

## Recherches sociographiques



### Médecine : crise et défi

Jean-Yves Roy

Volume 16, numéro 1, 1975

Sociologie de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055674ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055674ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Roy, J.-Y. (1975). Médecine : crise et défi. *Recherches sociographiques*, 16(1), 43-67. <https://doi.org/10.7202/055674ar>

#### Résumé de l'article

Bombe au cobalt. Poignée de main chaleureuse. Accident de la route.

Immuno-fluorescence. Accouchement. Greffe du cœur. Appel de nuit. Un enfant de trois ans qui se lamente. Radiothérapie d'une tumeur du lobe limbique. Prothèse électronique pour un jeune phocomèle victime de la thalidomide. Poignée de main chaleureuse. Une épouse qui voudrait revendiquer un petit peu d'attention, mais dont les demandes n'ont pas la dimension de cet appel d'urgence auprès d'un patient comateux. Chirurgie esthétique pour madame la comtesse. Poignée de main chaleureuse. Pontiac ou Cadillac.

Comité de citoyens. Cours sur la sexualité pour des jeunes qui se préparent au mariage. La compagnie qui demande de préserver ses intérêts, qui demande d'être sévère dans les examens de routine de ses employés. Pontiac, Cadillac. Un appel en pleine nuit : le petit, chez madame Chose perce ses premières dents. Salle d'urgence. Moniteur cardiaque. Toute une quincaillerie électronique où le patient se sent dépaycé.

Épidémie de grippe espagnole. Leçons d'hygiène à cette mère dont on devine, au fond, qu'elle n'a ni le temps ni l'énergie pour s'occuper convenablement de ses tâches ménagères. Cours universitaire sur les ultra-virus. Comité de citoyens. Pontiac ou Cadillac.

Un comptable qui veille compulsivement à ce que l'on paie le moins d'impôt possible. Tromper l'impôt... Un comptable qui veut administrer les biens de monsieur le docteur parce que le docteur n'est pas un bon administrateur. Se méfier du comptable...

Docteur, mon petit ne dort pas ; il pleure. Pourriez-vous venir tout de suite ?

Le représentant pharmaceutique veut vous convaincre d'essayer le dernier produit de sa compagnie. La panacée qui fait tant de miracles, sur le pamphlet publicitaire. Les cours du professeur Untel sur les prostaglandines. Hypertension artérielle. Ampoules aux pieds. Anxiété. Fièvre des foins.

J'ai hâte que tu t'occupes un peu de moi, j'en ai un petit peu marre de ces appels de l'hôpital.

Ils veulent socialiser la médecine. Il paraît même que la médecine, c'est une affaire de politique. Comité de citoyens. Ils veulent mettre sur pieds un C.L.S.C. Radiothérapie. Chirurgie cardiaque. Psychothérapie à long terme des schizophrènes chroniques. Changer l'asile. L'accès aux soins pour tous. Pontiac ou Mercedes?

Le conférencier, l'autre jour, prétendait que la médecine se situait comme une petite entreprise de services...

Qui est donc le médecin ?

Un petit commerçant qui comme tous les petits commerçants paie de sa personne pour arriver à soutenir de sa petite entreprise le maximum de bénéfices monétaires possibles? Un être dévoué qui a la vocation? Un saint? Un technicien qu'on accuse volontiers de s'être déshumanisé au cours des dernières années? Un spécialiste de la santé, ou de la maladie?

Docteur, mon petit pleure. Il a eu cinq selles liquides aujourd'hui.

Pontiac ou Cadillac? Ah ! et puis à quoi bon ?

La mère Garneau est morte, hier. Un cancer de l'intestin : une saloperie. Je lui ai tenu la main, à ses derniers moments. On ne pouvait plus rien faire. Une saloperie, je te dis...

La mère Garneau est morte sans qu'on puisse lui greffer un cœur, un intestin. La mère Garneau a déjoué la médecine.

Dans les salles d'urgence des hôpitaux, les gens ne se retrouvent plus, encore plus égarés qu'à l'hypermarché. Un spécialiste pour l'œil gauche. Un psychiatre pour ses émotions. Le médecin de famille n'existe plus. La médecine est en pleine crise.

On dit que la médecine est en pleine crise. On l'écrit dans les journaux. Presque partout. Et c'est peut-être vrai. En tout cas, la médecine vit une situation difficile. Une situation dont nous allons tenter un inventaire. Et nous commencerons cet inventaire par un regard, par une considération sur le statut scientifique de la médecine. Car la situation actuelle remet en cause ce statut scientifique lui-même. Nous analyserons également ce qui advient, présentement, du schéma médical classique. Car il nous apparaît que ce schéma subit des modifications majeures, des altérations sensibles. Des transformations que nous devons repérer, cerner, si nous voulons comprendre un tant soit peu ce qui a lieu dans ce champ nouvellement contesté de la médecine. Modestement, nous nous hasarderons à proposer un modèle synthétique de l'exercice médical qui pourrait tenir compte des interrogations récentes, tout en rendant justice à une médecine qui se voudrait « savoir sur l'homme ». Ce projet d'une médecine reformulée n'est pas une solution définitive : il est seulement proposé à la discussion, amené pour « faire progresser la question » comme on dit, non pour bâcler un débat qui, de toute évidence, doit se poursuivre tant dans l'intérêt de la population que de la profession médicale.

## MÉDECINE: CRISE ET DÉFI

Bombe au cobalt. Poignée de main chaleureuse. Accident de la route. Immuno-fluorescence. Accouchement. Greffe du cœur. Appel de nuit. Un enfant de trois ans qui se lamente. Radiothérapie d'une tumeur du lobe limbique. Prothèse électronique pour un jeune phocomèle victime de la thalidomide. Poignée de main chaleureuse. Une épouse qui voudrait revendiquer un petit peu d'attention, mais dont les demandes n'ont pas la dimension de cet appel d'urgence auprès d'un patient comateux. Chirurgie esthétique pour madame la comtesse. Poignée de main chaleureuse. Pontiac ou Cadillac.

Comité de citoyens. Cours sur la sexualité pour des jeunes qui se préparent au mariage. La compagnie qui demande de préserver ses intérêts, qui demande d'être sévère dans les examens de routine de ses employés.

Pontiac, Cadillac.

Un appel en pleine nuit: le petit, chez madame Chose perce ses premières dents. Salle d'urgence. Moniteur cardiaque. Toute une quincaillerie électronique où le patient se sent dépaysé.

Épidémie de grippe espagnole. Leçons d'hygiène à cette mère dont on devine, au fond, qu'elle n'a ni le temps ni l'énergie pour s'occuper convenablement de ses tâches ménagères. Cours universitaire sur les ultra-virus. Comité de citoyens. Pontiac ou Cadillac.

Un comptable qui veille compulsivement à ce que l'on paie le moins d'impôt possible. Tromper l'impôt... Un comptable qui veut administrer les biens de monsieur le docteur parce que le docteur n'est pas un bon administrateur. Se méfier du comptable...

*Docteur, mon petit ne dort pas ; il pleure. Pourriez-vous venir tout de suite ?*

Le représentant pharmaceutique veut vous convaincre d'essayer le dernier produit de sa compagnie. La panacée qui fait tant de miracles, sur le pamphlet publicitaire. Les cours du professeur Untel sur les prostaglandines. Hypertension artérielle. Ampoules aux pieds. Anxiété. Fièvre des foins.

*J'ai hâte que tu t'occupes un peu de moi, j'en ai un petit peu marre de ces appels de l'hôpital.*

Ils veulent socialiser la médecine. Il paraît même que la médecine, c'est une affaire de politique. Comité de citoyens. Ils veulent mettre sur pieds un C.L.S.C.

Radiothérapie. Chirurgie cardiaque. Psychothérapie à long terme des schizophrènes chroniques. Changer l'asile. L'accès aux soins pour tous. Pontiac ou Mercédès ?

Le conférencier, l'autre jour, prétendait que la médecine se situait comme une petite entreprise de services...

Qui est donc le médecin ?

Un petit commerçant qui comme tous les petits commerçants paie de sa personne pour arriver à soutirer de sa petite entreprise le maximum de bénéfices monétaires possibles ? Un être dévoué qui a la vocation ? Un saint ? Un technicien qu'on accuse volontiers de s'être déshumanisé au cours des dernières années ? Un spécialiste de la santé, ou de la maladie ?

*Docteur, mon petit pleure. Il a eu cinq selles liquides aujourd'hui.*

Pontiac ou Cadillac ? Ah ! et puis à quoi bon ?

La mère Garneau est morte, hier. Un cancer de l'intestin : une saloperie. Je lui ai tenu la main, à ses derniers moments. On ne pouvait plus rien faire. Une saloperie, je te dis...

La mère Garneau est morte sans qu'on puisse lui greffer un cœur, un intestin. La mère Garneau a déjoué la médecine.

Dans les salles d'urgence des hôpitaux, les gens ne se retrouvent plus, encore plus égarés qu'à l'hypermarché. Un spécialiste pour l'œil gauche. Un psychiatre pour ses émotions. Le médecin de famille n'existe plus. La médecine est en pleine crise.

On dit que la médecine est en pleine crise. On l'écrit dans les journaux. Presque partout. Et c'est peut-être vrai. En tout cas, la médecine vit une situation difficile. Une situation dont nous allons tenter un inventaire. Et nous commencerons cet inventaire par un regard, par une considération sur le statut scientifique de la médecine. Car la situation actuelle remet en cause ce statut scientifique lui-même. Nous analyserons également ce qui advient, présentement, du schéma médical classique. Car il nous apparaît que ce schéma subit des modifications majeures, des altérations sensibles. Des transformations que nous devons repérer, cerner, si nous voulons comprendre un tant soit peu ce qui a lieu dans ce champ nouvellement contesté de la médecine. Modestement, nous nous hasarderons à proposer un modèle synthétique de l'exercice médical qui pourrait tenir compte des interrogations récentes, tout en rendant justice à une médecine qui se voudrait « savoir sur l'homme ». Ce projet d'une médecine reformulée n'est pas une solution définitive : il est seulement proposé à la discussion, amené pour « faire progresser la question » comme on dit, non pour bâcler un débat qui, de toute évidence, doit se poursuivre tant dans l'intérêt de la population que de la profession médicale.

### 1. *Le statut scientifique de la médecine*

On a l'habitude de considérer le médecin comme un homme de science. Dans nos milieux, on le gratifie même du titre de docteur alors que ce n'est pas exact au plan strictement académique, le médecin n'ayant jamais écrit de thèse, n'ayant jamais complété d'études de niveau doctoral.

On a également l'habitude de considérer la médecine comme une science. La vérité, c'est que la médecine est une science-carrefour. Cette nuance peut paraître banale à certains mais, à mesure que nos connaissances scientifiques et technologiques évoluent, cette distinction devient de plus en plus fondamentale.

La médecine a toujours été une science-carrefour. Une praxis. Et, à ce titre, elle a toujours dépendu de différents savoirs-ressources. Mais tant qu'il s'agissait de l'anatomie, de la pathologie, de la physiologie, la médecine ne s'en tirait pas mal. Elle parvenait même à une synthèse plutôt élégante de ses sous-savoirs, un peu à la manière de l'architecture ou de l'ethnologie d'aujourd'hui. Mais la réalité s'est compliquée depuis quelques années. L'anatomie macroscopique s'est prolongée dans l'anatomie de l'infiniment petit, avec l'histologie et le microscope optique d'abord; puis la microscopie électronique depuis une trentaine d'années. L'anesthésie dépend d'une connaissance approfondie de la chimie et de la physique des gaz. Certaines interventions chirurgicales s'opèrent sous le contrôle d'un moniteur de télévision. Certains gestes s'élaborent sous la lentille d'un microscope, telles certaines interventions cérébrales ou auriculaires. La biochimie est venue s'ajouter aux connaissances déjà complexes de la médecine traditionnelle. On s'intéresse présentement, dans les laboratoires de biochimie, à la structure moléculaire de l'information génétique. On s'inquiète des protéines chargées d'informer l'organisme de la spécificité tissulaire d'un organe (pour savoir s'il s'agit d'un organe autochtone ou d'un tissu étranger, cancéreux ou autre). La physique nucléaire a permis l'invention du Rayon-X et de la radiothérapie. L'industrie des tissus synthétiques a permis certaines greffes vasculaires en teflon que l'on n'imaginait même pas il y a trente ans. Le cœur de certains malades est relié à un centre médical par un télétransmetteur qui informe l'ordinateur à distance de l'état électrocardiaque du porteur. L'ordinateur peut modifier le rythme cardiaque du patient au besoin. À plus de cent milles de distance!...

Les savoirs d'approvisionnement se sont multipliés. Étendus, étalés. Le bagage des connaissances disponibles a décuplé depuis cinq ans. En psychiatrie, l'an dernier, il s'est publié 72,000 articles scientifiques, rapports, comptes rendus. Le nombre des publications de ce genre en médecine dépasse le million.

Des connaissances tout à fait nouvelles, hier encore étrangères à la médecine, comme celles de la sociologie, de la démographie, de la psychosomatique, de la politicologie, de l'ethnologie, de l'anthropologie, de l'éthologie et de l'écologie proposent certaines visions de la maladie et de la santé dont la médecine doit de plus en plus tenir un compte rigoureux.

Comme toutes les sciences-carrefours, la médecine représente un espoir : celui d'arriver à l'inestimable synthèse pratique de tous ces savoirs fondamentaux. Mais les connaissances s'accroissent et s'accroissent toujours. La synthèse devient de plus en plus improbable. Et la médecine qui avait acquis l'art de digérer, d'assimiler, ou de phagocyter les sciences fondamentales se retrouve devant une somme incommensurable de données à intégrer. On a beau surmultiplier les spécialités, la spécificité du champ proprement médical devient de plus en plus floue. On ne peut pas qu'étudier la sociologie : le contact avec la pensée sociologique modifie ses schèmes de référence. L'éthologie est aussi une façon de penser. De même que la psychosomatique. Que reste-t-il de spécifique à la médecine ?

La médecine a voulu faire le pari d'englober toutes les disciplines d'appoint. Elle peut en ressortir renouvelée. Transformée agréablement. Mais elle n'en ressortira pas identique à elle-même. Parce que ces différents savoirs d'appoint ne sont ni l'un ni l'autre inoffensifs. Parce qu'ils existent ailleurs et par eux-mêmes. L'anatomie ne saurait exister qu'en fonction de la médecine. De même pour la pathologie. Il n'y a aucun intérêt à élaborer une pathologie scientifique si une telle élaboration ne débouche pas sur une pratique, c'est-à-dire la médecine. Mais la sociologie, l'éthologie ne sont pas étroitement liées à la médecine. La démarche de ces sciences n'est pas la démarche médicale. Et, si la médecine veut se les approprier, elle doit reconsidérer sa démarche propre.

Sa démarche spécifique. Ce que certains ont appelé le schéma médical classique. Mais dont on sait de moins en moins où il se situe, comment il opère. Dont on sait de moins en moins ce qu'il est.

## 2. *Le schéma médical classique*

Il est certains mots, certaines expressions que l'on emploie sans plus en interroger le sens, tellement ce sens est supposé être clair. On en arrive à se persuader, sans jamais le vérifier cependant, que tous et chacun par devers soi désignent par ce vocable la même réalité. Tel est le cas du mot « schéma médical classique ». On s'est persuadé, avec les ans, que les sous-entendus propres à ce terme étaient suffisamment communs pour ne pas que l'on ait à revenir sur le sujet. Pourtant, il n'en est rien. Tantôt, cette expression désigne une réalité scientifique ; tantôt, on la retrouve dans un pamphlet aux fortes connotations idéologiques. Tantôt, sur le plan scientifique (médical), il désigne une pratique en quatre temps, tantôt il qualifie une façon de penser, une certaine praxis intellectuelle sur la causalité, les registres de causalité, etc. Sur le plan pratique, les quatre temps du « schéma médical » renvoient à l'histoire de cas, à l'examen du malade, au diagnostic/pronostic et au traitement. Sur le plan théorique, ce même « schéma » réfère à un certain mode de pensée sur l'origine de la maladie. Quant à l'utilisation idéologique de l'expression « schéma médical », elle évoque une pensée médicale de classe bourgeoise, où le médecin, seul à savoir, doit

décider seul de la vie de ses patients. Nous proposons de distinguer ces trois entités en les nommant différemment. Nous désignerons les quatre temps du geste médical par le terme *rituel médical*. Quant à la réflexion de la médecine sur les causalités, nous l'appellerons tout simplement *pensée médicale*. Ce que certains idéologues de gauche appellent le « schéma médical », nous le nommons *statut social du médecin*. Il nous apparaît que ces distinctions permettront à notre propos d'être plus clair. Et pour mieux situer le sens de notre réflexion, nous nous reporterons à l'histoire de la connaissance médicale. Car c'est en remontant aux origines de la démarche médicale, nous semble-t-il, que nous pourrions le mieux en discerner le sens réel et l'intention. Que nous pourrions le mieux, nous semble-t-il aussi, percevoir la dimension des transformations récentes subies par ces rituel, pensée et statut.

Et pour bien faire l'histoire de la médecine, il nous faut remonter à Hippocrate. Non pas parce que les médecins se reconnaissent plus ou moins comme disciples d'Hippocrate, mais parce que cet homme du cinquième siècle avant Jésus-Christ (460-377) demeure une des figures scientifiques et médicales les plus impressionnantes de toute l'Antiquité. Très rigoureux dans sa démarche, il refusait de chercher les causes d'un phénomène naturel, telle la maladie, hors de la nature. La maladie devait s'expliquer par la biologie et, là où ses contemporains semblaient détecter l'intervention des dieux, Hippocrate recommandait une analyse plus attentive du phénomène naturel. Pareille rigueur ne réapparaîtra pas avant le dix-septième siècle, soit après vingt-deux siècles de grande noirceur.

Il est certain que, malgré ses intentions louables, Hippocrate ne disposait pas des données modernes sur la pathologie. Ses conceptions de la maladie demeurent intuitives, impressionnistes. Mais l'intuition hippocratique est géniale. L'organisme humain est pressenti comme un ensemble en équilibre. Un surplus de telle ou telle humeur, une carence, appellent un déséquilibre, provoquent la maladie.

Hippocrate parvient à son diagnostic par l'histoire de la maladie, l'examen du malade: il suggère un traitement fondé sur sa théorie de l'équilibre des humeurs. Le rituel médical est donc déjà posé. Quant à la pensée médicale, elle se fonde sur une notion d'équilibre intérieur que l'on retrouve, plus de deux millénaires plus tard, chez Claude Bernard.

On peut se perdre en conjectures sur les raisons qui ont conduit les médecins de l'époque à oublier les enseignements d'Hippocrate. Un fait demeure, pendant plus de deux millénaires la médecine a suivi la mode. Galien n'était, à la réflexion, qu'un piètre médecin. Mais les traitements qu'il proposait plaisaient aux Romains de l'époque. Car Galien suggérait des bains, des aromates, des massages, du repos. Et, pour les maladies qui le dépassaient, il se réfugiait dans une explication divinoïde. Très souvent d'ailleurs, la théorie médicale suivra ainsi la mode. Certains problèmes, à certaines époques, demeurent sans solution. Mais les humains tentent de nier cette impuissance,

d'utiliser du mieux qu'ils peuvent les idées qui ont cours pour maquiller ces différentes énigmes. L'homme arrive mal à s'imaginer que sa pensée puisse, même provisoirement, être incapable de lucidité sur une question donnée.

Le Moyen-Âge a commis le même type d'erreur, ou, pour être plus exact, a entretenu la même présomption. Le système religieux devait avoir réponse à tout. On ne savait pas convenablement observer les astres : la religion donnait une réponse sur l'emplacement relatif de la terre et du soleil. On n'avait pas de remède contre la peste : c'était une punition de Dieu. Et l'on isolait les lépreux parce qu'ils étaient maudits de Dieu. Par hasard, cet éloignement, de même que l'absence de contacts avec l'Islam porteur de germes, ont enrayé la peste. Mais c'est profondément un fait dû au hasard. La peste disparue, on procédera de la même manière avec la syphilis, puis avec la folie. On les isolera. Et cette mise à l'écart n'a rien de médical. On isole pour punir. Le siphylitique est déporté hors de la cité pour qu'on lui administre le fouet. Pour le corriger.

L'homme a horreur du vide, mais davantage du vide de ses connaissances. Et l'activisme de certains médecins, ou de certains scientifiques à vouloir appliquer telle idée à la mode à l'objet de leurs études ressemble parfois à cette théologie médiévale, cette grande noirceur scientifique qui devra attendre la Renaissance pour que revienne progressivement une certaine clarté.

Ce que la Renaissance a surtout apporté à la médecine, c'est *l'autopsie*. Les premières autopsies. Enfin on allait se permettre de regarder à l'intérieur du corps humain démystifié. De le disséquer. D'en rédiger une anatomie qui soit un peu moins fantaisiste. Cet accès au cadavre allait d'ailleurs déboucher sur une idée nouvelle en médecine : le concept de *lésion*.

Alors qu'Hippocrate spéculait sur les déséquilibres entre humeurs pour expliquer l'origine de la maladie, la dissection du cadavre permet de préciser la cause de ce déséquilibre : la lésion. Tumeur. Excroissance. Inflammation. Malformation. Torsion. Déformation. Oedème, ecchymose, embolie, thrombose. On pouvait désormais mettre le doigt sur la cause. Elle était là, tangible, palpable, démontrable. À chaque maladie, devait correspondre une lésion. La trouver. La découvrir. Il fallait découvrir la lésion.

Le rituel médical n'a pas changé. Histoire, examen, diagnostic, traitement. Mais la réflexion sur les causes s'est profondément transformée. Tel symptôme doit correspondre à une altération viscérale.

Ne restait qu'à trouver l'agent responsable de cette lésion. Ou plutôt non. On ne cherchait pas vraiment à démontrer un agent responsable car on croyait, en fait, à la génération spontanée. On était encore convaincu d'une intervention supérieure dans le déclenchement des processus pathologiques. Et Pasteur, avant de démontrer l'existence des microbes, dut lutter contre les préjugés du temps. Prouver la relation entre ses microbes et la variole. Reprendre quasiment un à un les travaux de Lavoisier contre la génération spontanée. Montrer pourquoi le vin devenait vinaigre, à cause de certaines bactéries. Prouver que la maladie peut se transmettre par le biais de micro-organismes. Et, finalement,

inventer le vaccin. Avant Pasteur, on n'avait pas poussé l'interrogation sur les causes de maladie au-delà de la lésion. Pasteur introduit un nouveau chaînon : pourquoi la lésion ? Et la réponse qu'il apporte, c'est celle d'un agent causal infiniment petit : le micro-organisme.

Pendant un certain temps, on a voulu trouver des micro-organismes à toutes les maladies. On s'est un peu rassasié de cette mode. Découvert les virus. Puis on s'est arrêté là.

Pendant ce temps, toutefois, la notion de lésion s'est affinée passablement. Depuis la lésion gigantesque de la Renaissance, macroscopique et visible on ne peut plus, la médecine a aiguisé ses instruments de recherche. On a d'abord cerné certaines lésions microscopiques puis, plus récemment, certaines lésions visibles seulement au microscope électronique. Dorénavant, on pousse le raffinement encore plus loin : on parle de lésion biochimique. Des enzymes distordus, des molécules de D.N.A. incomplètes ou mal conçues. On a poussé la notion de lésion aussi loin que le permettaient les techniques connues, c'est-à-dire jusqu'au niveau moléculaire.

Tel est, à peu de chose près, l'état de la médecine vers les années 1950. La maladie correspond à une lésion à l'intérieur du sujet, une lésion éventuellement démontrable, soit au niveau macroscopique, microscopique, biochimique. Une lésion qui à son tour correspond à une cause à découvrir, soit dans la génétique, soit dans l'intervention d'un agent pathogène, microbe ou virus, soit dans un traumatisme ; mais dans une cause physique décelable.

Cette réflexion sur les causes entraîne un rituel particulier où le médecin se voit confier le rôle de trouver la cause. De remonter jusqu'à la source du mal. Et cette cause doit se trouver à l'intérieur du malade. Un de ses viscères est défectueux. Quelque part en-dedans de lui, le malade est porteur d'une anomalie. Forcément, la relation qui s'engage entre le médecin et son patient est axée sur cette découverte de l'anomalie. On se présente à son médecin pour qu'il découvre chez soi le vice à l'organisme, la lacune, la tare congénitale. On se met à nu devant un être qui risque de connaître toutes les imperfections de son corps, possiblement de son soi. Une garantie devient absolument nécessaire : cette découverte de l'erreur doit s'accompagner de la certitude d'un secret intransigeant.

Le médecin seul à scruter et seul à détecter possède sur le malade un ascendant incontestable. D'autant plus important que les causes de la maladie deviennent de plus en plus complexes. À la limite, le médecin devient comparable à ce dieu aztèque qu'était le serpent. En effet, les Aztèques avaient décidé de défier le serpent qui, selon eux, avait droit de vie ou de mort, puisque sa piqûre pouvait décider du sort d'un individu. La piqûre du médecin, dans un autre sens, peut décider de votre vie et de votre mort.

Et c'est cette *dramatique* de la vie et de la mort qui préside encore à la relation médecin-malade. Dans tous les cas où l'on évite de démystifier cette situation.



Quant au modèle de traitement, il s'inspire également de la notion de lésion. Ou bien on excise chirurgicalement la lésion découverte; ou bien on supplée à la déficience biochimique, ou bien on corrige l'erreur métabolique. En théorie, il est plus noble de corriger la maladie sans avoir à entr'ouvrir le malade; en pratique, on rémunère davantage l'excision plus spectaculaire de la lésion.

Le triomphe de cette médecine rationnelle, c'est l'antibiothérapie. On découvre, chez un malade, un déséquilibre du milieu intérieur que l'on peut facilement imputer à une lésion démontrable; on connaît même la cause de cette lésion: un microbe que l'on peut détecter, isoler, et même tuer grâce à l'antibiotique. On a réduit l'agression contre l'organisme au minimum puisqu'on s'est limité à une prescription d'antibiotiques. Le tout s'est déroulé dans le plus grand secret, entre un médecin seul à savoir et un patient subjugué par le miracle d'une vie sauvée. Presqu'aussi fantastique est le cas d'une appendicite. L'histoire et l'examen conduisent au diagnostic qui interpelle une légère intervention chirurgicale sans lendemain et le tour est joué.

Restent des maladies, certains syndromes que cet état de la connaissance médicale ne parvient pas à expliquer. Comme bon se doit, on croit à la découverte d'un trouble biochimique éventuel, à la mise en évidence d'un nouveau micro-organisme, ou d'une nouvelle lésion. On n'imagine pas, une fois de plus, que la compréhension de ces faits obscurs puisse provenir d'un autre schème de pensée que celui qui prévaut. C'est pourtant de ces phénomènes inexplicables selon les théories à la mode que va surgir une toute nouvelle façon de penser de la médecine. Un nouveau statut social de la médecine. Et, dans certains cas, un nouveau rituel.

### 3. *La nouvelle pensée médicale*

Une médecine axée sur la recherche de plus en plus sophistiquée des causes de lésions internes ne pouvait que déboucher sur une surspécialisation de ses praticiens. L'endocrinologie, si on prend la peine de s'y arrêter, se situe à la limite des possibilités humaines d'emmagasinement de connaissances. Certains chercheurs spécialisés consacrent leur vie à l'étude du seul réseau qui relie l'hypophyse à l'hypothalamus. Une aire anatomique qui ne dépasse pas deux centimètres sur deux. Le rein fait l'objet d'une spécialité, bientôt le foie. L'intestin, le pancréas. Les os. L'œil. Les organes génitaux féminins. L'accouchement. Les émotions.

Comme si l'être humain n'était que la somme exacte de ses diverses composantes. Pour mieux cerner la lésion, la médecine doit se diviser. Le territoire d'intérêt se rétrécit peu à peu au voisinage immédiat de cette lésion. On se spécialise dans l'étude d'un système, d'un appareil, d'un organe, d'un tissu.

Mais, insidieusement, vers les années 60, cette tendance de la pensée médicale se trouve remise en cause par les découvertes mêmes de la biologie médicale. Dramatiquement remise en cause.

Non par une découverte sensationnelle, comme ce fut quelquefois le cas, pour Pasteur par exemple, mais par une série de découvertes, ou, mieux, de façons de penser qui évoluent déjà depuis un certain temps et qui émergent progressivement des petits cercles médicaux où elles demeuraient encloses. La date de 1960 est tout à fait arbitraire : elle ne prétend à aucune précision, elle est simplement un repère, une balise dans le temps.

C'est l'époque, par exemple, où les idées de Hans Selye sur le *stress* font sérieusement l'objet de considérations scientifiques sur la scène internationale. On parle de stress. Or, par rapport à la pensée médicale classique, cette idée constitue une révolution. Car on croyait jusque-là, plus ou moins implicitement, à la spécificité des enchaînements pathologiques. La tuberculose, par exemple, engendrait telle lésion au niveau pulmonaire, telle autre lésion au niveau surrénalien ; et l'on adhérait à l'idée qu'il devait en être ainsi pour les diverses maladies. Des causes spécifiques engendrent des lésions spécifiques : telle était l'opinion médicale. Or les expériences de Selye vont à l'encontre de ce préjugé. Le fait d'être malade, en soi, engendre une série de manifestations organismiques que l'on peut qualifier de pathologiques au sens large. Le fait d'être bombardé par une série de stimuli qui dépassent les capacités de tolérance individuelles amène également ce même type de modifications organismiques. Un examen. Une chirurgie. Le travail dans des conditions de tension exceptionnelle. La médullo-surrénale, la thyroïde, la production d'histamine sont touchées par de tels événements. L'organisme assiégé par un agent d'agression (*strain*) réagit de façon *non spécifique* à cet agent. Il peut même arriver que l'agent ne soit pas physiquement présent, qu'il soit seulement anticipé. La menace d'un danger peut être cause de transformations importantes de la physiologie humaine.

La cause de maladie n'est pas dans le sujet. Elle est hors de lui. Parfois même inexistante (la crainte d'un danger qui n'existe pas en fait). Il ne s'agit pas tout à fait d'une découverte inattendue. On savait, on intuitionnait en tout cas l'existence de mécanismes biologiques d'adaptation à l'environnement. On avait décrit plus d'une fois la réaction d'angoisse faite de palpitations, de vasodilatation, etc. Mais, pour la première fois, un chercheur arrivait à systématiser ses observations sur la réponse de l'organisme à une situation exigeante.

Il importe d'insister sur le concept d'organismicité utilisé ici. Car la pensée médicale traditionnelle reposait davantage sur une logique cartésienne que sur des hypothèses de réactions diffuses. Or l'organismicité désigne précisément une réaction de l'organisme entier. Une réponse organismique a lieu au niveau de l'organisme global. Son cheminement s'opère par voies diffuses. Et en ce sens, l'organismicité s'oppose à la linéarité. Dans un modèle de pensée linéaire, telle cause engendre tel effet. Ici, vingt causes, mille peut-être engendrent une même

réaction. Il s'agit plus que d'une nuance. Il s'agit d'une reformulation des processus pathologiques. On s'éloigne peu à peu de la lésion biochimique, pour réorienter son tir sur les phénomènes d'ensemble.

Au détour des années 60, une seconde idée devient de plus en plus acceptée : celle des *maladies pluricausales*. Une fois de plus, la linéarité de la pensée médicale est remise en cause. Tel agent produira telle maladie (telle lésion) *si et seulement si* tel événement intercurrent intervient. C'est la grande découverte de Norman Bethune, par exemple sur la tuberculose des Canadiens français. La péricardite des taudis. La pneumonie à répétition des bidonvilles. Certains staphylocoques, pour donner naissance à telle pathologie, doivent être parasités par tel virus. Les sujets exposés au froid sont plus susceptibles de contracter des infections urinaires. La recherche sur les causes de maladie se complique sensiblement. Les causes sont multiples. La maladie dépend d'un ensemble de facteurs qui interagissent. Ce constat appelle une révision du concept simpliste de la médecine pasteurienne. Il ne suffit plus de démontrer la présence du micro-organisme : il faut reconstituer le tableau complet des facteurs en présence. Redécouvrir le scénario total de la genèse des maladies. Or cette découverte de la pluricausalité des maladies ne s'applique pas à des cas isolés : on constate rapidement qu'il s'agit d'un schéma applicable à presque toutes les entités cliniques.

La schizophrénie constitue une excellente illustration de maladie plurifactorielle. La génétique paraît y jouer un certain rôle. L'éducation reçue par l'enfant dans son milieu, la relation première avec la mère, le milieu culturel et sa tolérance à certaines expériences émotionnelles également. Où commence la médecine ? Ou finit-elle ?

Pour enrayer le stress, faut-il que le médecin intervienne auprès des dirigeants de l'usine ? Multiplier les injections de pénicilline ou dénoncer le bidonville ?

La pensée médicale ne peut plus se satisfaire de linéarité. La cause de maladie n'est pas unique : il s'agit d'un *réseau* de facteurs qui provoquent dans l'organisme un *réseau* plus ou moins flou de réactions. Dans la littérature biomédicale, on voit apparaître des analyses statistiques de type plurifactoriel. La médecine sera-t-elle capable, pour tenir compte de ces réseaux de causes, de ces réseaux d'effets, d'inventer une *pensée réticulaire* ? La question demeure posée car, à ma connaissance, la médecine a grand mal à se départir de la logique cartésienne, linéaire, réductionniste, syllogistique, déductive. Les systèmes de pensée qui peuvent rendre compte de réalités non linéaires ne sont pas encore nés. La statistique plurifactorielle n'est à l'heure actuelle rien de plus qu'une séquence contrôlée de raisonnements linéaires qui ne s'entremêlent jamais. La statistique plurifactorielle ne rend pas compte de la contemporanéité des événements, de leur interinfluence, mais cherche à établir le « poids », l'importance relative de chaque facteur en cause. Pour chaque facteur, on établit une valeur causale ; on compare ensuite l'indice de causalité de chacun de ces

facteurs. On détermine le « facteur prédominant » ; on mesure, soit disant, l'importance relative de chacun des autres éléments mais on n'arrive jamais à concevoir statistiquement le jeu qui se déroule *entre* ces divers éléments. Linéarités superposées, jaugées. Linéarités juxtaposées, parallèles, qui ne s'entrecroisent jamais alors que, dans le réel, elles sont intimement intriquées.

Depuis longtemps déjà, on soupçonnait des rapports importants entre l'âme et le corps. Entre la psyché et le viscère. Au vingtième siècle, ces idées faisaient depuis plusieurs années l'objet d'études. Mais voilà que les évidences se sont accumulées, que les observations systématiques se sont multipliées, que *la médecine psychosomatique* a acquis droit de cité. Encore une fois, nous situons cette acceptation générale de la réalité psychosomatique aux alentours des années 1960. Pour autant qu'il nous soit possible de mettre une date précise sur un fait aussi flou que l'acceptation générale par un corps professionnel d'une théorie, cette date nous paraît admissible.

Un consensus se forme : certaines lésions bel et bien organiques trouvent leur origine dans un malaise de l'esprit. Une tension interne à l'organisme peut entraîner un déséquilibre du milieu intérieur. Et ce déséquilibre peut se répercuter sur un organe, sur un viscère. Hypertension artérielle. Ulcère d'estomac. Asthme bronchique. Certaines formes d'arthrite. Psoriasis. Dermatites. Allergies. Certaines lombalgies. Eczéma. L'organisme en conflit peut s'auto-mutiler. Ronger son estomac. Éroder ses articulations.

Nouveau défi à la logique linéaire. Il semble plutôt s'agir de phénomènes *d'interactions en chaîne*. L'anxiété modifie la chimie cérébrale, mais aussi le comportement. Une certaine éducation, un certain type de comportement appris face à son monde intérieur font que cette anxiété grandit, mais ne se manifeste pas extérieurement. Ou ce peut être l'agressivité qui est ainsi non pas refoulée, mais court-circuitée. L'organe-cible présente-t-il une faiblesse congénitale, une vulnérabilité qui le rend particulièrement sensible à ce genre de déséquilibre interne ? Toutes les hypothèses sont ouvertes. Mais, une fois de plus, il se passe là une phénoménologie que la logique cartésienne stricte n'arrive pas à cerner. Il faudrait inventer une *logique interactionniste*, un nouveau modèle de pensée.

En France, les recherches effectuées autour de ce concept de maladie psychosomatique, et de la réalité clinique qui en découle, débouchent sur une découverte surprenante. On constate, en effet, que les malades psychosomatiques ont une pensée particulière : *la pensée opératoire*. On doit le terme à Michel de M'uzan. Il s'agit d'une pensée logique dépourvue d'émotions. Une pensée comptable. Celle qui fait que mon gérant de banque ne communique pas avec moi ni avec mon vécu, mais qu'il ne sait s'intéresser qu'à la rentabilité que je représente. Dean Rusk déclarant que la guerre au Vietnam ne sera plus rentable à compter du moment où elle coûtera plus de vingt-sept milliards par année. Aucune émotion. Des chiffres. Des faits. C'est la pensée de l'homme d'affaire moderne. En affaire, pas d'amitié. Pas de sentiments. Mais l'ulcère d'estomac appartient aussi à ce même homme d'affaire.

La maladie psychosomatique serait-elle culturelle? Notion plutôt neuve en médecine orthodoxe. Et l'homme singulier peut-il opter pour une auto-destruction en vue de sauvegarder la culture?

L'idée que l'organisme puisse s'auto-détruire se retrouve dans un autre concept contemporain de la médecine moderne: *la maladie auto-immunitaire*. Brièvement, il s'agit d'un phénomène organismique au cours duquel l'appareil physiologique chargé de la reconnaissance des tissus autochtones ne reconnaît plus les tissus du sujet comme lui appartenant. Un tissu sain, appartenant bel et bien au sujet est donc dès lors détruit comme s'il s'agissait d'un corps étranger. Certaines maladies pulmonaires s'expliquent de la sorte. Le lupus érythémateux. Certaines arthrites. Le diabète, dans une certaine mesure, serait un phénomène auto-immunitaire, l'organisme ne repérant plus comme sienne et détruisant sa propre production d'insuline. Certains auteurs expliquent le cancer en passant par les mécanismes immunitaires. Il existerait chez chacun de nous des tissus potentiellement cancérigènes mais, en temps normal, l'organisme identifierait ces tissus comme dangereux et en stopperait la croissance. À un certain moment, pour des raisons inconnues (virus, culpabilité, etc.) cette identification des tissus possiblement cancérigènes cesserait. Et les tissus aberrants se mettraient à se développer. Sous forme de tumeurs. On aura peut-être été surpris de l'allusion au rôle possible de la culpabilité comme facteur déclenchant. Cependant cette hypothèse n'a rien d'in vraisemblable, les systèmes immuno-régulateurs étant reliés de très près au cerveau et à l'appareil psychique en général.

Cette façon d'entrevoir la maladie semble au premier abord irrationnelle. Mais pourquoi donc le corps serait-il réduit à la logique cartésienne? Y a-t-il une seule raison valable d'invoquer la logique, la rationalité comme preuve de cohérence d'un comportement? d'une réaction physiologique?

Où est la maladie?

Dans le sujet? Hors de lui? Dans son psychisme? Dans son viscère?

La maladie s'étale, s'étend, se ramifie, se prolonge et s'intrique à tous les tissus. La maladie se manifeste dans diverses dimensions de l'individu. La lésion n'est plus perçue comme locale: il s'agit d'un déséquilibre global.

Comme au temps d'Hippocrate.

Le sujet n'a pas une maladie: il *est* malade.

*L'être malade* constitue en soi, mise à part l'entité pathologique, une réalité qui modifie la biologie.

L'ulcère d'estomac peut être décrit comme une conséquence d'un dérèglement du système neuro-végétatif. Le diabète est une lésion des cellules bêta des îlots de Langerhans ou, peut-être, une destruction auto-immunitaire de l'insuline autochtone. L'hypertension se rattache à une vasoconstriction dont on connaît parfaitement le déroulement sur le plan biochimique. Mais ces diverses réalités biochimiques, histologiques, pathologiques perdent tout à coup leur importance

antérieure. Sont tout à coup relativisées en face d'une notion nouvelle qui se fait jour : *le malade*. L'Ulcéreur. L'Hypertendu. Le Diabétique.

Pour comprendre le stress, il faut tenir compte de la situation sociale. Des conditions de travail. De l'expérience du sujet. De son éducation, de son exposition antérieure à des situations similaires.

Pour saisir l'ulcéreur, il faut s'intéresser à son besoin de tendresse, à la façon dont il se débrouille habituellement avec son anxiété. Aux prémisses culturelles sur la tristesse ou l'agressivité qu'il est socialement permis d'exprimer en présence de quelqu'un d'autre.

Où commence, où finit la médecine ?

À l'usine ? Pour changer les cadences de travail ?

En prévention ?

Où ?

La médecine est déchirée entre deux tendances. La spécialisation nécessaire pour appréhender la réalité locale d'une lésion ; la médecine globale pour tenir compte de l'être entier. De *l'être malade*.

Subtilement, insidieusement, certains éléments de la pensée médicale se sont radicalement transformés. Pour mieux cerner cette réalité, nous proposons le tableau comparatif suivant :

*Pensée médicale classique*

- toute maladie correspond à une lésion réparable : *L'ulcère*
- le processus causal a lieu dans le sujet
- le traitement consiste à éliminer l'agent causal (antibiotique)
- ou à rétablir l'équilibre du milieu intérieur à l'aide de médicaments
- ou à exciser la lésion (chirurgie)

*Pensée médicale contemporaine*

- la maladie peut être un phénomène global, un déséquilibre disséminé, une modalité existentielle : *L'ulcéreur*
- le processus causal est diffus, plurifactoriel, social ou même culturel
- éliminer le taudis ? modifier l'usine ? changer la mentalité opératoire ?
- le traitement ne saurait être que global, portant sur tout le sujet
- il ne sert à rien d'enlever son ulcère à l'ulcéreur si c'est une façon d'être au monde

Le triomphe de la médecine classique, c'est le traitement aux antibiotiques. Le triomphe de la nouvelle médecine, théoriquement, ce devrait être de rétablir l'équilibre existentiel.

Devant cette nouvelle tâche, la médecine devait se donner de nouveaux instruments. Elle commence à peine à le faire, gauchement, maladroitement. Cette mise en place d'une nouvelle pratique pose des problèmes qu'il nous faut maintenant examiner attentivement si nous voulons comprendre le cheminement actuel des diverses disciplines médicales.

#### 4. *Entre technique et tendresse*

À compter de ce jour où l'on se désintéresse relativement du taux de cholestérol, du diabète ou du foie malade ; à partir du moment où l'on parle du diabétique ou du coronarien, du schizophrène ou de l'ulcéreux ; dès l'instant où l'intérêt se dirige vers l'individu global, le problème de l'hypernutrition du nord-américain, la médecine change forcément de sens et de direction.

Le diabète, c'est une lésion du pancréas. Le diabétique, c'est un individu en proie à une problématique particulière. Il doit apprendre des rudiments de physiologie digestive. Il doit connaître, au moins de façon pratique, certains éléments de l'équilibre calorique, savoir que tel genre d'exercice appelle telle consommation d'énergie. Qu'il devra prendre une dose différente d'insuline en telle circonstance. Qu'il devra relever la dose à un autre moment. Le diabétique, c'est une femme qui devra entourer ses grossesses d'une attention particulière. Un enfant qui devra apprendre à contrôler son alimentation à un âge où la tentation est forte, dans notre civilisation, de consommer des quantités inouïes de chocolat ou de crème glacée. En un sens, l'enfant diabétique est un « chanceux », puisqu'il apprend dès l'enfance à s'alimenter sainement... Il est loin d'être certain que les enfants diabétiques le vivent de cette façon, du moins au début. Le diabète, c'est un problème médical que le médecin arrive à corriger ou à comprendre par lui-même. Un diabétique, c'est un être multifacettaire qui a besoin ou qui aura peut-être besoin de services divers que le médecin ne peut en aucun cas assumer tout seul.

La synthèse de tous les savoirs parcellaires sur l'homme n'appartient plus à un homme seul. Or ce seul fait constitue un drame. Un drame pour la médecine, j'entends. Car la grande espérance des sciences-carrefours, c'est justement d'arriver à cette synthèse pratique des diverses disciplines d'approvisionnement. La médecine ne peut désormais plus prétendre à cette synthèse. Du moins pas au niveau d'un seul individu.

La télévision, bien sûr, cherche à nous convaincre du contraire. On a inventé une image populaire de ce médecin de confabulation, capable d'appriivoiser la technique et de ressentir une authentique tendresse. Cet homme, c'est Marcus Welby. Un être exceptionnel, vraiment. Qui a toujours le temps. Qui s'arrête pour prendre un verre avec ses malades. Qui fait des recherches à l'université, quand la complexité d'un cas l'impose. Poignée de main chaleureuse. Conférences pour les citoyens de son patelin. Aussi féru de chirurgie que de médecine interne. Une sorte de mage doué d'ubiquité. Préoccupé de la formation d'une nouvelle génération de médecins à son image.

Marcus Welby. Marcus Bien-Être.

On a récemment invité Robert Young, le comédien qui interprète le rôle du bon docteur de la télévision, à donner quelques conférences à l'université de Californie. Sur l'attitude à prendre auprès du malade, le « bedside manner ».

La poésie est en avance, est en retard ; jamais à l'heure.

Dans la pratique, les connaissances sur l'homme appartiennent dorénavant à une collection d'individus distincts. Les recherches toujours plus poussées dans des champs de plus en plus restreints ont entraîné une surspécialisation des connaissances, mais aussi des travailleurs de la santé.

Dans la pratique, le seul Marcus Bien-Être possible, c'est une équipe. Une équipe complète de différents médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues. Nutritionnistes. Physiothérapeutes. Infirmières.

Mais voilà où la médecine se trouve coïncée. Car la démarche scientifique paraît revenir à des considérations sur l'être global, sur la phénoménologie organismique, sur la physiologie de l'interaction, sur les causalités réticulaires. Et plus personne ne se retrouve jamais seul à seul avec le malade. Sauf pour une grippe ou quelque chose du genre. Où donc va-t-on retrouver, dans la démarche clinique, cette reglobalisation de l'homme souffrant ?

Les modèles de connaissance ne sont pas inoffensifs. Ils structurent forcément les modèles de pratique. Le modèle théorique des causalités réticulaires appelle une pratique réticulaire. La biologie interactionniste interpelle une pratique de l'interaction. L'étude de la phénoménologie organismique convoque à une réflexion pratique sur la réalité organismique de l'hôpital, de la société, du monde médical.

La médecine a grand mal à passer à une pratique organismique, réticulaire, interactionniste...

Quand on déclare, en théorie, que le psychisme interagit avec le somatique, on propose implicitement un modèle de pratique où le spécialiste du somatique va interagir avec le spécialiste du psychique.

Il ne s'agit pas simplement, comme dans la statistique plurifactorielle, de juxtaposer des linéarités de causalité. Il faut arriver à une interaction réelle. À une interpénétration des différents savoirs, non à l'effleurement quotidien de monologues parallèles.

La tuberculose des Canadiens français n'est pas causée d'une part par une certaine pauvreté, d'autre part par le bacille de Koch, etc. Elle est causée à la fois et simultanément par tous ces facteurs non seulement réunis, mais interagissant entre eux. Dans les équipes actuelles, au mieux — dans la plupart des cas, c'est pire encore — on confie l'aspect social au travailleur social, l'aspect médical à un interniste, l'aspect psychologique à un psychiatre... Mais tous ces gens se rencontrent rarement, s'effleurent la plupart du temps, le médecin s'avouant bien heureux que quelqu'un le débarrasse de la tâche ignoble de chercher un foyer pour madame Unetelle.

L'équipe est un groupe. Et la démarche d'un groupe n'est pas forcément calquée sur nos modèles logiques traditionnels. La logique des groupes est une logique groupale. Collective. Les processus décisionnels à l'intérieur d'un groupe suivent des chemins qui ne reflètent pas uniquement le syllogisme thomiste ou cartésien. La médecine voudrait encore voir l'équipe comme une somme algébrique d'individus. L'équipe n'est pas une somme: elle est un produit.



Si la médecine veut survivre, il lui faudra assimiler ces nouveaux modes de pensée.

Les sciences-carrefours ont toujours entretenu cette prétention de la synthèse des diverses disciplines ressources. La conséquence logique de cette assertion, c'est que le détenteur de cette synthèse avait également accès au pouvoir. Étant le seul à pouvoir manipuler toutes les informations pour arriver à une vision globale de l'objet d'étude, le détenteur de la science-carrefour a droit aux décisions. À la chefferie de l'équipe. La synthèse, c'est le sommet. Le pinacle du savoir. En amalgamant les sciences-ressources, en les assimilant, les avalant, on était pour ainsi dire persuadé de les dépasser.

Un homme de trente-cinq ans veut s'acheter une police d'assurance sur la vie. Il consulte son courtier qui réclame un examen médical. Un examen d'urine et une prise de sang. Notre homme va voir son médecin et renvoie son petit pot d'urine au laboratoire de la compagnie d'assurance. Le médecin ne trouve rien d'anormal, donne une tape sur l'épaule à son patient et lui dit au revoir. Mais le rapport qui revient du laboratoire indique la présence de sucre dans les urines de notre bonhomme. Nouvel examen chez le toubib qui ne croyait pas revoir si tôt son « malade ». Examens plus poussés à la clinique externe de l'hôpital. Le biochimiste interprète la courbe d'hyperglycémie provoquée comme un indice indiscutable de diabète en évolution. Une infirmière enseigne au malade comment s'administrer l'insuline que l'interniste consulté lui a prescrit. Une diététicienne apprend au malade à se nourrir en fonction de sa maladie. Une travailleuse sociale indique à notre bonhomme les ressources communautaires disponibles, entre autres, un groupe de diabétiques qui s'aident mutuellement à supporter ce type d'existence. Elle lui souligne également les façons de se procurer son insuline à un compte raisonnable.

Qui a fait le diagnostic? Qui a traité le malade?

Ces questions sont devenues insensées, sans commune mesure avec le monde de la réalité.

Si l'on songe au secret professionnel, il a été partagé dans le cas cité par une dizaine de personnes au minimum. Sans compter l'Assurance-Maladie et tous ses fonctionnaires. Les fonctionnaires de la compagnie d'assurance-vie.

Concrètement, le pouvoir médical symbolisé par la relation privilégiée entre « une confiance et une conscience » a été divisé, partagé. À qui appartient ce malade?

La médecine doit désormais se pratiquer en présence d'un témoin. Témoin, l'Assurance-Maladie qui examine les profils d'exercice. Le Collège des médecins qui veille à la qualité technique des soins. Le médecin en formation qui pose des questions. La formation médicale continue que l'on tend de plus en plus à imposer. Le membre de l'équipe pluridisciplinaire qui propose quelquefois une vision toute nouvelle du malade. Une vision insoupçonnée.

Souvent — je suis optimiste et devrais dire idéalement — pour le traitement d'un cancéreux, on réunira autour d'une même table un travailleur social, une infirmière visiteuse, un spécialiste en médecine nucléaire, un chirurgien général, un plasticien, un psychiatre... Qui traite le malade? S'agit-il de démarches linéaires juxtaposées, en parallèle? Ou d'une interaction fécondante? La médecine a terriblement peur de la fécondation réciproque. Encore que la médecine, à cause de la quotidienneté d'un exercice, soit en général plus prête à certains compromis que certaines disciplines qui ne s'avisent jamais de rencontrer la souffrance. Il y a des médecins qui ne réfléchissent jamais à ces questions mais, dans l'ensemble, le contact avec la souffrance n'est pas si abrutissant qu'on le prétend.

Le vrai problème se situe ailleurs. Devant une réalité théorique différente, réticulaire, interactionnelle, organismique, il faut inventer des nouveaux modes de pratique qui rendent compte de ces nouveaux concepts. Les schémas de pensée traditionnels ne s'appliquent plus. Et la résistance à en adopter de nouveaux émerge de toutes parts. L'ancien mode de pensée est renforcé par un prestige et un salaire plus que convenables. En général, les gens se satisfont d'être rassurés sur leur compte et ne réclament pas spontanément un traitement multifacettaire de leur condition. Les discussions en équipe consomment du temps. On n'est pas entraîné, en général, au processus décisionnel de groupe. Ni en médecine, ni en droit, ni ailleurs. Les équipes pluridisciplinaires qui représentent des succès indiscutables sont plus que rares. Derrière la médecine à transformer, il y a la société, la civilisation.

Mais ne nous emportons pas trop et revenons à la réalité. Car nous sommes loin d'en avoir terminé l'analyse. Nous procéderons, cette fois, à partir d'une expérience qui nous paraît intéressante. Celle de l'Institut de cardiologie de Montréal. Cette expérience est présentement en cours aussi à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville.

On a observé, il y a de cela quelques années, que les patients soumis à des chirurgies cardiaques ou à certaines interventions majeures étaient atteints, dans un certain pourcentage de cas, de psychoses post-opératoires. Altérations du schéma corporel, délire paranoïde à l'occasion. Une psychose qui ressemblait étrangement à celles que l'on déclenche par la déprivation sensorielle totale ou par l'habitation forcée dans des enclos réduits (type cabine spatiale). Or la réalité est très simple. Car, après ces interventions cardiaques, les risques d'infection sont énormes. Il faut suivre le cœur du patient pulsation après pulsation. On voit tout de suite la quincaillerie. Moniteurs cardiaques électroniques. Appareillage compliqué, que le patient ne connaît pas. Environnement étrange sans repère utile. D'autant plus que, pour éviter la contagion, le patient est privé de visite ou reçoit sa visite revêtue de tuniques vertes stériles. Le décor de la chambre est évidemment réduit au minimum. Effectivement, il y a déprivation sensorielle. Et le délire est inventé pour créer un monde: car cet

univers d'oscilloscopes et de boutons-poussoirs n'est pas un monde pour le patient. À moins que...

À moins que, justement, on ne familiarise le patient avec cet univers.

On a donc décidé, à l'Institut de cardiologie, de préparer le malade à son intervention. Une infirmière lui donne d'abord des cours rudimentaires de physiologie cardiaque et d'anatomie. À l'aide de diapositives et d'illustrations diverses, on montre au malade l'intervention qu'il va subir. On lui montre d'avance les instruments qui vont être dans sa chambre au réveil, pourquoi il doit souffler régulièrement dans telle petite bouteille qui est, en fait, un appareil de physiothérapie pour ses poumons. On le prévient que ses visiteurs vont être habillés de ces bizarres jaquettes vertes qu'on apprend même d'avance aux membres de la famille à revêtir.

Le résultat est surprenant. Les malades, se sentant participant, jouent le jeu jusqu'au bout. Leur intervention chirurgicale devient leur affaire. Plutôt qu'une simple mutilation, l'intervention devient occasion de croissance.

La réponse à la question « À qui appartient ce malade ? » est toute trouvée : il s'appartient.

C'est simple comme l'œuf de Colomb, clair, limpide, encore fallait-il y penser. Et considérer le malade non comme un imbécile devant naïvement se plier aux exigences de la technique, mais comme un être humain capable, si on lui en fournit les moyens, de s'assumer.

Il fut un temps où l'on se demandait si l'on devait dire au malade qu'il était victime de cancer. Cette question est une fausse question. La véritable interrogation, c'est que certains malades, lorsque ce mot « cancer » est prononcé vont réagir d'une façon imprévisible. Qu'il faudra répondre à leurs questions. Qu'il faudra tenter avec eux de cerner le sens de cette expérience dramatique en relation avec le reste de leur existence. Plus on informe, plus il faut consacrer de temps et de respect.

Celui ou celle qui va accepter de parler de ces choses au malade ne sera pas forcément le médecin. À l'Institut de cardiologie, c'est une infirmière enseignante qui conduisit le « collectif » de chirurgie au paradoxe suivant : l'individu chargé de la relation privilégiée au malade est justement une personne qui, au sens conventionnel du terme, n'est « pas impliquée directement dans le traitement ».

En psychiatrie, on en arrive à concevoir l'unité de soins comme un collectif global. À l'intérieur de ce collectif, tous les niveaux d'interaction sont d'importance égale. Relations soignants/soignés ; soignés/soignés ; soignants/soignants. Rien ne devrait, théoriquement, être isolé. Le département est une entité fonctionnelle, un tissu organique. Un tout. L'instrument de traitement c'est, dans ce schéma, la qualité des relations à l'intérieur de ce collectif de soins.

La grève des ergothérapeutes a traîné en longueurs. Parce que les médecins et les directeurs d'hôpitaux ne voyaient pas très bien ce que ces soi-disant professionnels ajoutaient à l'efficacité générale de l'hôpital.

Linéarités juxtaposées. Tout organique.

Réseaux, interactions.

Prestige.

On dit que la médecine est en pleine crise. Et la médecine est probablement en pleine crise. La pensée médicale est transformée, radicalement. À tel point que l'on commence à parler davantage de santé que de maladie. Et cette altération au vocabulaire pourrait bien être le plus profond bouleversement de la médecine moderne.

### 5. De la maladie à la santé

On prétend souvent que le médecin est un spécialiste de la santé. Le nouveau vocabulaire officiel, ici au Québec, consacre d'ailleurs cette conception en nommant le médecin professionnel de la santé. Pourtant, à quelques exceptions près, l'exercice de la médecine se définit par rapport à la maladie, non à la santé.

On consulte un médecin quand on est malade.

Il n'y a, au Québec, que quelques rares spécialistes en prévention, en hygiène, que de rares spécialistes dans les questions de santé. La plupart des 9,000 médecins du Québec comptent bien que le client qui se présentera à leur cabinet le fera pour un motif ayant plus ou moins trait à la pathologie.

On peut souhaiter, comme nous le remarquons plus haut au sujet des opérés du cœur, que la maladie, plutôt que d'être une simple mutilation, devienne une occasion de croissance. Mais la santé, ce n'est pas cela. La santé, c'est un état tel que toute la vie devient occasion de croissance. Non plus seulement la pathologie.

La définition de la santé proposée par l'O.M.S. ne va pas tout à fait aussi loin que celle que nous suggérons ici. Elle établit simplement que la santé est un état de bien-être à la fois physique, psychologique et social. Nous disons que la vie se définit par le mouvement; que la mort est arrêt. Et que la santé correspond à une direction positive (axe de croissance) de ce mouvement. Tout le litige que peut susciter une telle approche porte sur le sens du terme *positif*. On pressent que ce terme peut revêtir des sens particuliers selon la culture, le contexte moral, le milieu politique. Ou même, à des niveaux individuels, selon l'importance relative accordée par l'individu à certaines valeurs. Or la médecine est sensée être apolitique. Et c'est supposément la médecine qui devra voir aux questions de santé.

Il s'agit là d'une conception erronée, périmée. La santé ne saurait être considérée que sous l'angle d'un phénomène global. La médecine est partie à ce phénomène, mais partie, non pas tout.

La commission Castonguay-Nepveu a étudié pendant de nombreuses années la problématique de la santé au Québec. Le problème était trop vaste. On s'est finalement confiné aux problèmes de distribution de soins. On devait instaurer une régie d'Assurance-Santé; on a mis sur pieds un régime

d'Assurance-Maladie. Tout ce dont on a assuré les gens, jusqu'à présent, c'est que le médecin serait payé pour les gestes posés. On n'a rien assuré du tout, côté santé.

La mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie est certainement complexe; mais cette complexité peut se réduire à la difficulté qu'il y a à établir une énorme compagnie d'assurance quelconque. Nombre de compagnies d'assurance-maladie aux U.S.A. comptent plus de 6,000,000 d'abonnés.

Convaincre l'employeur de défrayer une partie du coup de cette police d'assurance universelle ne dépasse pas en difficulté la tâche des administrateurs de la Blue Cross qui vendent leurs plans d'assurance aux divers syndicats américains. Car l'employeur y regagne, finalement, à ce genre de négociations, à long terme. Ses employés, s'ils sont malades, iront se faire traiter et rentreront plus tôt à l'ouvrage. Moins d'absentéisme en raison de maladie. Moins d'heures perdues. Plus de profit: c'est en plein la logique que l'employeur parvient aisément à comprendre.

Dans une perspective de santé, la maladie ne devient plus qu'un épisode particulier dans l'ensemble de la trajectoire humaine. La santé-possibilité de croissance commence à la maison. Où le milieu devrait être le plus épanouissant possible. Le problème de la garderie surgit immédiatement comme connexe à la santé. À l'école, l'enfant devra pouvoir se développer le plus harmonieusement possible. On saisit l'importance d'une telle notion pour l'appréciation des programmes scolaires, pour l'évaluation des méthodes d'enseignement. En fonction de l'épanouissement de l'enfant, non en fonction de critères aléatoires ou, mieux, préfabriqués.

La perspective de santé amène à réfléchir sur l'organisation des milieux de travail, des cadences de l'usine, de l'agencement des bureaux, des structures de relation à l'intérieur d'un milieu donné, comme ce fut le cas en Angleterre, au sujet d'une unité de nursing psychiatrique, il y a quelques années. On a découvert, à cette occasion, que cette unité de nursing, de par sa structure même, contenait des éléments propices à la schizophrénie. Il est beaucoup moins certain que les patrons se plieraient de gaieté de cœur à une telle formule.

Aucune mine d'amianté du Québec n'est équipée convenablement en ce qui a trait à l'amiantose.

Les gastro-entérologues québécois sont débordés par des malades atteints de constipation. Or, dans la plupart des cas, cette constipation est due au fait que ces personnes boudent les légumes verts et, de façon générale, s'alimentent mal. En termes de santé, cette question invite d'abord à une information adéquate de la population sur l'alimentation. Mais on découvre rapidement que ce type d'information ne corrobore en rien un autre genre d'informations que le public reçoit, sous forme de publicité ou autre. Si on les prenait au sérieux, les problèmes de santé pourraient déboucher sur une transformation profonde de certaines de nos mœurs, en particulier sur le plan alimentaire.

Récemment, on a édité un formulaire des médicaments acceptés par la Régie de l'assurance-maladie. Brièvement, ce formulaire était rédigé autour du concept des produits purs. C'est-à-dire qu'il n'acceptait aucune combinaison pharmaceutique: par exemple les composés polyvitaminiques étaient refusés. Certains travailleurs populaires ont grandement protesté contre cette mesure. Certaines personnes des quartiers défavorisés ont l'habitude de consommer des polyvitamines dont cette mesure les sevrerait. De plus, soulignaient les travailleurs de quartier, ces gens n'ont pas suffisamment d'argent pour s'acheter tous les aliments qui pourraient leur fournir ces diverses vitamines.

Où commence la médecine? Où finit-elle?

La médecine doit-elle se prononcer sur les politiques agricoles du gouvernement? Ou sur la philosophie du travail qui prévaut dans tel milieu? Sur les politiques relatives au prix des aliments?

La plupart des médecins qui pratiquent la médecine industrielle ou qui se rendent jusqu'au ministère ne se présentent pas d'emblée comme subversifs. Ils se rabattent la plupart du temps sur une pratique individuelle pour laquelle, de toutes manières, le médecin a été formé.

Les problèmes de santé interpellent une action de masse. Non plus une intervention singulière. Les problématiques de la santé évoquent des réalités telles que l'école, l'usine, l'alimentation. Des réalités sociales, politiques. Des réalités auxquelles le médecin traditionnel n'est pas entraîné.

Face au médecin qui ne travaille plus seul, le problème à résoudre ne concerne plus une seule personne. Mais un groupe, un quartier, une école, une usine, une population.

Réseau de causes, réseau d'effets. Pensée réticulaire. Pensée organismique. Réseau de consultés. De consultants.

En informant l'opéré du cœur des coordonnées de sa situation, on débouche sur un modèle de relation bi-adulte où le sujet est invité à s'assumer. Ce modèle, si l'on veut passer à un travail axé sur la santé, doit se généraliser à des entités collectives. Organismiques — Interagissantes — Dynamiques.

Ce n'est pas seulement la médecine qui est dépaylée devant ces nouvelles perspectives. La population manifeste également certaines réticences. Les C.L.S.C. donnent l'exemple de la complexité de cette nouvelle approche.

Dans certains cas, on a procédé depuis les tables de discussions. À Québec, on a planifié ce « qui serait le mieux » pour une population donnée. Puis on a tenté systématiquement de le mettre en application. Ce fut le cas du C.L.S.C. des Îles-de-la-Madeleine. Dans une telle situation, l'échec ne pouvait qu'être lamentable. Non pas que les médecins ne fussent pas compétents, ce n'était certainement pas le cas, mais simplement qu'il est difficile d'élaborer un plan d'organisation à partir d'une carte plutôt que d'une géographie. Les objectifs du programme ont été établis par des technocrates, non par les citoyens des Îles. On n'avait pas affaire à un modèle bi-adulte, puisque l'un des partenaires se

considérerait au départ comme « ayant la vérité » face à un second partenaire qu'il fallait évangéliser.

À Montréal, on a tenté certaines expériences à partir d'entités déjà existantes, comme la clinique populaire Hochelaga-Maisonneuve. On l'a transformée en C.L.S.C. Or le nombre de citoyens ayant accès à des postes de commande dans la structure recommandée par le bill 65 (loi 48) est beaucoup moindre que ce que la clinique populaire s'était octroyé. De plus, très rapidement, les demandes de service sont venues déborder les cliniciens qui ont abandonné les objectifs de santé et de prévention qu'ils s'étaient fixés. L'information-prévention qui devait occuper 25% du temps n'en occupait plus que 2% ou 3% au moment de la démission des médecins en février dernier.

Là où les C.L.S.C. fonctionnent le mieux, c'est en région rurale. Parce que le C.L.S.C. s'y trouve en une certaine continuité avec le folklore. Les gens sont habitués de considérer un certain village comme le chef-lieu ; de passer ensuite à l'hôpital régional, d'aller finalement consulter dans un « grand centre ». La participation relative des citoyens aux comités de décision satisfait les consommateurs qui attendent surtout des services des nouvelles structures qu'on leur offre.

Mais dans les villes, où les lignes folkloriques de référence sont beaucoup moins claires, où tout est *supposé* d'emblée être un « grand centre », l'établissement d'un C.L.S.C. devient problématique. Dans les quartiers où l'on s'est déjà donné des structures de dialogue avec les pourvoyeurs de soins, le modèle classique du C.L.S.C. paraît menaçant. Surtout après l'échec relatif d'Hochelaga-Maisonneuve.

En ville, il faut redécouvrir le folklore. Retrouver les lignes de force réelles qui animent une collectivité. Dans certains cas, il faudra peut-être constater que ces lignes n'existent tout simplement pas. Que nous avons inventé la thérapie familiale au moment où la famille et le couple s'effritaient de toute évidence et que nous sommes peut-être à vouloir rescaper une société qui ne constitue plus un collectif de vie.

Fondamentalement, les problèmes de santé, par opposition aux problèmes de maladie, se posent en termes écologiques. L'écologie de l'homme heureux. De la collectivité capable de croissance.

Nous voilà revenus à ce terme de croissance dont nous avons plus haut pressenti les pièges et les difficultés. Il nous faut cependant l'introduire dans notre discussion. Car c'est le seul, à mon avis, qui puisse rendre compte d'une conception dynamique des phénomènes de santé. Croître. Selon ses normes, ses critères à soi, sa culture, sa trajectoire.

Cette notion suppose que le sujet ou la collectivité définissent et redéfinissent continuellement leurs objectifs de croissance. Qu'ils posent les jalons de leur propre utopie. Et le médecin, dans ce contexte, ne peut être qu'un citoyen parmi tant d'autres. Auquel on accordera du respect dans la mesure où il est éclairé. Comme tous les autres citoyens.

Cette notion de croissance est la seule qui puisse rendre compte des différences nationales, ou régionales, dans les objectifs de santé.

Le médecin actuel est formé, en général, pour traiter tel cas de pneumonie. La santé passe par le problème de l'habitation, de la nutrition, de l'hygiène rudimentaire. La santé se pose en termes de masses, de collectivités.

Devant le comité de citoyens, le docteur a peur de perdre son pouvoir. Mais le citoyen croit également un peu naïvement qu'il aura désormais le docteur à son entière disposition vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'un et l'autre doivent s'ajuster à ce nouveau prototype relationnel bi-adulte. À cet ensemble qui n'est pas familier.

On n'a plus affaire à un médecin savant et paternaliste, mais à un homme qui dispose d'un certain savoir et qui met ce savoir au service de l'autre. Par ailleurs, cet autre, ce consommateur de soins, devient plus informé, moins avide de balivernes et de réassurances gratuites. Il exige plus qu'une simple prescription: il veut savoir pourquoi. La gratification infantile d'être adulé par un malade médusé n'existe plus. La gratification infantile d'être dorloté par une tape sur l'épaule et de considérer cette caresse comme suffisante disparaît également.

Oui, mais si le patient a manqué d'amour et d'attention dans son enfance, s'il n'a jamais appris à prendre ses responsabilités... La santé nous entraîne sur toutes sortes de terrains aussi divers que l'éducation et la politique ouvrière.

Si l'on explique sa maladie à un sujet, si on l'informe de ce qui a lieu en lui, on débouche également sur une autre difficulté: le patient a droit de choisir. Sachant, il a droit de refuser telle conduite. Il a droit de mourir. La médecine actuelle est censée croire de toutes ses forces à la vie. Croire à la vie quoi qu'il arrive. La médecine n'a jamais sérieusement envisagé la mort; il lui faudra peut-être la regarder en face.

Le respect, la confiance que l'on porte à son médecin deviennent plus relatifs, plus étroitement fondés sur une qualité de relation. Bouleversement. Bouleversement du champ de la médecine où ce respect devait en quelque sorte être un automatisme.

La médecine est en pleine crise. Et cette crise en est une d'*identité*. Si l'on se reporte au schéma médical classique, le secret absolu de la relation médecin-malade fondée sur le pouvoir de vie ou de mort du médecin omniscient sur son patient ignorant, on constate une dramatique transfiguration. En cas de maladie, le médecin est un informateur, la responsabilité de vie ou de mort repose sur le malade. La relation est bi-adulte, le médecin invitant le sujet à participer à son traitement. Si l'on parle de santé, le médecin devient une ressource entre autres qui peut aider un sujet, une population à réorienter son existence, à définir ses objectifs de croissance. La médecine est en pleine crise et cette crise ressemble à ce qui a lieu ailleurs dans notre société.

Un des débouchés qui paraît s'offrir à ce moment-ci, surtout en termes de santé, c'est celui d'une perspective écologique que nous allons maintenant tenter d'examiner.



### 6. *Une éco-médecine à inventer*

La médecine est passée au cours des siècles d'une notion individuelle de la maladie à une notion de santé dont nous avons abordé les répercussions collectives. Cependant, les nouvelles orientations de la science actuelle laissent prévoir que l'analyse des situations devra désormais passer par l'examen de phénomènes globaux, en termes d'équilibres, d'homéostasies, plutôt qu'en termes statiques comme c'était très souvent le cas. En termes écologiques, si l'on préfère.

Dans une perspective individualiste, ou collective réduite, la vie singulière prend une dimension dramatique. Toute vie doit à tout prix être conservée. Dans une perspective écologique, la vie singulière acquiert une dimension relative. Qui nous fait peur, parce que nous ne sommes pas habitués, acclimatés à l'analyse des équilibres biologiques étalés à la grandeur d'un territoire, à la dimension d'une planète. Et la médecine a peur, comme le reste des humains.

Le problème de l'avortement, par exemple, doit-il se poser en termes d'une vie individuelle à sauver à tout prix? Ou d'une fécondité à protéger à long terme? Doit-on sauver cet embryon-ci, quoi qu'il adviennne, ou doit-on retarder la mise au monde d'un enfant par cette mère qui, présentement, ne veut pas d'enfant? Et qui risque de devenir stérile si elle subit un avortement dans des conditions dégueulasses? La vie individuelle doit-elle être conservée à tout prix ou devons-nous considérer cette réalité en termes de réservoirs de vie à l'échelle d'une nation?

Sérieux problème, car si l'on s'engage dans cette direction, où devons-nous nous arrêter? Mais il ne faudrait pas se camoufler ces problèmes pour la seule raison qu'ils sont ardues. Qu'ils remettent en question certaines prémisses de notre civilisation. Nous sommes de toute manière à remettre en question cette civilisation.

Les équilibres écologiques devraient normalement préoccuper les politiciens. Mais la médecine, si elle se préoccupe de santé, devra elle aussi s'y intéresser. La médecine, la biologie, la sociologie, l'urbanisme.

La médecine qui avait jusqu'ici l'habitude d'apprivoiser les divers savoirs se trouve dans la situation où elle doit partager ces savoirs. Car il ne saurait être question que la médecine résolve seule les problèmes de santé, biologiques, psychologiques ou sociaux.

Si une population décide de contrôler le rythme de ses naissances, ce n'est pas l'affaire exclusive du médecin. Cette décision appartient à la collectivité. Le médecin n'est qu'un consultant. Entre autres. Il peut être aussi fervent chrétien, émettre une opinion comme citoyen éclairé. Mais la décision ne dépend plus seulement de lui. La médecine est, elle aussi, partie de l'équilibre global.

Et la situation actuelle de la médecine, c'est celle d'une discipline qui doit se définir par rapport à un monde en évolution. Avec des outils limités. Qui ne rendent pas compte de toute la situation.

Dans un quartier, le problème de santé peut d'abord se poser en termes de collectif de vie à inventer. Qu'est-ce que la médecine peut faire, dans une telle entreprise? On constate à chaque jour que des vieillards meurent parce qu'isolés, parce que notre civilisation ne sait plus être présente aux vieillards. Les ghettos sont d'autres exemples d'isolation sociale. Comment rétablir l'équilibre de cette société qui a décidé d'exclure le pauvre, le vieux, l'enfant, de plus en plus, la femme, dans une certaine mesure? Dans une société compartimentée, cubculaire, la médecine sent le besoin de rattraper ses propres erreurs d'ultra-compartimentation. De retourner à la pratique globale, de tenter désespérément de rassembler les divers morceaux du casse-tête. Mais la société est elle-même stratifiée, divisée en rectangles clôturés. Une chambre à coucher, une cuisine pour cuisiner, un salon digne pour la visite, un ghetto pour les pauvres, un hospice pour les vieux, un terrain vague pour les hippies, une garderie pour les enfants.

La médecine doit retrouver son tissu organique, comme la société doit redécouvrir sa continuité propre.

Je ne sais pas le rôle que la médecine jouera dans ce scénario qui se prépare, mais ce pourrait bien être le plus palpitant des défis qui ne fût jamais posé à la médecine de tous les temps.

Jean-Yves ROY

*Institut Albert-Prévost,  
Montréal.*