

A PROPOS DES LIVRES D'ALAIN FROMENT

Écrit par Philippe Colin
Lundi, 01 Novembre 2010 15:25 -

A PROPOS DES LIVRES D'ALAIN FROMENT

Maladie, donner un sens

Médecine scientifique, médecine soignante

Pour une rencontre soignante

Editions des archives contemporaines, Paris, 2001.

I – Maladie, donner un sens

Dans le prologue, nous pouvons lire les passages suivants : « Le médecin soignant se caractérise par la priorité qu'il donne constamment au bien du soigné concret qui se confie à lui (p. 12). Le but des soins est de s'opposer du mieux possible à la souffrance vécue par le soigné. Ce bien est celui que le soigné conçoit. Le soignant est supposé avoir recours à un savoir fiable et reconnu par la communauté médicale (p.13) ».

La souffrance est définie comme étant « les affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement » (Paul Ricoeur, in *La souffrance n'est pas la douleur*, Editions Autrement, série Mutations, 142, 1994, p.58).

On pourrait discuter dans ce prologue bien des points : le bien du soigné est-t-il toujours celui que celui-ci conçoit ? De quelle(s) façon(s) ? Le propos de l'auteur semble faire fi des bénéfices secondaires de la maladie, en particulier. Par ailleurs, le savoir médical est-il fiable dans tous les cas ? Certainement pas : la médecine que j'ai apprise il y a plus de trente ans n'est plus la même que celle que j'exerce actuellement, car elle basée sur une connaissance qui a énormément évolué, et rien ne permet d'affirmer qu'elle n'évoluera pas encore dans les décennies qui viennent. Le propos sur la souffrance méritera un chapitre entier, nous y reviendrons plus tard.

Dans une première partie, Alain Froment présente et critique le modèle biomédical.

La conception biomédicale de la maladie repose sur les idées de Claude Bernard, qui réduit la maladie à la physiopathologie : pour lui, « c'est par l'activité normale des éléments organiques que la vie se manifeste à l'état de santé ; c'est par la manifestation anormale de ces mêmes éléments que se caractérisent les maladies » (page 27). Il néglige ainsi, dit Alain Froment, « l'expérience humaine qui fut première et irremplaçable pour désigner la maladie » (même page). Il poursuit page suivante : « On constate ainsi la séparation complète dans l'esprit médical dominant, entre la conception biomédicale de la maladie et de celle d'un malheur frappant l'existence : un médecin peut déclarer une cellule malade sans signifier en rien qu'il l'imagine souffrir d'un malheur dans une subjectivité qui lui serait propre ».

Ce modèle biomédical repose sur les caractéristiques suivantes (pages 29 et 30) :

1 – Les règles d'un diagnostic en compréhension de maladie au sens général n'existent pas en médecine : la biomédecine ne prend pas en compte la reconnaissance par le patient de sa subjectivité qui lui fait reconnaître qu'il se sent ou non malade. Nous pourrions rajouter (cela, Alain Froment ne le dit pas), que ce diagnostic ne prend pas ou très peu en compte les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux.

2 – Le symptôme est le seul lien qui relie le malade à sa maladie, et il est valorisé surtout ou uniquement dans un but diagnostique au détriment de ce qu'il peut signifier sur le plan de la souffrance. Celle-ci est ramenée à la menace d'évènements majeurs comme la mort ou certaines invalidités.

3 – Le clivage entre la conception dite savante de la maladie et l'expérience subjective qu'en a le malade est accru par les développements de l'anatomo-pathologie, de la physiopathologie, de la chimie, de l'imagerie, et cetera...

La souffrance du malade est réduite « à l'état de superstructure par rapport à un mal conçu fondamentalement comme dysfonctionnement biologique » (page 31).

L'utilisation de la notion de facteur de risque « néglige le fait que personne n'échappe au risque et que les différences entre normal et anormal restent limitées » (page 33).

« Ce concept de facteur de risque est finalement devenu ce qu'il n'était absolument pas dans l'esprit de ses créateurs : une machine à normativiser, à inquiéter, et une arme supplémentaire pour le pouvoir médical » (page 34). Ceci est associé très fréquemment « au rejet des conceptions qui font appel à la subjectivité des malades et mettent à l'épreuve le savoir et l'autorité morale des médecins » (page 35).

Il faut noter page 36 l'importance que l'auteur attache à la notion de mal vécu par le patient, « objet premier de l'attention professionnelle ». La formation médicale, ajoute-t-il aussitôt, en donnant la place centrale donnée au substrat biologique permettra « d'accroître pour le médecin son pouvoir sur le réel ». Là, Alain Froment ne définit pas ce qu'est la réalité pour le patient et ne considère pas un seul instant si cette réalité du patient correspond à celle du médecin et à celle du modèle biomédical. C'est à la fois une insuffisance et une contradiction, car il est évident que la maladie ne peut pas, en aucune façon, être réduite à ce substrat biologique. Ce que ne relève pas l'auteur dans ce passage et qu'il avait pourtant souligné dans les pages précédentes (voir page 31 en particulier) pourrait faire penser à un manque de cohérence, voire à une contradiction. C'est d'autant plus important ou grave que cela contribue sans aucun doute au malaise de la médecine actuelle.

Le sens de la maladie est différent selon les personnes : pour le plus grand nombre, c'est l'interruption de l'activité sociale et familiale, ou tout ce qui induit une modification de la vie quotidienne et de l'identité sociale : la santé est ce qui permet de travailler, surtout pour les classes sociales défavorisées, ou ce qui permet « la production plus ou moins maîtrisable d'un ensemble d'habitudes de vie », ceci pour les classes favorisées, dont les médecins. Il n'est plus question d'organes ni de molécules, mais de problèmes de la vie concrète (pages 40 et 41, travaux de Claudine Herzlich et Janine Pierret). Cela rejoint tout à fait les réflexions de Schwartz et Wiggins pour qui « il est important que la médecine se réfère non seulement à la science, mais aussi à l'expérience préscientifique, et plus particulièrement au monde de la vie, au corps propre (ou corps vécu), et à la compréhension interhumaine. C'est donc au patient lui-même et non au médecin de savoir s'il est malade ou non (apport de Georges Canguilhem cité pages 43 et 44). Kay Toombs quant à elle accorde une place centrale à l'expérience vécue qui « représente la réalité de la maladie du patient ». Elle considère que le médecin ne peut réellement soigner sans doubler le point de vue biomédical d'une attention extrême à l'expérience vécue par le patient. Cette perturbation du corps vécu est caractérisée pour elle par un ensemble de pertes : perte de l'harmonie globale, perte de la certitude, perte de contrôle, perte de la liberté d'agir, perte du monde familial (page 49).

Cette perception complètement négative des perturbations entraînées par la maladie fait entièrement l'impasse, là aussi, sur les bénéfices secondaires de la maladie.

Le chapitre suivant est intitulé « Ce mal que les hommes nomment maladie ».

La maladie est donc un terme préscientifique et pour Alain Froment, « toute prétention de la part du corps médical à en fixer la signification ne peut résulter que d'un coup de force injustifiable » (page 50). Il faut regretter que l'auteur néglige d'en donner les différents sens, et ne donne aucune définition du terme « mal ». En effet, si l'on consulte des dictionnaires comme le Grand Usuel de Larousse, on voit qu'il existe plusieurs définitions à ces deux termes, et il aurait été plus pertinent de prendre une définition précise au préalable avant toute discussion. La maladie est définie comme une « altération organique ou fonctionnelle qui porte atteinte à la santé d'un être vivant », ou « une altération, dégradation de quelque chose », ou un « comportement excessif, anormal, obsessionnel ». Le mal est défini comme « ce qui est contraire au bon, à la vertu, ce qui est condamné par la morale », ou « ce qui est susceptible de nuire, de faire souffrir, ce qui n'est pas adapté », ou « un inconvénient, difficulté, problème, tout ce qui perturbe quelque chose, ou encore synonyme de maladie, ou enfin une souffrance physique ou morale. Il faudrait s'entendre sur la signification du terme « mal », et ceci, malheureusement, l'auteur n'en parle jamais dans son ouvrage.

Alain Froment insiste sur la nécessité de respecter l'intimité et la pudeur du patient (page 52). Il ne fait pas mention des limites du langage longuement analysées par la philosophie analytique, de la volonté plus ou moins consciente de la part du patient et de sa capacité à décrire avec exactitude ce qu'il ressent, sauf pour dire que ce discours peut changer d'un jour à l'autre ou d'un soignant à l'autre.

Par la suite (pages 54 et suivantes), il reprend les analyses de Kay Toombs : pour elle, la maladie est « fondamentalement vécue par le patient comme une désorganisation du corps vécu », ce dernier étant défini comme « une conscience incarnée qui s'engage et est engagée dans le monde environnant ». Il en conclue que « la maladie, ou plutôt le corps malade, semble constamment s'interposer devant ses projets : au lieu d'être ce qui nous permet de réaliser de réaliser nos intentions dans le monde, le corps physique se présente comme un empêchement qui doit être surmonté ». On peut se demander à ce moment là où commence l'intention et l'empêchement : le corps physique est vécu comme un empêchement, mais l'empêchement n'est-t-il pas second, n'est-ce pas plutôt l'intention qui est première, dont l'ambivalence retentit sur le corps physique et empêche celui-ci de bien fonctionner ? Pour Kay Toombs, le moi devient aliéné par rapport au corps qui lui devient étranger, obscur, et qui se transforme en une nouvelle entité, le corps malade, et elle aussi parle de pertes dans l'apparition de la maladie, en particulier perte de l'intégrité du corps, perte de la certitude de l'indestructibilité. Si l'on peut partager l'idée de perte de l'intégrité, l'on peut douter de cette perte de l'indestructibilité : la peur de mourir peut survenir dès l'enfance, sans qu'il y ait eu apparition d'une quelconque

pathologie.

Alain Froment insiste page 58 sur le déni, légitime à ses yeux, de l'étiquette de malade chez certains patients. Il n'envisage pas tout ce que pourrait signifier ce déni sur un plan psychologique. Et s'il déclare même page que l'activité médicale contribue à créer des malades, il ne donne aucun exemple à l'appui de sa thèse.

S'il est vrai que la conception de la maladie par le patient peut remonter aux expériences vécues dans l'enfance dans bien des cas, il est étonnant de ne pas voir citer la psychanalyse dans ce court chapitre page 59, alors que l'on voit apparaître les noms de Husserl et Ricoeur. C'est d'ailleurs dans ce même état d'esprit que nous lisons qu'il est impossible de revenir à « l'aube absolument première » et que nous apprenons que trois phénomènes permettent de reconnaître la maladie : 1 – la survenue de la maladie marque une distinction avec un avant. 2 – cette survenue entraîne une diminution d'être, des capacités d'exister. 3 – cette diminution d'être a sa cause en nous-mêmes, et « plus précisément dans notre corps ». Aucune causalité psychique n'est envisagée par Alain Froment, celui-ci de plus n'envisage à aucun moment de sortir de cette relation causale pour expliquer la maladie. Là aussi, la maladie n'a pas d'autre sens que celle d'une diminution, d'une perte, ce qui nous semble très incomplet comme raisonnement. La distinction entre maladie – être et la maladie – avoir nous paraît également très superficielle, d'ailleurs l'auteur reconnaît qu'il existe de nombreux cas intermédiaires.

L'absence dès le départ de la définition du mot « mal » entraîne l'auteur à des confusions regrettables : ainsi page 66, il se trouve surpris de lire dans « l'Essai sur le mal » de Nabert des propos sur la culpabilité. Il aurait dû consulter le dictionnaire, tout simplement... Son manque de culture philosophique est de plus flagrant lorsqu'il prétend que les philosophes n'ont pas écrit sur la souffrance (page 66). Comment ne pas relever ces propos contradictoires page suivante quand on commence par Alain Froment affirme que « la souffrance vécue envahit trop la conscience pour lui laisser le temps de l'analyser », pour déclarer ensuite que ce patient devrait s'appliquer à cette analyse... Et il passe ensuite sans transition sur la souffrance pour reprocher à Levinas de ne voir dans une souffrance insupportable qu'une souffrance physique (page 68). Les pages suivantes entretiennent cette confusion entre mal et souffrance, et les redites sont légion à ce moment là, on y retrouve la perte, la diminution, la déchéance, l'impossibilité de bien connaître l'intensité du « mal vécu ». Il laisse échapper par moments des phrases telles que « la subjectivité (du patient) échappe à l'objectivation » (page 80), sans en développer les implications. Et page suivante, il se reprend aussitôt pour affirmer que dans l'accident, les causes ne peuvent être qu'extérieures au patient, ignorant par là une fois de plus les acquis de la psychanalyse. Cette diminution imputable à la maladie lui semble d'autant plus importante que « l'estime des autres hommes lui est indispensable », ce qui est loin d'être une caractéristique universelle chez l'homme. Nous sommes malades, donc diminués, il n'existe pas d'autres alternatives (page 86). Et quand il parle de la souffrance morale page 87, c'est

pour y voir en premier lieu la proximité de la mort (ceci étant peut-être expliqué par son vécu de médecin hospitalier).

Le mal dans l'expérience de la maladie constitue le titre du chapitre suivant : toujours aucune définition du mal, ce qui étonne d'autant plus que l'expérience de la maladie est quant à elle définie comme étant « l'expérience subjective de la personne qui vit la maladie » (page 94). L'auteur nous livre alors une série de réflexions étonnantes pour le moins : impossibilité de décrire exactement son propre vécu, sa traduction en mots étant « une dénaturation absolue » (à quoi cela sert-t-il donc d'écouter les patients dans ces conditions ?). Qui plus est, il est inutile de se remémorer le passé, car cela lui communique « un caractère abstrait. L'attaque contre les différentes psychothérapies est à peine voilée...D'où sa décision page 98 de ne pas rapporter de cas cliniques, lesquels ne pourraient être qu'une interprétation a posteriori et extrêmement réductrice...Bien entendu, les conclusions qu'il pourrait tirer de cette décision ne sont absolument pas développées. Et c'est pour cette raison sans doute qu'il est en désaccord page 101 avec la proposition de Kay Toombs de « remplacer le modèle anatomo - physiopathologique par un paradigme qui incorpore une compréhension du vécu du malade ». Le masque de l'humanisme tombe vraiment dans les lignes et les pages suivantes : « en prétendant faire d'une expérience vécue un objet de connaissance, non seulement on la réduit mais on la dénature absolument, de telle sorte que la prétendue connaissance est d'emblée vouée à l'échec ». Et de critiquer la médecine holistique, incapable à ses yeux de prendre en considération la personne dans sa globalité, et de la mettre dans le même sac que la médecine biomédicale mécaniste, alors qu'elle en est l'opposé. S'il est vrai qu'une part importante du vécu du malade reste souvent cachée (nous pensons en particulier à la sexualité, qui reste difficile d'accès dans bien des cas). Il faut regretter le manque d'insistance et de développement de la part d'Alain Froment de l'ambivalence de la maladie, qui peut aussi comme il l'avoue apporter « un bien immense » (page 103). Cette ambivalence de la maladie se retrouve page 113, quand il parle du sens de la maladie, qui « est chargé d'une valeur positive si l'entente fait percevoir une augmentation des pouvoir – être, ou négative dans le cas contraire ». Regrettons une fois de plus que la maladie ne soit déclinée que dans le rapport au pouvoir – être, comme si cet auteur ne connaissait que la psychologie d'Adler. Et nous assistons à une contradiction de plus quand on le voit se raviser et affirmer que de toutes façons, le sens de la maladie ne peut qu' « échapper à tout mécanisme intellectuel vrai » (page 114). Pire, pour lui, « la création du sens du mal est une source de mal », ceci en contradiction avec ce que nous voyons tous les jours dans notre pratique médicale. Les citations de Susan Sonntag n'apportent rien si ce n'est d'illustrer des formes de déni par rapport à la maladie, pas plus que cette phrase sibylline relevée page 123 : « Il n'en reste pas moins que certaines douleurs chroniques posent des problèmes insolubles, et sont revêtues d'explications psychogéniques dont on ne peut pratiquement jamais vérifier dans quelles proportions elles sont vraies ou fausses ». Le soulagement qu'éprouvent les trop rares patients qui arrivent à ces explications est pourtant une belle illustration du fait que ces recherches sont utiles, quand elles

sont possibles bien entendu. Cette possibilité dépendra pour une part du patient, de sa capacité d'introspection et de description, et aussi du médecin, de sa capacité d'écoute et d'aide à l'introspection de celui qu'il soigne.

Il est étonnant de lire page 140 que « les adultes jeunes sont beaucoup plus souvent terrorisés par la mort que les personnes d'âge mûr ou a fortiori les personnes âgées ». Tout dépend des caractères, on peut voir la peur de la mort dès la plus petite enfance, mais la prise de conscience de la vieillesse qui commence à la quarantaine augmente de façon significative la prise de conscience de l'approche de la fin de vie. Certains semblent s'en faire une raison, d'autres jamais, ce n'est pas une question d'âge mais tient beaucoup plus au type de personnalité psychologique.

Page suivante, l'auteur s'empêtre dans ses contradictions : il redit que « chaque soigné a de sa maladie une expérience qui nous est absolument inaccessible. A laquelle nous n'avons pas à chercher véritablement accès, car elle fait partie de l'intimité de sa vie, d'une intimité d'autant plus profonde que la maladie fait plus souffrir ». Mais quelques lignes plus loin, il affirme pourtant que « mon objectif de soignant [...] est d'aider la personne à exprimer les difficultés qui en sont partie, pour laquelle elle souhaite de l'aide, et pour lesquelles il n'est pas exclu que nous puissions l'aider ». Il n'explique pas comment faire pour aider les patients dans leur souffrance sans que ceux-ci n'expriment leur vécu, leur expérience de malade... Cette souffrance apparaît pour Cassel « lorsque la personne perçoit l'imminence de sa destruction. Elle continue jusqu'à ce que la menace de désintégration ait passé ou que l'intégrité de la personne puisse être restaurée d'une autre façon » (page 149). Cet auteur relie donc directement la souffrance à la mort, à la différence d'Alain Froment qui insiste davantage sur le concept de valeur de soi qui serait atteint dans la souffrance. Les deux conceptions ne sont pas inconciliables et peuvent coexister chez une même personne.

Le chapitre se termine par cette phrase : « nous soignons d'autant mieux que nous savons nous ouvrir à la souffrance ». Quoiqu'en dise l'auteur, ceci ne peut que passer par la connaissance de l'expérience vécue par le patient.

Le dernier chapitre concerne le problème de la culpabilité dans la maladie. D'emblée, les interprétations psychologiques sont écartées et l'on se demande bien comment Alain Froment va s'en sortir sans en parler. Un rappel historique est tout d'abord effectué où l'on voit que la

maladie est souvent reliée à la notion de faute, dans un contexte de moralité chrétienne. L'auteur en attribue sans dire pourquoi ni comment au dualisme corps – esprit : « à l'esprit la faute, et au corps la maladie » (page 168). Et il termine ce chapitre toujours à propos du dualisme : « s'il y a quelque dualisme dans l'homme, c'est celui que crée artificiellement l'hypertrophie d'une conscience réflexive abstraite dont on ne cesse de lui faire croire qu'elle est maîtresse absolue, et qui refuse d'admettre qu'elle cède bien souvent à une autre forme d'intelligence subconsciente, qui a conduit notamment tout son développement premier, et continue à la rattacher indéfectiblement au monde de la vie. En niant cette dernière, cette conscience réflexive se prive les moyens d'être plus réflexive ». Comment ne pas citer Freud ou Jung dans cette réflexion ?

La conclusion comporte également quelques passages pour le moins discutables : dire que « la majorité des médecins considèrent la souffrance comme allant de soi et la prennent en considération sans dépasse la connaissance profane » est injurieux pour nombre de médecins qui justement essaient du mieux qu'ils peuvent de prendre en compte cette souffrance humaine (page 175). Affirmer page suivante que « la fréquence de ces dernières situations (examens systématiques, troubles dits mineurs), notamment dans la clientèle des généralistes et de certains spécialistes, contribuent sans doute d'une part à faire adopter des comportements automatiques qui ne sont absolument plus adaptés dès qu'il s'agit d'une véritable maladie où il y va de l'être du soigné, d'autre part à déformer les conceptions de l'activité soignante ». On voit la toute la morgue de l'hospitalo – universitaire pour qui la « vraie médecine » est celle qu'il pratique, et pour qui, par conséquent, tous ceux qui ne pratiquent pas ce genre de médecine ne peuvent que se tromper dans leur conception de la relation médecin - malade. Le masque est tombé et laisse entrevoir des choses pas très belles sous le vernis d'un humanisme de pacotille. La dernière phrase de la conclusion est révélatrice de cet esprit : « bien des médecins, en générant une large part des significations de mal, contribuent à produire plus d'angoisse par leurs paroles qu'ils ne peuvent en soulager par des comprimés faisant alors office de cache – misère ». C'est faire fi de l'efficacité du travail d'écoute et d'aide à l'interprétation de nombreux médecins, travail apprécié par leurs patients car répondant à une attente réelle de leur part. Tous ne sont pas comme cela, il est vrai, mais il ne faut pas généraliser, ni dans le sens d'un angélisme par rapport aux médecins, ni dans le sens de leur diabolisation.

II – Médecine scientifique, médecine soignante

Ce deuxième tome des ouvrages d'Alain Froment commence par une citation de Karl Popper que nous ne pouvons que partager : « Le vieil idéal de l'épistémê, l'idéal d'une connaissance absolument certaine et démontrable s'est révélé être une idole. L'exigence d'objectivité scientifique rend inévitable que tout énoncé scientifique reste nécessairement et à jamais donné à titre d'essai » (La logique de la découverte scientifique, Payot, 1984, p. 286).

L'auteur dénonce à juste titre la confusion qui est faite par beaucoup entre scientifique et vrai. Mais il n'envisage pas malheureusement d'autres théories que celle de Popper sur ce qui est scientifique et sur ce qui ne l'est pas (Popper propose qu'une théorie soit qualifiée de scientifique si, et seulement s'il est possible de la soumettre à des tests aptes à la réfuter éventuellement). Ce qui fait que tout son raisonnement dans la suite de cet ouvrage reste souvent très superficiel. Popper appliquait sa théorie à la physique, et l'on peut douter que son raisonnement s'applique totalement à la médecine, quoiqu'en dise Alain Froment. Les théoriciens de la physique quantique ont développé plus récemment des idées différentes qui vont beaucoup plus loin (voir à ce sujet mon texte sur homéopathie et physique quantique).

Ainsi, quand Alain Froment aborde brièvement la question de la psychanalyse (page 36), affirmant qu'elle n'est pas scientifique car non réfutable, non testable, il est à la fois hors sujet et superficiel (le caractère scientifique de cette discipline a été longuement débattu dans d'autres ouvrages, et ce débat diffère profondément d'une réflexion sur la médecine).

Quand par la suite pages 40 et 41, il relate l'étude MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention trial), publiée en 1990, étude selon lui incontestable dans sa conception et sa réalisation, il ne va pas au bout de son argumentation. Cette étude visait à établir une relation causale entre les décès par affection coronarienne et les facteurs de risque tels que l'hypertension, le tabagisme et l'hypercholestérolémie, et elle a montré que cette relation causale ne pouvait pas être mise

en évidence. Il aurait fallu au moins aborder deux choses : le problème de la causalité en médecine, et la recherche d'autres facteurs de risque, en particulier psychiques et environnementaux.

Sa réflexion sur objectivité et subjectivité reste également très superficielle : poser la question « pour fonder un savoir correspondant à la médecine soignante, qui vise à réduire la souffrance, comment concilier l'exigence précédente d'objectivité avec l'évidence que la souffrance se manifeste dans la subjectivité et seulement dans la subjectivité ? » (Page 44) méconnaît l'évidence même que le savoir médical est par essence subjectif, et que son objectivation ne peut que le déformer, comme l'affirment tous les penseurs qui se sont penchés sur la question. D'ailleurs, il reconnaît plus loin page 48 que le médecin « est toujours ramené à une subjectivité d'observateur », il en donne comme exemples la prise de la tension artérielle, faussée par de nombreux facteurs, comme le contexte de la consultation ou l'anxiété du patient même dans l'auto - surveillance de cette tension (pages 51 et suivantes), la mesure de la glycémie, des troubles du rythme cardiaque (page 51).

Alain Froment est obligé de reconnaître page 57 que « c'est dans cette subjectivité que réside le critère ultime des soins », mais c'est pour se contredire aussitôt en essayant d'opposer les affections réversibles, subjectives par conséquent, et les affections potentiellement irréversibles (comme les hémiplésies), qui pour lui « s'accompagnent souvent de signes objectifs qui permettent d'en faire une base empirique intersubjective ». On peut sérieusement douter de l'utilité d'une telle dichotomie : à quoi l'expérience et les connaissances apportées par une ou des hémiplésies peuvent elles être appliquées ? Sans doute à d'autres hémiplésies, mais peut-être pas à toutes (une hémiplégié post-traumatique pose des problèmes complètement différents qu'une hémiplégié d'origine tumorale ou vasculaire), et sans doute pas à d'autres pathologies, ou seulement dans des circonstances très particulières. L'auteur se contredit également page 63 quand il affirme qu' « il existe donc d'importantes discordances, pour ce qu'on pourrait appeler un même évènement, entre subjectivité du soigné et intersubjectivité des observateurs », pour ajouter juste après que « remarquer ces discordances n'est nullement faire un procès aux études scientifiques médicales, surtout quand elles contribuent à relever ce hiatus » (comme nous l'avons vu plus haut en citant l'étude MRFIT). Justement, n'existe-t-il pas dès le départ quelque chose de biaisé dans de telles études, dès leur conception qui sépare artificiellement facteurs de risques et conditions de vie (en particulier psychologiques et environnementales, répétons le) des patients. Alain Froment ne va pas au bout de son

raisonnement quand il dit page suivante que « l'abord scientifique auquel nous ne pouvons renoncer sans bloquer un processus de connaissance dont l'utilité est souvent incontestable, soit complété par une attention toujours plus grande à l'expérience vécue, afin que la science médicale ne perde pas de vue son objet fondamental ». Il est révélateur dans cet extrait que l'auteur écrit « expérience vécue » sans parler du patient : c'est à partir de lui, de son vécu, qu'il faut reconsidérer les choses, et le vécu du patient implique obligatoirement la prise en compte de tous les facteurs pouvant intervenir, et cela, Alain Froment le refuse, comme nous l'avons déjà vu et comme nous allons continuer à le voir. C'est d'ailleurs dans cette logique qu'il se prononce contre les mesures de la qualité de vie pages 64 à 71 : pour lui, la base de départ ne peut être que biomédicale si elle veut correspondre à des critères d'intersubjectivité. Mais il reconnaît aussitôt que la recherche d'une telle intersubjectivité ne peut pas s'accorder avec la subjectivité du soigné particulier qui nous fait face. Nous n'en sommes plus à une contradiction près... Si l'on part de la subjectivité du patient, puisque seule cette subjectivité compte, nous voyons bien que l'abord biomédical, qui nie cette subjectivité, ne peut pas servir de base de départ unique pour une étude sérieuse du patient malade. L'auteur le reconnaîtra implicitement au début du chapitre suivant quand il écrit page 73 que « la nature même de la requête d'intersubjectivité de la part des observateurs va à l'opposé de l'adéquation avec ce phénomène essentiellement subjectif et individuel qu'est « le mal » pour la personne soignée ».

Alain Froment aborde ensuite le problème des études randomisées en thérapeutique, concluant ce chapitre par ces lignes : « Les études contrôlées ne peuvent apporter au soigné et à son soignant que la certitude d'une probabilité de bénéfice, et non la certitude d'un bénéfice. Elles ne peuvent donc permettre au soignant de faire l'économie de l'incertitude fondamentale qui caractérise les soins donnés à une personne en particulier ». Cela ne l'empêche pas de continuer à se contredire par la suite, en proclamant l'utilité de telles études qui « permet de disposer d'authentiques énoncés thérapeutiques vérifiés empiriquement », aboutissant à « des résultats reproductibles » (page 85). Pour l'auteur, elles seraient scientifiques puisqu'elles permettent de réfuter des hypothèses thérapeutiques préexistantes (sous entendu pour n'en garder qu'une seule de valable). Il se réfère pour cela à Popper, oubliant au passage que pour cet auteur, c'est avant tout la possibilité de falsifier dans le futur ces hypothèses qui est importante. Qui plus est, étant donné la motivation égoïste prédominante du médecin (page 90), ces études contrôlées randomisées « nous donnent les points d'appui nécessaires pour découvrir et déjouer les pièges que constituent les tendances naturelles du moi en matière de connaissance » (page 91). Apprécions au passage le pessimisme de l'auteur sur la nature humaine... Ce pessimisme concernera également l'industrie pharmaceutique dont le comportement est jugé inadmissible sur le plan scientifique comme sur le plan déontologique (page 118). Après cette digression, Alain Froment consacra tout un chapitre aux limites des études randomisées. Il égratignera au passage les conférences de consensus, soulignant l'absence du principal intéressé, le soigné, dans de telles conférences, et affirmant que « sur le double plan épistémologique et éthique, la référence à ces consensus où tout est artificiel,

perpétue dans la profession médicale des comportements dogmatiques et investit le médecin d'une sorte de devoir d'appliquer aux profanes des décisions prises sans en discuter ouvertement et honnêtement avec eux. Elle contribue ainsi à dépersonnaliser les soins, en indiquant ce qui est bien dans une situation donnée de manière théorique. Elle aboutit à suggérer (à des instances administratives ou au médecin lui-même) qu'il y a faute lorsqu'on s'écarte de la décision consensuelle, même si l'écart est en fait bon pour le soigné » (pages 101-102). Remarquons quelques pages plus loin l'intérêt pour la réflexion théorique de l'auteur, qui « permet des hypothèses, dont certaines se sont avérées fécondes pour la médecine soignante », et de « suggérer des tentatives thérapeutiques avec une probabilité d'efficacité incontestablement supérieure à celle qu'aurait le simple hasard ». Ce que l'auteur ne dit pas, c'est que de nombreux traitements ont été découverts par hasard : s'il y avait eu davantage de réflexion théorique, peut-être aurions nous fait encore plus de progrès ?

Ces limites des études randomisées s'appliquent également pour l'auteur, en plus de celles des conférences de consensus, aux métaanalyses qui « sont loin d'être la solution idéale » (page 134).

Le dernier chapitre de ce livre est intitulé : « peut-on concilier recherche thérapeutique et médecine soignante ? ». Il fait suite très logiquement aux dernières lignes du chapitre précédent où l'on assiste à une opposition faite entre la science biomédicale et la pratique médicale soignante, avec l'impossibilité pour un même médecin de soigner et de faire de la recherche dans le domaine biomédical (pages 149-150).

Alain Froment revient sur ce problème des études randomisées, cette fois ci pour regretter qu'elles ne soient pas mieux utilisées par le soignant : comment affirmer ceci après avoir souligné les limites de telles études ? Rechercher du côté des intérêts personnels des médecins, comme il l'écrit page 155, semble effectivement une des solutions ; mais leurs limites constituent déjà par essence un facteur décisif d'une sous – utilisation. Nous voyons ensuite que plusieurs études cardiologiques menées à grande échelle sont très contestables d'un point de vue éthique, montrant que des groupes entiers de volontaires sont sciemment privés d'un traitement efficace (page 164), ou que l'exigence de sécurité peut être interprétée de manière très différente selon les acteurs de telles études (page 165). Une autre étude montre que l'on a

laissé l'état de santé d'un groupe s'aggraver jusqu'à en mourir (page 174). De telles conduites sont condamnées très fermement par l'auteur page 175. La participation des patients à de telles études est ensuite longuement analysées, le fait que cela pose de gros problèmes étant illustré par le fait que 75% des médecins ont refusé de participer à une étude thérapeutique sans enjeu sur leur santé (page 192).

La valorisation excessive de la connaissance est rattachée, pour Alain Froment, à la nature égoïste du désir de soigner (page 193). Regrettons qu'il n'aille pas plus loin dans son raisonnement : il est sûr que l'importance attachée à la connaissance ne peut que valoriser notre fonction de soignant. Quelles sont les motivations qui poussent certaines personnes à prendre soin de son prochain ? Il en existe de nombreuses, les qualifier d'égoïstes est sans aucun doute très superficiel et ne reflète pas une réalité souvent très complexe.

En conclusion, pour l'auteur, l'intérêt des études contrôlées est mince : « son apport dominant est certainement de nous révéler la fragilité de nos opinions et de nous inciter à la méfiance vis-à-vis des énoncés qui nous semblent s'imposer parce que nous les trouvons rationnels » (page 213). L'incertitude restera donc toujours une dimension inhérente aux soins (même page). Les métaanalyses permettent de voir que les scientifiques tendent à mettre en avant une éthique collective qui est en fait, pour Alain Froment, « un utilitarisme opportuniste », en contradiction avec l'éthique individuelle à laquelle est attaché tout soignant qui se respecte (page 215). Le soignant se doit d'avoir une formation scientifique qui lui permette avant tout d'avoir du recul par rapport à cette connaissance scientifique et de pouvoir la critiquer.

III – Pour une rencontre soignante

En introduction, Alain Froment affirme très justement que « l'activité soignante ne consiste pas

à appliquer une science. Cette expression n'a aucun sens parce que la connaissance scientifique est absolument insuffisante pour décider des actions à entreprendre [...] la décision d'une action à entreprendre suppose qu'on préfère ou qu'on valorise certaines conséquences plutôt que d'autres. Ces indispensables préférences ne peuvent en aucun cas être fondées scientifiquement ». La connaissance scientifique, même si elle est indispensable, ne dispense en aucun cas d'une réflexion philosophique plus générale sur le sens de notre action.

Alain Froment passe en revue dans les chapitres suivants les conceptions de différents auteurs au sujet de la profession médicale et de la relation médecin malade. Ainsi, Freidson (pages 31-34) critique le rôle d'expert du médecin, rejoignant l'avis de Gadamer pour qui l'expert commet toutes sortes d'erreurs car il ne veut pas avoir conscience des points de vue normatifs qui le guident. Freidson considère également comme inacceptable la position du patient qui doit s'abandonner comme un enfant aux mains du médecin en se fiant au jugement et aux bonnes intentions de celui-ci. Il est un peu dommage toutefois que la réflexion à ce sujet n'aille pas un peu plus loin, l'expression « s'abandonner comme un enfant » est vraiment révélatrice de la régression et des bénéfices secondaires que l'on rencontre quasi systématiquement chez tout malade. Pellegrini et Thomasma (pages 42-46) exposent les règles que doit accepter le médecin : « 1) Le médecin comme le malade doivent demeurer libres de prendre des décisions informées et d'agir pleinement en tant qu'agents moraux. 2) Le médecin a la responsabilité la plus importante dans la relation en raison de l'inégalité des connaissances et du pouvoir. 3) Les médecins doivent être moralement intègres. 4) Les médecins doivent respecter et prendre en compte l'ambiguïté morale, sans abandonner pour autant la recherche du bien dans chaque décision. Kleinman (pages 46-50) insiste quant à lui sur l'importance du concept de maladie vécue, sur la notion d'incertitude qui doit être reconnue comme un caractère fondamental des expériences du médecin et du patient, et sur la complexité de la souffrance du malade.

« Le soigné vulnérable devant le soignant », tel est le titre du chapitre qui suit, consacré à la critique d'un groupe de travers trop courants dans le monde médical. Alain Froment décrit ainsi les intérêts du médecin, qu'ils soient financiers, liés au pouvoir médical, ou secondaire à une angoisse mal gérée. Il critique également une conception médicale réductionniste du vécu des patients, liés (cela, Alain Froment oublie de le dire) à notre formation biomédicale universitaire, et une absence de formation critique de la part des médecins. Il insiste enfin sur la vulnérabilité du malade face au médecin et à l'institution soignante, hospitalière en particulier.

Le reste de l'ouvrage est consacré à ce que l'auteur appelle « la rencontre soignante ». Alain Froment insiste à juste titre sur le fait que le patient ne doit plus être considéré comme un corps – objet. Mais il se rétracte aussitôt en affirmant qu'il ne faut pas chercher à connaître son patient, la connaissance d'autrui étant pour lui une prise de pouvoir sur lui, et de récuser dans le même état d'esprit les approches psychologiques et les tentatives de thématisation, inacceptables pour lui (pages 78 et 79). Un chapitre entier est consacré au respect, à la

A PROPOS DES LIVRES D'ALAIN FROMENT

Écrit par Philippe Colin

Lundi, 01 Novembre 2010 15:25 -

compassion et à l'amour, tenues pour être des compétences nécessaires pour être soignant. Les motivations du soignant sont abordées de façon très superficielles, aucune mention n'étant accordée au concept de contre – transfert, pourtant primordial quand on a cité Balint comme l'a fait l'auteur au début de son ouvrage. Affirmer que Balint « est à l'opposé de ce que je pense être une rencontre soignante » (page 115), et dire que « ces conceptions vont souvent à l'opposé du respect et de l'amour du soigné » témoignent pour le moins d'une méconnaissance de son sujet ou d'une interprétation fallacieuse. Par contre, il faut souligner l'importance qu'attache Alain Froment à l'initiative du soigné, à sa prise de responsabilité dans l'acte médical, et à la valorisation de son auto - détermination. Le patient est à juste titre considéré par lui comme étant en situation d'infériorité et de vulnérabilité par rapport au médecin, qui ne peuvent que renforcer certaines tentations de pouvoir chez ces derniers.

Cette rencontre est résumée par l'auteur en fin d'ouvrage, à titre de conclusion, pages 166 et 167, en cinq points : 1) respect du soigné. 2) démarche diagnostique. 3) quête de la plainte et de la souffrance du patient. 4) élaboration des décisions thérapeutiques. 5) promotion de la vie. Aucun mot sur le soignant et sa personnalité n'est relevé dans ces lignes...

Philippe Colin