des principes auxquels les peuples adhèrent en fonction des époques et des lieux y invite plus encore. Le fait d'adhérer à un certain modèle médical plutôt qu'à un autre, à certaines valeurs du soin plutôt qu'à d'autres relève d'un contexte géographique, culturel, historique donné. En tant que médecin scientifique occidental contemporain, Tursz adhère au modèle biomédical fondé sur la science et les principes de l'*EBM*. Issue de la même société, Marinella elle-même adhère à ce modèle dominant, par ailleurs le seul validé par les instances de régulation sanitaire. Ainsi que l'analyse Maeso, « nous adhérons aux valeurs et aux principes de notre temps et de notre société, non pas parce qu'ils seraient vrais et bons en soit, mais parce

[4112] Brook Simon. *Op. cit*.
[4113] *Ibid.* : « je suis inchangé dans mes convictions, dans ma façon de penser ».
[4114] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 23 : « C'est avec le soignant que le malade et ses proches vont exprimer leur vision personnelle de la vie, leurs convictions, leurs émotions, leurs préférences, leurs craintes, leurs espoirs ».

que ce sont ceux dont on a l'habitude »[4115]. Si donc, ni Marinella ni Tursz n'adhèrent de prime abord au modèle de la médecine ayurvédique indienne (ils n'y pensent d'ailleurs même pas), c'est parce qu'ils ne vivent pas en Inde mais en Occident et qu'ils n'en ont ni la connaissance ni l'habitude. Le mouvement qui fut d'abord celui de Marinella, puis de Tursz, d'attention et de découverte d'une tout autre culture du soin a été porté par l'état de doute dans lequel ils se sont trouvés l'un et l'autre, bien que très différemment. Par son effet de déstabilisation, le doute constitue un état de disponibilité à des champs tout à fait nouveaux. Il alimente même un appétit de découvertes et de nouvelles connaissances auquel le voyage peut donner pleinement matière et satisfaction ainsi que Montaigne l'analysait et y invitait[4116]. S'il ouvre le regard sur l'altérité et la diversité du monde, et donc au voyage, réciproquement, le voyage invite au doute au point que l'on peut se demander s'il n'y aurait pas à propos de Marinella et Tursz quelque similitude avec les voyageurs du doute des 17e et 18e siècles[4117].

4.4.1 – Marinella Banfi et Thomas Tursz, des voyageurs du doute ?

Le voyage, l'imprégnation de l'altérité du monde à laquelle il invite, sont au cœur de la relation de soin qui unit Marinella et Tursz. Pour l'un comme pour l'autre, tous deux mus (bien que différemment) par un état de doute, le voyage – ici consacré à la découverte d'une médecine traditionnelle ancestrale – fait acte de dissidence. Si, côté patient, une telle démarche n'est pas inhabituelle, elle est plutôt exceptionnelle côté bio-soignant. Que ce soit ici le duo patient – soignant qui parte à la découverte d'une tout autre culture du soin est inédit. Autre fait des plus étonnants, ce voyage n'a pu advenir que grâce à l'impulsion d'une patiente. Pour Tursz en effet, ce n'est qu'au cœur de sa relation avec Marinella qu'il peut accéder à ce pouvoir de dissidence du voyage, au potentiel intellectuel, culturel, philosophique et même scientifique auquel il donne accès. Cela ferait-il de Marinella et même ce duo inattendu des *voyageurs du doute* d'antan, rien n'est moins certain.

Ainsi que l'analyse Van Damme, les voyageurs du doute, aussi qualifiés de sceptiques libertins, partaient à la recherche de nouveaux savoirs, lointains et exotiques, à même de mettre en doute certains des dogmes scientifiques sur lesquels s'appuyait à l'époque, par la seule voix des jésuites, la monarchie. Aborder les sciences en *libertin*, c'est-à-dire sur un versant critique, affirmait ainsi le refus d'une culture savante strictement européenne qui ne serait que positive et qu'il faudrait diffuser bien au-delà du seul empire français dans une perspective coloniale (aussi qualifiée de *French global*). Le voyage était une composante essentielle de cette culture dissidente qui permettait aux libertins de radicaliser leur posture d'incrédulité, lesquels ont aussi pu être qualifiés de voyageurs sceptiques. En questionnant à l'aune d'autres cultures et d'autres

[4115] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. Séminaire « Santé démocratique » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 06 Octobre 2020. En ligne : Douter de tout - Marilyn Maeso - Chaire de Philosophie à l'Hôpital, consulté le 21 aout 2025.

[4116] Montaigne Michel de, Céard Jean (dir.), Bjaï Denis, Boudou Bénédicte, Pantin Isabelle. *Les Essais*. *Op. cit.*, p. 1519 : « le voyager me semble un exercice profitable. L'âme y a une continuelle exercitation à remarquer les choses inconnues et nouvelles ; et je ne sache point meilleure école, comme j'ai dit souvent, à former la vie, que de lui proposer incessamment la diversité de tant d'autres vies, fantaisies et usances, et lui faire goûter une si perpétuelle variété de formes de notre nature. Le corps n'y est ni oisif ni travaillé, et cette modérée agitation le met en haleine ».

[4117] Van Damme Stéphane. *Op. cit.*

pratiques les savoirs en place, les libertins avaient ainsi pour objectif revendiqué de formuler un discours critique à l'égard des théories dogmatiques émanant d'une cartographie savante produite par les jésuites. C'est ainsi que des émissaires ont pu être envoyés en des terres aussi lointaines que la Chine, considérée comme un empire technologique, afin de retourner aux sources des savoirs scientifiques les plus anciens comme l'astronomie (la qualifiant alors d'astronomie sceptique). Il s'agissait aussi de pouvoir aborder et s'abreuver des savoirs les plus diversifiés notamment ceux issus des pratiques scientifiques indiennes. La production des savoirs en contexte libertin intégrait donc la dimension d'incertitude et optait pour le doute tel un authentique acte politique de méfiance voire d'opposition à l'égard du réseau d'informations officiel. Par rapport à celle des jésuites, ils proposaient une cartographie dite *prudentielle* ou sceptique s'appuyant sur l'abondance et l'assemblage de leurs notes et récits collectés durant leurs voyages. Dans son analyse historique, Stéphane Van Damme présente l'importance de ces savants libertins comme une transition possible vers une autre approche que celle consistant à considérer la science occidentale comme la seule source de connaissance et de vérité. Contrastant avec cette pensée unique, ce que Van Damme qualifie d'« altermondialisme libertin » offre une ouverture sur le monde et sur d'autres pratiques, en laissant tout sa place au doute, à la tolérance et au cosmopolitisme.

La posture contemporaine de Marinella, *a fortiori* celle de Tursz, ne recoupe pas complètement celle des voyageurs sceptiques. Ils ne peuvent en effet pas être qualifiés de voyageurs libertins au sens politique du terme. Malgré sa critique du comportement de certains bio-soignants, cette dernière ne rejette ni n'attaque directement la biomédecine. Or, entre d'un côté l'esprit de découverte et d'enrichissement critique des savoirs, de l'autre la mise en cause d'un modèle existant et de ses valeurs, la frontière peut paraître quelque peu poreuse. Rebutées par les injonctions biomédicales émises comme des certitudes, certaines personnes (telle Marinella) aspirent à ce que la biomédecine soit à la fois plus nuancée et plus ouverte, y compris à d'autres approches soignantes. A défaut de réponse satisfaisante à certains de leurs maux, ces personnes sont parfois amenées à faire appel à des soins complémentaires en plus de ceux proposés par la biomédecine. La démarche risque alors toujours d'être (mal)interprétée, d'être reléguée au rang d'acte politique dissident et conflictuel, d'être dénigrée. Quant à Tursz, c'est bien malgré lui qu'il fait aussi dissidence. Il n'ignore pas l'aura « négative » pesant sur les médecines traditionnelles par rapport à la biomédecine qui la réprouve. Plus encore, constatant par lui-même les résistances du terrain à se laisser exploré par l'esprit scientifique, sa façon d'investiguer s'assouplit tant qu'il en vient à user de l'enquête pragmatiste et de l'approche herméneutique pour explorer ce qu'il observe[4118] ; il affirme ainsi sa dissidence en cours de route par rapport à son identité professionnelle et son corps biomédical d'appartenance. Pourtant, ce qui est avant tout une recherche de solution pour l'une, de compréhension pour l'autre, repose sur une *ouverture d'esprit*, laquelle n'est pas sans rappeler cette qualité chère à Popper qu'est l'*esprit critique* ; elle constitue une ouverture au monde ainsi qu'une opportunité de rencontre du réel dans toute sa diversité et dans toutes ses acceptations. En matière médicale

[4118] Je renvoie aux chapitres de la présente thèse, intitulés *Comment Tursz affronte le doute et s'engage à le résoudre*.

les patients en sont les principaux dépositaires. Le doute est un moteur essentiel d'une telle ouverture d'esprit.

Ni Marinella, ni Tursz n'étaient particulièrement sensibles à la culture indienne, encore moins aux médecines traditionnelles. C'est bien l'épreuve du doute (grâce à laquelle ils ont pu affermir leur relation de soin) qui a été le moteur de leur voyage. C'est grâce au doute qu'ils ont aussi pu ouvrir leur horizon d'attention et de réflexion à la pluralité des mondes du soin. C'est pourquoi, en dépit de tout ce qui les distingue l'une et l'autre, ils ont en commun ces mêmes objectifs propres aux libertins, à savoir échapper à des dogmes et accéder à des savoirs nouveaux. Ce propos de Tursz tend à l'illustrer : « Moi, ce que j'aime le plus c'est découvrir et apprendre »[4119]. En ce sens, ils semblent être avant tout mus par la *puissance heuristique* du doute. Faire un tel voyage est naturellement une façon de s'ouvrir à l'étrangeté, à la nouveauté, c'est se prêter à ce qui fait rupture dans les habitudes de pensée, à ce qui déstabilise et vient questionner un certain ordre des choses. Or, par cette démarche volontaire vers l'altérité s'ouvre un horizon de compréhension, de sensations et d'expérience bien plus vaste qu'attendu. Il s'agit bien sûr de la découverte de la culture indienne et d'une médecine traditionnelle ancestrale qui ne prend pas pour référence le corps physique et la science expérimentale mais qui repose sur une assise philosophique et spirituelle en plus d'être une science de la vie[4120]. Il s'agit aussi pour le voyageur Tursz de (re)visiter sa propre pratique en s'ouvrant à des territoires du soin que la science biomédicale méconnait et grâce à une lecture renouvelée du sens de ce qu'est *soigner*. Même s'il n'en valide pas toutes les déclinaisons, Tursz a pu reconnaître les bienfaits de la médecine ayurvédique au point d'envier certains de ses soins. Quant à la voyageuse Marinella, tout en restant une patiente occidentale dont le cancer aurait pu ne jamais sortir du champ d'expertise de la biomédecine, elle invite presque malgré elle à se projeter bien au-delà de ce périmètre restreint. Ces voyageurs, ainsi délestés de leurs repères et de leurs contraintes, s'en sont allés douter, interroger, découvrir, changer de regard ou du moins l'élargir, être au monde dans toute son altérité.

4.4.2 – Le doute comme ouverture à la différence des cultures en matière de santé et de soins

L'Inde est réputée pour l'intensité du dépaysement qu'elle peut susciter chez les voyageurs. Ceux-ci découvrent une culture aux antipodes de leurs repères habituels. Ce qui relève des questions sanitaires n'échappe pas à ce sentiment de profonde étrangeté. Le contraste quant à la façon d'appréhender la santé, la maladie, les soins mais aussi la vie et la mort n'est pas moins grand en comparaison de la culture occidentale. En témoigne l'écart paradigmatique qui sépare si souvent et profondément la posture scientifique des bio-soignants et la disposition philosophique des acteurs de l'ayurvéda. Entre d'une côté la médecine ayurvédique qui repose sur l'hindouisme, de l'autre un attachement à la culture biomédicale érigée sur un savoir biomédical *quasiment* sanctifié au point d'en faire une religion, le dialogue interculturel semble illusoire. Etant donnée la profondeur de leurs différences de conception (ne serait-ce que celle relative à la mort) et de leurs désaccords, une voie commune est plus qu'improbable. Pour autant, cela ne les empêche pas de tendre l'oreille, de s'écouter, de se parler, d'essayer de se

[4119] Brook Simon. *Op. cit*.

[4120] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le principe de vitalité qui est au cœur de la médecine ayurvédique permet de (ré)interroger les soins et la relation de soin.*

comprendre réciproquement, de s'estimer, de se respecter. Il ne s'agit pas d'adhérer mais d'éviter de rejeter en bloc, donc de s'ouvrir pour tenter de mieux comprendre et connaitre l'autre. Le doute et l'*épochè* le permettent. En prévenant les réactions d'intolérance, de rejet, voire le conflit, l'état de suspension du jugement permet de porter son regard et son attention sur ce qui pourtant distingue voire constitue une opposition de fond. Sur fond de dissensus pourtant irréductible, le doute est pourtant à même de soutenir une telle rencontre, et même un certain type de dialogue, entre des cultures très différentes du soin.

4.4.2.1 – Une approche de la mort différente selon les cultures

Tursz s'attendait à une convergence d'approche sur la question de la mort. « Nous avons un ennemi commun, la mort »[4121] avance-t-il en ce sens. Quel n'est pas son étonnement de découvrir combien le dissensus sur cette question est en réalité majeur. « La mort n'est pas notre ennemi » lui répond simplement Ritodgata Mahasthita. Dans leur appréhension de la mort, ces deux cultures se distinguent radicalement. Il n'est pas le lieu ici de rentrer dans une analyse fine de chacune mais de constater à très grand trait le fossé qui les sépare. En évoquant la vie comme ce qu'il y a de plus précieux, Tursz (qui a aussi en arrière-fond historique la puissance mortifère de la guerre[4122]) tend à l'absolutiser et concentre ce combat pour la vie au prisme de la cancérologie que le spectre de la mort continue de hanter. Au contraire, les soignants ayurvédiques estiment qu'« être conscient de sa propre mort a du bon. Cela incite à faire le bien pour soi et pour les autres »[4123]. Ritodgata Mahasthita semble ici faire écho au principe central dans l'hindouisme qu'est la réincarnation et au fait, notamment, que chaque nouveau cycle de vie est fonction des actes commis durant une vie antérieure. Plus globalement, il inscrit la mort au cœur d'une morale et d'une philosophie de la vie dont elle est indissociable et qui pourrait entre autres être qualifiée d'animiste quand, par contraste, Tursz semble surtout porté par une approche matérialiste. Certains de ses collègues ont pu rapporter que « repousser de quelques semaines, voire de quelques jours [sa] vieille et unique ennemie : la mort »[4124] représentait pour lui de véritables moments d'espoir ; prolonger la vie biologique coûte que coûte, a certes pu soutenir son ambition scientifique et médicale. Cet engagement indéfectible dans la lutte contre le cancer éclaire son appréhension de la vie essentiellement au prisme de sa matérialité et partant son appréhension de la mort comme une fin, voire comme un échec, tout à l'inverse de ce que l'ayurvéda enseigne. Si tout semble donc distinguer Tursz et Ritodgata Mahasthita sur le sujet de la mort, celui du cancer pourrait constituer un terrain d'entente. « La mort n'est pas notre ennemi. Le cancer l'est » précise ce dernier. Leur divergence ne les empêche donc pas de tomber d'accord. Grâce à leur posture d'écoute réciproque et leur aptitude à se retenir de juger l'autre (*épochè*), une sorte de *consensus dissensuel* peut ainsi s'opérer. Le désaccord persiste mais ils peuvent s'entendre, se respecter, dialoguer, éventuellement même collaborer pour soigner les personnes atteintes de cancer.

[4121] Brook Simon. *Op. cit*.
[4122] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Thomas Tursz, un homme athée et marqué par l'histoire.*
[4123] Brook Simon. *Op. cit*.: Thomas Tursz: "So, we have common enemy which is death"; Ritodgata Mahasthita: "That is not an enemy. Cancer is an enemy […] Thinking the idea you are dead is very good. Because you'll do only good things for yourself and also the others. But if you are creating a kind of panic …".
[4124] Cabut Sandrine. *Op. cit*.

4.4.2.2 – Une approche qui donne la parole au patient et favorise l'expression de l'expérience subjective de la maladie

Si la question de la mort a permis de mettre en lumière une profonde divergence d'approche entre le bio-médecin et le soignant ayurvédique, le rapport à la maladie n'est pas moins dissonant. Il a déjà été dit que la biomédecine a pour objectif de « traiter la maladie avec le meilleur traitement possible » tandis que « l'ayurvéda traite la personne, pas la maladie »[4125]. Plus encore, l'ayurvéda a manifestement offert l'opportunité à Marinella de se libérer du poids des représentations sociétales habituellement associées au cancer[4126], du moins en Occident, au profit d'une expérience subjective tout à fait inattendue et singulière mais s'avérant intolérable pour Tursz. Que Marinella puisse dire « je peux remercier cette maladie »[4127] le choque au point de consommer leur divergence sur ce que la maladie peut parfois aussi apporter en changement de vie favorable. Il ne paraît alors plus en capacité de douter. Nerveux, presqu'en colère, il tend à se comporter comme s'il fallait craindre que cette forte singularité caractérisant Marinella ne risque d'ébranler l'ensemble de l'édifice de la biomédecine dont il est garant. La singularité effraierait-elle à ce point les bio-soignants, de sorte que Tursz en perd toute retenue, allant jusqu'à lui opposer un discours d'autorité (« c'est ton parcours à toi. Il ne faut pas que tu deviennes un modèle »[4128]). Sourd à la singularité de l'expérience subjective de Marinella, laquelle ne saurait effectivement être généralisée, il ne semble pas réaliser que sa propre expérience, à savoir que pour lui « cette maladie est une malédiction », n'est pas moins subjective[4129]. Plus encore, que « les scientifiques répugnent généralement à admettre que leurs opinions sont en partie tributaires de raisons subjectives »[4130] est lisible dans cette réaction de Tursz. Témoin tout au long de sa carrière de situations parmi les plus graves et les plus insolubles en matière de pathologie cancéreuse, en plus d'avoir pu être parfois un thérapeute impuissant ou en échec, il juge le vécu de Marinella à la fois irrecevable et dangereux. Il semble piégé dans cette métaphore du cancer, telle que Sontag l'a analysée, comme incarnation du mal justifiant d'user des moyens les plus agressifs pour l'éradiquer. Tursz est donc aux antipodes d'un rapport positif de co-construction avec la maladie. L'idée que la maladie, y compris fatale, puisse constituer une révélation, voire une renaissance comme l'illustre l'histoire plus étonnante encore d'Antoine Percheron s'enracinant dans une nouvelle nature végétale[4131], lui est inconcevable. Or elle témoigne de ce qui est au cœur de la médecine ayurvédique, à savoir le principe de *vitalité*. Cette rencontre entre des cultures très différentes permet ainsi de (ré)interroger cette vision morbide, à l'œuvre en Occident, de la maladie comme menace de finitude.

[4125] Brook Simon. *Op. cit*.: "I consider that my main role was to treat the disease with the best possible care"; "Ayurveda treats the person, not the disease".

[4126] Sontag Susan. *La maladie comme métaphore. Op. cit.*

[4127] Brook Simon. *Op. cit*.

[4128] *Ibid.*

[4129] Fourneret Eric. *Op. cit*., p. 47 : « Si le philosophe, au même titre que n'importe qui d'autre d'ailleurs, ne peut donc pas s'abstraire de sa sensibilité pour s'exprimer, les acteurs d'une relation de soins ne peuvent pas le faire non plus. La situation se complique encore parce que la relation de soins met en jeu le "moi" (ou subjectivité) de tous avec ses contradictions ».

[4130] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 117.

[4131] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Antoine Percheron ou l'expérience d'une transformation jusqu'à la métamorphose*.

4.4.2.3 – Le principe de vitalité qui est au cœur de la médecine ayurvédique permet de (ré)interroger les soins et la relation de soin

Le concept de *vitalité* pourrait bien être un critère distinctif et qualitatif essentiel de la médecine ayurvédique telle qu'elle nous est présentée dans ce film documentaire. La vitalité est ici entendue dans son sens élémentaire de ce par quoi les propriétés de la vie se manifestent[4132]. Plus précisément, on pourrait dire qu'il s'agit de ce sentiment de bien-être qui permet à l'individu d'être engagé dans la vie et notamment d'interagir avec le milieu dans lequel il évolue, non sans écho avec le principe canguilhemien de *normativité*[4133]. La médecine ayurvédique invite ainsi à repenser l'objectif de l'acte de soin au prisme de la *vitalité* plutôt que de la guérison biologique d'une maladie. Ce faisant, au lieu de cibler (ainsi que s'y attèle la biomédecine) le seul traitement d'une maladie sur la base de critères objectifs et mesurables, elle propose une autre approche. Le soin d'un patient donné consisterait à toujours se (re)poser la question de savoir quelle vie il s'agit de préserver et quels critères sont propres à contribuer à sa *vitalité*, laquelle ne saurait se réduire à sa seule dimension organique, donc matérielle.

En définissant l'ayurvéda comme une connaissance ou *science de la vie*[4134] – « ayur » signifiant vie et « veda » connaissance – Ritodgata Mahasthita souligne dans le même temps ce qui la distingue de la biomédecine occidentale. Celle-ci est une *science des maladies* et de leurs thérapeutiques. Pour cela, elle s'appuie sur un principe organique commun à tous les êtres vivants et mobilise la rationalité scientifique pour produire des connaissances[4135]. Or, ce en quoi consiste la vie, bien au-delà de cette seule lecture biologique, lui échappe ainsi que le remarquent certains auteurs occidentaux[4136] et qui fait pleinement écho au monde de la vie (*Lebenswelt*) tel qu'appréhendé par Husserl par comparaison au monde scientifique[4137]. De même que « rien de ce qui constitue et structure la vie psychique ne se plie à cette approche scientifique »[4138]. Par contraste, la connaissance de la vie à laquelle prétend l'ayurvéda, c'est-à-dire comme un tout de l'existence, n'est pas seulement biologique, elle est aussi appréhendée dans sa dimension existentielle et spirituelle. Cette connaissance étant largement sous-tendue par une réflexion philosophique ancestrale et ancrée culturellement, elle est incompatible avec l'ambition d'universalité, d'objectivité, d'homogénéité et de généralisation portée par la science médicale. Or dans la vie biologique dont s'occupe la biomédecine, il n'y a pas la *vitalité* laquelle pourrait bien être la manière la plus adéquate de traduire « ayur » en français. Conséquemment l'ayurvéda serait à entendre comme une *science de la vitalité*. Cette distinction entre vie biologique (dont traite la biomédecine) et vitalité (dont se soucie la médecine ayurvédique) fait écho à d'autres distinctions déjà identifiées (guérison biologique *versus*

[4132] On retient la définition du CNRTL suivante : « Ensemble des caractères, des propriétés par lesquels se manifeste la vie ». En ligne : VITALITÉ : Définition de VITALITÉ, consulté le 20 décembre 2024.

[4133] Je renvoie au chapitre de la présente thèse intitulé *Une approche canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.*

[4134] Brook Simon. *Op. cit*.: "the word is fascinating, 'ayur' means life and 'veda' is knowledge or science".

[4135] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard*.

[4136] Ménégoz Laurent. *La vie, angle mort de la science*. Paris: L'Harmattan; 2023.

[4137] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Husserl et la science, diagnostic de crise et position anti-scientiste* et plus particulièrement à l'analyse différentielle qu'il opère entre monde de la vie (*Lebenswelt*) et monde de la science.

[4138] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. 329.

qualité de vie ; le médecin ayurvédique soigne la santé, pas la maladie). Mais surtout elle tend aussi à rappeler bien des dissensions à l'œuvre entre patient et soignant (preuve objective *versus* expérience subjective ; universel *versus* singulier ; guérison *versus* rétablissement). Porter attention à ce qui sous-tend la médecine ayurvédique permet de (ré)interroger les modalités de soins et la relation de soin tels qu'ils sont à l'œuvre en Occident.

In fine, ce qu'une telle rencontre entre des cultures si différentes du soin tend à montrer est cette difficulté de la biomédecine contemporaine à pouvoir penser et réfléchir en dehors du périmètre limité qu'elle s'est défini sur la base de l'applicabilité de la méthode scientifique et de ses outils techniques[4139]. Le doute en médecine pourrait bien constituer une condition de possibilité pour une pensée réellement réflexive sur les aspects qui lui échappent ou qu'elle tend à rejeter, mais aussi aider à questionner ce rapport compliqué que les bio-soignants entretiennent avec leurs malades. Douter leur permettrait déjà d'accéder à une certaine ouverture d'esprit quant à la diversité des besoins des personnes malades et des options mobilisables pour tenter d'y répondre, ne serait-ce que pour échapper au sentiment de fatalité[4140].

4.4.2.4 – Pouvoir (re)penser la vitalité au prisme de la nature pour guide grâce au doute

Dans le propos introspectif suivant de Marinella, celle-ci illustre au mieux ce principe de vitalité auquel l'ayurvéda lui a permis d'accéder : « la seule chose que je devais comprendre est : si tu veux vivre, que veux-tu faire de ta vie ? »[4141]. Elle ne parle donc plus de la maladie mais de son aptitude à la vie. Alors même qu'ils l'avaient beaucoup hantée, elle n'est plus envahie par le spectre morbide du cancer et l'obsession de la guérison. « J'ai tenté de la convaincre de changer sa vision de la vie »[4142] explique à ce sujet Ritodgata Mahasthita, en phase avec l'objectif de l'ayurvéda d'œuvrer à réactiver en chaque patient à la fois une vitalité qui lui serait propre et un engagement personnel en ce sens (« que veux-tu faire ? »). Il ne s'agit donc pas là d'un déni ou d'une négligence à l'égard de la maladie mais, bien au contraire, de la considérer selon une tout autre perspective, bien plus large puisque ne se réduisant pas à une hypothétique guérison conforme aux critères biomédicaux[4143]. Un tel projet entre en résonance avec certaines réflexions que Gadamer – pourtant un philosophe allemand sans influence culturelle asiatique (du moins explicite) – a pu déployer lors de conférences à destination de médecins :

> Mais les soins que nous nous devons vont bien au-delà de cela, ils comportent cette écoute, cette attention que l'on se porte à soi-même, cette capacité à s'emplir pleinement de l'ensemble des

[4139] Benoist Jean. *Op. cit*., p. 21-22 : « En médecine, la technicité croissante a entraîné le reflux du médecin hors des zones qu'il contrôle mal. Il a ainsi déserté de vastes parts du champ des douleurs et des angoisses humaines qu'il acceptait autrefois de couvrir ; plus encore, les médecins spécialistes tendent à se cantonner strictement à leur secteur. Mais les demandes persistent ».

[4140] *Ibid*. : « le pluralisme, loin de s'estomper avec la modernité, y puise une force plus grande : indépendamment de tout jugement que l'on pourrait porter sur les formes de son efficacité, il répond. Réponse à la diversité des demandes, des quêtes d'explication, des recherches d'une action capable de participer quelque peu au détournement de la fatalité ».

[4141] Brook Simon. *Op. cit*.: "I decided to live and he helped me to understand what was life. For me, the only lesson was to understand: If you want to live, what do you want to do with your life?".

[4142] *Ibid.*: "I tried to convince her that she must change her outlook on life".

[4143] *Ibid.*: "I was sure that I have a disease. And when I speak with him, he says 'forget the disease for the moment, what is the problem?'".

> richesses du monde […]. Ces moments-là sont les moments de proximité à soi les plus forts. Ce sont aussi des formes de traitement[4144].

Le « cela » de la formule « au-delà de cela » renvoie à ce travail biomédical de guérison d'une maladie dans sa matérialité biologique. Ce résultat est certes essentiel mais insuffisant selon Gadamer. Car ce qui fait sens *et* soin dans l'existence – renvoyant de fait au principe de *vitalité* – va « bien au-delà » des seules considérations biomédicales. Il invite ainsi au dépassement de cette mission considérée comme restrictive et à l'élargissement du projet de soin en considérant la personne malade dans le monde[4145], et non pas au seul prisme d'une entité pathologique donnée. S'il suggère par-là les différentes dimensions de l'existence (sociale, professionnelle, environnementale mais aussi affective, familiale, etc.), son propos est plus vaste. Soulignant l'importance de « cette attention que l'on se porte à soi-même », Gadamer met en lumière et en valeur la part active que la personne peut et doit prendre à ses propres soins (« les soins que nous nous devons ») et à sa propre vitalité (« cette capacité à s'emplir pleinement de l'ensemble des richesses du monde »). Or cet engagement pour sa propre santé implique une proximité à soi-même ainsi que d'être au clair sur ses objectifs de vie[4146], exactement comme Ritodgata Mahasthita encourageait Marinella à se rapprocher d'elle-même et à œuvrer à son propre équilibre de vie[4147]. Or, parce qu'elle est individuellement définie, cette vitalité échappe à l'emprise de la science médicale. Pour Gadamer, elle dépend du ressort de la nature.

> La science moderne se caractérise par le fait qu'elle sait, en s'aidant d'un schéma mathématique, replacer l'objet concret observé à l'intérieur d'un système de lois universelles. Elle a ainsi développé cette capacité admirable […] à faire jouer un rôle de facteurs de guérison aux nouveaux éléments qu'elle introduit. […] Mais il est clair que l'on ne peut pas tout résoudre ainsi. Il est clair que nous avons aussi besoin du pouvoir d'auto-régénération de la nature et de l'esprit. […] cette autre dimension dans laquelle la vitalité se conserve et se régénère[4148].

Gadamer reconnait certes les apports essentiels de la science (« capacité admirable »), ses capacités d'objectivation, de mesures, de théorisation, d'application de « lois universelles », mais aussi sa puissance de « guérison » et d'innovation (« nouveaux éléments qu'elle introduit »). Mais il en souligne également les limites par une formule aussi lapidaire que définitive : « il est clair que l'on ne peut pas tout résoudre ainsi ». C'est pourquoi il plaide pour une reconnaissance du rôle « de la nature et de l'esprit ». Outre le rôle de l'esprit[4149], ce retour à la nature constitue selon lui une condition incontournable de la vitalité (« se conserve et se régénère »). Pourtant, par son ambition de maitrise et de domination, la science tend à oublier, nier voire écraser la nature et partant la vitalité[4150]. « La science et ses applications techniques

---

[4144] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 111.
[4145] Gadamer utilise le terme « monde de la vie » qu'il dit avoir emprunté à Edmund Husserl.
[4146] Brook Simon. *Op. cit*. : « Ce qui est fondamental c'est que chacun décide de sa vie ».
[4147] *Ibid.*: "what is the problem?"; "He helped me to understand that I have a problem".
[4148] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 108.
[4149] Je renvoie au propos introductif du présent chapitre où cette question est abordée.
[4150] Descartes René. *Discours de la méthode*. *Op. cit*., p. 60-78 (Sixième partie). Cette propension existait déjà chez Descartes ainsi qu'en atteste son invitation à « nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature ». Il ne s'agit pas de se soumettre au pouvoir de la nature mais, tout au contraire, de la soumettre à ses propres exigences,

ont, dans une large mesure, abouti à un savoir de la domination et à des situations limites qui portent cruellement atteinte à la nature »[4151] analyse Gadamer en ce sens. L'expérience clinique en offre divers exemples. Il en est du constat que l'efficacité validée scientifiquement de certaines thérapeutiques est plus ou moins (in)compatible avec la vitalité. C'est d'ailleurs pourquoi la médecine ayurvédique se soucie d'estomper les effets délétères des traitements du cancer. On entend aussi parfois ce propos absurde selon lequel la science médicale serait assez puissante pour guérir tous les cancers ; ce serait au prix de la vie de bien des malades ! L'expérimentation, les mesures mathématiques, les preuves scientifiques participent de la négation de cette dimension subjective qu'est la *vitalité*, sans laquelle la *normativité* du patient peine à se restaurer. En évoquant le caractère exemplaire du pouvoir régénératif de la nature, peut-être en filigrane sa capacité auto-thérapeutique, à tout le moins l'autonomie de sa puissance vitale[4152], le propos de Gadamer n'est pas sans rappeler le principe antique de la nature médicatrice[4153]. Il invite ainsi à suivre le tout de la nature présente en chaque être. Ce faisant, il appelle aussi à une déflation dans l'usage des outils et des traitements que fournit la science, ce qui ne signifie nullement les exclure mais les démystifier et les dénormaliser.

Cette perspective gadamerienne selon laquelle c'est la nature, et non la science, qui œuvre à l'objectif de vitalité s'accorde pleinement avec la culture indienne et la tradition des soins ayurvédiques. L'arbre sacré en Inde qu'est le *Banyan* en est une métaphore consensuelle et majestueuse. Que ce soit par sa forme et par sa croissance, il symbolise ce principe autorégénératif de la nature et ses promesses de vitalité. Ses branches devenant racines et celles-ci consolidant ces mêmes branches en retour, il peut s'étendre sur de très grandes étendues constituant par ses immenses arches des abris protecteurs. Tandis que sa vaste voûte végétale se nourrit de l'énergie du ciel qu'elle transmet de part en part, l'entrelacement de ses innombrables racines ainsi vivifiées et devenant autant de troncs stabilisateurs apporte équilibre et force unificatrice. De plus, si son écorce, ses fruits et ses feuilles offrent des propriétés médicinales et entrent dans la composition de nombreux remèdes de la médecine ayurvédique, méditer à l'ombre protectrice et apaisante de cet arbre aurait des vertus plus essentielles encore, dont celles de la sagesse et de la connaissance. Un tel plaidoyer en faveur de la nature comme modèle et comme condition vitale – qu'il soit porté par Gadamer ou par des acteurs de l'ayurvéda[4154] – invite à repenser la façon de l'appréhender dans les soins tels qu'ils sont pratiqués en Occident. En dépit de l'évidence (certes inaudible) des limites de la méthode scientifique, ces voix peinent à être entendues sous nos contrées occidentales matérialistes et ultra-technicisées ; elles sont aisément taxées de naïveté, de mysticisme, voire de sentimentalisme. Pourtant, c'est avec une confondante simplicité que Vasudevan Nair (le

dont le fait de n'extraire que certaines molécules d'une plante en niant ainsi l'ensemble de ses potentialités lorsqu'elle est prise dans son intégralité.

[4151] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 111.

[4152] *Ibid.,* p. 107 : « Car la nature qui est principe de vie et vitalité, a appris, à force d'annuler les blessures et affections, à reprendre un nouveau départ à partir de la fin que représente toute maladie ».

[4153] Je renvoie au chapitre de la présente thèse, intitulé *Quand le doute du patient revêt l'ampleur et les enjeux d'une crise*.

[4154] Brook Simon. *Op. cit*.: "We are part of nature. We can not go against the principles of nature. Inspite of all the technological development, scientific acquirements, we are still basically part of nature just like a grass, like a grasshopper we're also part of the nature".

botaniste) souligne qu'en ne s'intéressant qu'à certaines des molécules d'une plante, comme cela se fait classiquement en biomédecine occidentale (notamment pour la production de chimiothérapies), l'essence et les vertus plus globales de cette plante sont oubliées et donc perdues[4155]. Tursz le reconnaît bien volontiers. Gadamer insiste, quant à lui, sur les écueils de la mesure mathématique qui objective et standardise, en rappelant l'importance de « réanimer les forces qui permettent de préserver et de restaurer l'équilibre, la juste mesure, ma mesure personnelle, la mesure individuelle propre à chacun d'entre nous »[4156].

Autant donc de différences fondamentales qui distinguent la biomédecine de ces « voies porteuses de vie »[4157] qui émanent « de la nature et de l'esprit », dont l'ayurvéda est une déclinaison. Il ne s'agit pas ici de les opposer mais d'espérer une complémentarité possible. Pour ce faire, il faut pouvoir réinterroger (donc accepter de douter) les soins dans leurs modalités comme dans leurs visées, celles notamment de ne pas avoir pour unique cible les maladies à traiter mais d'œuvrer en toutes choses à cette vitalité bien plus globale qui est à la source de la santé sans laquelle la guérison d'une maladie ne constituerait qu'un modeste soulagement. Et « la distance est grande entre ce que peut accomplir la science objectivante et le problème qui se pose ici »[4158], à savoir la santé.

4.4.3 – Le doute comme possibilité d'ouverture à la pluralité des soins

Le doute tel qu'il a été mobilisé par Marinella autant que par Tursz – les conduisant l'un et l'autre, mais aussi conjointement, à une enquête de terrain inédite dans ses modalités – leur a permis de s'ouvrir à un univers des soins auparavant inconnu d'eux. Ce faisant, depuis leur position respective (de patiente et de soignant) et leurs repères occidentaux, ils ont chacun pu faire l'expérience très concrète de la pluralité possible des soins.

Cette expérience de découverte de la médecine ayurvédique indienne, s'avère nettement différenciée entre Marinella et Tursz. Ce constat fait écho à cette analyse anthropologique proposée par Jean Benoist :

> Le soignant est un passeur culturel, tandis que l'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique : il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux. Modeste acteur des innovations, il s'approprie les fragments des mondes autres qui sont les matériaux d'un monde nouveau qu'il édifie par sa recherche tâtonnante du mieux-être[4159].

Tel un vecteur, le soignant transmet une certaine culture du soin, celle qu'il a apprise à la faculté, auprès de ses maîtres, dans sa pratique et à laquelle il adhère. En ce sens, il est un « passeur culturel ». C'est exactement dans une telle posture que Tursz est parti en Inde, apportant la méthode scientifique dans ses bagages et cherchant si ce n'est à l'imposer du moins à lui trouver

[4155] *Ibid*.: "Even today, only very few people are studying plants at their all. They are going to molecular levels. Microlevel studies. They forget the plant. Only the molecules are important to them".
[4156] Gadamer Hans-Georg. *Op. cit*., p. 111.
[4157] *Ibid.,* p. 107.
[4158] *Ibid.,* p. 107.
[4159] Benoist Jean. *Op. cit*., p. 449.

autant d'applications que possible, en plus d'en faire l'éloge. Bien différente est la position du patient ainsi qu'en témoigne l'expérience de Marinella. En tant que patiente, elle est partie en quête de la meilleure façon pour elle de se soigner (« quête thérapeutique »). Or comme le pèlerin qui cherche la lumière mais ne la trouve pas forcément à la première porte, elle a beaucoup voyagé. Après avoir cheminé de cancérologue en cancérologue, c'est finalement en Inde qu'elle a trouvé le lieu où se soigner et a rencontré les personnes à même de l'accompagner. Marinella représente pleinement ce « pèlerin culturel » décrit par Benoist, délesté de tous repères, plongé dans l'inconnu et l'imprévisibilité, avançant sans indice préalable, autant dire en plein doute, il lui faut tout découvrir et tout (ré)apprendre. L'effet de répétition autour du vocabulaire relatif à la nouveauté (« des codes nouveaux », « innovations », « des mondes autres », « un monde nouveau ») atteste de la charge d'adaptation que cela implique. Benoist souligne aussi combien loin d'être simple, un tel parcours confronte à l'expérience de la vulnérabilité (« modeste acteur », « fragments »), de la fragilité et de l'incertitude (« recherche tâtonnante », « apprend en chemin »). A rebours de la représentation habituellement négative associée à ces patients qui optent pour la pluralité des soins (« de soin en soin »), cette démarche implique donc courage et persévérance. Autant d'éléments qui rappellent cette recherche d'altérité extrême autant que de mise à l'épreuve déjà évoquée au prisme du voyage de Marine Barnérias[4160].

Dans cette quête de pluralité des soins, c'est une relation au monde dans ce qu'il a de plus inédit et complexe qui se joue pour le pèlerin culturel. C'est pourquoi la véritable voyageuse du doute fut bien Marinella et non pas Tursz, quand bien même il a progressivement pu se libérer du souci de transmettre ses propres savoirs biomédicaux. Partageant son savoir expérientiel sur cette culture inédite des soins qu'est la médecine ayurvédique, Marinella intervient comme révélatrice de ce que la pluralité des soins peut offrir de diversifié selon les sociétés et les cultures. Ce faisant elle joue un rôle d'« acteur des innovations ». Par son attitude, son écoute, ses questionnements partagés avec les acteurs de l'ayurvéda, une fluidité entre les cultures peut progressivement s'instaurer confirmant cette analyse de Benoist à savoir que : « le pluralisme est l'agent d'une perméabilité exceptionnelle, d'un décloisonnement au sein des cultures et des espaces sociaux »[4161]. Contre toute attente et comme malgré lui, Tursz a lui-même été pris dans cet appel du doute (si improbable pour lui sur ce sujet), dans ce mouvement de découverte d'un « monde nouveau » de soins, comme porté par l'énergie de Marinella. Ainsi que l'illustre effectivement ce voyage, il apparaît « que les quêtes thérapeutiques qui traversent des barrières culturelles explicites […], ou certains modèles explicatifs qui concilient des thèmes antinomiques […] sont les amorces de nouvelles synthèses dont les malades sont les précurseurs »[4162]. Il est donc légitime de pouvoir les entendre, parfois même les suivre, en s'offrant pleinement et sans crainte au doute qu'ils peuvent susciter. Tursz s'y est osé, parce qu'il a effectivement pu douter.

[4160] Je renvoie au sous-chapitre de la présente thèse, intitulé *Le voyage est au cœur de cette (re)(con)quête subjective*.
[4161] Benoist Jean. *Op. cit*., p. 449.
[4162] *Ibid.,* p. 449.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, il est impossible de conclure sans risquer des fermetures réductrices alors même que le champ s'est bien plutôt ouvert et démultiplié dans ses motifs de réflexion. Ce propos ne saurait donc être ni conclusif ni exhaustif tant le travail mené est inabouti, en état de *work in progress*, et précisément à poursuivre. Parti du constat d'un impensé et d'une méconnaissance du doute en médecine, le travail s'est recentré sur les conditions d'émergence (ou pas) et les modalités du doute au cœur de la relation de soin analysée à partir de l'expérience vécue et relatée par ses protagonistes et non pas à partir de théories préexistantes. Il a conduit à identifier le doute comme condition d'une relation de soin authentique.

Bilan rétrospectif

Au sein de cette interface relationnelle entre patient et soignant, toujours instable et jamais garantie, le doute s'est révélé dans toute sa richesse et sa diversité. Il n'y aurait certes pas en son cœur tendu mais fertile de motif de doute à partager et à débattre entre patient et soignant si tout pouvait être simple, clair, sans réels enjeux ni sans risque, mais aussi surtout si l'un et l'autre pouvaient se comprendre parfaitement et d'emblée s'accorder. Il n'y a bien sûr rien de tout cela dans la réalité de la relation de soin. Premier résultat majeur, le doute s'y manifeste distinctement entre patient et soignant, expliquant qu'il puisse être une source de dissensions. Deuxième résultat, bien loin de ce qui ne serait que pure réflexion solitaire (à l'instar de Descartes méditant), le doute est source d'une tension dramatique relationnelle. Or, parce qu'il est réciproquement adressé et reçu, il appelle un retour, de l'échange, du dialogue. Fondamentalement relationnel donc, et plus encore *liant*, dans la discorde autant que la concorde, il invite de façon inattendue à un cheminement commun. De là, il s'est agi pour mener ce travail de ne pas tomber dans l'écueil d'une position flottante entre deux pôles opposés – son pouvoir de destructivité imposant de l'éradiquer d'un côté, sa valorisation en tant que remède aux tensions de l'autre – mais bien de l'appréhender dans l'épaisseur de la relation au prisme de sa diversité et de ses effets contradictoires en tant qu'inévitable *pharmakon*, source d'inépuisables et parfois inclassables déclinaisons. Cela a conduit aux résultats de la recherche suivants :

L'analyse du doute des soignants

Cette analyse a tenté d'en offrir un éclairage renouvelé, non sans l'espoir de lever le tabou et de corriger certains malentendus et idées reçues qui entravent son expression. Nous en avons d'abord rappelé l'omniprésence dans la démarche scientifique (puisqu'il est au fondement de la rationalité expérimentale) mais aussi dans la pratique clinique au contact direct des malades. Outre que le doute semble intervenir comme condition de possibilité d'une pensée clinique réellement réflexive et performative (à l'instar du détective démasquant patiemment des criminels), il est apparu qu'il n'est un frein ni pour l'action soignante (ainsi qu'en atteste l'expérience de John Sassall) ni pour la rencontre patient – soignant (ainsi que nous l'ont dévoilé les trois relations de soin analysées dans ce travail) ; ou du moins, s'il peut parfois être un frein (ce que sous-tend le principe même de l'*épochè*) cela n'est pas irréductible (puisqu'il ne s'agit pas d'être un sceptique radical). Le doute s'invite alors au contraire comme une opportunité de reconfiguration, sous réserve bien sûr de pouvoir l'accueillir et le mobiliser comme tel. Conséquemment, l'absence de doute soignant s'avère éthiquement problématique.

En plus de priver de réflexivité et de conduire à occulter certains sujets pourtant majeurs à l'échelle du patient, cela expose au risque d'inattention, d'incompréhension et, *in fine*, de défaut de soin. Nous avons ensuite ouvert le champ d'analyse et proposé une lecture originale du doute des soignants en l'abordant comme une épreuve non pas seulement cognitive mais aussi existentielle. Le doute suscité par la pratique du métier de soignant n'est alors pas appréhendé seulement de façon intellectuelle, instrumentale et distanciée mais comme attestant d'un engagement qui a des effets directs sur la vie d'une personne, par-delà sa seule fonction soignante. La question du sens et des valeurs inhérents au fait d'être soignant à telle époque, dans tel contexte, selon telles conditions peut dès lors être source d'un doute plus ou moins critique ainsi qu'en atteste le vécu de Jacques Chauviré et de John Sassall. Aussi douloureuses, voire déchirantes, puissent être ces expériences de doute existentiel et de doute axiologique, le spectre des risques psycho-sociaux associés aux métiers du soin les rendent d'autant plus légitimes et en réalité indispensables, sous peine de réduire ce métier à une activité d'automates sans morale ni affects.

L'analyse du doute des patients

Cette analyse s'est déployée à rebours du préjugé le réduisant à un état de défiance, *a fortiori* injustifiée, propre à freiner et dégrader les soins. Nous avons au contraire voulu montrer qu'il témoigne d'une épreuve pouvant impliquer selon les situations et à des degrés divers : un ébranlement des repères et des croyances stabilisées ; un vécu d'effraction identitaire ; un bouleversement existentiel ; une confrontation aux effets anxiogènes et parfois contradictoires de l'(in)certitude. En montrant ainsi combien les patients peuvent être pétris de doutes multiples, terrifiants, pas toujours audibles et compréhensibles, nous espérons avoir éclairé, si ce n'est corrigé, ce préjugé accusatoire à leur encontre et délétère pour la relation de soin. Ainsi qu'en témoignent leurs récits de vie et de leurs maladies, les patients sont bien plus confrontés à cette épreuve plus ou moins critique qu'ils ne remettent en cause intentionnellement le système de santé, les compétences et l'autorité de ses acteurs. Cette clarification révèle d'autant mieux le rôle que les soignants peuvent jouer pour aider les patients à sortir de cette épreuve du doute. Parce qu'ils ont pu perdre le fil de leur existence et de son récit, « [c]es moments semblent essentiels où le médecin "rend" au patient l'histoire de sa maladie, en la réécrivant avec lui »[4163]. Par leur comportement (accueil, écoute, empathie justement équilibrée[4164], compassion[4165]) et leur capacité à intégrer la parole parfois confuse du patient[4166], plutôt qu'à imposer des prescriptions techniques, ils œuvrent à faire « disparaître [ou du moins à éclaircir] les zones d'ombres qui pouvaient être traduites comme autant d'hypothèques sur l'avenir »[4167]. En usant d'un langage accessible et en s'appuyant sur des explications et des exemples concrets, éventuellement en orientant vers des pairs, les soignants peuvent aider à dissiper

[4163] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*., p. 140.
[4164] Je renvoie aux développements proposés dans les chapitres précédents sur la question de l'empathie des soignants.
[4165] Bégué Pauline, Zaric Zona, Fleury Cynthia. *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique ?* Paris: Hermann; 2021.
[4166] Charon Rita. *Médecine narrative. Op. cit*., p. 32.
[4167] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*., p. 140.

l'incompréhension, l'angoisse de l'inconnu, ainsi qu'à modérer les affres de l'(in)certitude, ne serait-ce qu'en en soulignant l'ambivalence, source d'espoir autant que de désespoir. Ce faisant, ils aident les patients à restaurer un sentiment de réalité – faite de temporalité et d'habitude d'être au sens où Peirce convoque le principe de *croyance stabilisée* –, à raviver un horizon de possible, à remettre en route le récit de vie. Les patients y œuvrent naturellement eux aussi, non sans efforts et renoncements, entre autres celui d'un rapport à la médecine et aux soignants les identifiant comme des démiurges garants de la guérison des maladies, d'une illusoire restauration postcritique *ad integrum*[4168], en plus du pouvoir de combler divers maux de l'existence. Outre que l'on prêterait aux bio-soignants des prérogatives qui dépassent leurs capacités et leurs responsabilités, seul le patient est à même de définir, ou du moins de préciser les repères du rétablissement d'une norme de vie qui lui est propre[4169]. Ainsi que les cheminements de Madeleine Lebouc et Marine Barnérias en ont offert une pleine démonstration, sortir de l'épreuve parfois délabrante du doute par la (re)subjectivation et par la (re)construction d'une identité narrative fragilisée par la maladie peut conduire à un engagement total et des orientations inattendues qu'il importera alors aux soignants de ne pas méjuger pour les accompagner au mieux. Mais, par-delà cette dimension majeure du doute comme épreuve en somme vitale pour les patients, nous ne saurions négliger enfin de rappeler l'importance pour eux aussi de mobiliser le doute comme outil réflexif propre à développer et étayer leur esprit critique à l'heure où les informations relatives à la santé pêchent par leur insuffisance, leur tromperie[4170], leur fausseté[4171], voire leur instrumentalisation.

L'analyse de l'épreuve du doute au cœur du colloque singulier entre patient et soignant

Cette analyse a été effectuée au prisme de trois relations singulières de soin. Si les constats opérés se recoupent parfois, chacune conserve des spécificités remarquables qui ont contribué à étayer de façon significative la question du doute. La relation de Philippe Lançon et Chloé Bertolus illustre notamment le fait que partager cette disposition au dubitatif, à toujours se (ré)interroger, au lieu de fragiliser la relation de soin constituerait la garantie d'en surmonter les crises en plus de permettre l'émergence d'une relation authentique, c'est-à-dire intersubjective (*Je-Tu* selon Buber), ne la réduisant donc pas à sa dimension instrumentale et réifiante (*Je-Cela*). Aussi étrangers l'un à l'autre qu'ils aient pu être, aussi asymétrique que fut leur relation, l'histoire de Madeleine Lebouc et de Pierre Janet révèle combien le doute transcende ces écueils. Il a ainsi permis à Janet et Madeleine de vivre une relation intersubjective telle que conceptualisée par Husserl. A savoir, c'est par l'activité de doute, et non pas seulement de la pensée, que se reconnaît l'existence même du sujet, en soi-même comme en l'autre, dès lors indissociablement lié au monde et aux autres au prisme de l'(inter)subjectivité transcendantale. Plus encore le doute s'y dévoile dans sa puissance

[4168] Canguilhem Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*.
[4169] Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique. Op. cit.*, p. 168.
[4170] Foucart Stéphane. *La fabrique du mensonge. Comment les industriels manipulent la science et nous mettent en danger*. Paris: Gallimard; 2014.
[4171] Romainville Marc. *A l'école du doute: Apprendre à penser juste en découvrant pourquoi on pense faux*. : Presses Universitaires de France - PUF; 2023.

dialectique et éthique en tant qu'il permet d'accueillir la parole du patient comme pleinement légitime, valable et même nécessaire au processus réflexif permettant de soutenir l'enquête et les décisions médicales. La relation de Marinella Banfi et Thomas Tursz révèle enfin combien le doute œuvre à combler le fossé qui menace toujours la rencontre entre ces partenaires si dissemblables que sont le patient et le soignant. Le doute œuvre, en effet, à construire des ponts relationnels riches des fruits qu'offre le partage d'arguments et d'expériences contradictoires (objectives autant que subjectives), de questionnements inédits, de suggestions atypiques, de constats imprévus et divergents.

Apports et limites de ce travail

De façon non exhaustive et donc sélective, certains apports sont ici rappelés.

Tout d'abord, ces trois relations de soin ont cela d'essentiel que chacune est venue éclairer différemment la question de ce que peut produire la rencontre patient – soignant en fonction des *régimes de vérité* à l'œuvre de part et d'autre. En dépit de toutes les réserves que la notion de *vérité médicale* devrait pourtant requérir[4172], celles-ci sont peu ou pas conscientisées voire négligées. Du côté des bio-soignants, le régime de vérité est donc restreint à celui de *La* vérité biomédicale définissant un cadre précis et hermétique d'où toute autre approche de la vérité se voit exclue. Cette position d'autorité constitue une source de dissension plus ou moins soluble. D'un côté la consonnance épistémologique est totale entre Lançon et Bertolus puisqu'ils partagent une parfaite communauté de croyance dans le régime de vérité de la biomédecine. De l'autre, entre Madeleine et Janet la dissonance épistémologique est totale. Rationalité mystique et rationalité scientifique sont exclusives l'une de l'autre, la première tendant à ruiner la seconde, et vice-versa. Dans un entre-deux, l'histoire de Marinella et Tursz montre que des points de contact sont possibles entre médecine occidentale et médecine ayurvédique, au prix de certaines négociations[4173], certes non garanties tant les résistances au sein du corps biomédical sont fortes. Dans tous les cas, le doute est à l'œuvre qui seul permet d'accueillir la pluralité des voix et des choix du patient et de s'ouvrir à l'opportunité de la pluralité des soins par-delà le seul cadre délimité par la biomédecine. Cela semble d'autant plus justifié que « [l]a disproportion est grande entre les attentes et les possibilités du médecin à soigner »[4174].

Ce que ces histoires singulières et relationnelles uniques ont aussi pu révéler d'inattendu est cette possibilité de considérer l'émergence du doute tel un *kairos*, et non pas comme un obstacle à surmonter (qu'il soit intellectuel ou existentiel). Une telle hypothèse percute cette vision négative, mais habituelle, de l'homme faisant face au doute tel un bernard-l'hermite[4175] accroché à son rocher sans oser bien regarder ce qui se passe dans son dos et n'opérant sous la contrainte que de micro-déplacements. Cette position est d'autant plus compréhensible que, si l'on y regarde de près, le doute est omniprésent. Il s'impose en permanence comme condition

[4172] Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Op. cit.*, p. II.
[4173] Ninot Gregory, Minet Mathilde, Larche Jérôme, Ribstein Jean, Chiche Laurent. *Non-pharmacological interventions. A new paradigm and opportunities for internists*. Rev Med Interne 2025;46(11):662-9.
[4174] Marin Claire, "Who cares ?" in Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.). *Op. cit*., p. 136.
[4175] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit.*

d'être au plus près du réel[4176], et justifie en ce sens une certaine régulation à l'économie des forces vitales. Pourtant, en dépit de sa réitération infinie et du risque de fuite permanente dans laquelle il menace toujours d'emporter, l'inéluctabilité du doute n'exclurait donc pas la possibilité de le constituer en opportunité transformante. En somme, il ne s'agirait pas seulement de viser, à chaque nouvelle occurrence de doute, un rééquilibrage et le rétablissement d'habitudes à l'aune de repères actualisés ainsi qu'y invite Peirce comme mode de sortie de l'état de doute, mais de toujours penser le doute comme potentialité évolutive. Il ne s'agirait ainsi pas d'errer de croyance perdue en nouvelle conviction ni de se résoudre à cumuler à l'infini des sorties provisoires de doute en se contentant de conclusions temporaires[4177], mais bien de considérer chaque petite révolution potentielle à laquelle il invite à chacune de ces occurrences significatives. Étant donné tout ce qui échappe au soignant, un tel positionnement trouve à s'appliquer au contexte de la relation de soin. La conscience de son incomplétude et de ses biais rendrait la rencontre d'autant plus féconde et transformatrice à l'aune de toutes les occurrences de doute dont il pourrait dès lors faire son miel. Le doute pourrait ainsi être positivement appréhendé comme opportunité réitérée d'ouverture à ce qui échappe, à ce qui ne peut pas être maitrisé, à cette part d'(im)possible, d'(in)connu, d'(in)compréhensible, de toujours à venir.

Que le doute soit essentiel à la qualité de la relation de soin est enfin l'un des constats majeurs de ce travail. Si Entralgo positionne *par principe* la relation de soin comme *rencontre* plus ou moins satisfaisante[4178], l'expérience clinique et les différentes relations analysées dans cette thèse nous ont en effet montré combien la rencontre patient – soignant n'est jamais donnée et toujours à (re)construire. Même une relation en apparence affermie est toujours susceptible de se désagréger. La crise qui a affecté la relation de Philippe Lançon et Cholé Bertolus en témoigne ; seule la remobilisation du doute dans sa dimension de remède et non plus de poison a permis de la résoudre. Autrement dit, à l'encontre des idées reçues, le doute contribue à moduler et à transformer les tensions, les dissensions, les désaccords qui opposent de façon naturelle et inéluctable patients et soignants, sans nécessairement les éloigner. En même temps qu'il peut susciter du dissensus voire de la discorde, le doute incite toujours aussi au débat. Un tel débat implique certes d'inventer, d'investir et de se rendre disponible à ce que Canguilhem qualifierait d'*espace d'intelligibilité*[4179], c'est-à-dire un espace de parole, d'écoute, de dialogue, d'attention et de reconnaissance réciproques. Le doute ainsi mis en partage constitue dès lors une modalité fonctionnelle incontournable de la relation de soin par la dynamique interrogative et dialectique à laquelle il invite, sans prétendre pour autant répondre à toutes les questions, vertigineuses et terrifiantes parfois, ni résoudre toutes les dissensions. Pour autant il ne saurait seulement s'agir de trouver un accord, de répondre à l'enjeu lié à ce « sentiment dangereux

[4176] Tripet Arnaud. *Op. cit.*, p.13 : « Cette expérience d'une pensée qui naît en aval du doute ne règle pas la chose d'un coup. Elle peut comporter, on le sait bien, une restauration du doute. […] Il faudra dès lors douter de ce qui nous semble indubitable et ce doute nous approchera d'une appréciation plus judicieuse du réel et de la relation que nous sommes censés établir avec lui ».

[4177] Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. *Op. cit*. : « on sera toujours plus proche du bernard-l'hermite qui erre de coquillage en coquillage pour trouver un abri comme nous errons de certitude perdue en nouvelle conviction à chaque fois que le doute nous frappe ».

[4178] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit*., p. 10.

[4179] Canguilhem Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in Canguilhem Georges. *Ecrits sur la médecine. Op. cit*., p. 15.

mais nécessaire »[4180] qu'est la confiance, d'œuvrer à cette révolution amorcée il y a quelques décennies avec la « révolte du sujet »[4181] quant à la place et aux droits du patient. Ce travail invite plus encore à considérer le doute comme un déterminant essentiel de la subjectivité (du patient autant que du soignant), comme ce qui permet de voir et de considérer la singularité de chacun des partenaires de la relation. Parce que seul le doute permet, au prisme de l'*épochè* et de la réduction phénoménologique, une attention à l'autre en tant que sujet, cette thèse souhaite ainsi affirmer la nécessité du doute pour construire une relation de soin authentique, c'est-à-dire fondée sur la reconnaissance intersubjective et réciproque entre patient et soignant. S'il est donc un propos conclusif à l'aune des résultats de cette recherche, ce serait que le doute est à la fois vecteur de rencontre (dans sa dimension intersubjective), de dialogue, de réflexion (au sens dialectique), et de respect (au sens éthique), des acteurs en présence au sein de la relation de soin.

Cette recherche n'a pas été sans rencontrer diverses limites. Aussi louable soit le vœu de modifier les représentations négatives pesant sur le doute et d'en favoriser l'expression, il rencontre bien des limites. On ne peut ainsi nier toutes les difficultés et la créativité nécessaires pour pouvoir donner toute sa place au doute dans les soins. Un premier obstacle structurel à l'acceptation du doute au cœur du système de soin est le manque de temps. Or, il se pourrait au contraire qu'en œuvrant à la qualité de la relation, de l'écoute et du dialogue entre patients et soignants, il améliore les performances médicales et la qualité de vie des patients autant que des soignants et que donc il fasse gagner du temps en plus d'œuvrer à la qualité des soins. Un autre obstacle systémique à l'échelle de l'ensemble de la société relève de la difficulté à modifier des représentations solidement ancrées dans les esprits. L'effet poison du doute continue de prévaloir dans les esprits aux dépends de ses potentialités en tant que remède. Un tel obstacle se retrouve à l'échelle du système de santé occidental fondé sur l'objectivité scientifique. Y œuvrer à une culture favorable au doute impliquerait d'abord une réforme du regard biomédical fondé sur la prééminence d'une vision purement objective du corps[4182] aux dépends de ses représentations subjectives, sociales, politiques[4183]. En interdisant l'expression et les représentations de la subjectivité, son omniprésence dans les soins est niée ce qui empêche de douter autrement qu'au prisme de la rationalité scientifique réduisant le corps à une objet, à l'image d'une machine sans pensée ni ressenti héritée du cartésianisme. Autrement dit, la biomédecine n'incite fondamentalement pas au doute. C'est bien là une limite majeure, peut-être la plus importante, puisqu'il ne s'agit dès lors plus seulement de dévoiler ce qui est peu ou mal connu du doute, de corriger des préjugés erronés, d'inciter à user du doute tel un savoir-faire et un savoir-être propres à favoriser et enrichir la rencontre soignante mais de penser une tout autre culture du soin ou du moins de l'élargir à la pluralité des cultures du soin ainsi que l'histoire de Marinella Banfi et Thomas Tursz en ont éclairé la perspective non sans percevoir le caractère exceptionnel de leur histoire et peut-être donc utopique. Sans compter que de

[4180] Lançon Philippe. *Le lambeau. Op. cit*., p. 239.
[4181] *Ibid.*, p. 127-146.
[4182] Klein Alexandre. *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*. Université de Lorraine: Thèse de doctorat en philosophie et histoire des sciences ; 2012.
[4183] Taussig Michael T. *Reification and the consciousness of the patient*. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology 1980;14(1):3-13.

l'utopie à la dystopie, le pas est vitre franchi tant l'évolution contemporaine fait craindre, en plus de la mort de la clinique, l'extinction de la relation de soin[4184], ce qui rend la question du doute encore plus essentielle et urgente. La surdité qui affecte déjà l'expérience subjective des patients autant que des patients, tend à se compléter par la disparition de la reconnaissance du vécu corporel. Le corps en vient en effet lui aussi à être progressivement déconsidéré au profit d'une abstraction pure et désincarnée, en plus d'être inanimée, sous-tendue entre autres par l'imagerie ou les données génétiques prévisionnelles.

Perspectives

Ce travail ouvre des perspectives, ne serait-ce que celle de poursuivre l'analyse typologique du doute. Seulement trois relations de soin ont ici pu être analysées ; elles ne sont certes pas applicables à toutes les relations de soin. De même, le corpus des récits de patients convoquant la question du doute n'a pu être exhaustif. Des contextes spécifiques n'ont ainsi pas été abordés, entre autres les personnes en réanimation[4185], en situation de précarité, de handicap[4186] ou pauci-communicantes alors même que le doute y est aussi une question cruciale qui implique toute la dimension de langage et plus généralement des modalités de communication. Dans la mesure où le doute peut se manifester différemment selon les protagonistes mais également selon les maladies, les disciplines, les structures d'exercice, les territoires de santé, les cultures, les conditions socio-économiques, etc., il y a largement manière à poursuivre la recherche sur le sujet et à évaluer l'applicabilité éventuelle du modèle développé et proposé dans la présente thèse. Par ailleurs, même si Philippe Forest fut un proche aidant, ce n'est pas spécifiquement le doute éprouvé par les proches qui a été analysé à travers son œuvre, mais bien d'abord celui du patient dans ses interactions avec le milieu médical. Interroger le vécu de doute des proches d'une personne malade et l'impact identitaire et existentiel, qui peut être considérable mais est souvent oublié, est un terrain à explorer au même titre que le doute des patients eux-mêmes. Je pense notamment aux frères et sœurs de personnes souffrant de maladies graves comme un cancer ou de troubles psychiques et addictifs[4187].

En plus de l'intérêt de poursuivre la recherche, il y a aussi un enjeu de diffusion et d'appropriation de ses résultats avec l'espoir que cela puisse aider à sortir du tabou et de l'inhibition pesant sur son expression et sa mobilisation à l'échelle de la relation de soin ou plus généralement. Il faut cependant reconnaitre que la multiplicité des discours du doute (sceptique, cartésien, phénoménologique, pragmatiste, scientifique, clinique, herméneutique mais aussi identitaire, existentiel, axiologique parmi ceux analysés dans cette thèse et par ailleurs restreints au domaine médicale), leur co-occurrence ou du moins leur intrication possible complexifie leur appréhension. A partir d'une typologie du doute régulièrement incrémentée par ses nouvelles déclinaisons, comme ce fut ici le cas avec l'entité innovante de doute axiologique du

[4184] Entralgo Pedro Lain. *Op. cit.*, p. 242 : « Les progrès de la technique rendront-ils possible une médecine dans laquelle la relation directe entre le médecin et le patient deviendrait inutile ? »
[4185] Sportouch Sabine. *Survivre : une épopée en réanimation*. Perspectives Psy 2020;59(3):256-60.
[4186] Bauby Jean-Dominique. *Le scaphandre et le papillon*. Paris: Robert Laffont; 1997. Éméyé Églantine *Le voleur de brosses à dents*. Paris: Robert Laffont; 2015.
[4187] Adam Jérôme. *Tout pour être heureux ?* [Film documentaire, 85 min]. France: J'en Crois Pas Mes Yeux, 2022. Santi Pascale, *Jérôme Adam, un combat contre l'addiction au nom du frère*, Le Monde [science], publié le 8 mars 2026. En ligne : Jérôme Adam, un combat contre l'addiction au nom du frère, consulté le 29 mars 2026.

soignant, la constitution d'un vadémécum pourrait permettre d'éclairer et d'outiller les soignants dans leur pratique et leur vécu. Un tel outil pourrait les aider à exprimer, identifier, mobiliser le doute dans la diversité de ses déclinaisons, à le caractériser et le calibrer, en apaisant leurs craintes d'être méjugés et incompris. Du côté des patients, l'idée d'une *agora* des patients et plus généralement des usagers du système de santé offrirait un espace démocratique de discussion permettant à chacune et à chacun de s'exprimer librement sur leur épreuve du doute en tant que patient, tout en étant déliés des jeux de rôles, des tensions et des rapports de force à l'œuvre dans une relation de soin. Tout comme Claude Bernard faisait l'apologie de « l'indépendance et la liberté d'esprit »[4188], cette agora inviterait à la *liberté d'expression* quant à l'expérience subjective de la maladie et des interactions avec le milieu soignant[4189]. Il s'agit par-là d'honorer toutes les voix des patients, des plus discrètes, humbles, retirées, enfouies qui soient – rappelant en cela tout l'intérêt des archives mineurs[4190] toujours susceptibles d'offrir à découvrir ce à quoi l'on ne s'attend pas – jusqu'aux plus investies, documentées et même spécialisées sur le sujet[4191]. Par ailleurs, entre un vadémécum pour les soignants et une agora des patients, une passerelle pourrait aussi être envisagée qui impliquerait des acteurs alternatifs au sens de médiateurs aptes à canaliser en les (ré)interrogeant sous d'autres angles les dissensions trop importantes que le colloque singulier seul ne parviendrait pas à surmonter. Les acteurs des consultations d'éthique clinique y contribuent déjà en aidant à comprendre (ce qui n'implique pas pour autant d'apporter des réponses) et en accompagnant les situations où le doute semble insoluble tant il diffère entre patients et soignants mais aussi entre soignants eux-mêmes[4192]. Il pourra ainsi s'agir d'aider le patient à entendre que le médecin n'est pas indemne de doute mais qu'il le fait dans le cadre de sa posture professionnelle ou inversement d'aider les soignants à accueillir la voix pourtant inaudible d'un patient tant elle affecte leurs valeurs du soin. En aidant à trouver un état d'équilibre, qui ne saurait être ni absolu ni définitif, de tels acteurs contribueraient à une telle culture positive du doute, c'est-à-dire à cette vertu de l'*époché* à la fois en tant que suspension, non-jugement mais aussi et surtout attention à l'autre.

C'est pourquoi, s'il faut tenter une fin qui demeure ouverte et invite à poursuivre, je propose de convoquer les notions de nuance et de courage tant elles ont semblé imprégner en filigrane cette question et ses enjeux tels qu'appréhendés tout au long de cette recherche. Tous les récits (de patients, de proches, de soignants) qui ont été ici mobilisés en attestent. Il faut du courage pour pouvoir douter puisque cela implique de réfléchir, de développer son esprit critique, de tolérer l'altérité, d'absorber la contradiction, d'être dans la nuance[4193], de s'impliquer dans le dialogue[4194]. Le doute est résolument tout le contraire de l'excès, de l'opposition frontale, du

[4188] Bernard Claude. *Introduction* [Préface par Gzil Fabrice]. *Op. cit*., p. 9.
[4189] Wiltshire John. *Medical history from the viewpoint of the patient*. Intern Med J 2005;35(3):193-4.
[4190] Artières Philippe. *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris: La Découverte; 2013. Artières Philippe. *Le dossier sauvage*. Paris: Gallimard; 2019.
[4191] Hustvedt Siri, Le Boeuf Christine. *Les mirages de la certitude: essai sur la problématique corps/espirit*. Arles: Actes Sud; 2018. Ogien Ruwen. *Op. cit*.
[4192] Claquin Aziliz, Doan Thi (dessin), *Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique*. *Op. cit*.
[4193] Birnbaum Jean. *Le Courage de la nuance*. Paris: Seuil; 2021.
[4194] Lecomte Julien. *Nuance ! La puissance du dialogue*. Paris: Les pérégrines; 2022.

dogmatisme. En somme douter au cœur de la relation de soin consiste en une sagesse ayant pour piliers l'attention à l'autre, l'ouverture à la pluralité, la rencontre véritable.

ANNEXES

1 – Illustrations photographiques

1.1 – Photos relatives à John Sassal et ses patients

1.1.1 – Photo 1 : John Sassall au seuil d'une chambre de malade[4195].



[4195] Berger John, Mohr Jean. *Un métier idéal. Op. cit.*, p. 82.

1.1.2 – Photo 2 : Le regard du doute chez le soignant (docteur John Sassall)[4196]



1.1.3 – Photos 3 et 4 : Le regard du doute chez une patiente[4197].





[4196] *Ibid.*, p. 58.
[4197] *Ibid.*, p. 128-129.

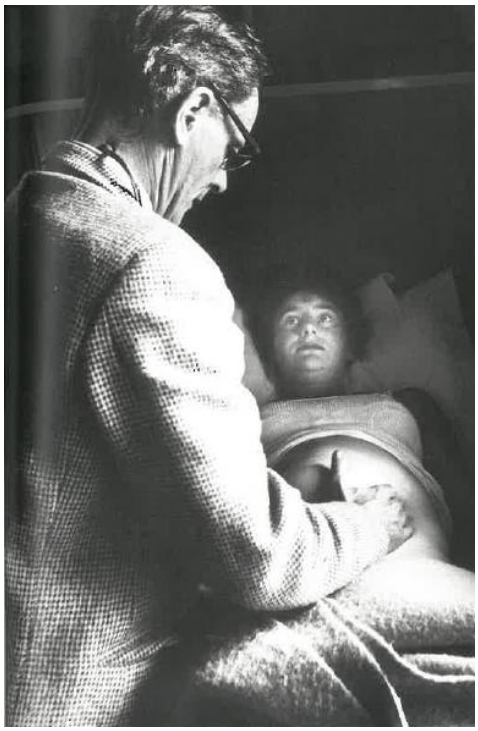
1.1.4 – Photos 5 et 6 : La circulation et le partage du doute entre patient et soignant[4198]





[4198] *Ibid.*, p. 70 et 160.

1.1.5 – Photo 7 : Suivi d'une femme enceinte[4199].



1.1.6 – Photo 8 : Suivi de routine[4200]



[4199] *Ibid.*, p. 75.
[4200] *Ibid.*, p. 64.

1.1.7 – Photo 9 : Geste technique : une ponction lombaire[4201].



[4201] *Ibid.*, p. 85.

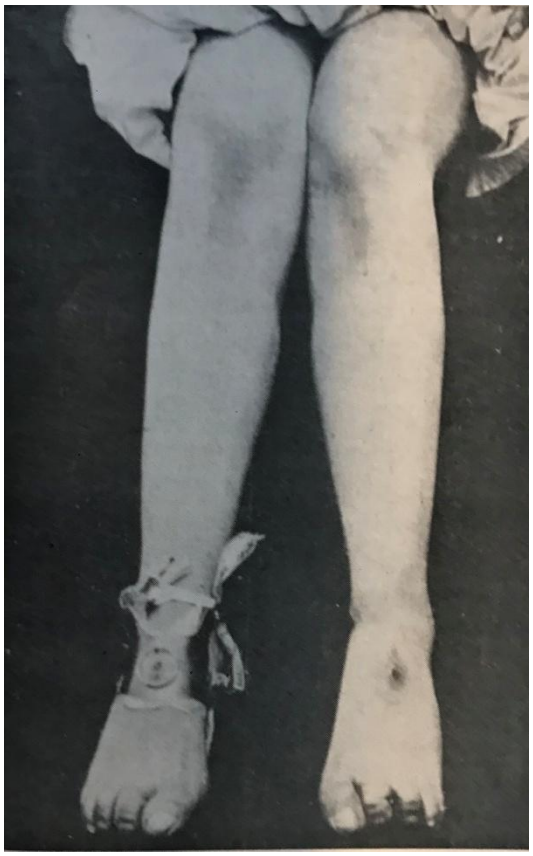
1.2 – Photos relatives à Madeleine Lebouc

1.2.1 – Photo 10 : Madeleine sur la pointe des pieds[4202]



[4202] In Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., Figure 2, p. 2 : « Attitude sur la pointe des pieds ». In Maître Jacques, *Op. cit*., Annexe iconographie, 6 : « Pauline se tient sur la pointe des pieds (montage de photos prises à la Salpêtrière ».

1.2.2 – Photo 11 : Protocole expérimental de mise sous scellés des pieds de Madeleine[4203].



[4203] In Janet Pierre. *De l'angoisse à l'extase. Op. cit*., Figure 40, p. 481 : « Le stigmate apparaissant sous le verre ». In Maître Jacques, *Op. cit*., Annexe iconographie, 8 : « L'appareil monté sur le pied de Pauline pour l'observation des stigmates ».

2 – Illustrations cliniques pour le sous-chapitre *Heurs et malheurs du raisonnement abductif*

Cas clinique n°1 : « Une histoire de saison et de gros globules »

(Expérience personnelle en tant que clinicienne)

Un confrère gastroentérologue me contacte par téléphone pour un avis concernant l'analyse sanguine d'un patient, faisant par ailleurs partie de son cercle amical. Nous sommes au printemps. Il est troublé par une macrocytose notable. Le VGM (volume globulaire moyen des globules rouges) est à 118 fl pour une norme supérieure du laboratoire à 97 fl. Il n'y a pas d'anémie associée ce qui tend à éliminer une carence vitaminique (en B9 ou B12), une dysplasie de la lignée érythroïde, une insuffisance rénale (source de carence en érythropoïétine) d'autant que la clairance de la créatinine est préservée. La macrocytose est par ailleurs trop importante pour cadrer avec l'hypothèse d'une hypothyroïdie devant cependant être explorée de principe. Il n'est pas en présence de son ami et ne peut donc l'interroger sur d'éventuels symptômes. Il précise simplement qu'il le trouvait en forme mais inquiet de cette analyse. A distance, sans avoir rencontré la personne (pas d'élément d'interrogatoire ni d'examen clinique) et sans plus d'élément d'étayage (notamment pas de complément d'analyse biologique, dont un contrôle de la numération pour vérifier la persistance de l'anomalie, des dosages vitaminiques et des hormones thyroïdiennes, etc.), j'avance pourtant une orientation diagnostique. Le tableau ne m'est pas étranger (pour avoir fait ma thèse de médecine sur la cause que m'évoque cette histoire)[4204]. L'hypothèse le plus probable me semble d'emblée être celle d'une auto-agglutination des globules rouges, ce qui justifie de rechercher une cause rare à l'origine d'un tel phénomène à savoir une agglutine froide. Source d'hémolyse (destruction des globules rouges à certaines températures d'où l'occurrence plus fréquente en période hivernale et/ou en cas d'exposition au froid), l'agglutine froide peut aussi simplement agglutiner les globules rouges sans les détruire et provoquer des symptômes en ce sens dont un acrosyndrome affectant les mains et les pieds mais aussi les lobes des oreilles et les ailes du nez à type de bleuissement anormal. Je prends donc le risque d'avancer cette seule hypothèse (me disant dans mon for intérieur, je ne vois pas ce que cela peut être d'autre) tout en insistant sur la nécessité d'explorer plus avant et surtout de disposer d'une confirmation objective d'un tel diagnostic. Par ailleurs, au regard de la rareté de l'affection, je conseille d'étayer de principe toutes les autres causes de macrocytose, même si elles semblent improbables.

Le diagnostic de maladie chronique idiopathique des agglutinines froides (MCIAF) est finalement confirmé et l'interrogatoire du patient reçu en consultation a permis de révéler une fatigue accrue et des signes francs d'hémagglutination, parfois même d'hémolyse (urines foncées) en saisons froides. De lui-même, il s'obligeait à bien se couvrir en hiver et avait renoncé au sport d'hiver. L'interrogatoire venait ainsi étayer *a posteriori* l'hypothèse formulée selon un mode abductif sur la base d'une anomalie biologique isolée.

[4204] Chandesris Marie-Olivia. *Agglutinines froides, circonstances de découverte chez l'adulte et signification en pratique clinique : analyse rétrospective à propos de 58 patients et perspectives thérapeutiques. Prise en charge thérapeutique des agglutinines froides symptomatiques (sans restriction d'étiologie) par le rituximab : étude rétrospective à propos de 9 cas et analyse de l'impact du rituximab sur les caractéristiques immuno-hématologiques des agglutinines froides in vitro*. Université Aix – Marseille, thèse d'exercice en médecine, 2006.

Cas clinique n°2 : « Le mirage d'un arbre cachant une épaisse forêt »

(Expérience partagée entre plusieurs cliniciens)

En pleine période de pandémie de SARS-Cov2, une femme âgée d'une cinquantaine d'années, isolée (pas d'entourage familial ou amical), est adressée en pleine nuit par un service d'accueil des urgences (SAU) dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie pour une suspicion d'état mélancolique. Cette hypothèse est étayée par un antécédent d'épisode dépressif ancien et par la prescription semi-récente par un médecin de ville d'un traitement associant un anxiolytique et un antidépresseur. Le psychiatre ayant accueilli et expertisé la patiente en unité d'hospitalisation s'inquiète des atypies de la présentation psychique et d'un état physique général très dégradé qu'il ne parvient à relier seulement à l'état psychique. En particulier, la patiente ne peut quasiment plus s'alimenter, non pas par refus (éliminant ainsi une anorexie psychogène) mais du fait d'une odynophagie sévère (douleur à la déglutition). Quant à l'examen clinique, il révèle surtout un état d'épuisement (la patiente est alitée et en incapacité de subvenir à ses besoins primaires, ne serait-ce que faire simplement sa toilette) et d'incurie (d'étiologie non univoque au regard de l'orientation psychiatrique et probablement ancienne au vu de l'état des phanères, ongles et cheveux) ainsi qu'une candidose des grands plis et de la cavité buccale avec perlèche fissuraire. L'échange est pauvre, la patiente semblant stuporeuse et ne parvenant pas à répondre à la plupart des questions qui lui sont posées sauf par des rares signes de tête évasifs. Qu'il s'agisse de mutisme, de confusion et/ou d'aphasie, une étiologie neurologique (non exclusive d'une composante psychogène associée), ou du moins organique, est donc suggérée.
Une imagerie corps entier par scanner est demandée ainsi qu'une analyse sanguine complémentaire pour explorer une thrombopénie (taux de plaquettes anormalement bas) constatée sur la biologie effectuée en SAU. Le service de radiologie conclut sur l'aspect du scanner thoracique à une pneumopathie évocatrice de covid en dépit d'une PCR sur prélèvement rhino-pharyngé effectuée à l'admission négative (la sensibilité du test, alors estimée à 60%, laissait la possibilité de faux négatifs). La patiente est adressée en unité covid à visée d'isolement (afin de ne pas contaminer l'unité d'hospitalisation l'ayant accueillie) et surveillance (d'une éventuelle dégradation respiratoire).

A ce stade, l'enquête diagnostique n'est nullement résolue, tant d'un point de vue somatique que psychiatrique. Aucun des premiers constats qu'ils soient de nature clinique (un état général très dégradé avec incurie, des symptômes neuropsychiques atypiques, une atteinte cutanée évocatrice de candidose), biologique (thrombopénie) ou radiologique (une atteinte pulmonaire, certes évocatrice de pneumopathie infectieuse) n'est spécifique d'une maladie donnée. L'absence d'entourage ne permet pas non plus d'étayer l'ancienneté et le profil évolutif des troubles.
L'enquête diagnostique sera éclairée grâce à l'exploration systématique de la thrombopénie selon un algorithme de débrouillage étiologique partant des causes les plus fréquentes aux plus spécifiques et rares. Les principales causes sont donc passées en revue et explorées : la fausse thrombopénie par agrégation est éliminée par un contrôle de la numération sanguine, la cause

toxique (particulièrement médicamenteuse) n'est pas retenue en l'absence de traitement hématotoxique, la cause infectieuse (prioritairement virale, aiguë ou chronique comme les hépatites virales B et C ainsi que le VIH) est explorée par des sérologies, la cause dysimmunitaire est explorée en première intention par le dépistage de facteurs anti-nucléaires, la cause hépatique ou splénique est appréhendée au prisme de l'imagerie de ces organes.

Cause classique de thrombopénie mais devenue très inhabituelle en France, a fortiori en 2020, la sérologie VIH se révèle positive – chez une patiente non connue pour être séropositive – et vient éclairer l'ensemble du tableau d'une façon très différente des hypothèses initialement avancées de dépression sévère et d'infection covid. Il s'agit en effet d'une infection VIH en stade SIDA (une contamination sans doute ancienne de plusieurs années) puisqu'elle est compliquée de plusieurs infections opportunistes dont une candidose cutanéomuqueuse disséminée, y compris œsophagienne, expliquant les difficultés alimentaires, une pneumocytose pulmonaire documentée par une fibroscopie bronchique effectuée en urgence (dans les 24h suivant le résultat de la sérologie VIH s'agissant d'une urgence) et infirmant dans le même temps de façon certaine toute infection covid, une encéphalite liée au VIH documentée par une ponction lombaire révélant une forte réplication virale du VIH dans le liquide céphalorachidien et venant expliquer les symptômes neuropsychiatriques atypiques. La patiente est transférée en urgence dans un service spécialisé de maladies infectieuses, quittant ainsi à la fois l'hôpital psychiatrique sans confirmation diagnostique d'état dépressif et l'unité covid puisqu'indemne de cette infection.

BIBLIOGRAPHIE

1 – Ouvrages et articles principaux

1.1 – Ouvrages

Baqué Claude, Bruno Pierre (postface). *La dame qui marchait sur la pointe des pieds*. Paris: De l'insu; 2022.

Benaroyo Lazare (dir), Lefève Céline (dir), Mino Jean-Christophe (dir), Worms Frédéric (dir). *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris: Presses universitaires de France; 2010.

Bénatouïl Thomas (dir.). *Le scepticisme*. Paris: Flammarion; 2015.

Berger John, Mohr Jean. *A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor*. England: Vintage Books; 1997 [1967].

Berger John, Mohr Jean (Photo), Lederer Michel (Trad.). *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*. Paris: l'Olivier; 2009 [1967].

Bernard Claude. *Principes de médecine expérimentale*. Paris: Presses Universitaires de France; 2008 [1867].

Bernard Claude, Gzil Fabrice (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* Paris: Librairie générale française; 2008 [1865].

Bernard Claude, Dagognet François (préface). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion; 2013 [1865].

Bigiaretti Libero, Pisetta Jean-Pierre (Trad.). *La maladie*. Paris: Allia; 2021.

Brun Danièle. *Madame Vertigo et son cancer. Rencontre avec une médecine déshumanisée*. Paris: Odile Jacob; 2023.

Buber Martin, Misrahi Robert (présentation), Marcel Gabriel (avant-propos), Bachelard Gaston (préface). *Je et tu*. Paris: Aubier; 2012 [1923].

Cabestan Philippe (dir.). *Introduction à la phénoménologie*. Paris: Ellipses; 2017.

Canguilhem Georges, Zaloszyc Armand (avant-propos). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil; 2002.

Canguilhem Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013 [1966].

Canguilhem Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris: Vrin; 2015 [1968].

Cavarero Adriana, Kottman Paul A. (Trad. anglaise). *Relating narratives. Storytelling and selfhood*. London and New York: Routledge; 2000.

Charon Rita, Fourreau Anne (Trad.). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris: Sipayat; 2015 [2006].

Chauviré Jacques. *Journal d'un médecin de campagne 1950-1959*. Mazères: Le temps qu'il fait; 2004.

Combe Sonia, Spire Antoine. *Maladie et privation d'amour. De Christa Wolf à Canguilhem, pour un retour à la clinique*. Carignan-de-Bordeaux: Le Bord de l'eau; 2017.

Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, Straer Jean-David, Sureau Claude (dir.). *La mort de la clinique ?* Paris: Presses universitaires de France; 2009.

Depraz Natalie. *Comprendre la phénoménologie*. Paris: Armand Colin; 2012.

Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Œuvres de Descartes. Discours de la méthode & essais VI*. Paris: J. Vrin; 1996.

Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Œuvres de Descartes. Principia philosophiae VIII*. Paris: J. Vrin; 1996.

Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Œuvres de Descartes. Médiations et principes IX*. Paris: J. Vrin; 1996.

Descartes René, Adam Charles, Tannery Paul (publ. par). *Œuvres de Descartes. Recherche de la vérité par les lumières X*. Paris: J. Vrin; 1996.

Dewey John, Deledalle Gérard (Trad. et présentation). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris: Presses universitaires de France; 1967 [1938].

Dewey John, Savidan Patrick (Trad.). *La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Paris: Gallimard; 2014 [1929].

Engel Pascal, Rorty Richard. *A quoi bon la vérité ?* Paris: Grasset; 2005.

Entralgo Pedro Lain, De Morelos Vicente (Trad.). *Le médecin et le malade*. Paris: Hachette; 1969.

Fainzang Sylvie. *La relation médecins-malades. Information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006.

Forest Philippe. *L'enfant éternel*. Paris: Folio; 1998.

Forest Philippe. *Tous les enfants sauf un*. Paris: Folio; 2017.

Fourneret Eric. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Lemieux; 2017.

Fox Renée Claire. *Experiment perilous. Physicians and patients facing the unknown*. Glencoe: The Free Press; 1959.

Fox Renée. *L'incertitude médicale*. Paris: L'Harmattan; 1988.

Gadamer Hans-Georg, Dautrey Marianne (Trad.). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset; 1998.

Galichon Isabelle. *Le récit de soi: une pratique éthique d'émancipation*. Paris: L'Harmattan; 2017.

Gérard Alain, Orsenna Erik (préface). *Le Malheur inutile - Cinq histoires de liberté retrouvée*.

Paris: Michel Lafon; 2023.

Grand Corps Malade. *Patients*. Paris: Points; 2014.

Husserl Edmund, de Launay Marc B. (Trad.). *La philosophie comme science rigoureuse*. Paris: Presses universitaires de France; 1989 [1911].

Husserl Edmund, Granel Gérard (Trad.). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Paris: Gallimard; 1989 [1954].

Husserl Edmund, Levinas Emmanuel (Trad.), Peiffer Gabrielle (Trad.). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*. Paris: Vrin; 1992 [1931].

Husserl Edmund, Löwit Alexandre (Trad.) *L'idée de la phénoménologie. Cinq leçons*. Paris: Presses Universitaires de France; 1997 [1907].

James William. *La signification de la vérité: une suite au Pragmatisme*. Lausanne: Antipodes; 1998.

James William, Garreta Guillaume (Trad.), Girel Mathias (Trad.). *Essais d'empirisme radical*. Marseille: Agone; 2005 [1912].

James William, Madelrieux Stéphane (présentation), Ferron Nathalie (Trad.). *Le pragmatisme*. Paris: Flammarion; 2010 [1907].

Janet Pierre, Nicolas Serge (préface), Blondel Charles (introduction). *De l'angoisse à l'extase. Etudes sur les croyances et les sentiments : 1926-1928*. Paris: L'Harmattan; 2009 [1926].

Jaume Jacques. *Georges Simenon. Maigret et la médecine*. Paris: L'Harmattan; 2025.

Kafka Franz, Vialatte Alexandre (Trad.). *La métamorphose*. Paris: Gallimard; 1972 [1915].

Lambrichs Louise L. *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*. Paris: Fayard-Pluriel; 2013.

Lançon Philippe. *Le lambeau*. Paris: Folio; 2020.

Lefève Céline (dir.). *Autour de Canguilhem. Vie, médecine et soin*. Paris: Presses universitaires de France; 2024.

Lévy Carlos. *Les scepticismes*. Paris: Que sais-je ?; 2018.

Lorenzini Daniele, Revel Ariane. *Le travail de la littérature - Usages du littéraire en philosophie*. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2012.

Macherey Pierre. *S'orienter*. Paris: Kimé; 2017.

Maître Jacques, Lantéri-Laura George (préface). *Une inconnue célèbre. La Madeleine Lebouc de Janet*. Paris: Anthropos; 1993.

Marin Claire. *La maladie, catastrophe intime*. Paris: Presses universitaires de France; 2014.

Marin Claire. *Hors de moi*. Paris: Allia; 2018.

Merot Patrick. *La croyance et le doute. De Sigmund Freud à Charles Sanders Peirce*. Paris: Ithaque; 2023.

Misrahi Robert. *Martin Buber. Philosophe de la relation. Présentation, choix de textes, bibliographie par Robert Misrahi*. Paris: Seghers; 1968.

Nancy Jean-Luc. *L'intrus*. Paris: Galilée; 2000.

Ogien Ruwen. *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris: Librairie générale française; 2018.

Peirce Charles Sanders, Tiercelin Claudine (dir. & Trad.), Tibaud Pierre (dir. & Trad.). *Œuvres philosophiques I. Pragmatisme et pragmaticisme.* Paris: Cerf; 2002.

Peirce Charles Sanders, Tiercelin Claudine (dir. & Trad.), Tibaud Pierre (dir. & Trad.), Cometti Jean-Pierre (Trad.). *Œuvres philosophiques II. Pragmatisme et sciences normatives*. Paris: Cerf; 2003.

Percheron Antoine. *Végétal*. Montmorillon: L'Escampette; 2001.

Perros Georges, Butor Michel (poème liminaire), Noël Bernard (postface). *L'ardoise magique*. Nantes: L'oeil ébloui; 2014.

Pierron Jean-Philippe. *Introduction à l'herméneutique médicale. L'interprétation médicale : une dialectique de l'expliquer et du comprendre*. Paris: Le Cercle Herméneutique; 2011.

Pigeaud Jackie. *La crise*. Nantes: Cécile Defaut; 2006.

Popkin Richard Henry, Larrère Catherine (présentation). *Histoire du scepticisme d'Érasme à Spinoza*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995.

Reach Gérard. *Une théorie du soin. Souci et amour face à la maladie*. Paris: Les Belles lettres; 2010.

Reach Gérard. *L'inertie clinique: Une critique de la raison médicale*. Paris: Springer; 2012.

Reach Gérard. *Pour une médecine humaine. Etude philosophique d'une rencontre*. Paris: Hermann; 2022.

Rorty Richard, Poulain Jacques (Trad.) Cowan Claudine (Trad.). *L'espoir au lieu du savoir. Introduction au pragmatisme*. Paris: Albin Michel; 1995.

Rossi Silvia, Poma Roberto (préface). *Écrire le cancer. De l'expérience de la maladie à l'autopathographie*. Paris: Téraèdre; 2019.

Tiercelin Claudine. *C.S. Peirce et le pragmatisme*. Paris: Presses universitaires de France; 1993.

Tiercelin Claudine. *Le doute en question. Parades pragmatistes au défi sceptique*. Paris: L'éclat; 2016.

Tiercelin Claudine. *La post-vérité ou le dégoût du vrai*. Paris: Intervalles; 2023.

Tripet Arnaud. *L'atelier du doute. Des sceptiques à Valéry*. Paris: Classiques Garnier; 2017.

Vergnaud Clémentine, Lecalot Grégoire. *Le journal de Clémentine. Ma vie face au cancer*. Paris: Seuil; 2024.

Weber Jean-Christophe. *La consultation*. Paris : Presses Universitaires de France; 2017.

Woolf Virginia, Argaud Élise (Trad.). *De la maladie*. Paris: Rivages; 2007.

Zask Joëlle. *Introduction à John Dewey*. Paris: La Découverte; 2015.

1.2 – Articles

Abettan Camille. *Between hype and hope: What is really at stake with personalized medicine?* Med Health Care Philos 2016;19(3):423-30.

Aronson Jeffrey K. *Autopathography: the patient's tale*. BMJ 2000;321(7276):1599-602.

Atkinson Paul. *Training for certainty*. Social Science & Medicine 1984;19(9):949-56.

Bloy Géraldine. *L'incertitude en médecine générale. Sources, formes et accommodements possibles*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):67-91.

Castel Pierre-Henri. *La Madeleine de Janet, ou comment s'écrit l'expérience de l'extase*. Savoirs et clinique 2007;8(1):211-6.

Castel Patrick. *La gestion de l'incertitude médicale. Approche collective et contrôle latéral en cancérologie*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):9-32.

Charon Rita. *The patient-physician relationship. Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust*. JAMA 2001;286(15):1897-902.

Charon Rita, Wyer Peter, NEBM Working Group. *Narrative evidence-based medicine*. Lancet 2008;371(9609):296-7.

Fox Renée. *The Evolution of Medical Uncertainty*. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 1980;58(1):49.

Fox Renée C. *Talcott Parsons, My Teacher*. The American Scholar 1997;66(3):395-410.

Guglani Sam. *Doubt*. The Lancet 2017;390(10104):1731.

Koven Suzanne. *Reading Kafka in the Hospital Cafeteria*. N Engl J Med 2023;389(6):487-9.

Laforest Daniel. *La littérature et les humanités médicales : examen d'une tension irrésolue*. Tangence 2021;(125-126):73-88.

Löwit Alexandre. *L'« épochè » de Husserl et le doute de Descartes*. Revue de métaphysique et de morale, 1957;(4):399-415.

Malterud Kirsti, Guassora Ann Dorrit, Reventlow Susanne, Jutel Annemarie. *Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice*. Br J Gen Pract 2017;67(659):244-5.

O'Mahony Seamus. *A fortunate man?* Lancet 2022;399(10332):1296-7.

Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Première partie : Comment se fixe la croyance année*. La revue philosophique de la France et de l'étranger 1878;Année 3(Tome VI):553-69.

Peirce Charles Sanders. *La logique de la science. Deuxième partie : Comment rendre nos idées claires*. La revue philosophique de la France et de l'étranger 1879;année 4(Tome VII):39-57.

Simpkin Arabella L., Schwartzstein Richard M. *Tolerating Uncertainty. The Next Medical Revolution?* N Engl J Med 2016;375(18):1713-5.

Simpkin Begin Arabella, Hidrue Michael, Lehrhoff Sara, Del Carmen Marcella. G., Armstrong Katrina, Wasfy Jason H. *Factors Associated with Physician Tolerance of Uncertainty: an Observational Study*. J Gen Intern Med 2022;37(6):1415-21.

Torres Henrique Oswaldo da Gama. *Doubt is the doctor's pillow*. Revista Médica de Minas Gerais 2014;24(1):114-8.

2 – Ouvrages et articles critiques

2.1 – Dictionnaires

American psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. Washington: American psychiatric association; 2013.

Baldwin James Mark. *Dictionary of philosophy and psychology*. New York and London: Macmillan; 1902.

Cassin Barbara. *Vocabulaire européen des philosophies. Dictionnaire des intraduisibles*. Paris: Seuil; 2004.

Garnier Marcel, Delamare Jean. *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris: Maloine; 2000.

Harrap. *Harrap's bibliothèque : français-anglais, anglais-français*. Edinburgh: Chambers Harrap; 2009.

Huisman Denis (dir.), Alquié Ferdinand (préface), Conche Marcel (introduction), Bourgeois Bernard (avant-propos). *Dictionnaire des philosophes*. Paris: Presses universitaires de France; 1993.

Lalande André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.

Rey Alain (dir.), Tomi Marianne, Hordé Tristan. *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert; 1993.

2.2 – Ouvrages

Abelhauser Alain. *Un doute infini. L'obsessionnel en 40 leçons*. Paris: Seuil; 2020.

Agamben Giorgio. *Homo sacer*. Paris: Seuil; 1997.

Aïach Pierre, Fassin Didier. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos; 1994.

Aichhorn August, Freud Sigmund (préface), Jugend Verwahrloste (Trad.). *Jeunesse à l'abandon*. Toulouse: Privat; 1973 [1925].

Alain, Savin Maurice (présentation), Maurois André (préface). *Propos I*. Paris: Gallimard; 1956.

Albrecht Gary, Fitzpatrick Ray, Scrimshaw Susan. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Newcastle: SAGE; 2000.

Albrecht Gary L., Fitzpatrick Ray, Scrimshaw Susan C. *The handbook of Social Studies in health and medicine*. London: SAGE; 2000.

Anonyme, Gouzer Joseph (transcrit par), Artières Philippe (édition établie par). *Journal d'un morphinomane: 1880-1894*. Paris: Allia; 1997.

Anzieu Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1985.

Aristote, Crubellier Michel (Trad., introduction, commentaires). *Premiers analytiques*. Paris: Flammarion, 2014.

Artières Philippe. *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels, 1896-1909*. Paris: Albin Michel; 2000.

Artières Philippe. *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris: La Découverte; 2013.

Artières Philippe. *Le dossier sauvage*. Paris: Gallimard; 2019.

Astor Dorian. *La passion de l'incertitude*. : Éditions de l'Observatoire; 2020.

Audureau William. *Dans la tête des complotistes*. Paris: Allary; 2021.

Augé Marc, Herzlich Claudine. *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives contemporaines; 1983.

Autréaux Patrick. *Soigner*. Paris: Gallimard; 2010.

Autréaux Patrick. *Dans la vallée des larmes*. Paris: Gallimard; 2017.

Bachelard Gaston. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Paris: J. Vrin; 1993.

Balint Michael, Valabrega Jean-Paul (Trad.). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.

Bardyn Christophe. *Descartes, l'ombre d'un doute. Portrait du philosophe en malin génie*. Paris: Armand Colin; 2021.

Barrie James Matthew. *Peter Pan. The boy who would not grow up*. London: Hodder and Stoughton; 1928 [1911].

Barthes Roland. *Leçon inaugurale faite le Vendredi 7 Janvier 1977*. Paris: Collège de France; 1977.

Bauby Jean-Dominique. *Le scaphandre et le papillon*. Paris: Robert Laffont; 1997.

Baudelaire Charles. *Les fleurs du mal*. Paris: Librairie générale française; 1972 [1857].

Beauchamp Tom L., Childress James F., Fisbach Martine (Trad.). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Belles lettres; 2008.

Bégué Pauline, Zaric Zona, Fleury Cynthia. *Soin et compassion. Un nouveau paradigme pour la philosophie politique ?* Paris: Hermann; 2021.

Benmakhlouf Ali. *La conversation comme manière de vivre*. Paris: Albin Michel; 2016.

Benoist Jean (dir.) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* [version numérique]. Paris: Karthala; 1996.

Benveniste Émile. *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard; 1976.

Bergson Henri. *Les deux sources de la morale et de la religion*. Paris: Presses universitaires de France, 2008 [1937].

Bernard Claude, Grmek Mirko D. (établi et commenté), Dausset Jean (préface). *Notes pour le rapport sur les progrès de la physiologie*. Paris: Collège de France; 1979.

Bernard Jean. *Le syndrome du colonel Chabert ou le vivant mort*. Paris: Buchet-Chastel; 1992.

Bernheim Emmanuèle. *Tout s'est bien passé*. Paris: Gallimard; 2013.

Bert Anne. *Le tout dernier été*. Paris: Fayard; 2017.

Birnbaum Jean. *Le Courage de la nuance*. Paris: Seuil; 2021.

Blanc Patricia, Schaedelé-Giroire Emmanuelle. *A la petite fille que tu étais*. Neuilly-sur-Seine: Et ma plume; 2024.

Blixen Karen [Dinesen Isak]. *Anecdotes of Destiny*. London: Michael Joseph; 1958.

Blixen Karen [Dinesen Isak]. *Daguerreotypes and Other Essays*. Chicago: University of Chicago Press; 1979.

Blixen Karen, Metzger Marthe (Trad.). *L'éternelle histoire*. Paris: Folio; 2002.

Bourgey Louis. *Observation et expérience chez les médecins de la Collection hippocratique*. Paris : J. Vrin, 1953.

Bréhier Emile (Trad.), Schuhl Pierre-Maxime (dir.). *Les Stoïciens*. Paris: Gallimard; 1962.

Brodziak Sylvie, Petitjean Anne-Marie. *La littérature stéthoscope*. Paris: Le Manuscrit; 2024.

Bronner Gérald. *L'incertitude*. Paris: Presses universitaires de France; 1997.

Butler Judith, Rueff Martin (Trad.). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Paris: Payot & Rivages; 2020.

Cabanès Jean-Louis, Philippot Didier, Tortonese Paoo (dir.). *Paradigmes de l'âme. Littérature et aliénisme au XIXe siècle* [Actes du colloque international Sorbonne Nouvelle-Paris 3]. Paris: Sorbonne; 2011.

Camus Albert. *L'Homme révolté*. Paris: Gallimard; 1951.

Castanet Victor. *Les fossoyeurs*. Paris: Fayard; 2022.

Caumes Eric. *Maladie de Lyme. Réalité ou imposture ?* Paris: Robert Laffont; 2021.

Chabot Pascal. *Global burn-out*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.

Charon Rita. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006.

Chevreul Michel-Eugène. *Lettres adressées à M. Villemain, … sur la méthode en général et sur la définition du mot « fait », relativement aux sciences, aux lettres, aux beaux-arts, etc., etc.* Paris: Garnier Frères; 1856.

Chiantaretto Jean-François, Matha Catherine. *Écritures de soi, écritures du corps*. Paris: Hermann; 2016.

Cometti Jean-Pierre. *Qu'est-ce que le pragmatisme?* Paris: Gallimard; 2010.

Conan Doyle Arthur. *Arthur Conan Doyle, The Sign of Four*. Middlesex: Penguin Books; 1984.

Conrad Joseph, Gide André (Trad.). *Typhon*. Paris: Le Club du meilleur livre; 1955 [1903].

Conrad Joseph, d'Humières Robert (Trad.). *Le nègre du Narcisse*. Paris: Le livre de poche; 1965 [1897].

Corteel Mathieu. *Le hasard et le pathologique*. Paris: Sciences Po; 2020.

Daston Lorraine, Van Damme Stéphane (préface), Lézé Samuel (Trad.). *L'économie morale des sciences modernes. Jugements, émotions et valeurs*. Paris: La Découverte; 2014.

De Becker Emmanuel. *La maltraitance institutionnelle en temps de crise*. Bruxelles: yapaka.be; 2022.

De Fontenay Elisabeth. *Gaspard de la nuit: autobiographie de mon frère*. Paris: Stock; 2018.

Debré Constance. *Un peu là, beaucoup ailleurs*. Monaco: du Rocher; 2004.

Deledalle Gérard. *L'Idée d'expérience dans la philosophie de John Dewey*. Paris: Presses Universitaires de France; 1967.

Delion Pierre, Coupechoux Patrick. *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Paris: Albin Michel; 2016.

Demorand Nicolas. *Intérieur nuit*. Paris: Les Arènes; 2025.

Depraz Natalie. *La surprise. Crise de la pensée*. Paris: Seuil; 2024.

Derrida Jacques. *La dissémination*. Paris: Seuil; 1972.

Derrida Jacques. *Demeure. Maurice Blanchot*. Paris: Galilée; 1998.

Dewey John (dir.). *Studies in Logical Theory.* Chicago: University of Chicago Press; 1903.

Dewey John. *The Influence of Darwin on philosophy and other essays in contemporary thought*. New York: H. Holt; 1910.

Dewey John, Bentley Arthur Fischer. *Knowing and the known.* Boston: Beacon press; 1949.

Dewey John, Zask Joëlle (Trad.). *Le public et ses problèmes*. Paris: Gallimard; 2010 [1927].

Dewey John, Shusterman Richard (préface), Buettner Stewart (postface), Cometti Jean-Pierre (Trad. coordonnée). *L'art comme expérience*. Paris: Gallimard; 2010 [1934].

Dieguez Sebastian. *Croiver. Pourquoi les croyances ne sont pas ce que l'on croit*. Paris: Eliott; 2022.

Djian Jean-Michel. *Ivan Illich. L'homme qui a libéré l'avenir*. Paris: Seuil; 2020.

Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, Parcheminier Colette (collab.) *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Paris: Hatier; 1989.

Drillon Jacques. *Face à face*. Paris: Gallimard; 2003.

Drulhe Marcel, Sicot François. *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail; 2011.

Dufaud Gregory. *Une histoire de la psychiatrie soviétique*. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2021.

Dumont Jean-Paul (Trad.). *Les sceptiques grecs. Textes choisis*. Paris: Presses Universitaires de France; 1966.

Dupont-Monod Clara. *S'adapter*. Paris: Stock; 2021.

Durand Guillaume. *Un philosophe à l'hôpital*. Paris: Flammarion; 2021.

Elger Bernice, Anderes Caroline, Guillod Olivier (préface), Harding Timothy W. (postface). *Le paternalisme médical. Mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2010.

Ellenberger Henri-Frédéric, Feisthauer Joseph (Trad.). *À la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique*. Villeurbanne: SIMEP; 1974.

Éméyé Églantine. *Le voleur de brosses à dents*. Paris: Robert Laffont; 2015.

Eribon Didier. *Retour à Reims*. Paris: Fayard; 2009.

Fagot-Largeault Anne. *Médecine et philosophie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.

Fainzang Sylvie. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : Presses universitaires de France; 2012.

Fainzang Sylvie. *Dire la vérité au patient*. Auxerre: Sciences Humaines; 2017.

Fanon Frantz. *Peau noire, masques blancs*. Paris: Seuil; 1971 [1952].

Fassin Didier. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: Presses universitaires de France; 1996.

Feissel-Leibovici Anna, Raimbault Ginette (préface), Sobol Hagay (postface). *Le gène et son génie. Patient, médecin, psychanalyste face à l'hérédité et au cancer*. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2001.

Feyerabend Paul, Schlumberger Agnès (présentation), Jurdant Baudouin (Trad.). *Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Paris: Points; 1988.

Feyerabend Paul, Jurdant Baudouin, Oberheim Eric. *La tyrannie de la science*. Paris: Seuil; 2014.

Fiat Éric, Zittoun Robert, Geoffroy Michel. *Questions d'amour. De l'amour dans la relation soignante*. Les Plans-sur-Bex: Parole et Silence; 2009.

Firestein Stuart. *Ignorance. How It Drives Science*. Oxford: Oxford University Press; 2012.

Firestein Stuart. *Les Continents de l'ignorance*. Paris: Odile Jacob; 2014.

Forman Maurice Buxton. *The letters of John Keats*. Oxford: Oxford University Press; 1931.

Foucart Stéphane. *La fabrique du mensonge. Comment les industriels manipulent la science et nous mettent en danger*. Paris: Gallimard; 2014.

Foucault Michel, Barret Kriegel Blandine, Thalamy Anne, Beguin François, Fortier Bruno. *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Paris: Institut de l'environnement; 1976.

Foucault Michel, Defert Daniel (dir.), Ewald François (dir.), Lagrange Jacques (collaboration). *Dits et écrits. Tome IV 1980-1988*. Paris: Gallimard; 1994.

Foucault Michel. *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*. Paris: Gallimard; 2003.

Foucault Michel, Davidson Arnold I., Gros Frédéric. *Philosophie. Anthologie*. Paris: Gallimard; 2004.

Foucault Michel. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses universitaires de France; 2015 [1963].

Foucault Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard; 2017 [1976].

Frachon Irène, Bona Paul, Giacometti Eric. *Mediator. Un crime chimiquement pur*. Paris: Delcourt; 2023.

Frère Jean-Marie. *La résistance des bactéries aux antibiotiques*. Bruxelles: Académie royale de Belgique; 2015.

Freud Sigmund, Bonaparte Marie (Trad.). *Délire et rêves dans la "Gradiva" de Jensen*. Paris: Gallimard; 1949 [1907].

Freud Sigmund, Breuer Joseph, Berman Anne (Trad.). *Etudes sur l'hystérie*. Paris: Presses

Universitaires de France; 1992 [1895].

Freudenberger Herbert J., Pelletier Marc (Trad.). *L'épuisement professionnel. La brûlure interne*. Québec: G. Morin; 1987.

Fricker Miranda. *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford university press; 2007.

Gadenne Paul. *Siloé*. Paris: Seuil; 1974 [1941].

Garouste Gérard, Perrignon Judith. *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*. Paris: Iconoclaste; 2009.

Gefen Alexandre. *Réparer le monde. La littérature française face au XXIe siècle*. Paris: Corti; 2017.

George Christian. *Polymorphisme du raisonnement humain. Une approche de la flexibilité de l'activité inférentielle*. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.

Gigerenzer Gerd. *Adaptive thinking. Rationality in the real world*. Oxford: Oxford university press; 2002.

Gigerenzer Gerd, Randon-Furling Julien (Trad.). *Penser le risque. Apprendre à vivre dans l'incertitude*. Genève: Markus Haller; 2009 [2002].

Gilligan Carol. *Une si grande différence*. Paris: Flammarion; 1986.

Gilligan Carol, Kwiatek Annick (Trad.), Nurock Vanessa (trad.), Laugier Sandra (préface), Paperman Patricia (préface). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; 2008 [1982].

Gillot Dominique, Brocas Anne-Marie, Le Coz Gildas (dir). *La démocratie sanitaire*. Paris: Revue française des affaires sociales; 2000.

Ginzburg Carlo, Aymard Monique (Trad.), Paoloni Christian (Trad.), Elsa Bonan Elsa (Trad.), Sancini-Vignet Martine (Trad.). *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et Histoire*. Paris: Flammarion; 1989.

Girel Mathias. *Science et territoires de l'ignorance*. Paris: Quae; 2017.

Goffman Erving, Accardo Alain (Trad.). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris: Minuit; 1973.

Goffman Erving, Kihm Alain (Trad.). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit; 1996.

Goupy François, Le Jeunne Claire, Charon Rita. *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?* Paris: Med-Line; 2016.

Goy Olivier, Fulda Anne. *Invincible. Derrière le sourire, le combat d'une vie*. Paris: l'Observatoire; 2024.

Grisi Stéphane. *Dans l'intimité des maladies. De Montaigne à Hervé Guibert*. Paris: Desclée de

Brouwer; 1996.

Grmek Mirko D. *Raisonnement expérimental et recherches toxicologiques chez Claude Bernard*. Genève: Droz; 1973.

Grmek Mirko D. *Le chaudron de Médée. L'expérimentation sur le vivant dans l'Antiquité*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1997.

Groddeck Georg, Jumel Lily (Trad.), Lewinter Roger (introduction). *Le livre du ça*. Paris: Gallimard; 1973.

Gross Matthias, McGoey Linsey. *Routledge International Handbook of Ignorance Studies*. England: Routledge; 2022.

Grossman Evelyne. *La créativité de la crise*. Paris: Minuit; 2020.

Guchet Xavier. *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*. Paris: Les Belles Lettres; 2016.

Guérin Serge, Suissa Véronique, Denormandie Philippe. *Médecines complémentaires et alternatives*. Paris: Michalon; 2019.

Guibert Hervé. *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie: roman*. Paris: Gallimard; 1990.

Guibert Hervé. *Le protocole compassionnel*. Paris: Gallimard; 1991.

Guibert Hervé. *Cytomégalovirus: journal d'hospitalisation*. Paris: Seuil; 1992.

Haraway Donna. *Savoirs situés*. Marseille : Wildproject; 2026.

Harper Lee. *To Kill a Mockingbird*. New York: Harper Collins; 2006.

Harrison Robert, Naugrette Florence (Trad.). *Forêts. Essai sur l'imaginaire occidental*. Paris: Flammarion; 1992.

Henry Michel. *La barbarie*. Paris: Presses universitaires de France; 2014.

Hersch Jeanne. *L'Étonnement philosophique. Une histoire de la philosophie*. Paris: Gallimard; 1993.

Hippocrate, Jouanna Jacques (établi et Tard.). *L'ancienne médecine*. Paris: Les Belles Lettres; 1990.

Hippocrate, Jouanna Jacques (établi, traduit, annoté), Anastassiou Anargyros (collab.), Gardasole Alessia (collab.). *Épidémies. Tome IV.* Paris: Les Belles lettres; 2016.

Hippocrate, Jouanna Jacques (Trad. et introduction), Van Blancke Benjamin (illustrations). *Serment. Loi. Testament*. Paris: Les belles lettres; 2021.

Hippocrate, Jouanna Jacques (Trad. et annotations). *L'officine du médecin*. Paris: Les Belles Lettres; 2024.

Hochmann Jacques. *Une histoire de l'empathie. Connaissance d'autrui, souci du prochain*. Paris: Odile Jacob; 2012.

Hulin Michel. *La mystique sauvage: aux antipodes de l'esprit*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.

Hulin Michel. *Qu'est-ce que l'ignorance métaphysique (dans la pensée hindoue)?* Paris: Vrin; 1994.

Hustvedt Siri, Le Boeuf Christine (Trad.). *Les mirages de la certitude. Essai sur la problématique corps/esprit*. Arles: Actes Sud; 2018.

Illich Ivan, Dupuy Jean-Pierre (Trad.). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1981.

Jacquemin Dominique, De Broucker Didier. *Manuel de soins palliatifs. Clinique, psychologie, éthique*. Paris: Dunod; 2014.

Janet Pierre. *La médecine psychologique*. Paris: Société Pierre Janet ; 1980 [1923].

Janet Pierre. *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Masson; 1989 [1889].

Janet Pierre. *Névroses et idées fixes. Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement* Paris: Masson; 1990 [1898].

Janet Pierre. *Leçons au Collège de France (1895-1934)*. Paris: L'Harmattan; 2004.

Janet Pierre. *Les Obsessions et la psychasthénie*. Paris: L'Harmattan; 2005 [1903].

Janet Pierre. *Les Médications psychologiques* Paris: L'Harmattan; 2007 [1919].

Janzen John M., Arkinstall William (collab). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala; 1995.

Jollien Alexandre, Imbach Ruedi (préface). *Éloge de la faiblesse.* Paris: Cerf; 1999.

Jollien Alexandre. *La construction de soi. Un usage de la philosophie*. Paris: Seuil; 2007.

Jollien Alexandre *Petit traité de l'abandon. Pensées pour accueillir la vie telle qu'elle se propose*. Paris: Seuil; 2012.

Jouanna Jacques, Van Blancke Benjamin. *Le serment ; Les serments chrétiens ; La loi ; Le testament*. Paris: Les Belles lettres; 2019.

Jung Carl Gustav, Jaffré Aniéla, Cahen Roland (Trad.), Le Lay Yves (Trad.). *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*. Paris: Gallimard; 1991.

Juvénal, de Labriolle Pierre (Trad.), Villeneuve François (Trad.). *Satires*. Paris: Les Belles Lettres; 1950.

Kafka Franz, David Claude (préface), Vialatte Alexandre (Trad.). *Le Procès.* Paris: Gallimard; 1987 [1925].

Khawam René R. (édition établie par). *Les mille et une nuits. Dames insignes et serviteurs*

galants. Paris: Libretto; 2022.

Koyré Alexandre. *Réflexions sur le mensonge*. Paris: Allia; 1996.

Kuhn Thomas S., Meyer Laure (Trad.), Luminet Jean-Pierre (préface). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion; 2008 [1962].

L. Marguerite, Ripa Yannick. *Carnets d'une séquestrée*. Paris: Le Sycomore; 1983.

Lacan Jacques. *Le Séminaire. Livre III. Les Psychoses [1955-1956]*. Paris: Seuil; 1981.

Laërce Diogène, Genaille Robert (Trad.). *Vie, doctrines et sentences des philosophes illustres.* Paris: Flammarion; 1965.

Lagrée Jacqueline. *Le médecin, le malade et le philosophe*. Paris: Bayard; 2002.

Lambrichs Louise L. *Le livre de Pierre. Psychisme et cancer*. Paris: Seuil; 1998.

Lançon Philippe. *Les îles*. Paris: Lattès; 2011.

Lançon Philippe. *L'élan*. Paris: Gallimard; 2013.

Langelaan George, Maget Frédéric (Trad.). *La mouche. Temps mort*. Paris: Flammarion; 2008 [1957].

Lapoujade David. *William James. Empirisme et pragmatisme*. Paris: Empêcheurs de penser en rond; 2007.

Laufer Laurie. *Murmures de l'art à la psychanalyse*. Paris: Hermann; 2021.

Laurens Camille. *Philippe*. Paris: P.O.L; 1995.

Le Breton David. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris: Métailié; 2003.

Le Breton David. *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Paris: Métailié; 2010.

Le Breton David. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié; 2012.

Le Clerc Daniel. *Histoire de la médecine.* Amsterdam: Aux dépens de la Compagnie; 1723.

Lecomte Julien. *Nuance ! La puissance du dialogue*. Paris: Les pérégrines; 2022.

Lefèbvre Jean-Pierre (éd. établie). *Anthologie bilingue de la poésie allemande*. Paris: Gallimard; 1993.

Levinas Emmanuel. *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. Paris: Librairie générale française; 1990.

Lévi-Strauss Claude. *La pensée sauvage*. Paris: Plon; 1962.

Littré Émile (éd. et trad.), *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : J.-B. Baillière, 1839–1861.

Londres Albert. *Chez les fous*. Paris: Arléa; 1999 [1925].

Macherey Pierre. *À quoi pense la littérature ?* Paris: Presses Universitaires de France; 1990.

Malebranche Nicolas. *De la recherche de la vérité. Où l'on traite de la nature de l'esprit de l'homme & de l'usage qu'il en doit faire pour éviter l'erreur dans les sciences*. Amsterdam: Henry Desbordes; 1688 [1675].

Malherbe Jean-François, Audet Dominic. *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Québec: Fides; 2007.

Malinconi Nicole, Klinkenberg Jean-Marie (Postface). *Hôpital silence. L'attente*. Bruxelles: Espace Nord; 2017.

Mariotte Edme. *Essay de logique, contenant les principes des sciences et la manière de s'en servir pour faire de bons raisonnemens.* Paris: E. Michallet; 1678.

Marzouk Lise. *Si*. Paris: Gallimard; 2018.

Mas Victoria. *Le bal des folle*. Paris: Albin Michel; 2019.

McEwan Ian, Camus-Pichon France (Trad.). *L'intérêt de l'enfant*. Paris: Gallimard; 2015.

Mclean Ian, Hacking Ian (préface) *Le monde et les hommes : selon les médecins de la Renaissance*. Paris: CNRS; 2006.

Melville Herman, Giono Jean (Trad. et préface), Jacques Lucien (Trad.), Smith Joan (Trad.). *Moby Dick*. Paris: Folio; 1996 [1851].

Ménégoz Laurent. *La vie, angle mort de la science*. Paris: L'Harmattan; 2023.

Mersenne Marin. *La Vérité des Sciences contre les Sceptiques ou Pyrrhoniens*. Paris: Honoré Champion; 2003.

Merton Robert K., Reader George G., Kendall Patricia L. *The Student-Physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press; 1957.

Mesnard Philippe. *Mémoires en jeu. Enjeux de société*. Paris: Kimé; 2016.

Mesnard Philippe (dir.). *La littérature testimoniale, ses enjeux génériques*. Paris: Société française de littérature générale et comparée; 2017.

Meyer Michel (dir.). *La philosophie anglo-saxonne*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.

Milewski Valéria, Rinck Fanny. *Récits de soi face à la maladie grave*. Limoges: Lambert-Lucas; 2014.

Mino Jean-Christophe. *Soins intensifs. La technique et l'humain*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012.

Minthe Paul. *La promesse de Samothrace*. France: Les Lettres Mouchetées; 2020.

Mishler Elliot G. *The discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood New Jersey: Ablex Press; 1984.

Molière. *Le médecin malgré lui*. Paris: Rhéartis; 2024 [1666].

Montaigne Michel de, Céard Jean (dir.), Bjaï Denis, Boudou Bénédicte, Pantin Isabelle. *Les Essais*. Paris : Librairie générale française, 2001.

Montaigne Michel de. *Les Essais.* Paris: Gallimard [Pléiade], 2007.

Morin Edgar, Le Moigne Jean-Louis. *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan; 1999.

Morin Edgar. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil; 2015.

Morin Edgar. *Science avec conscience*. Paris: Seuil; 2017.

Motte Philippa. *Le jour où ma mère m'a tout raconté*. Paris: Stock; 2021.

Motte Philippa. *Et c'est moi qu'on enferme*. Paris: Stock; 2025.

Mouchard Claude. *Qui si je criais… Œuvres-témoignages dans les tournants du XXe siècle*. Paris: Laurence Teper; 2007.

Nichols Thomas M. *The death of expertise the campaign against established knowledge and why it matters*. New York: Oxford University Press; 2017.

Odgen C. K., Richards I. A. *The meaning of meaning*. New York: Harcourt, Brace and Company; 1923.

Ono Aya, Arrivé Michel (préface), Normand Claudine (postface). *La notion d'énonciation chez Émile Benveniste*. Limoges: Lambert-Lucas; 2007.

Oreskes Naomi, Conway Erik M., Foucart Stéphane (préface), Treiner Jacques (Trad.). *Les marchands de doute*. Paris: Le Pommier; 2014.

Paperman Patricia, Laugier Sandra (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politique du care.* Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2011 [1987].

Parret Herman. *L'esthétique de la communication. L'au-delà de la pragmatique*. Bruxelles: Ousia; 1999.

Parsons Talcott. *The Social System*. Glencoe: Free Press; 1951.

Parsons Talcott. *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris: Pon; 1955.

Passeron Jean-Claude (dir.), Revel Jacques (dir.). *Penser par cas*. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2005.

Pavel Florenski, Ponomareva Elena (Trad.), Valentini Natalino (préface) *Stupeur et dialectique.* Paris: Payot & Rivages; 2012.

Peillon Didier, Lévy Elsa. *Ces malades que nous aidons à mourir*. Paris: City [Hachette]; 2025.

Pekkanen John. *M.D. Doctors talk about themselves*. New York: Delacorte Press; 1988.

Pennac Daniel. *Journal d'un corps*. Paris: Gallimard; 2012.

Percival Thomas. *Essays Medical and Experimental*. London: J. Johnson; 1772.

Percival Thomas. *Medical Ethics. Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the*

Professional Conduct of Physicians and Surgeons. England: Cambridge University Press; 1803.

Perec Georges. *Cantatrix sopranica L. et autres écrits scientifiques*. Paris: Seuil; 2007.

Photius, Henry René (Trad.). *Bibliothèque*. Paris: Les Belles Lettres; 1962.

Pinel Philippe. *Nosographie philosophique, ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: Richard, Caille et Ravier; 1798-1799.

Pinel Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier; 1800.

Platon, Diès Auguste (introduction), Chambry Emile (Trad. et texte établi). *Œuvres complètes. Tome IV : La République.* Paris : Belles lettres, 2022 [1932].

Platon, Diès Auguste (texte établi). *Œuvres complètes. Tome VIII, 2e partie : Théétète.* Paris : Belles lettres, 2024 [1923].

Platon, L'Yvonnet François (introduction), Croiset M. (Trad. et texte établi par). *Apologie de Socrate*. Paris: Belles lettres, 2003.

Ponchon François. *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*. Paris: Berger-Levrault; 1998.

Pontalis Jean-Bertrand. *L'enfant des limbes*. Paris: Gallimard; 1998.

Popkin Richard Henry. *Histoire du scepticisme de la fin du Moyen Âge à l'aube du XIXe siècle*. Marseille: Agone; 2019.

Popper Karl. *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifiqu*e. Paris : Payot, 1985.

Proctor Robert, Girel Mathias (préface), Hel Guedj Johan Frederik (Trad.). *Golden Holocaust. La conspiration des industriels du tabac*. Paris : Equateurs; 2014.

Quéré Louis. *Avoir confiance*. Paris: Presses Universitaires de France; 2024.

Rabatel Alain, Ferrara-Léturgie Alice, Léturgie Arnaud (dir.). *La sémantique et ses interfaces* [Actes du colloque 2013 de l'association des sciences du langage]. Fribourg: Lambert-Lucas; 2015.

Rabelais François. *Les cinq livres.* Paris: Librairie générale française; 1994 [16e siècle].

Rainteau Nicolas. *Soyez réhab. Guide pratique de réhabilitation psychosociale.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022.

Rameix Suzanne. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris: Ellipses; 1996.

Resweber Jean-Paul. *Les gestes de soin*. Strasbourg: Portique; 2003.

Revah-Levy Anne, Verneuil Laurence. *Docteur, écoutez !* Paris: Albin Michel; 2016.

Reverzy Jean. *Le passage*. Paris: René Julliard; 1972.

Rey Olivier. *Itinéraire de l'égarement. Du rôle de la science dans l'absurdité contemporaine*. Paris: Seuil; 2003.

Rey Roselyne, Société française de la douleur. *Histoire de la douleur*. Paris: La Découverte; 1993.

Ricœur Paul. *Temps et récit. Tome 3 : Le temps raconté*. Paris: Seuil; 1985.

Ricoeur Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990.

Ricot Jacques. *La décision médicale sous pression*. Paris: Revue Laennec; 2014.

Ripa Yannick. *La ronde des folles. Femme, folie, et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)*. Paris: Aubier; 1986.

Ripa Yannick. *L'affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle.* Paris: Tallandier; 2010.

Rogers Carl R., Kinget G. Marian (Trad.). *Psychothérapie et relations humaines*. Louvain: Publications universitaires - Béatrice Nauwelaerts; 1962.

Romainville Marc. *A l'école du doute. Apprendre à penser juste en découvrant pourquoi on pense faux*. Paris: Presses Universitaires de France; 2023.

Rorty Richard, Cometti Jan-Pierre. *Science et solidarité. La vérité sans le pouvoir*. Combas: l'Éclat; 1990.

Rorty Richard, Tinland Olivier (avant-propos), Marchaisse Thierry (Trad.). *La philosophie et le miroir de la nature*. Paris: Seuil; 2017 [1979].

Rouy Hersilie, Doinel Jules-Stanislas (préface). *Mémoires d'une aliénée. Mlle Hersilie Rouy* Paris: P. Ollendorff; 1883.

Sabot Philippe. *Philosophie et littérature. Approches et enjeux d'une question*. Paris: Presses Universitaires de France; 2002.

Sacks Oliver, de La Héronnière Edith (Trad). *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris: Seuil; 1992.

Schiller Ferdinand Canning Scott. *Personal Idealism. Philosophical Essays by Eight Members of the University of Oxford*. London : Henry Sturt; 1902.

Schwering Karl-Leo. *Corps d'outrance. Souffrance de la maladie grave à l'hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France; 2015.

Seale Clive, Pattison Stephen, Davey Basiro. *Medical Knowledge: Doubt and Certainty*. Buckingham: Open University Press; 1994.

Sebald Winfried Georg, Charbonneau Patrick (Trad.). *Vertiges*. Arles: Actes Sud; 2012 [1990].

Shakespeare William. *La tempête*. Paris: Librairie Générale française; 2011 [1623].

Shelley Mary, Morvan Alain (Trad.). *Frankenstein ou le Prométhée moderne*. Paris : Gallimard; 2015 [1818].

Sicard Didier. *La médecine sans le corps*. Paris: Plon; 2002.

Simenon Georges. *Le chien jaune*. Paris: Presses Pocket; 1976 [1931].

Sontag Susan, de Paloméra Marie-France (Trad.), Matthieussent Brice (Trad.). *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*. Paris: Christian Bourgois; 2009 [1978].

Sorman Joy. *À la folie*. Paris: Flammarion; 2021.

Souchon Pierre. *Encore vivant*. Arles: Rouergue; 2017.

Starobinski Jean. *Histoire de la médecine*. Lausanne: Rencontre; 1963.

Stengers Isabelle. *Sciences et pouvoirs. Faut-il en avoir peur ?* Genève: Labor; 1997.

Stengers Isabelle. *L'invention des sciences modernes*. Paris: La Découverte; 2010.

Stengers Isabelle, James William, Drumm Thierry (Trad.). *Une autre science est possible! Manifeste pour un ralentissement des sciences. Suivi de Le poulpe du doctorat*. Paris: La Découverte; 2013.

Stiegler Barbara. *De la démocratie en pandémie. Santé, recherche, éducation*. Paris: Gallimard; 2021.

Svenaeus Fredrik. *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.

Tamet Jean-Yves (dir.). *Incertitudes en psychanalyse*. Paris: Fario; 2021.

Tolstoï Léon, de Schloezer Boris (Trad.). *La Mort d'Ivan Ilitch*. Paris: Stock; 2004 [1886].

Touraine Alain, Khosrokhavar Farhad. *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet.* Paris: Fayard; 2000.

Trumbo Donald, Picard Andrée R. (Trad.). *Johnny got his gun*. Arles: Actes Sud; 2003 [1939].

Tursz Thomas. *La nouvelle médecine du cancer. Histoire et espoir*. Paris: Odile Jacob; 2013.

Van Damme Stéphane. *Les voyageurs du doute. L'invention d'un altermondialisme libertin (1620-1820)*. Paris: Fayard; 2023.

Vesalii Bruxellensis Andreae. *De humani corporis fabrica libri septem*. Basileae: Johann Oporinus; 1543.

Vian Boris. *L'écume des jours*. Paris: Pauvert; 1989.

Vibert Éric, Peylet Benjamen, Fleury Cynthia (préface). *Droit à l'erreur. Devoir de transparence.* Paris: l'Observatoire; 2021.

Vickers Neil, Bolton Derek. *Being Ill. On Sickness, Care and Abandonment*. Unites States: Reaktion Books; 2024.

von Hartmann Eduard, Nolen D. (Trad.). *Philosophie de l'inconscient*. Paris: L'Harmattan; 2008

[1869].

Von Zimmermann Johann Georg, Le Febvre de Villebrune Jean-Baptiste (Trad.). *Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir*. Paris: Vincent; 1774 [1764].

Voutch. *Le doute est partout*. Paris: Le Cherche Midi; 2007.

Vuarnet Jean-Noël. *Extases féminines*. Paris: Hatier; 1991.

Weil Simone. *L'Enracinement. Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Paris: Gallimard; 1990.

Weil Simone, Lacoste Jean (préface). *De l'attention. Réflexions sur le bon usage des études scolaires en vue de l'amour de Dieu*. Paris: Bartillat; 2018.

Williamson Timothy, Van Antoine Dang. *J'ai raison, tu as tort ! Dialogue philosophique*. Paris: Éliott; 2022.

Winckler Martin. *La maladie de Sachs*. Paris: P.O.L; 1998.

Winnicott Donald W., Kalmanovitch Jeannine (Trad.), Stronck-Robert Annette (Trad.), Michelin Madeleine (Trad.), Harrus-Révidi Gisèle (préface). *Les objets transitionnels* Paris: Payot & Rivages; 2010.

Wittgenstein Ludwig, Granger Gilles-Gaston (Trad.). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris: Gallimard; 1993 [1921].

Wittgenstein Ludwig, Moyal-Sharrock Danièle (Trad. et préface). *De la certitude*. Paris: Gallimard; 2006 [1969].

Wohlleben Peter, Tresca Corinne (Trad.). *La vie secrète des arbres*. Paris: Les Arènes; 2017.

Wolf Christa, Lance Alain (Trad.), Lance-Otterbein Renate (Trad.). *Le corps même*. Paris: Fayard; 2003.

Woolf Leonard, Venaille Micha (Trad.). *Ma vie avec Virginia*. Paris: Les Belles Lettres; 2016.

Worms Frédéric. *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* Paris: Presses universitaires de France; 2021.

Wouters Els. *Maigret : « je ne déduis jamais ». La méthode abductive chez Simenon*. Liège: CEFAL; 1998.

Xenakis Mâkhi. *Les folles d'enfer de la Salpêtrière*. Arles: Actes Sud; 2004.

Zagury Daniel. *Comment on massacre la psychiatrie française*. Paris: l'Observatoire; 2021.

Zorn Fritz, Le Lay Olivier (Trad.), Lançon Philippe (préface). *Mars*. Paris: Gallimard; 2024 [1976].

2.3 – Thèses

Apte Maurice. *Les stigmatisés. Etude historique et critique sur les troubles vaso-moteurs chez les mystiques*. Faculté de médecine de Paris: Thèse pour le doctorat de médecine; 1903.

Chandesris Marie-Olivia. *Agglutinines froides, circonstances de découverte chez l'adulte et signification en pratique clinique : analyse rétrospective à propos de 58 patients et perspectives thérapeutiques. Prise en charge thérapeutique des agglutinines froides symptomatiques (sans restriction d'étiologie) par le rituximab : étude rétrospective à propos de 9 cas et analyse de l'impact du rituximab sur les caractéristiques immuno-hématologiques des agglutinines froides in vitro*. Université Aix – Marseille. Thèse d'exercice en médecine, 2006.

Dumont Martin. *Pour une philosophie clinique des greffes de mains et de visage : histoire, épistémologie, éthique*. Université Paris sciences et lettres: Thèse de doctorat en Philosophie; 2017.

Klein Alexandre. *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*. Université de Lorraine: Thèse de doctorat en philosophie et histoire des sciences ; 2012.

Stephan Hélène. *Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes*. Université de Toulouse : Thèse d'exercice en médecine générale; 2012.

2.4 – Articles scientifiques

Abbott-Anderson Kristen, Kwekkeboom Kristine L. *A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors*. Gynecol Oncol 2012;124(3):477-89.

Abelhauser Alain. *Le corps et l'âme*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):32-4.

Adorno Theodor W. *L'industrie culturelle*. Communications 1964;3(1):12-8.

Angheben A., Boix L., Buonfrate D., Gobbi F., Bisoffi Z., Pupella S.*, et al. Chagas disease and transfusion medicine: a perspective from non-endemic countries*. Blood Transfus 2015;13(4):540-50.

Anyaegbunam Jennifer A., Sotsky Jennifer, Salib Christopher, Kissler Mark J., Jiao Jocelyn M., Charon Rita. *A piece of my mind. Five voices, one story*. JAMA 2013;310(24):2615-6.

Arntfield Shannon L., Slesar Kristen, Dickson Jennifer, Charon Rita. *Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies*. Patient Educ Couns 2013;91(3):280-6.

Auguste Aurélie, Leary Alexandra. *Abnormalities of DNA repair and gynecological cancers*. Bull Cancer 2017;104(11):971-80.

Avorn Jerry. *The Psychology of Clinical Decision Making - Implications for Medication Use*.

N Engl J Med 2018;378(8):689-91.

Baroni Raphaël. *Ce que l'intrigue ajoute au temps*. Poétique 2010;n°163(3):361-82.

Bateman Simone. *À propos de l'incertitude dans la pratique médicale*. Sciences sociales et santé 2010;28(1):71-81.

Baumann Antoine, Audibert Gérard, Claudot Frédérique, Puybasset Louis. *Ethics review: end of life legislation – The French model*. Crit Care 2009;13(1):204.

Bean William Bennett. *Sir William Osler. Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings*. British Journal for the Philosophy of Science 1954;5(18):172-3.

Bedon Marine, Benetreau Maud, Bérard Marion, Dubar Margaux. *Une philosophie de terrain ? Réflexion critique à partir de deux journées d'étude*. Astérion 2021;24.

Behrens Georg M., Stoll Matthias, Schmidt Reinhold E. *Lipodystrophy syndrome in HIV infection: what is it, what causes it and how can it be managed?* Drug Saf 2000;23(1):57-76.

Belhomme Nicolas, Lescoat Alain, Launey Yoann, Jego Patrick, Cavalin Catherine, Pottier Patrick. *Tolerating uncertainty. Towards a competence-based approach*. Rev Med Interne 2023;44(1):27-30.

Berrut Gilles. *An attempt to deconstruct the French "syndrome de glissement"*. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2024;22(2):145-54.

Bézy Olivier. *« La santé c'est la vie dans le silence des organes »*. La revue lacanienne 2009;n° 3(1):47-50.

Blaauwbroek R., Groenier K. H., Kamps W. A., Meyboom-de Jong B., Postma A. *Late effects in adult survivors of childhood cancer: the need for life-long follow-up*. Ann Oncol 2007;18(11):1898-902.

Black N., Burke L., Forrest C. B., Sieberer U. H., Ahmed S., Valderas J. M.*, et al. Patient-reported outcomes: pathways to better health, better services, and better societies*. Qual Life Res 2016;25(5):1103-12.

Boissinot Emmanuelle. *Place des médecines complémentaires et alternatives*. Hegel 2020;n° 2(2).

Borie Constance, Cherillat Marie-Sophie, Leroux Marie-Christine, Berland Pauline, Gerbaud Laurent. *Patients experts en éducation thérapeutique : quels ressentis et besoins suite à leurs activités ?* Santé Publique 2022;Vol. 34(HS1):15d-d.

Borkman Thomasina. *Experiential knowledge. A new concept for the analysis of self-help groups*. Soc Serv Rev 1976;3(50):445-56.

Borkman Thomasina. *Self-help groups at the turning point: emerging egalitarian alliances with the formal health care system?* Am J Community Psychol 1990;18(2):321-32.

Bouazza Y. B., Chiairi I., El Kharbouchi O., De Backer L., Vanhoutte G., Janssens A.*, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs) in the management of lung cancer: A systematic*

review. Lung Cancer 2017;113:140-51.

Bouleuc Carole, Poisson Dominique. *La décision médicale partagée*. Laennec 2014;62(4).

Bourdillon François. *La prévention, la grande oubliée*. Médecine des Maladies Métaboliques 2022;16(3):249-54.

Bourret Pascale, Rabeharisoa Vololona. *Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude. L'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):33-66.

Bouvy Jérôme. *Philosophe(r) à l'hôpital. La pensée au cœur du soin* [Réflexion]. Gestion hospitalière, 2024, n°634, p. 140-144.

Butler Decan. *Translational research. Crossing the valley of death*. Nature 2008;453(7197):840-2.

Cambrosio Alberto, Keating Peter. *What is biomedicine? A socio-historical outline*. Med Sci (Paris) 2003;19(12):1280-7.

Cartwright Nancy. *What are randomised controlled trials good for?* Philosophical Studies 2009;147(1):59-70.

Casevitz Michel. *Les mots du doute en grec.* Raison présente 2014;1(n°89):107-16.

Catellin Sylvie. *L'abduction. Une pratique de la découverte scientifique et littéraire*. Hermès, La Revue 2004;39(2):179-85.

Cathebras Pascal. *Patient-Centered Medicine: A Necessary Condition for the Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress*. Front Med (Lausanne) 2021;8:585495.

Ceriani Cernadas José Maria. *Evidence-based medicine or patient-centered medicine, or both?* Arch Argent Pediatr 2018;116(2):90-1.

Chandesris Marie-Olivia, Azarine Arshid, Ong Kim Thanh, Taleb Soraya, Boutouyrie Pierre, Mousseaux Elie*, et al. Frequent and widespread vascular abnormalities in human signal transducer and activator of transcription 3 deficiency*. Circ Cardiovasc Genet 2012;5(1):25-34.

Chandesris Marie- Olivia, Melki Isabelle, Natividad Angels, Puel Anne, Fieschi Claire, Yun Ling*, et al. Autosomal dominant STAT3 deficiency and hyper-IgE syndrome: molecular, cellular, and clinical features from a French national survey*. Medicine (Baltimore) 2012;91(4):e1-e19.

Chandesris Marie-Olivia, Gray Françoise, Bruneval Patrick, Azarine Arshid, Boddaert Nathalie, Oppenheim Catherine*, et al. A neuropathological study of cerebrovascular abnormalities in a signal transducer and activator of transcription 3-deficient patient*. J Allergy Clin Immunol 2015;136(5):1418-21 e1-5.

Charon Rita. *Narrative and medicine*. N Engl J Med 2004;350(9):862-4.

Charon Rita, DasGupta Sayantani. *Narrative medicine, or a sense of story*. Lit Med 2011;29(2):vii-xiii.

Charon Rita. *Narrative medicine in the international education of physicians*. Presse Med 2013;42(1):3-5.

Charon Rita. *Narrative reciprocity*. Hastings Cent Rep 2014;44(1 Suppl):S21-4.

Charon Rita, Hermann Nelly, Devlin Michael J. *Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation*. Acad Med 2016;91(3):345-50.

Charon Rita. *To See the Suffering*. Acad Med 2017;92(12):1668-70.

Chiang Brenda, Purdon Christine. *A study of doubt in obsessive-compulsive disorder*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2023;80:101753.

Choon-Quinones M., Hose D., Kalo Z., Zelei T., Harousseau J. L., Durie B.*, et al. Patient and Caregiver Experience Decision Factors in Treatment Decision Making: Results of a Systematic Literature Review of Multiple Myeloma Decision Aids*. Value Health 2023;26(1):39-49.

Cloutier Guylaine, Maugiron Philippe. *La pair aidance en santé mentale. L'expérience québécoise et française*. L'information psychiatrique 2016;(92):755-60.

Contopoulos-Ioannidis Despina G., Ntzani Evangelia, Ioannidis John P. *Translation of highly promising basic science research into clinical applications*. Am J Med 2003;114(6):477-84.

Crépeau Alexandre. *Enjeu personnel, éthique et politique : des injonctions contradictoires dans les domaines professionnels du care*. Revue française d'éthique appliquée 2023;N° 14(1):34-49.

Dambha-Miller Hajira, Feldman Adina L., Kinmonth Anne Louise, Griffin Simon J. *Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study*. Ann Fam Med 2019;17(4):311-8.

Dar Reuven. *Elucidating the mechanism of uncertainty and doubt in obsessive-compulsive checkers*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2004;35(2):153-63.

Davis Fred. *Uncertainty in medical prognosis clinical and functional*. The American Journal of Sociology 1960;66(1):41-7.

de Fornel Michel, Verdier Maud. *L'épreuve de la douleur. Quel accompagnement pour les enfants polyhandicapés et non parlants ?* Le sujet dans la cité 2014;N° 5(2):99-108.

de Rochegonde Thierry. *Le souci des autres. Éthique et politique du care, Patricia Paperman, Sandra Laugier (dir.), nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2011*. Recherches familiales 2012;n° 9(1):195-6.

Deaton Angus,Cartwright Nancy. *Understanding and misunderstanding randomized controlled trials*. Social Science and Medicine 2018;210:2-21.

Dekeuwer Catherine. *Faire l'autruche ou l'idiot rationnel ? De l'attitude la plus sage à adopter face aux prédictions proposées par la médecine génomique*. Éthique & Santé 2018;15(4):238-43.

Del Canale Stefano, Louis Daniel Z., Maio Vittorio, Wang Xiaohong, Rossi Giuseppina, Hojat Mohammadreza*, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy*. Acad Med 2012;87(9):1243-9.

Demont François. *L'ombre du doute*. Acta Fabula 2018;19(8).

Dierickx Dan, Habermann Thomas M. *Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders in Adults*. N Engl J Med 2018;378(6):549-62.

Drolet Brian C., Lorenzi Nancy M. *Translational research: understanding the continuum from bench to bedside*. Transl Res 2011;157(1):1-5.

Dufaud Grégory. *John Dewey, La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*. Artefact 2017;5:240-1.

Durand-Malpel (coordination). *Patients-experts, patients-partenaires. Vision de droit comparé* [dossier thématique]. Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, n°39, 1.

Engebretsen Eivind, Heggen Kristin, Wieringa Sietse, Greenhalgh Trisha. *Uncertainty and objectivity in clinical decision making: a clinical case in emergency medicine*. Med Health Care Philos 2016;19(4):595-603.

Engle Ryann L., Mohr David C., Holmes Sally K., Seibert Marjorie N., Afable Melissa, Leyson Jenniffer*, et al. Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well*. Health Care Manage Rev 2021;46(3):174-84.

Farolfi Alberto, Gurioli Giorgia, Fugazzola Paola, Burgio Salvatore L., Casanova Claudia, Ravaglia Giorgia*, et al. Immune System and DNA Repair Defects in Ovarian Cancer: Implications for Locoregional Approaches*. Int J Mol Sci 2019;20(10).

Feroni Isabelle. *Avant-propos*. Sciences sociales et santé 2008;26(1):5-7.

Fiscella Kevin, Franks Peter, Clancy Carolyn M. *Skepticism toward medical care and health care utilization*. Med Care 1998;36(2):180-9.

Fleary Sasha A., Joseph Patrece, Pappagianopoulos Jessica E. *Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review*. J Adolesc 2018;62:116-27.

Formarier Monique. *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers 2007;n°89(2):33-42.

Foucart Jean. *Pragmatisme et transaction. La perspective de John Dewey*. Pensée plurielle 2013;n°2(33-34):73-84.

Fox Robert J. *Translational and clinical science*. N Engl J Med 2006;354(9):978-9; author reply -9.

Fredriksen Stale. *Limits to doubt*. Theor Med Bioeth 2005;26(5):379-95.

Freudenberger Herbert J. *Staff Burn-Out*. Journal of Social Issues 1974;50(1):159-65.

Friconneau Marguerite, Archer Annie, Malaterre Jeanne, Salama Françoise, Ouillade Marie-Christine. *The expert patient: a new key stakeholder in the global healthcare system*. Med Sci (Paris) 2020;36 – Hors-série n°2:62-4.

Galam Eric. *Dédramatiser et travailler nos erreurs*. La Revue du Praticien Médecine Générale 2005;19(33):377-80.

Gardner Frank H., Diamond Louis K. *Autoerythrocyte sensitization. A form of purpura producing painful bruising following autosensitization to red blood cells in certain women*. Blood 1955;10(7):675-90.

Gautret Philippe, Lagier Jean-Christophe, Parola Philippe, Hoang Van Thuan, Meddeb Line, Mailhe Morgane*, et al. RETRACTED: Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial*. Int J Antimicrob Agents 2020;56(1):105949.

Gautret Philippe, Lagier Jean-Christophe, Parola Philippe, Hoang Van Thuan, Meddeb Line, Mailhe Morgane*, et al. Retraction notice to "Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial" [International Journal of Antimicrobial Agents 56 (2020), 105949]*. Int J Antimicrob Agents 2025;65(1):107416.

Girel Mathias. *From Doubt To Its Social Articulation*. European Journal of Pragmatism and American Philosophy 2013;V(2).

Girel Mathias. *Agnotologie : mode d'emploi*. Critique 2013;n°799(12):964-77.

Girel Mathias. *Ignorance stratégique et post-vérité*. Raison présente 2017;n°204(4):83-96.

Girel Mathias, Leduc Michèle. *La culture de l'ignorance. Avant-propos*. Raison présente 2017;n°204(4):3-8.

Girel Mathias. *Le pragmatisme au défi des études sur l'ignorance*. Communication & langages 2022;n°214(4):33-51.

Goyal Rishi K., Charon Rita, Lekas Helen-Maria, Fullilove Mindy T., Devlin Michael J., Falzon Louise*, et al. 'A local habitation and a name': how narrative evidence-based medicine transforms the translational research paradigm*. J Eval Clin Pract 2008;14(5):732-41.

Gramont Baptiste, Goutte Julie, Feasson Léonard, Millet Gauillaume, Hupin David, Cathebras Pascal. *Chronic fatigue: What investigations? And what for?* Rev Med Interne 2023;44(12):662-9.

Greenmyer Jacob R., Montgomery Michelle, Hosford Charles, Burd Michael, Miller Vanessa, Storandt Michael H.*, et al. Guilt and Burnout in Medical Students*. Teach Learn Med 2022;34(1):69-77.

Grob J. P., Grundy J. E., Prentice H. G., Griffiths P. D., Hoffbrand A. V., Hughes M. D.*, et al. Immune donors can protect marrow-transplant recipients from severe cytomegalovirus infections*. Lancet 1987;1(8536):774-6.

Gu Yuanyuan, Gu Simeng, Lei Yi, Li Hong. *From Uncertainty to Anxiety: How Uncertainty Fuels Anxiety in a Process Mediated by Intolerance of Uncertainty*. Neural Plast 2020:8866386.

Guerrier Olivier. *Qu'est-ce qu'un « régime de vérité » ?* Les Cahiers de Framespa 2020;35.

Guilhot François. *Leucémie myéloïde chronique : vingt ans d'analyses ciblées sur l'imatinib*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2023;207(6):739-45.

Hauray Boris. *Les conflits d'intérêts en médecine ou la mise en transparence des dynamiques d'influence industrielle*. Les tribunes de la santé 2024;79(1):15-23.

Heath Iona, Gray Denis Pereira. *The importance of empathy*. Lancet 2022;400(10348):271-2.

Hillen Marij A., Gutheil Caitlin M., Strout Tania D., Smets Ellen M. A., Han Paul K. J. *Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare*. Soc Sci Med 2017;180:62-75.

Holland S. M., DeLeo F. R., Elloumi H. Z., Hsu A. P., Uzel G., Brodsky N.*, et al. STAT3 mutations in the hyper-IgE syndrome*. N Engl J Med 2007;357(16):1608-19.

Holstein Andreas, Plaschke A., Egberts E. H. *Lipodystrophy and metabolic disorders as complication of antiretroviral therapy of HIV infection*. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2001;109(8):389-92.

Howie John G., Heaney David J., Maxwell Margaret, Walker Jeremy J., Freeman George K., Rai Harbinder. *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. BMJ 1999;319(7212):738-43.

Huang Chaoli, Wu Zifeng, Sha Sha, Liu Cunming, Yang Ling, Jiang Peng*, et al. The Dark Side of Empathy: The Role of Excessive Affective Empathy in Mental Health Disorders*. Biol Psychiatry 2025;98(5):404-15.

Ingelfinger Franz J. *Arrogance*. N Engl J Med 1980;303(26):1507-11.

Ioannidis John P. *Evolution and translation of research findings: from bench to where?* PLoS Clin Trials 2006;1(7):e36.

Jin Fengyi, Vajdic Claire M., Poynten I. Mary, McGee-Avila Jennifer K., Castle Philip E., Grulich Andrew E. *Cancer risk in people living with HIV and solid organ transplant recipients. A systematic review and meta-analysis*. Lancet Oncol 2024;25(7):933-44.

Joshi Riaya, Kilinsky Alexandra. *HPV vaccine hesitancy in the United States*. Curr Opin Pediatr 2025;37(2):198-204.

Jouanna Jacques. *L'histoire textuelle du Corpus hippocratique*. Journal des savants 2017;2(1):195-266.

Kantarjian Hagop, Borthakur Gautam, Daver Naval, DiNardo Courtney D., Issa Ghayas, Jabbour Elias*, et al. Current status and research directions in acute myeloid leukemia*. Blood Cancer J 2024;14(1):163.

Kassirer Jerome P. *Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing*. N

Engl J Med 1989;320(22):1489-91.

Kavoosi Tazheh, Pillai Anjali, Rajasekaran Anindita, Obayemi Adetokumbo Jr. *Enhanced Recovery After Surgery Protocols in Craniofacial Surgery*. Facial Plast Surg Clin North Am 2024;32(1):181-7.

Kim Soo Hyun, Choe Yu Hyeon, Kim Da Hye. *Patient Empowerment in Cancer Care: A Scoping Review*. Cancer Nurs 2024;47(6):471-83.

Kwon Lawrence. *Navigating self-doubt in modern medicine*. J Hosp Med 2025;20(3):308-9.

Lacaze Lionel. *La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée*. Nouvelle revue de psychosociologie 2008;5(1):183-99.

Lauru Didier. *Désubjectivation et resubjectivation*. Figures de la psychanalyse 2013;n°25(1):23-31.

Le Berre Rozenn, Loute Alain. *Raconter la souffrance en soins palliatifs : les usages multiples du récit*. Médecine Palliative 2018;17(4):208-17.

Le Breton David. *Signes d'identité : tatouages, piercings, etc*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):17-9.

Le Breton David. *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique*. L'information psychiatrique 2009;Vol.85(4):323-8.

Le Coz Pierre. *Le doute : facteur d'inertie ou vecteur de progrès pour la science ?* Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2022;206(1):127-32.

Le Marec Joëlle, Raymond Lucie. *Fabrique des ignorances et responsabilités des chercheurs et chercheuses*. Communication & langages 2023;n°214(4):25-32.

Lee Erika Y., Sohng Kaylee, Singer Lianne G., Tarlo Susan M., Phillips Elizabeth J. *The risk of donor-acquired allergy in solid-organ transplant recipients: A systematic review*. Ann Allergy Asthma Immunol 2025;134(4):474-83 e7.

Lévy Leblond Jean-Marc, Girel Mathias, Leduc Michèle. *De l'ignorance savante*. Raison présente 2017;n°204(4):9-21.

Lewandowsky Stephan, Bishop Dorothy, Leduc Michèle. *Ne laissons pas la transparence abîmer la science*. Raison présente 2017;n°204(4) :73-82.

Liao K., Wang T., Coomber-Moore J., Wong D. C., Gomes F., Faivre-Finn C.*, et al. Prognostic value of patient-reported outcome measures (PROMs) in adults with non-small cell Lung Cancer: a scoping review*. BMC Cancer 2022;22(1):1076.

Liska Carrie M., Morash Robin, Paquet Lise, Stacey Dawn. *Empowering cancer survivors to meet their physical and psychosocial needs: An implementation evaluation*. Can Oncol Nurs J 2018;28(2):76-81.

Logan Robert L., Scott P. John. *Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care*. Lancet 1996;347(9001):595-8.

Lopus Manu. *Nano-ayurvedic medicine and its potential in cancer treatment*. J Integr Med 2023;21(2):117-9.

Lusa Marina. *Le cas Madeleine de Pierre Janet : la mystique au carrefour des discours de la science et de la religion*. La Cause du Désir 2012;n°81(2):50-4.

Malik Laeeq, Lu David. *Eligibility criteria for phase I clinical trials: tight vs loose?* Cancer Chemother Pharmacol 2019;83(5):999-1002.

Martínez-Arriaga Reyna Jazmín, Dominguez-Rodriguez Alejandro, Herdoiza-Arroyo Paulina Erika, Robles-Garcia Rebeca, de la Rosa-Gómez Anabel, Figueroa González Jairo Alejandro*, et al. Suicide risk and associated factors in healthcare workers seeking psychological support during COVID-19: a cross-sectional study*. Psychol Health Med 2023;28:3076-90.

Marvel M. Kim, Epstein Ronald M., Flowers Kristine, Beckman Howard B. *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA 1999;281(3):283-7.

McInnes Matthew D. F., Leeflang Mariska M. G., Salameh Jean-Paul, McGrath Trevor A., van der Pol Christian B., Frank Robert A.*, et al. Imaging tests for the diagnosis of COVID-19*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020.

Mejean Arnaud, Ravaud Alain, Thezenas Simon, Colas Sandra, Beauval Jean-Baptitse, Bensalah Karim*, et al. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma*. N Engl J Med 2018;379(5):417-27.

Ménoret Marie. *Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie*. Sciences sociales et santé 2007;25(1).

Michel Johann. *Narrativité, narration, narratologie : du concept ricœurien d'identité narrative aux sciences sociales*. Revue européenne des sciences sociales 2003;(XLI-125):125-42.

Mies Françoise. *Se plaindre de Dieu avec Job*. Études 2009;411(10):353-64.

Mills Candice M., Elashi Fadwa B. *Children's skepticism: developmental and individual differences in children's ability to detect and explain distorted claims*. J Exp Child Psychol 2014;124:1-17.

Minciacchi Valentina. R., Kumar Rahul, Krause Daniela S. *Chronic Myeloid Leukemia: A Model Disease of the Past, Present and Future*. Cells 2021;10(1).

Mirave Araceli, Abecasis Pedro. *Determination of the legal age of majority in Spain and in the European Union. Current situation*. J Clin Exp Dent 2025;17(1):e79-e86.

Morin Edgar. *Pour une crisologie*. Communications 1976;25(1):149-63.

Mrozovski Jean-Michel. *Comprendre l'hésitation vaccinale*. Actualités Pharmaceutiques 2024;63(638):54-7.

Muhlbacher A., Stolk E. *Patient-Reported Satisfaction, Experiences, and Preferences. Same but Different?* Value Health 2023;26(1):1-3.

Mustjoki Satu,Young Neal S. *Somatic Mutations in "Benign" Disease*. N Engl J Med

2021;384(21):2039-52.

Nalpas Bertrand, Boulze-Launay Isabelle, Inserm Alcohol Group. *Maintenance of Abstinence in Self-Help Groups*. Alcohol Alcohol 2018;53(1):89-94.

Ninot Gregory, Minet Mathilde, Larche Jérôme, Ribstein Jean, Chiche Laurent. *Non-pharmacological interventions. A new paradigm and opportunities for internists*. Rev Med Interne 2025;46(11):662-9.

Nutbeam Done, Lloyd Jane E. *Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health*. Annu Rev Public Health 2021;42:159-73.

Oehrlein E. M., Schoch S., Burcu M., McBeth J. F., Bright J., Pashos C. L.*, et al. Developing Patient-Centered Real-World Evidence: Emerging Methods Recommendations From a Consensus Process*. Value Health 2023;26(1):28-38.

Oldenhove-Calberg Anne. *Du corps du Christ au corps de la chirurgie esthétique*. Journal français de psychiatrie 2006;n°24(1):35-6.

O'Mahony Seamus. *The importance of empathy - Author's reply*. Lancet 2022;400(10348):272.

O'Marr J. M., Raoul A., James E. K., Winters M., Amin A. B., Bednarczyk R. A.*, et al. Moral foundations and HPV vaccine acceptance in the United States: State, parental, and individual factors*. Soc Sci Med 2023;336:116257.

Oreskes Naomi. *The fact of uncertainty, the uncertainty of facts and the cultural resonance of doubt*. Philos Trans A Math Phys Eng Sci 2015;373(2055).

Pachoud Bernard, Plagnol Arnaud, Leplege Alain. *Outcome, recovery and return to work in severe mental illnesses*. Disabil Rehabil 2010;32(12):1043-50.

Panero Alain. *« Le Travail de la littérature. Usages du littéraire en philosophie » par Lorenzini Daniele et Revel Ariane*. Revue philosophique de la France et de l'étranger 2014;204(1):121-2.

Papavassiliou Athanasios G. *Molecular medicine: Prometheus unbound. Resolving the "enigma" of medicine by re-defining health and disease*. Bioessays 2010;32(6):453.

Parlapani E., Holeva V., Nikopoulou V. A., Sereslis K., Athanasiadou M., Godosidis A.*, et al. Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic*. Front Psychiatry 2020;11:842.

Pène Sophie. *La « Vie des hommes infâmes » dans la société de disponibilité*. Études de communication 2005;28:107-23.

Periano Coline. *From hospital architecture to hospitality*. Soins 2024;69(882):60-3.

Periano Coline. *Appropriation of thought, space and subjectivity for hospital care*. Soins 2024;69(890):60-3.

Poma Roberto. *The positive culture of error, historical, epistemological and ethical aspects*. Soins 2016;(804):26-9.

Pommery de Villeneuve Ariane. *Une expérience de patient expert en addictologie. D'une intuition clinique à la certification de patient expert*. Raison présente 2022;n°223-224(3):133-43.

Proctor Robert, Girel Mathias. *Robert Proctor et la production de l'ignorance*. Critique 2013;n°799(12):992-1005.

Provenzani U., Salazar de Pablo G., Arribas M., Pillmann F., Fusar-Poli Paolo. *Clinical outcomes in brief psychotic episodes: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiol Psychiatr Sci 2021;30:e71.

Quéniart Anne. *Le sens du recours aux médecines alternatives*. Santé, Culture, Health 1990;7:41-70.

Quéniart Anne, Chabot Patrick, Walsh Suzanne, Jobin Patricia. *Parcours thérapeutiques en médecines alternatives*. International Review of Community Development 2015;(24):43-50.

Raghavan Rajeev. *Driving Jackson*. N Engl J Med 2025;392(19):1879-81.

Ramirez A. J., Graham J., Richards M. A., Cull A., Gregory W. M., Leaning M. S.*, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. Br J Cancer 1995;71(6):1263-9.

Renier Samuel. *Le corps et l'esprit de John Dewey*. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2022;Vol.53(4):103-19.

Ricadat Élise, Fradkin Sophie, Schwering Karl-Leo, Aujoulat Isabelle, Boissel Nicolas. *Prise en compte du processus de subjectivation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer dans la relation de soin : le point de vue des soignants*. Cliniques méditerranéennes 2017;n°95(1):179-92.

Ricot Jacques. *Éthique de la décision médicale*. Revue Laennec 2014;62(4):40-50.

Robilliard Bertrand. *Uncertainty. True or false?* Rev Med Interne 2022;43(9):521-3.

Ron Omri, Oren Ela, Dar Reuven. *The doubt-certainty continuum in psychopathology, lay thinking, and science*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016;53:68-74.

Sackett David L., Rosenberg William M., Gray J. A. Muir, Haynes R. Brian, Richardson W. Scott. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;312(7023):71-2.

Sakowska J., Arcimowicz Ł, Jankowiak M., Papak I., Markiewicz A., Dziubek K.*, et al. Autoimmunity and Cancer-Two Sides of the Same Coin*. Front Immunol 2022;13:793234.

Samuels Jack, Bienvenu Joseh O., Krasnow Janice, Wang Ying, Grados Marco A., Cullen Bernadette*, et al. An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2017;75:117-24.

Saout Christian. *La crise de confiance dans le système de santé*. Les Tribunes de la santé 2009;n°22(1):119-32.

Schleidgen Sebastian, Klingler Corina, Bertram Teresa, Rogowski Wolf H., Marckmann Georg. *What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic*

literature review. BMC Med Ethics 2013;14:55.

Schubert Elizabeth L., Lee Ming K., Mefford Heather C., Argonza Rhodora H., Morrow Jan E., Hull Judy*, et al. BRCA2 in American Families with Four or More Cases of Breast or Ovarian Cancer. Recurrent and Novel Mutations, Variable Expression, Penetrance, and the Possibility of Families Whose Cancer Is Not Attributable to BRCA1 or BRCA2*. Am J Hum Genet 1997;(60):1031-40.

Schwering Karl-Leo. *La reconstruction des identifications dans la maladie grave*. Psychologie clinique et projective 2014;20(1):279-96.

Shanafelt Tait D., Bradley Katharine A., Wipf Joyce E., Back Anthony L. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. Ann Intern Med 2002;136(5):358-67.

Silva Suzana Alves, Charon Rita, Wyer Peter C. *The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice*. J Eval Clin Pract 2011;17(4):585-93.

Sirriyeh Reema, Lawton Rebecca, Gardner Peter, Armitage Gerry. *Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being*. Qual Saf Health Care 2010;19(6):e43.

Soares Santos Daniela, Santos Arsénio, Rebelo Olinda, Santos Rui M. *Macrophagic myofasciitis. A challenging diagnosis*. BMJ Case Rep 2018.

Sovold Lene E., Naslund John A., Kousoulis Antonis A., Saxena Shekhar, Qoronfleh M. Walid, Grobler Christoffel*, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority*. Front Public Health 2021;9:679397.

Sportouch Sabine. *Survivre : une épopée en réanimation*. Perspectives Psy 2020;59(3):256-60.

Sriwastava Shitiz, Kataria Saurabh, Srivastava Samiksha, Kazemlou Shaghayegh, Gao Si, Wen Sijin*, et al. Disease-modifying therapies and progressive multifocal leukoencephalopathy in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis*. J Neuroimmunol 2021;360:577721.

Subbiah Vivek. *Tissue-agnostic cancer therapies: promise, reality, and the path forward*. Nat Commun 2025;16(1):4972.

Svenaeus Fredrik. *Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality*. Theor Med Bioeth 2000;21(2):171-89.

Taussig Michael T. *Reification and the consciousness of the patient*. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology 1980;14(1):3-13.

Ten Kate Josje, de Koster Willem, van der Waal Jeroen. *Becoming skeptical towards vaccines: How health views shape the trajectories following health-related events*. Soc Sci Med 2022;293:114668.

Tinland Olivier. *The Pragmatist Skepsis as a Social Practice*. European Journal of Pragmatism and American Philosophy 2013;V(2).

Tomasetti Carmine, Valchera Alessandro, Fornaro Michele, Vellante Federica, Orsolini Laura, Carano Alessandro*, et al. The 'dead man walking' disorder: an update on Cotard's syndrome*. Int Rev Psychiatry 2020;32(5-6):500-9.

Tourette-Turgis Catherine, Gligorov Joseph, Fleury Cynthia, Pelletier Jean-François. *Including recovery in the care pathway after cancer*. Soins 2018;63(824):66-8.

Tourette-Turgis Catherine, Dutheil Sabine. *Patients experts : une place enfin acquise*. La Revue du Praticien 2023;73(9):943-5.

Tracy Kathlene, Wallace Samantha P. *Benefits of peer support groups in the treatment of addiction*. Subst Abuse Rehabil 2016;7:143-54.

Tunc Taner, Demirci Hasan Fehmi, Ermis Aydan. *The mediating role of health literacy in the relationship between trust in public health authorities and distrust in health systems*. BMC Public Health 2025;25(1):967.

Turri John. *Skeptical appeal: the source-content bias*. Cogn Sci 2015;39:307-24.

Vaillancourt Regis, Cameron Jameason D. *Health literacy for children and families*. Br J Clin Pharmacol 2022;88(10):4328-36.

Vartzbed Éric. *Quelques considérations cliniques sur la folie de Nietzsche*. Psychothérapies 2005;25(1):21-7.

Venot Quitterie, Blanc Thomas, Rabia Smail Hadj, Berteloot Laureline, Ladraa Sophia, Duong Jean-Paul*, et al. Targeted therapy in patients with PIK3CA-related overgrowth syndrome*. Nature 2018;558(7711):540-6.

Vorms Marion. *Qu'est-ce qu'un doute raisonnable ?* Revue philosophique de la France et de l'étranger 2018;143(3).

Wallis Christopher J. D., Saskin Refik, Choo Richard, Herschorn Sender, Kodama Ronald T., Satkunasivam Raj*, et al. Surgery Versus Radiotherapy for Clinically-localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis*. Eur Urol 2016;70(1):21-30.

Weimann Peru Natacha, Pellerin J. *"Syndrome de glissement". clinical description, psychopathological models, and care management*. Encephale 2010;36 Suppl 2:D1-6.

Weingart Peter. *From "Finalization" to "Mode 2": old wine in new bottles?* Social Science Information 1997;36(4):591-613.

Widlöcher Daniel. *Réalité psychique et vérité historique : modèle explicatif ou descriptif ?* Topique 2006;95(2).

Wilkinson Helen, Whittington Richard, Perry Lorraine, Eames Catrin. *Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review*. Burn Res 2017;6:18-29.

Wilson Andrew, Childs Susan. *The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review*. British Journal of General Practice

2002;(52):1012-20.

Wiltshire John. *Medical history from the viewpoint of the patient*. Intern Med J 2005;35(3):193-4.

Woo Tiffany, Ho Robert, Arthur Tang, Tam Wilson. *Gobal prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis*. J Psychiatric Res 2020;(123):9-20.

Wouters Els. *A propos de l'inférence dans le récit policier. Maigret versus Sherlock Holmes*. Semiotica 1997;116(2-4):217-28.

Wu Albert W. *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*. BMJ 2000;320(7237):726-7.

Wu Quing, Jin Zheyu, Wang Pei. *The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust*. J Gen Intern Med 2022;37(6):1388-93.

Yousefi Zahra, Aria Hamid, Ghaedrahmati Farhoohed, Bakhtiari Tahereh, Azizi Mahdieh, Bastan Reza*, et al. An Update on Human Papilloma Virus Vaccines: History, Types, Protection, and Efficacy*. Front Immunol 2021;12:805695.

Zerhouni Elias A. *Translational and clinical science – Time for a new vision*. N Engl J Med 2005;353(15):1621-3.

Zhang Lin, Yang Hui, Pan Tingting. *Evidence based medicine's communication crisis: why "cold facts" lose to warm narratives*. BMJ 2026;392:s362.

Zhao Yang, Li Shuyan, Yang Xi, Chu Li, Wang Shengping, Tong Tong*, et al. Overall survival benefit of osimertinib and clinical value of upfront cranial local therapy in untreated EGFR-mutant nonsmall cell lung cancer with brain metastasis*. Int J Cancer 2022;150(8):1318-28.

Les articles uniquement disponibles en format numérique :

Artières Philippe (interviewé), Lecompte Francis. *Les « archives mineurs », sources de grandes histoires*. Paris : CNRS, 2020. En ligne : Les « archives mineures », sources de grandes histoires | CNRS Le journal.

Bourbon Marion. *Peut-on encore « aller mal » sans pour autant « être malade » ?* Paris : AOC, 2023. En ligne : Peut-on encore « aller mal » sans pour autant « être malade » ? - AOC media.

Chandesris Olivia, Mühlethaler Louis. *La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon* [Les carnets de l'EHESS]. Paris : Ecole de hautes études en sciences sociales, 2022. En ligne : La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon | EHESS.

Decety Jean. *L'empathie nous lie aux autres autant qu'elle nous aveugle*. AOC [Société], publié le 19 avril 2024. En ligne : L'empathie nous lie aux autres autant qu'elle nous aveugle - AOC media.

Gagnon Éric. *Care*. Anthropen, publié le 18 décembre 2016. En ligne : https://doi.org/10.17184/eac.anthropen.031.

Klein Alexandre. *De la crise*. Histoire engagée, publié le 17 juin 2020. En ligne : De la crise | Histoire Engagée.

Reach Gérard, Jaury Philippe. *Le patient partenaire est une évolution sociétale majeure*. Le quotidien du médecin, publié le 10 juillet 2024. En ligne : Prs Gérard Reach et Philippe Jaury : « Le patient partenaire est une évolution sociétale majeure » | Le Quotidien du Médecin | Jeunes médecins | Formation initiale.

Reach Gérard (rapporteur), Jaury Philippe (rapporteur). *Patients partenaires*. Académie nationale de médecine, texte voté le 14 mai 2024. En ligne : Rapport-Patient-Partenaire-APRES-VOTE-PLENIERE.pdf, consulté

Renan Ernst. *Discours de réception d'Ernst Renan à l'Académie française*, 3 avril 1879. En ligne : Discours de réception d'Ernest Renan | Académie française.

2.5 – Articles de presse

Bénabet Juliette, *Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux et d'une révolution des soins palliatifs »*, Télérama, publié le 29 janvier 2023. En ligne : Didier Sicard : « Oui à une loi permettant l'euthanasie, si elle s'accompagne d'un cadre rigoureux.

Bénabent Juliette, *"Vieillir est une chance" dit Véronique Fournier, médecin défenseuse des vieux*, Télérama, publié le 15 septembre 2024. En ligne : "Vieillir est une chance" dit Véronique Fournier, médecin défenseuse des vieux.

Birnbaum Jean, *Le prix Femina pour Philippe Lançon et son livre « Le Lambeau »*, Le Monde des livres, publié le 5 novembre 2018. En ligne : Le prix Femina pour Philippe Lançon et son livre « Le Lambeau » (lemonde.fr).

Bourquin Chloé, *Complotisme : un podcast sur les scientifiques qui dérapent*, Le Monde [Sciences – Médecine], publié le 26 janvier 2024. En ligne : Complotisme : un podcast sur les scientifiques qui dérapent.

Cabut Sandrine, *Le cancérologue Thomas Tursz est mort*, Le Monde [Disparitions], publié le 3 mai 2018. En ligne : Le cancérologue Thomas Tursz est mort (lemonde.fr).

Carpentier Laurent, *Former athlete and slam poet basks in Olympic excitement*, Le Monde [Culture – Paris 2024 Paralympics] publié le 27 aout 2024. En ligne : Former athlete and slam poet basks in Olympic excitement.

Ceccatty René, *Dans la vallée des larmes* par Autréaux Patrick, Le Monde des livres, publié le 2 juillet 2009. En ligne : "Dans la vallée des larmes", de Patrick Autréaux : rescapé du naufrage.

Claquin Aziliz, Doan Thi (dessin), *Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique*. La Croix [Reportage – Série de 6 articles], publié le 25 mai 2023. 1er

reportage en ligne : Douter pour mieux soigner : plongée dans les consultations d'éthique clinique.

Collectif de professionnels de santé, *Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives*, Le Monde [Tribune], publiée le 13 mars 2021. En ligne : « Il est urgent de structurer les médecines complémentaires et alternatives ».

Collectif de professionnels de santé, *L'incertitude génétique, cette grande inconnue est source de mésinterprétations*, Le Monde des sciences, publié le 21 mai 2024. En ligne : « L'incertitude génétique, cette grande inconnue, est source de mésinterprétations ».

Comte-Sponville André, Lévy-Soussan Michèle, Larousse Virginie (recueil des propos), *Un Etat démocratique doit nous donner les moyens de développer les soins palliatifs et de pratiquer l'aide active à mourir*, Le Monde [Débat – Fin de vie], publié le 10 mars 2023. En ligne : André Comte-Sponville et Michèle Lévy-Soussan : « Un Etat démocratique doit nous donner les moyens de développer les soins palliatifs et de pratiquer l'aide active à mourir ».

Cournot Michel, *LE " MAHABHARATA ", à Avignon Nuits enchantées*, Le Monde [Archives], publié le 11 juillet 1985. En ligne : LE " MAHABHARATA ", à Avignon Nuits enchantées.

Dubreuil Maroussia, *La chambre d'à côté par Almodovar Pedro*, Le Monde [Avis], publié le 11 janvier 2025. En ligne : Dans « La Chambre d'à côté », Pedro Almodovar filme une amitié complice au seuil de la mort.

Favereau Eric, *Chloé Bertolus, à visage humain*, Libération [portrait], publié le 5 février 2019. En ligne : Chloé Bertolus, à visage humain – Libération (liberation.fr).

Gori Roland, *Santé mentale, l'expertise ne doit pas confisquer le débat scientifique*, L'Humanité [Tribune], publié le 13 mars 2026.

Hors-série philosophie : *L'éloge du doute*, Lire Magazine littéraire, mars 2012.

Larousserie David, *Henri Broch, le père de la zététique, ou la culture d'un certain esprit critique*. Le Monde [Sciences], publié le 06 juillet 2023. En ligne : Henri Broch, le père de la zététique, ou la culture d'un certain esprit critique.

Marceau Jacques, *Réhabiliter l'aidant, c'est reconnaître en lui l'essence de notre humanité*. Le Monde [Tribune], publié le 6 octobre 2020. En ligne : Les aidants : des enjeux, des réponses (lemonde.fr); « Réhabiliter l'aidant, c'est reconnaître en lui l'essence de notre humanité » (lemonde.fr).

Pagneux Florence, *Guillaume Durand, un philosophe à l'hôpital*, La Croix [Cahier éthique – Portrait], publié le 14 mars 2023. En ligne : Santé et éthique : Guillaume Durand, un philosophe à l'hôpital.

Perez Zitvogel Maxime, *Bipolarité : « La pair-aidance n'a pas connu la reconnaissance et la légitimité nécessaires à son éclosion »*. Le Monde [Tribune], publié le 30 mars 2022. En ligne : Bipolarité : « La pair-aidance n'a pas connu la reconnaissance et la légitimité nécessaires à son éclosion » (lemonde.fr),

Pol-Droit Roger, *Echapper à la certitude à propos de « La Quête de la certitude » de John Dewey,* Le Monde [chronique], publié le 24 novembre 2014. En ligne : Echapper à la certitude.

Roudinesco Elisabeth, *Comment on massacre la psychiatrie française par Zagury Daniel*, Le Monde des livres, publié le 7 octobre 2021. En ligne : « Comment on massacre la psychiatrie française », de Daniel Zagury : sauver la psychiatrie (lemonde.fr).

Santi Pascale, *Jérôme Adam, un combat contre l'addiction au nom du frère*, Le Monde [science], publié le 8 mars 2026. En ligne : Jérôme Adam, un combat contre l'addiction au nom du frère.

Sicard Didier, *La pensée du malade est devenue inaudible*, Libération [Idées], publié le 31 mai 2023. En ligne : La «médecine personnalisée» se soucie du corps et non de la personne humaine, par Didier Sicard – Libération.

3 – Documents audiovisuels

3.1 – Films et documentaires audiovisuels

Adam Jérôme. *Tout pour être heureux ?* [Film documentaire, 85 min]. France: J'en Crois Pas Mes Yeux, 2022.

Barnérias Marine. *Rosy* [Film documentaire, 83 min]. France: My Box Films, 2021.

Bergman Igmar. *Le septième sceau* [Film, 96 min]. Suède: Allan Ekelund et Svensk Filmindustri, 1957.

Brook Simon. *Mon docteur indien* [Film documentaire, 85 min]. France : Centre national de la cinématographie, Arte France et Artline Films, 2013.

Castaing-Taylor Lucien, Paravel Véréna. *De Humani corporis fabrica* [Film documentaire, 115 min]. France – Suisse : Norte Productions, 2022.

Demaizière Thierry, Teurlai Alban. *A corps perdus* [Film documentaire, 100 min]. France : Falabracks, 2024.

Desplechin Arnaud, *La vie des morts* [Film, 50 min]. France : Odessa Films, RGP France et La Sept, 1991.

Dhalleine Thimothy, Poffé Dimitri. *The present* [court métrage documentaire, 17 min]. Chili : Cascada expdediciones, 2021. En ligne : Le présent, la traversée à vélo de l'Amérique latine de Dimitri Poffé pour faire parler de la maladie de Huntington.

Hansen Love Mia. *Un beau matin* [Film, 114 min]. France : Les Films Pelléas, Razor Films et Arte France Cinéma, 2022.

Hitchcock Alfred. *Shadow of a doubt* [Film, 104 min]. Etats-Unis: Universal Pictures, 1943.

Olin Margreth, Høgset Katja, Wallin Espen. *Lene Marie ou le vrai visage de l'anorexie* [Film documentaire, 58 min]. Norvège : Speranza Film, Bayerischen Rundfunk et Arte, 2020.

Shore David. *House M.D.* [Série télévisée]. Etats-Unis: Heel and Toe Films, Shore Z Productions, Bad hat Harry Productions et Universal Media Studios, 2004 à 2012.

Vasselin Pascal, Cuveillier Franck. *La fabrique de l'ignorance* [Documentaire, 97 min]. France : ARTE France et Zed, 2020.

3.2 – Replays audiovisuels

Bertolus Chloé, Interview télévisée, Canal +, 30 janvier 2020. En ligne : Interview Chloé Bertolus – Janv 2020.

Busnel François, *La Grande Librairie* [émission littéraire audiovisuelle], France TV, 26 janvier 2017. En ligne : La Grande Librairie du 26 janvier 2017.

Chandesris Marie-Olivia (oratrice), Dumont Martin (organisation). *Le doute en médecine*. Séminaire de « Philosophie clinique » de la chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, séance du 10 mai 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 10 mai 2021 – Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu.

Charpentier Arto (orateur), Chevance Astrid (organisation). *Autour de la pensée de John Dewey – La nature et les conduites humaines.* Séminaire « Compréhension contemporaine du sujet » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 26 novembre 2020. En ligne : Autour de la pensée de John Dewey, la nature et les conduites humaines - Chaire de Philosophie à l'Hôpital (chaire-philo.fr).

Goy Olivier (invité), Quin Elisabeth (présentatrice), 28 minutes [émission d'actualité et de débat], Arte, 25 juin 2025. En ligne : 28 minutes – Olivier Goy / Maladie de Charcot ARTE.

Maeso Marylin (oratrice). *Douter de tout*. Séminaire « Santé démocratique » de la chaire de philosophie à l'hôpital, séance du 06 Octobre 2020. En ligne : Douter de tout - Marilyn Maeso - Chaire de Philosophie à l'Hôpital.

Mahé Vincent, Zagury Daniel. *La bureaucratose*. Congrès de l'Encéphale, 19e édition, 2021, distanciel. En ligne : La bureaucratose.

Motte Philippa (oratrice). *Parlons Psy*. Fondation de France, 9 décembre 2019. En ligne : « Le trouble psychique par lequel je me suis d'abord sentie détruite et avilie, est devenu un chemin qui m'a permis de grandir et de me construire » - Fondation de France.

Moyse Danielle, *La médecine occidentale à l'épreuve de l'ayurvéda* [chronique audiovisuelle – Cycle *Ethique et finitude*]. Philosophies.TV, diffusé le 31 mars 2014. En ligne : Moyse Danielle - La médecine occidentale à l'épreuve de l'ayurvéda – Philosophies.TV 2014.

Séance de rentrée solennelle 2010 de l'Institut de France. *Le doute*. 26 octobre 2010. En ligne : Le doute : séance de rentrée solennelle 2010 des cinq académies | Les Podcasts de l'Institut.

Vibert Eric (orateur), Poma Roberto (orateur), Dumont Martin (organisation). *L'erreur en chirurgie* et *L'erreur, une illusion de certitude ?* Séminaire de « philosophie clinique » de la

chaire de philosophie de l'Hôtel Dieu, séance du 15 mars 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 15 mars 2021 - Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu (youtube.com).

Tiercelin Claudine (oratrice). *Scepticisme et connaissance (suite et fin).* Cycle de cours du Collège de France, Année 2024. En ligne Scepticisme et connaissance (suite et fin) (1) | Collège de France.

Worms Frédéric (orateur), Dumont Martin (organisation). *Sur la méthode de la philosophie clinique*. Séminaire de « Philosophie clinique » de la chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, séance du 1er mars 2021. En ligne : Séminaire de philosophie clinique du 1er mars 2021 - Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu.

3.3 – Enregistrements radiophoniques

Barnérias Marine [l'invité de 7h50], *J'ai eu envie de ressentir ce corps qui est en train de s'évaporer*, France Inter, publié le 27 décembre 2021. En ligne : Marine Barnérias : "J'ai eu envie de ressentir ce corps qui est en train de s'évaporer" | France Inter.

Bénatouïl Thomas (invité), Lévy Carlos (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Les philosophes qui n'ont rien écrit », premier épisode intitulé *Pyrrhon d'Élis : ne rien affirmer, ne rien figer*], France culture, 9 septembre 2024. En ligne : Pyrrhon d'Élis : ne rien affirmer, ne rien figer : épisode 1/4 du podcast Les philosophes qui n'ont rien écrit | France Culture.

Bernard Olivier (auteur), *Dérives* [Podcast – 5 saisons], Radio-Canada Ohdio. En ligne : Dérives | OHdio | Radio-Canada.

Chaudet Emilie, Laffon Cécile. *Des vivants jusqu'à la mort* [série documentaire radiophonique en 4 épisodes]. France Culture, 2024. En ligne : Fin de vie, des vivants jusqu'à la mort : un podcast à écouter en ligne | France Culture.

Depraz Natalie (invitée), Cabestan Philippe (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? », premier épisode intitulé *Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ?*], France culture, 2 janvier 2023. En ligne : Faut-il douter radicalement pour connaître quelque chose ? : épisode 1/4 du podcast Pourquoi les philosophes aiment-ils la radicalité ? | France Culture.

Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « Le phénomène Husserl », premier épisode intitulé *Retour au monde*], France culture, 9 mars 2020. En ligne : Retour au monde : épisode 1/3 du podcast Le phénomène Husserl | France Culture.

Farges Julien (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « Le phénomène Husserl », deuxième épisode intitulé *A la recherche du monde commun*], France culture, 10 mars 2020. En ligne : À la recherche du monde commun : épisode 2/3 du podcast Le phénomène Husserl | France Culture.

Forest Philippe (invité), Adler Laure [Entretien radiophonique], émission *Hors Champs*, France culture, 26 novembre 2012. En ligne : Philippe Forest | France Culture.

Girel Mathias (invité), Chevalier Jean-Marie (invité), Géraldine Muhlmann [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « La philosophie pragmatiste, une aventure américaine », premier épisode intitulé *Aux origines du courant pragmatiste : Peirce, James*], France culture, 30 septembre 2024. En ligne : Aux origines du courant pragmatiste : Peirce, James : épisode 1/3 du podcast La philosophie pragmatiste, une aventure américaine | France Culture.

Giroux Elodie (invitée), Le Blanc Guillaume (invité), Aïda N'Diaye [Entretien radiophonique], émission *Avec philosophie* [Cycle « Et surtout, la santé ! Le corps, une philosophie à fleur de peau », deuxième épisode intitulé *La santé est-elle normale ?*], France culture, 25 avril 2023. En ligne : La santé est-elle normale ? : épisode 2/4 du podcast Et surtout, la santé ! (radiofrance.fr)

Lefilleul Alice, Beressi Julie (réalisation) [émission radiophonique], *LSD. La série documentaire* [Série « Maladies chroniques. Ce qui nous traverse », premier épisode intitulé *Être malade*], France culture, 9 juin 2025. En ligne : Être malade : épisode 1/4 du podcast Maladies chroniques. Ce qui nous traverse | France Culture.

Muhlmann Géraldine (dir.), *Les philosophes qui n'ont rien écrit* [série radiophonique en 4 épisodes], émission *Avec philosophie*, France culture, septembre 2024. En ligne : Série « Les philosophes qui n'ont rien écrit ».

Truc Gérome (invité), Van Reeth Adèle [Entretien radiophonique], émission *Les chemins de la philosophie* [Cycle « La pensée américaine », quatrième épisode *la vérité dans le pragmatisme chez Dewey*], France culture, 8 novembre 2012. En ligne : La pensée américaine (4/4): la vérité dans le pragmatisme chez Dewey (rediffusion du 29/09/2011) | France Culture.

Vergnaud Clémentine (autrice), *Ma vie face au cancer : le journal de Clémentine* [Podcast – 16 épisodes], Franceinfo, 2023. En ligne : Ma vie face au cancer : le journal de Clémentine.

Vergnaud Clémentine (invitée) [émission radiophonique, 7/9.30], France Inter, 20 juin 2023. En ligne : Clémentine Vergnaud – Fr Inter.

Worms Frédéric [chronique radiophonique], émission *Le pourquoi du comment* [Cycle « L'autorité en question », premier épisode intitulé *Comment reconnaît-on l'autorité dans les relations humaines ?*], France culture, 18 novembre 2024. En ligne : Comment reconnaît-on l'autorité dans les relations humaines ? : épisode 1/4 du podcast L'autorité en question | Radio France | France Culture.

4 – Sites internet

4.1 – Sites internet consultés

- Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps – L'Académie nationale de médecine a pour missions de répondre au Gouvernement sur la santé publique, de contribuer aux progrès de l'art de guérir et de promouvoir la médecine française.
- Accueil - ADMD - Association pour le droit de mourir dans la dignité
- Accueil - ANSM
- Accueil - Chaire de Philosophie à l'Hôpital
- Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) - ONCORIF
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- Chaire de philosophie à l'Hôtel-Dieu | APHP
- Dictionnaire Littré - Dictionnaire de la langue française
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine
- European Medicines Agency (EMA)
- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer | Fondation ARC
- Gustave Roussy | 1er centre de lutte contre le cancer en Europe
- Institut national de la santé et de la recherche médicale · Inserm, La science pour la santé
- Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne
- Le combat courageux de Margaux - Imagine for Margo
- Lutte contre le cancer avec Unicancer : Traitement, accompagnement et recherche scientifique
- Orphanet
- VIDAL, Éclairer vos décisions médicales - VIDAL
- U.S. Food and Drug Administration
- Win Consortium

4.2 – Textes législatifs et ordinaux

Site Légifrance pour les textes de loi suivants :

- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) - Légifrance
- Décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme - Légifrance
- LOI organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique (1) - Légifrance
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

- LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Légifrance

Site Légifrance pour les textes de loi relatifs au code de la santé publique suivants :

- Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance
- Article D6124-131 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Article L1110-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance
- Article L1110-8 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Article L1111-3 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance
- Article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Article R4127-7 - Code de la santé publique
- Article R4127-36 - Code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Titre II : Recherches biomédicales (Articles L1121-1 à L1126-7) - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

Site du conseil national de l'ordre des médecins pour les textes ordinaux suivants :

- Serment d'Hippocrate (conseil-national.medecin.fr)
- codedeont.pdf (conseil-national.medecin.fr)

4.3 – Textes d'agences sanitaires

Le site de l'institut national du cancer (INCa) pour les documents suivants :

- Données globales d'épidémiologie des cancers
- Le dispositif d'annonce - Institut national du cancer
- Le nouveau programme personnalisé de soins - Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux
- Les Plans cancer (2003-2019) : le pilotage national de la lutte contre les cancers
- Rapport INCa 2023 - Le suivi à long terme des adultes guéris d'un cancer traité durant l'enfance, l'adolescence ou la période de jeunes adultes

Le site de la haute autorité de santé (HAS) pour les documents suivants :

- Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique et Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles (has-sante.fr)
- Haute Autorité de Santé - L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?

- Haute Autorité de Santé - Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation
- Haute Autorité de Santé - Rapport « Sexe, genre et santé » : et après ?

Le site de santé publique France pour les documents suivants :

- La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique.
- Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 7

INTRODUCTION 9

1 – Partir de ma propre (in)expérience du doute en médecine en tant que soignante 13

1.1 – Un bon petit soldat de la biomédecine 13

1.2 – Un malaise croissant au sein du milieu biomédical source d'insatisfaction professionnelle 14

1.3 – Du malaise à la crise existentielle d'une soignante 16

1.4 – Une sortie de crise progressive au prix d'un abandon de carrière médicale 16

1.5 – Le doute dans tout ça ? 17

1.6 – Une issue offrant des conditions propices à une thèse sur le doute en médecine .. 18

2 – Etat de l'art quant à la question du doute en médecine 19

3 – Pourquoi la philosophie pour traiter la question du doute en médecine ? 24

3.1 – Des objectifs et un corpus philosophique ayant pour visée une application pratique 24

3.2 – Une approche rejoignant les principes d'une philosophie clinique 26

3.2.1 – La philosophie clinique reconnait la primauté de l'expérience 26

3.2.2 – Pertinence et limites de la philosophie clinique pour le présent projet de thèse 28

4 – Pourquoi la littérature pour traiter la question du doute en médecine ? 30

4.1 – De l'importance du *récit de la maladie* en médecine 32

4.1.1 – Le récit de la maladie, une prérogative encore dévolue au corps soignant 32

4.1.2 – La récente et fragile reconnaissance du récit de la maladie produit par les patients 33

4.1.3 – Soutenir la mise en récit du patient comme acte de soin 34

4.2 – Le récit de patient, entre témoignage et fiction 36

4.2.1 – Ce que le récit de patient pourrait tenir de l'œuvre-témoignage 37

4.2.2 – De la fiction au cœur du récit de patient 41

4.2.3 – Du témoignage à la fiction, la question de la véridicité est au cœur du récit des patients 43

4.2.4 – Du récit des patients comme récit de vie 45

4.3 – Du récit de vie des patients au concept d'autopathographie 48

4.3.1 – L'autopathographie, un concept on ne peut plus récent 48

4.3.2 – L'autopathographie ou l'histoire d'un mouvement d'émancipation et de libre expression du patient 50
4.3.3 – Des avantages et des limites de l'autopathographie d'un point de vue méthodologique 51
4.3.4 – Ce que peut apporter l'autopathographie au patient et à la relation de soin ... 52
4.3.4.1 – L'effet de subjectivation du patient, mais aussi du soignant 53
4.3.4.2 – Une distanciation critique salutaire grâce à l'écriture 55
4.4 – De la mise en récit de la relation de soin 56
4.4.1 – Les biais qui entachent l'observation directe et l'analyse de la relation de soin 56
4.4.2 – L'accès à la relation de soin par le récit, la fiction et la mise en scène 57
5 – Une approche pouvant aussi être qualifiée de philosophie narrative ? 59
5.1 – Les usages du littéraire en philosophie 59
5.2 – Le nécessaire support de la littérature pour dire *la vie* et essayer de la penser 61
5.3 – Une philosophie narrative pour éclairer la question du doute en médecine 63
6 – Le défi d'offrir une place centrale au doute dans les soins 65
APPROCHES HISTORIQUE, SEMANTIQUE ET PHILOSOPHIQUE DU DOUTE . 71
1 – Approche sémantique du doute : Polysémie et diachronie du terme de doute 75
1.1 – De l'illusion d'une définition unique et globalisante du doute 76
1.2 – La plus ancienne signification du doute est la crainte 76
1.3 – Le doute au sens d'hésitation introduit un lien étroit avec la condition d'incertitude 79
1.4 – Le doute comme source de défiance 81
1.5 – Le doute comme possibilité et opportunité de s'interroger 82
1.6 – Une multiplicité de sens autour du doute non exclusifs les uns des autres 83
2 – Un usage universel mais une diversité d'approches philosophiques du doute 84
3 – Le doute sceptique à travers l'histoire du scepticisme 87
3.1 – Propos introductif 89
3.2 – A l'origine antique du doute sceptique, l'ascèse de Pyrrhon d'Elis 92
3.3 – Après Pyrrhon, les autres orientations du doute sceptique durant l'Antiquité 94
3.3.1 – L'Académie, un courant sceptique radicalisé au point d'avoir été qualifiée de dogmatique 95
3.3.2 – Le pyrrhonisme, un doute sceptique propre à stimuler la recherche 96

3.4 – Une renaissance et reconfiguration du scepticisme et de son rapport au savoir à l'époque moderne 101
4 – Le doute cartésien et son imprégnation de la culture occidentale 104
4.1 – Propos introductif 105
4.2 – Pourquoi Descartes choisit-il de douter 108
4.2.1 – Descartes compare son entreprise à la traversée d'une forêt de doute 109
4.2.2 – Appliquer le doute à tout ce qui semblait acquis jusque-là 111
4.2.3 – Douter de toute connaissance sensible 112
4.2.4 – Douter même de la raison 113
4.2.5 – La mécanique infernale du doute hyperbolique 115
4.3 – Le doute cartésien, une démarche par trop intellectuelle ? 118
4.4 – L'issue du doute cartésien dans le cogito comme émergence de la subjectivité 121
5 – Le doute au prisme de l'*épochè* de Husserl et la réduction phénoménologique 125
5.1 – Propos introductif 125
5.2 – L'*épochè* de Husserl ou le dépassement du doute cartésien 129
5.3 – La conscience intentionnelle comme état d'attention au monde 133
5.4 – La réduction phénoménologique comme condition de l'intersubjectivité 136
6 – Le doute au prisme de la philosophie pragmatiste américaine 140
6.1 – Propos introductif 141
6.2 – Le doute comme situation concrète de crise humaine 148
6.3 – L'approche pragmatiste du doute, une critique du rationalisme pur au profit de la vie humaine concrète 151
6.4 – Le lien indissociable entre doute et croyance 155
6.5 – Comment résoudre le doute passe par la fixation d'une croyance selon Peirce 157
6.6 – Comment l'enquête permet de sortir du doute selon Dewey 162
6.7 – Autour du concept de vérité 168
6.7.1 – Accéder à la vérité au prisme du réel que vise à éclairer la méthode expérimentale 169
6.7.2 – La vérité, un processus évolutif de vérification et un guide pour la conduite 172
7 – Les enjeux de la biomédecine contemporaine occidentale auxquels ces philosophies du doute permettent de réfléchir 177
7.1 – Le scepticisme médical contemporain et ses enjeux sanitaires 178
7.2 – Des écueils possibles du doute cartésien dans le contexte médical contemporain 181

7.3 – Des applications de la philosophie de Husserl aux questions que soulève la biomédecine contemporaine 184
7.3.1 – Husserl et la science, diagnostic de crise et position anti-scientiste.....184
7.3.2 – De l'intérêt des concepts de réduction phénoménologique et d'intersubjectivité transcendantale pour appréhender la relation de soin.....189
7.4 – Des applications de la philosophie pragmatiste aux questions de doute et de croyance dans le contexte médical contemporain 190
7.4.1 – La science (biomédicale) comme objet de croyance.....191
7.4.2 – La philosophie pragmatiste offre un éclairage sur le doute des patients mais aussi des soignants.....195
7.4.3 – La philosophie pragmatiste invite à une éthique clinique du doute en médecine 197
APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA RELATION DE SOIN A L'AUNE DE LA BIOMEDECINE CONTEMPORAINE.....201
1 – Place et fonction du doute au cœur des dissensions entre patients et soignants 206
1.1 – Les dissensions sont naturelles et inhérentes à toute relation de soin 206
1.2 – Les principales sources de dissensions et leurs effets délétères pour la relation de soin.....209
1.3 – Doute et dissensions entre patients et soignants sont étroitement liés.....211
1.4 – Jeter des ponts sur les dissensions passerait par le doute.....213
2 – L'information au cœur de la relation de soin, un jeu de dupes ? 215
2.1 – Dans l'information entre patient et soignant, il y aurait le mensonge 215
2.2 – L'incomplétude de l'information donne matière au doute, de part et d'autre 217
2.3 – L'information médicale, un puissant facteur d'inégalité et de méfiance réciproque 219
2.4 – L'information comme stratégie nourrit la suspicion 221
3 – L'asymétrie de la relation de soin, entre rapport de pouvoir, défiance et co-construction 222
3.1 – Un rapport d'infériorisation du patient.....222
3.2 – Un rapport d'autorité du soignant 225
3.3 – Où situer le doute dans ce jeu de l'asymétrie de pouvoir ? 226
3.3.1 – Le pouvoir du soignant comme tentative d'extinction du doute des patients 226
3.3.2 – L'importance du doute comme vigie face à l'abus de pouvoir toujours possible 227

3.3.3 – Et si le théâtre de la relation de soin privait ses « acteurs » de rencontre et de doute 228
3.3.4 – Soupçonner pour mieux comprendre l'autre et le rencontrer 229
3.4 – Des rapports de pouvoir entre patient et soignant qui ne cessent d'évoluer 229
3.4.1 – Différents modèles de relation de soin à l'épreuve de leurs limites et de leurs évolutions 230
3.4.2 – Le renouvellement des figures de la relation de soin et conséquemment des motifs de doute 232
3.4.3 – Une relation de soin équilibrée grâce au doute partagé, une utopie ? 234
4 – Des dimensions chosifiante et instrumentale de la relation de soin comme source de défiance 235
4.1 – Le principe de réification est inhérent à la biomédecine.....236
4.2 – La part instrumentale de toute relation de soin 238
4.3 – Des écueils de la chosification médicale pour le patient…, mais aussi le soignant 239
4.3.1 – Une épreuve pour le patient 239
4.3.2 – Une épreuve pour le soignant.....240
4.4 – Entre réalité objective et vécu subjectif, un fossé qui peut sembler infranchissable 241
5 – Une approche Canguilhemienne de la relation de soin centrée sur le sujet.....244
5.1 – Canguilhem invite à ne pas réduire la médecine à une science.....244
5.2 – Renouer avec la centralité de l'expérience subjective des malades 246
5.3 – (Re)mettre les sujets (patients et soignants) et leur relation au centre de la médecine 247
6 – Une approche bubérienne de la relation soin centrée sur la réciprocité.....249
6.1 – Les « Mots-Principes » de Martin Buber.....249
6.2 – Buber distingue deux modes de relation : *Je-Cela* et *Je-Tu* 251
6.3 – La réciprocité plutôt que la chosification 253
6.4 – Quand un médecin occidental propose une lecture bubérienne de la relation de soin 256
6.4.1 – La prévalence d'une relation de type Je-Cela en biomédecine occidentale…256
6.4.2 – Reach invite à faire cohabiter les relations de type Je-Cela et Je-Tu au cœur du soin 259

6.4.3 – Normaliser la modalité Je-Tu de la relation de soin serait un changement de paradigme pour la biomédecine 262
L'EPREUVE DU DOUTE DES SOIGNANTS.....265
1 – Le doute scientifique au prisme du parcours et de l'œuvre de Claude Bernard 269
1.1 – Claude Bernard, une biographie et une personnalité qui invitent à l'esprit du doute 271
1.2 – Les limites de l'analogie avec Descartes 276
1.3 – La méthode expérimentale, une certaine façon d'appréhender la connaissance...278
1.3.1 – La méthode expérimentale comme autre voie d'accès à la connaissance 279
1.3.2 – L'histoire discontinue de la méthode expérimentale et de son application à la médecine.....279
1.4 – Claude Bernard, une certaine façon d'appréhender et de définir la médecine 282
1.4.1 – Mettre en doute la médecine d'observation pour n'en garder que le meilleur 282
1.4.2 – Mettre en doute la médecine empirique pour ne la réhabiliter qu'à contre-cœur 285
1.4.3 – Claude Bernard veut croire en une médecine nouvelle 289
1.5 – Le doute est au cœur de la méthode expérimentale 291
1.5.1 – La fonction glycogénique du foie, une découverte expérimentale rendue possible grâce au doute.....291
1.5.2 – En médecine expérimentale, le vrai chercheur est un douteur, pas un sachant 292
1.5.3 – Le doute, l'outil fondamental de la méthode expérimentale 294
1.5.4 – L'expérimentateur doit aussi douter pour garder sa liberté d'esprit.....296
1.6 – Qu'en est-il de l'héritage bernardien dans le contexte médical contemporain.....298
1.6.1 – Méconnaissance et difficulté d'application de l'esprit scientifique bernardien 298
1.6.2 – De l'illusion de toute-puissance scientifique à la défiance à l'égard de la science.....300
1.6.3 – Entre l'hôpital et le laboratoire, une passerelle fragile et incertaine 301
2 – Le doute clinique, un outil incontournable pour le soignant 303
2.1 – Le clinicien comme détective et le doute comme outil d'enquête 305
2.2 – Le raisonnement abductif en médecine, une menace pour le doute clinique ?.....308
2.2.1 – Inférer abductivement commence par le « flair du clinicien ».....310

2.2.2 – Abduire en médecine consiste donc bien à poser des hypothèses et à les réduire 311
2.2.3 – Heurs et malheurs du raisonnement abductif 312
2.3 – L'intolérance des soignants à l'incertitude, une autre menace pour le doute clinique ?.....316
2.3.1 – L'(in)certitude une source de dissonance dans l'esprit des soignants.....317
2.3.2 – L'incertitude médicale, un concept aux multiples facettes et une source de confusion 319
2.3.3 – La culture biomédicale comme illusion de maitrise de l'incertitude.....322
2.3.4 – Quelle que soit la spécialité, l'incertitude médicale est inextinguible.....324
2.3.4.1 – L'incertitude en génétique 324
2.3.4.2 – L'incertitude en médecine générale 325
2.3.5 – De l'importance de tolérer l'incertitude, un changement de paradigme 327
2.3.5.1 – La crainte de l'incertitude comme source de bien des périls 327
2.3.5.2 – S'efforcer de tolérer l'incertitude enrichit la clinique 329
2.3.6 – L'incertitude comme opportunité et support pour le doute clinique 331
2.4 – Des effets des mutations de la clinique contemporaine sur le doute des soignants 333
2.4.1 – Depuis Foucault, les grandes évolutions de la clinique 333
2.4.2 – En quoi l'évolution actuelle de la clinique serait-elle défavorable au doute ? 335
2.4.2.1 – Le remplacement de la clinique par le tout technique, un fléau pour le doute du clinicien.....336
2.4.2.2 – L'extinction de la parole prive du langage du doute 337
2.4.2.3 – La relégation du corps prive de ces indices qui excitent le doute et l'enquête clinique.....339
2.4.3 – De nouvelles voies de doute pour les soignants à l'aune de la biomédecine contemporaine 341
2.4.3.1 – Vers un exercice collectif de la médecine qui favorise le partage du doute entre soignants.....341
2.4.3.2 – D'autres évolutions de la médecine moderne seraient favorables au doute des soignants 344
2.5 – Des difficultés de la clinique et du courage d'être un clinicien qui doute.....345
3 – Jacques Chauviré ou le doute existentiel du soignant 349

3.1 – Le choix du *Journal d'un médecin de campagne* de Jacques Chauviré.....350
3.2 – Une constante interrogation sur la mort au cœur du doute existentiel de Chauviré 352
3.2.1 – Aux antipodes d'une vision cadavérique de la mort 352
3.2.2 – Apprendre la mort par sa proximité clinique avec les patients.....353
3.2.3 – Une approche de la mort aux antipodes de la rationalité biomédicale 355
3.3 – Le sens du métier de soignant, une puissante source de doute existentiel.....356
3.3.1 – Le doute existentiel face aux difficultés d'être soignant.....356
3.3.2 – Au vécu d'impuissance des médecins, les patients peuvent opposer le destin 358
3.3.4 – De la puissance réflexive du doute vocationnel des soignants.....359
4 – John Sassall ou le doute axiologique du soignant 361
4.1 – Le choix du médecin John Sassall.....363
4.1.1 - Sassall sous l'œil de John Berger et Jean Mohr.....363
4.1.2 - Éléments de biographie professionnelle de Sassall 364
4.1.3 - De la place singulière de Sassall au sein de la communauté 366
4.2 – Le doute axiologique, une aptitude à questionner les valeurs véhiculées par la médecine et ses écueils 367
4.2.1 - Oser douter des limites de la médecine et mobiliser l'imagination 368
4.2.1.1 – Quand la médecine manque de repères et ne permet pas un accompagnement suffisant.....368
4.2.1.2 – Le support inestimable de l'imagination dans la pratique clinique de Sassall.....369
4.2.1.3 – L'imagination médicale de Sassall n'est ni irrationnelle ni déraisonnable 371
4.2.1.4 – De l'importance de ciseler l'imagination comme outil médical.....372
4.2.2 - Oser douter des bienfaits de l'empathie 373
4.2.3 - A fortunate man ? Un métier idéal ? En douter ? 376
4.2.3.1 – Un métier idéal pour Sassall ? 376
4.2.3.2 – Sassall, *a fortunate man* ?.....377
4.3 – De l'importance de mettre en doute son propre rapport au métier de soignant....378
4.3.1 – Désidéaliser le portrait de Sassall pour en éclairer les dangers possibles 378
4.3.2 – Être soignant : ambivalence et aliénation ?.....380

4.3.3 – Heurs et malheurs d'un insatiable appétit de doute clinique 381
4.3.3.1 – Le soulagement éphémère lié à la dissipation du doute dans l'action 382
4.3.3.2 – De l'insatisfaction à la désillusion, Sassall n'en demeure pas moins accro au doute.....383
4.3.3.3 – Sassall ou la religion du doute.....385
4.3.4 – De l'écueil du surinvestissement humain des soignants 386
4.3.4.1 – L'excès de proximité et d'empathie.....386
4.3.4.2 – Des risques de s'engager au-delà du périmètre sanitaire 387
4.3.5 – La tragédie de Sassall jusqu'à mourir d'une spirale de doute jamais remise en cause 388
4.3.5.1 – L'injonction contradictoire, un drame structurel inhérent au système de santé 389
4.3.5.2 – Le dilemme de Sassall 390
4.3.5.3 – Quand le sentiment d'impuissance se mue en jugement d'insuffisance à sa propre encontre.....391
4.3.5.4 – Mourir de n'avoir que le doute pour horizon ? 392
4.3.5.5 – De l'importance du doute axiologique pour survivre à sa condition de soignant.....394
L'EPREUVE DU DOUTE DES PATIENTS 397
1 – Le doute comme effet des évènements et des épreuves affectant la santé.....401
1.1 – L'évènement de santé comme mode d'émergence du doute chez le patient.....401
1.2 – Face à l'inconnu médical, une inévitable perte des repères.....406
1.3 – Derrière le doute des patients, une foule de questions prosaïques envahissantes .411
1.4 – La rencontre de la médecine et du système de santé comme source inévitable de doute pour le patient.....416
1.5 – Quand le doute du patient revêt l'ampleur et les enjeux d'une *crise* 419
1.5.1 – Omniprésence de la potentialité de crise 420
1.5.2 – La crise du point de vue de la médecine et des soignants 421
1.5.3 – La crise du point de vue des patients 424
1.5.3.1 – La crise comme destruction d'un état antérieur 425
1.5.3.2 – La crise comme basculement 426
1.5.3.3 – La crise comme changement.....427
1.5.3.4 – La crise comme *Kairos* 430

2 – Le doute identitaire du patient 433
2.1 – Clémentine Vergnaud ou le vécu de perte d'identité 433
2.2 – Jean-Luc Nancy ou l'expérience d'intrusion et de l'étrangeté de soi 437
2.2.1 – Le substrat immunitaire du vécu d'étrangeté 438
2.2.2 – Un vécu d'étrangeté qui dépasse le seul conflit immunitaire et se globalise .443
2.3 – Antoine Percheron ou l'expérience d'une transformation jusqu'à la métamorphose 446
2.3.1 – La métamorphose kafkaïenne d'Antoine Percheron 446
2.3.2 – Un chambardement identitaire qui implique tous les sens et engage vers de nouvelles normes 448
2.3.3 – L'enracinement dans la métamorphose comme perspective de sortie du doute identitaire 451
2.3.4 – Combien ce vécu de métamorphose peut échapper aux soignants 454
2.4 – Le paradigme du doute identitaire, du pathologique au physiologique 455
2.4.1 – Le doute identitaire à l'adolescence 455
2.4.2 – Les perturbations identitaires liées au vieillissement 458
2.5 – Par-delà les spécificités, l'universalité de l'expérience de doute identitaire 460
2.6 – L'importance du regard d'autrui comme modalité de reconnaissance et de résolution du doute identitaire 461
3 – Le doute existentiel du patient 464
3.1 – Le doute existentiel comme confrontation à la question du sens de la maladie et de la vie 465
3.1.1 – Le non-sens de la maladie, personne ne semble en douter… 466
3.1.2 – Si la maladie n'a pas de sens, pourquoi donc lui en chercher éperdument ? .467
3.1.3 – Quid du sens de la vie avec la maladie, la souffrance, la menace de mort 470
3.1.4 – Et si cette crise de doute existentiel était aussi une opportunité de restituer du sens 471
3.2 – La crise existentielle liée à la maladie comme confrontation à la précarité et la finitude 474
3.2.1 – La maladie confronte à la précarité de la vie et à la logique de la mort 474
3.2.2 – Face à l'inconnu de la maladie, la confusion des repères entre vie et mort ...476
4 – Certitudes et incertitudes, une source diversifiée de doute pour les patients 479
4.1 – L'effet *Pharmakon* de l'état d'(in)certitude 479
4.1.1 – L'état de certitude comme poison ou comme remède 480

4.1.2 – L'état d'incertitude comme poison mais aussi comme remède 483
4.2 – L'état de doute des patients comme effet de l'omniprésence de l'incertitude en médecine 484
4.2.1 – De l'incertitude au doute, il n'y a qu'un pas pour les patients 485
4.2.2 – Les faiblesses et les progrès de la médecine, une source infinie d'incertitude 486
4.2.3 – La vanité des statistiques en réponse à l'incertitude du patient 487
4.2.4 – L'incertitude comme dévoilement de l'éternelle marche empirique de la médecine 490
4.2.5 – De la lucidité des patients face à l'incertitude 492
4.2.6 – L'incertitude tragique comme condition de l'être malade 496
4.3 – L'incertitude comme ferment de doute et de crise 496
4.4 – Le doute en tant que voix du patient face à la parole d'autorité médicale 499
4.4.1 – Le besoin de tendre vers des certitudes autant que de douter 499
4.4.2 – De l'importance de laisser place à la voix subjective du patient marqué de l'épreuve du doute 501
4.4.3 – Dialoguer à partir des doutes du patient, premier pas vers la démocratie sanitaire 502
4.5 – Le recours au doute face à la certitude tragique de la mort 504
4.6 – Le doute comme possibilité d'espérer 507
L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : PHILIPPE LANÇON ET LA CHIRURGIENNE CHLOE BERTOLUS 515
1 – Un contexte extraordinaire pour une relation de soin singulière mais non moins ordinaire 519
1.1 – L'exception de monstruosité 519
1.2 – Une inscription dans un moment exceptionnel de l'Histoire 520
1.3 – Une chirurgie d'exception 522
1.4 – Des êtres d'exception, mais surtout simplement singuliers 523
1.5 – Un patient comme tous les autres 523
2 – L'épreuve du doute du patient Philippe Lançon 525
2.1 – Le trou comme métaphore du doute 525
2.1.1 – Le trou comme paradigme originel du doute et de sa hantise 525
2.1.2 – Le trou comme mise en doute de la condition humaine 527
2.2 – Plongée dans une crise de doute identitaire 528

2.3 – L'oralité trouée 531
2.3.1 – La parole emportée dans le gouffre du trou et du doute 531
2.3.2 – La tablette Velléda comme voie d'expression par-delà le trou pour affronter le doute 532
2.4 – Plongée dans une crise de doute existentiel 534
2.4.1 – Rupture du cours de son existence et de ses croyances stabilisées 534
2.4.2 – L'élan de vie, malgré les bouleversements, au cœur du doute existentiel 536
2.5 – La « liste des questions » comme habitude structurante de résolution du doute ..537
2.5.1 – Lançon ou l'ethos du patient investi qui doute pour comprendre et agir 537
2.5.2 – La « liste de questions » a marqué l'origine d'un nouvel équilibre de vie 538
2.5.3 – La rupture du rituel de la « liste de questions » au risque de la résurgence traumatique 538
2.6 – Un texte à trous mais une mise en écriture comme issue au doute 539
2.6.1 – Au cœur de cet entre-deux de la vie et la mort, la littérature et l'écriture comme issue 540
2.6.2 – L'écriture trouée tel le faisceau de lumière qui vient éclairer la caverne 541
2.7 – La (re)naissance de Lançon grâce au doute et à sa résolution fertile 543
2.7.1 – Le devenir patient 544
2.7.2 – La (re)naissance de Lançon par l'écriture.....547
2.7.3 – Le devenir écrivain.....551
2.8 – Le doute comme condition de relation au monde et aux autres 552
2.8.1 – La perpétuité du doute 552
2.8.2 – Le doute comme mode d'être au monde.....555
3 – Chloé Bertolus ou l'éthos du doute au cœur de l'activité d'une chirurgienne 556
3.1 – Le doute, un outil clinique et une ouverture au dialogue.....557
3.1.1 – Une clinicienne qui utilise le langage du doute à même le lit du malade.....557
3.1.2 – Une clinicienne qui doute ouvre au dialogue 558
3.2 – Le doute scientifique pour améliorer sa pratique et toujours espérer.....558
3.3 – Le doute comme posture soignante face aux (in)certitudes.....560
3.3.1 – Décider et agir ne sont pas incompatibles avec l'éthos clinique du doute 560
3.3.2 – Le doute du soignant en réponse au désir de certitudes comme à l'état d'incertitude 561
3.4 – Le doute comme opportunité de créativité et comme ouverture à la complexité .562

4 – Le doute à l'épreuve de leur relation de soin.....565
4.1 – Quand le doute ne se parle plus : état de crise dans la relation de soin 566
4.2 – La reviviscence traumatique toujours possible du doute originel lié au trou.....568
4.2.1 – La rupture d'un équilibre.....569
4.2.2 – Le trop plein d'incertitudes.....570
4.3 – L'émergence du doute comme défiance au cœur de la relation de soin.....573
4.3.1 – La suspicion, une inflation du doute qui met la confiance à l'épreuve.....573
4.3.2 – L'épreuve du doute déceptif face à la (non)puissance médicale 574
4.3.2.1 – Le tragique du décalage entre patient et soignant.....574
4.3.2.2 – Renouer, sans nier le décalage.....577
4.3.2.3 – Surmonter la (non)puissance de la médecine grâce au doute 578
4.3.3 – La flambée des dissensions attise le doute suspicieux à l'égard des soignants 580
4.3.3.1 – Quand la communication est mise en défaut.....580
4.3.3.2 – Quand la proximité manque.....581
4.3.3.3 – Quand il y a discordance d'interprétation.....582
4.3.4 – Une relation en mal de conversation pour parler le doute.....584
4.4 – De la place de la dimension affective du doute dans la relation de soin.....586
4.4.1 – Le doute au risque d'un embrasement émotionnel 586
4.4.2 – Le soignant affecté, un ferment de déstabilisation relationnelle 588
4.4.3 – Source et place des affects au cœur de la relation entre soignant et patient ..590
4.5 – Le doute comme *Pharmakon* et comme *Kairos* pour la relation de soin 592
4.5.1 – Le doute comme opportunité de reconfiguration relationnelle 592
4.5.2 – Le doute, un pharmakon … et surtout un remède pour la relation de soin....593
4.6 – Pas d'intersubjectivité sans doute, pas d'issue au doute sans la relation 596
4.6.1 – Le Lambeau invite à une lecture bubérienne de la relation de soin liant Lançon à ses soignants 596
4.6.2 – Le partage du doute comme issue et comme condition de l'intersubjectivité dans la relation de soin 600
L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : MADELEINE LEBOUC ET LE PSYCHIATRE PIERRE JANET 603
1 – Justification du choix de la relation de soin entre Pierre Janet et Madeleine Lebouc..606
1.1 – Bref rappel historique au sujet de cette relation de soin 606

1.2 – Actualité des situations de doute irrésolu en médecine ou la hantise de l'errance diagnostique....608
1.3 – Le renoncement ou la fuite des acteurs de santé face au doute médical irrésolu..608
1.4 – L'histoire de Madeleine Lebouc comme exemple de cas médical irrésolu 612
1.5 – L'accueil du doute, *a fortiori* irrésolu, comme enjeu de préservation de la relation soin....614
2 – Spécificités méthodologiques et choix du corpus de travail....614
2.1 – S'extraire des analyses scientifiques existantes et des sources documentaires historiques 616
2.2 – Se situer au plus près de l'identité narrative des acteurs de la relation de soin 619
2.3 – Le choix d'un corpus littéraire : entre récit de vie et fiction de relation 621
2.4 – Le récit personnel de Madeleine Lebouc 622
2.5 – La relation fictionnelle entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet : une mise en scène 626
2.5.1 – Pourquoi envisager une fiction de relation ? 626
2.5.2 – Les limites d'une lecture de la relation de soin au prisme du récit des patients 627
2.5.3 – Les limites d'une lecture de la relation de soin au prisme du regard soignant 629
2.5.4 – S'approcher au plus près du réel de la relation de soin grâce à la fiction 630
3 – Le contexte de cette relation de soin et son actualité 632
3.1 – Le contexte général et singulier de Madeleine Lebouc 633
3.1.1 – Madeleine, une femme au cœur d'une société dominée par le patriarcat....633
3.1.2 – Madeleine, une femme en rupture avec son milieu social 634
3.1.3 – Madeleine, une femme faisant le choix de l'engagement social humanitaire 636
3.1.4 – Madeleine, la vocation franciscaine et le destin d'une extatique 637
3.1.5 – Madeleine, une femme au cœur de la psychiatrie du 19e siècle 638
3.1.5.1 – Madeleine au cœur du modèle asilaire 639
3.1.5.2 – D'un enchainement à un autre ou l'émergence de la figure du médecin tout-puissant....640
3.1.5.3 – La psychiatrie comme outil de contrôle social, notoirement des femmes 643
3.1.5.4 – Madeleine, une patiente elle aussi asservie et chosifiée par la psychiatrie de l'époque ?....646

3.2 – Le contexte de Pierre Janet 648
3.2.1 – Pierre Janet, un homme de la bourgeoisie du 19e siècle 648
3.2.1.1 – Une société patriarcale affectant la pratique médicale de Janet 649
3.2.1.2 – Du paternalisme médical jusqu'à l'emprise de Janet sur Madeleine.....649
3.2.2 – Pierre Janet et son rapport ambigu à la religion 651
3.2.3 – Pierre Janet, un spécialiste éminent du 19e siècle en matière de psychisme humain 652
3.2.3.1 – La philosophie, première voie d'accès aux questions psychologiques pour Pierre Janet 652
3.2.3.2 – L'orientation médicale de Pierre Janet, une autre façon d'aborder les questions psychologiques 652
3.2.3.3 – Pierre Janet ou l'application de la méthode expérimentale à la recherche en psychologie.....653
3.2.3.4 – Pierre Janet, clinicien et thérapeute auprès des malades.....654
3.2.3.5 – Pierre Janet, une postérité atténuée par l'effet d'aura de la psychanalyse 655
3.2.4 – Madeleine Lebouc, plus qu'un sujet de soin, un objet d'étude pour Pierre Janet ? 656
3.3 – Pertinence et actualité d'une telle configuration relationnelle en dépit des spécificités de son contexte 657
4 – L'épreuve du doute vécu par la patiente Madeleine Lebouc 658
4.1 – Madeleine, une femme en crise qui sème le doute 659
4.1.1 – Madeleine sème le doute autour d'elle.....660
4.1.2 – Madeleine, une femme en crise qui fait douter la médecine 661
4.1.3 – Madeleine, une femme en crise qui fait « douter » l'Eglise catholique 661
4.1.4 – Madeleine, une femme en crise qui doute aussi d'elle-même et de sa situation 662
4.2 – De la révélation divine à la crise mystique de Madeleine, le doute non moins à l'œuvre.....663
4.2.1 – L'état de croyance religieuse de Madeleine ou toute une vie se dédiant à Dieu 664
4.2.2 – La métamorphose mystique de Madeleine ou la puissance indubitable de sa foi 665
4.2.3 – Les stigmates, preuve d'une élection mystique.....667
4.3 – Une situation psychique qui ne cesse de rebattre les cartes du doute.....672

4.3.1 – Entre la certitude délirante d'être persécutée et la tonalité dubitative de ce qui lui arrive 672
4.3.2 – Psychiatriser le doute ou comment évacuer et interdire le doute des patients675
4.3.3 – Aux antipodes de la folie du doute, la certitude de la jouissance divine 678
4.4 – L'épreuve du doute induite par la maladie fait communauté de patients 680
4.4.1 – L'état de doute et son issue comme métamorphose, une expérience partagée par les patients 680
4.4.2 – L'« autopathographie » donne voix à cette épreuve de doute propre à la communauté des patients 682
5 – L'épreuve du doute pour le psychiatre Pierre Janet 683
5.1 – Pierre Janet clinicien, le doute clinique au lit de la *malade* Madeleine Lebouc ...685
5.2 – Pierre Janet ou le doute scientifique face au *cas* Madeleine Lebouc 691
5.2.1 – En tant que bernardien, Pierre Janet doute scientifiquement 693
5.2.1.1 – La mise sous scellés expérimentale des pieds de Madeleine 693
5.2.1.2 – Les stigmates à l'épreuve de l'expérimentation scientifique 694
5.2.1.3 – L'expérimentation scientifique à l'épreuve des stigmates.....695
5.2.2 – Les limites du doute expérimental de Pierre Janet 696
5.2.2.1 – Pierre Janet ne peut pas se prévaloir de ne douter que de façon scientifique 697
5.2.2.2 – Le scientifique Pierre Janet est aussi porté par des opinions non scientifiquement fondées 699
5.2.2.3 – Que le doute scientifique vienne à couvrir la suspicion, il dégrade le lien de confiance 701
5.2.2.4 – L'ambition expérimentale de Pierre Janet à l'épreuve de l'inexplorable scientifiquement 702
5.2.2.5 – De l'incohérence et des limites éthiques de l'usage de la méthode expérimentale chez Madeleine Lebouc 704
5.2.3 – L'intolérance du scientifique Pierre Janet à l'incertitude, au doute irrésolu, aux inconnus de la science 705
5.3 – Les perspectives de Pierre Janet lorsque le doute expérimental est pris en défaut707
5.3.1 – Pierre Janet ou la conscience de l'importance de revenir toujours au doute par la clinique 707
5.3.2 – Pierre Janet ou l'alibi du spirituel face aux inconnus de la médecine scientifique.....709

5.3.3 – Pierre Janet sait-il que science médicale sans relation n'est que ruine du soin ? 712
6 – L'épreuve du doute au cœur de leur relation de soin....714
6.1 – Quand le doute s'invite en partage dans la relation de soin entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet....715
6.1.1 – L'exemplarité et l'universalité de la relation de soin entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet....715
6.1.2 – Le doute est non seulement abordable mais il s'impose et enrichit leur relation de soin....717
6.1.3 – La scène de la pesée met en lumière le doute à l'œuvre au cœur de leur relation de soin....717
6.1.4 – La patiente parvient à faire douter le médecin de ses preuves scientifiques..719
6.1.5 – La vanité de l'enquête scientifique face au vécu d'extase....720
6.1.6 – De la persévérance du scientifique au point d'en devenir dogmatique....722
6.1.7 – De l'usage hyperbolique du doute par Madeleine....722
6.1.8 – Le doute de Madeleine comme rempart éthique aux assauts du scientifique 723
6.1.9 – Quand l'objectivité ne fait pas le poids face à la vérité de l'expérience subjective....724
6.2 – La portée du doute en partage dans la relation de soin....727
6.2.1 – Le doute en partage dans la relation de soin comme condition de reconnaissance intersubjective....727
6.2.1.1 – L'épochè phénoménologique comme modalité de relation au monde en le réinterrogeant toujours....728
6.2.1.2 – L'épochè phénoménologique comme condition de la relation intersubjective....732
6.2.1.3 – Le doute en partage dans la relation de soin comme émergence de la relation intersubjective entre Madeleine Lebouc et Pierre Janet....734
6.2.1.4 – Le doute partagé comme moment du soin....736
6.2.2 – Le doute dans la relation de soin comme puissance dialectique....737
6.2.2.1 – La dialectique du doute comme espace d'intelligibilité entre patient et soignant....739
6.2.2.2 – Cette espace dialectique révèle la parole des patients et offre un au-delà réflexif....739
6.2.2.3 – Une agora des patients permettant la libre expression de leurs doutes et pour penser l'avenir des soins....741

6.2.3 – Le doute dans la relation de soin comme puissance éthique 741
6.2.3.1 – L'apport du douter aux principes de la bioéthique 741
6.2.3.2 – L'épochè plutôt que le non-diagnostic comme acte éthique 743
6.2.3.3 – Le doute permet d'accueillir la pluralité des voix et des choix des patients 746
L'EPREUVE DU DOUTE AU CŒUR DE LA RELATION DE SOIN : MARINELLA BANFI ET L'ONCOLOGUE THOMAS TURSZ.....749
1 – Le contexte des protagonistes de la relation de soin 754
1.1 – Le contexte de Marinella Banfi, une patiente adulte souffrant d'un cancer 755
1.1.1 – Marinella Banfi, une patiente ordinaire.....755
1.1.2 – Marinella Banfi, une patiente en phase avec l'évolution des droits des patients 757
1.1.3 – Marinella Banfi, une personnalité forte et singulière 759
1.1.4 – Marinella Banfi, une « patiente difficile » 762
1.1.5 – Marinella Banfi, une patiente qui dérange la médecine conventionnelle occidentale 764
1.2 – Le contexte de Thomas Tursz, un médecin scientifique spécialiste du cancer.....765
1.2.1 – Thomas Tursz, un cancérologue visionnaire 765
1.2.2 – Thomas Tursz, un défenseur de la biomédecine dans le sillage de Claude Bernard.....766
1.2.3 – Thomas Tursz, un homme athée et marqué par l'Histoire 768
1.2.4 – Thomas Tursz, un esprit d'ouverture 769
1.2.5 – Thomas Tursz, un homme déçu par la biomédecine ?.....770
2 – L'épreuve du doute vécu par la patiente Marinella Banfi 773
2.1 – L'épreuve du doute de Marinella comme état de crise existentielle.....774
2.1.1 – L'épreuve du doute subi par Marinella du fait de la maladie.....775
2.1.1.1 – La maladie provoque un vécu de doute au sens peircien 775
2.1.1.2 – Cette crise de doute liée à la maladie ne facilite pas sa rencontre des soignants 776
2.1.2 – L'épreuve du doute de Marinella à l'égard de la médecine.....777
2.1.2.1 – Marinella et les soignants : le doute comme défiance.....777
2.1.2.2 – Marinella et la biomédecine : le doute comme prise de conscience et comme quête.....779

2.2 – L'enquête de Marinella Banfi sur la cancérologie, une dynamique de doute volontaire 784
2.2.1 – Marinella Banfi se comporte en détective auprès des cancérologues 784
2.2.2 – Le soupçon du patient comme moteur du doute détective et de l'enquête 785
2.2.2.1 – Le soupçon suscite l'enquête 786
2.2.2.2 – La légitimité du soupçon des patients à l'égard du milieu médical 786
2.2.2.3 – De l'incompréhension suscitée par l'état de soupçon à la relation 787
2.2.3 – Douter en détective impose au patient courage et ouverture d'esprit 788
2.3 – Le moment sceptique de Marinella Banfi face à la médecine occidentale 789
2.3.1 – Une plongée dans l'indifférence sceptique 789
2.3.2 – L'état sceptique comme risque pour les patients 790
2.3.3 – L'épochè sceptique ne relève pas d'un refus de soin ni d'un rejet de la biomédecine 790
2.4 – Ces poisons du doute qui ont épargné Marinella Banfi 791
2.4.1 – Le dogmatisme anti-scientifique 792
2.4.2 – Le scepticisme radical 793
2.4.3 – Le relativisme 793
2.4.4 – Le complotisme 794
2.5 – Comment Marinella fait face au doute et œuvre à le résoudre 795
2.5.1 – Sortir du doute grâce à la reconnaissance intersubjective 795
2.5.1.1 – La reconnaissance mutuelle entre pairs, un effet salvateur 796
2.5.1.2 – La rencontre entre pairs comme issue à la crise de doute existentiel propre à la condition de patient 797
2.5.1.3 – L'entraide entre pairs : briser la solitude, partager le même voyage 798
2.5.1.4 – Une transmission de savoirs entre pairs tel un antidote face à l'inconnu 799
2.5.2 – Sortir du doute par la re-subjectivation avec la maladie 799
2.5.2.1 – La maladie, une menace pour l'identité subjective 800
2.5.2.2 – De la légitimité des patients à revendiquer de n'être pas réduit à l'objet-maladie 800
2.5.2.3 – Le processus de re-subjectivation comme issue au doute des patients ... 801
3 – L'épreuve du doute pour l'oncologue Thomas Tursz 809
3.1 – Thomas Tursz : un médecin qui fait face au doute 813
3.1.1 – Le doute scientifique est inhérent à toute démarche de Thomas Tursz 814

3.1.2 – Thomas Tursz ne fait pas seulement face à un doute scientifique 816
3.2 – Ces poisons du doute dont Thomas Tursz est indemne 818
3.2.1 – Ni paternaliste ni patriarcal 818
3.2.2 – Positiviste mais pas un scientiste 818
3.2.3 – Faillibiliste mais pas sceptique 819
3.3 – Comment Tursz affronte le doute et s'engage à le résoudre 820
3.3.1 – La méthode scientifique de résolution du doute 821
3.3.1.1 – Quand l'ambition scientifique se heurte à une pratique empirique ancestrale 822
3.3.1.2 – Quand la rationalité scientifique ne trouve pas d'écho 825
3.3.1.3 – Quand ce qui cristallise la divergence avec la science ouvre aussi à la rencontre et au dialogue 827
3.3.1.4 – Quand repenser sa complémentarité à la science médicale permet de renouer avec les valeurs de l'empirisme 830
3.3.2 – La méthode détective et pragmatiste de résolution du doute 833
3.3.2.1 – Douter en détective, douter en pragmatiste, même combat ? 834
3.3.2.2 – *In the mood for inquiry* 836
3.3.2.3 – Son enquête conduit Thomas Tursz à des découvertes inattendues et l'ouvre à une tout autre vision de la médecine traditionnelle ayurvédique indienne 839
3.3.2.4 – Qu'en est-il des conséquences de cette enquête pour Thomas Tursz ? ...848
3.3.3 – La méthode herméneutique de résolution du doute 850
3.3.3.1 – Pour Thomas Tursz, la voie possible du doute herméneutique 850
3.3.3.2 – Quand Thomas Tursz se comporte en praticien herméneute en terres ayurvédiques 854
3.3.3.3 – Le doute herméneutique comme voie privilégiée d'ouverture à la singularité 855
3.3.3.4 – La médecine ayurvédique comme modèle de doute herméneutique 856
4 – L'épreuve du doute en partage au cœur de leur relation de soin 857
4.1 – Douter pour réinterroger la relation au malade en tant que sujet 860
4.1.1 – Quand la personnalisation biomédicale des soins ne fait pas ce qu'elle dit, elle génère malentendu et défiance 860
4.1.2 – Le doute en partage au cœur de la relation de soin comme condition de la reconnaissance subjective et donc de l'intersubjectivité 863

4.1.3 – Le soignant œuvre à la (re)subjectivation du patient au cœur de la relation de soin 864
4.1.4 – En œuvrant à sa (re)subjectivation le soignant aide le patient à sortir du doute et à se rétablir 865
4.2 – Le doute comme source de dialogue au cœur de la relation de soins 868
4.3 – Le doute comme source de pacification de la relation de soin et de (r)éveil de la philia 872
4.4 – Le doute comme ouverture à la pluralité des mondes du soin 876
4.4.1 – Marinella Banfi et Thomas Tursz, des voyageurs du doute ? 877
4.4.2 – Le doute comme ouverture à la différence des cultures en matière de santé et de soins 879
4.4.2.1 – Une approche de la mort différente selon les cultures 880
4.4.2.2 – Une approche qui donne la parole au patient et favorise l'expression de l'expérience subjective de la maladie 881
4.4.2.3 – Le principe de vitalité qui est au cœur de la médecine ayurvédique permet de (ré)interroger les soins et la relation de soin 882
4.4.2.4 – Pouvoir (re)penser la vitalité au prisme de la nature pour guide grâce au doute 883
4.4.3 – Le doute comme possibilité d'ouverture à la pluralité des soins 886
CONCLUSION 889
Bilan rétrospectif 891
L'analyse du doute des soignants 891
L'analyse du doute des patients 892
L'analyse de l'épreuve du doute au cœur du colloque singulier entre patient et soignant 893
Apports et limites de ce travail 894
Perspectives 897
ANNEXES 901
1 – Illustrations photographiques 903
1.1 – Photos relatives à John Sassal et ses patients 903
1.1.1 – Photo 1 : John Sassall au seuil d'une chambre de malade. 903
1.1.2 – Photo 2 : Le regard du doute chez le soignant (docteur John Sassall) 904
1.1.3 – Photos 3 et 4 : Le regard du doute chez une patiente. 904

1.1.4 – Photos 5 et 6 : La circulation et le partage du doute entre patient et soignant 905
1.1.5 – Photo 7 : Suivi d'une femme enceinte 906
1.1.6 – Photo 8 : Suivi de routine 906
1.1.7 – Photo 9 : Geste technique : une ponction lombaire. 907
1.2 – Photos relatives à Madeleine Lebouc 908
1.2.1 – Photo 10 : Madeleine sur la pointe des pieds 908
1.2.2 – Photo 11 : Protocole expérimental de mise sous scellés des pieds de Madeleine. 909
2 – Illustrations cliniques pour le sous-chapitre *Heurs et malheurs du raisonnement abductif* 910
Cas clinique n°1 : « Une histoire de saison et de gros globules » 910
Cas clinique n°2 : « Le mirage d'un arbre cachant une épaisse forêt » 911
BIBLIOGRAPHIE 913
1 – Ouvrages et articles principaux 915
1.1 – Ouvrages 915
1.2 – Articles 919
2 – Ouvrages et articles critiques 920
2.1 – Dictionnaires 920
2.2 – Ouvrages 920
2.3 – Thèses 936
2.4 – Articles scientifiques 936
2.5 – Articles de presse 950
3 – Documents audiovisuels 952
3.1 – Films et documentaires audiovisuels 952
3.2 – Replays audiovisuels 953
3.3 – Enregistrements radiophoniques 954
4 – Sites internet 956
4.1 – Sites internet consultés 956
4.2 – Textes législatifs et ordinaux 956
4.3 – Textes d'agences sanitaires 957
TABLE DES MATIERES 959