



HAL
open science

La médecine aujourd'hui: quelle place pour l'art médical?

Julien Lamy

► **To cite this version:**

Julien Lamy. La médecine aujourd'hui: quelle place pour l'art médical? . DEUG. France. 2007.
cel-01818334

HAL Id: cel-01818334

<https://hal.science/cel-01818334>

Submitted on 19 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA MEDECINE AUJOURD'HUI : QUELLE PLACE POUR L'ART MEDICAL ?

par Julien LAMY
ATER, Service Commun de Formation en SHS
Université Claude Bernard Lyon 1
Année universitaire 2006/2007
(Courriel : julien.lamy@yahoo.fr)

PLAN DE LA CONFERENCE

INTRODUCTION

I/ ANALYSE PROBLEMATIQUE DE L'EXPRESSION « ART MEDICAL »

II/ CLARIFICATION CONCEPTUELLE DE LA NOTION D'« ART »

1. *Essai d'une définition raisonnée de l'art*
2. *La conception grecque de l'art (Aristote)*
3. *L'art médical dans la tradition hippocratique*

III/ LA MEDECINE MODERNE ET LA PLACE DE L'ART MEDICAL AUJOURD'HUI

1. *La médecine scientifique*
2. *Le contexte clinique*
3. *La relation médicale*

CONCLUSION

TEXTE DE LA CONFERENCE

INTRODUCTION

S'interroger sur la notion d'art médical aujourd'hui peut surprendre. En effet, dans le contexte contemporain, la médecine se présente plus volontiers comme science, comme le suggèrent les progrès indéniables des connaissances et des techniques médicales. On parle même de paradigme biomédical dominant pour la médecine moderne.

Cependant, un regard même rapide sur l'histoire de la pensée médicale nous invite à tenir compte d'une dimension de la médecine comme art. N'est-ce pas le sens même d'une expression récurrente tout autant que consacrée : l'art du diagnostic ? Sans se retreindre à la figure paradigmatique du diagnostic, qui joue comme miroir grossissant de la question de la médecine comme un art, il semble fécond de s'interroger de façon plus large sur une double dimension de la médecine, qui semble irréductible : la médecine comme art et

comme science, le diagnostic médical devenant alors l'occasion d'une mise à l'épreuve sur un cas précis.

Seulement, de telles interrogations requièrent une clarification et une explicitation du sens même que peut avoir aujourd'hui la notion d'art médical : s'agit-il d'une **habileté pratique** particulière du médecin, notamment le spécialiste, renvoyant la dimension de l'art à celle de la **maîtrise technique** ? Est-il question d'une « habileté » plutôt cognitive, en l'occurrence l'application des savoirs scientifiques, nécessairement généraux, à des cas particuliers et à des individus concrets, comme dans le domaine de la clinique ? Ou alors est-ce la dimension relationnelle et intersubjective de la pratique médicale qui engage un certain **art du soin** et de l'être avec l'autre ? Dans ce contexte, il sera question de proposer une réflexion critique autour de la notion d'art médical. Dans cette perspective, il s'agira de cerner le sens même d'une telle proposition, en remontant à l'art médical d'Hippocrate, que l'on éclairera par une analyse de la conception grecque de l'art (l'art chez les Grecs de l'antiquité relevant d'une interrogation générale sur la production technique et n'étant pas réductible aux seuls Beaux-Arts tels que la peinture ou la sculpture).

A partir de cette reconstitution à la fois historique et conceptuelle, il sera nécessaire de confronter l'idée d'un « art médical » à l'**évolution de la médecine**, non seulement pour examiner ce que pourrait être cet « art » à l'heure de la biomédecine mais aussi pour le mettre à l'épreuve des sciences biomédicales. Car la médecine moderne, par son couplage avec les sciences de la vie et son paradigme biologique de la maladie, se présente aujourd'hui avant tout et parfois exclusivement comme science. Ainsi, plusieurs questions se posent, qui renvoient au problème général d'une bipolarité de la médecine entre **art et scientificité** : quelle place donc, aujourd'hui, pour l'art médical dans le champ complexe de la médecine et de la santé ? Que peut-on dire de l'art médical dans le contexte de la biomédecine ? Quelles sont les relations, dans le champ de la médecine moderne, entre **art, technique et savoir scientifique** ?

I/ ANALYSE PROBLEMATIQUE DE L'EXPRESSION « ART MEDICAL »

La question de l'art médical nous invite à réfléchir à la question du statut de la médecine, du point de vue de la représentation commune que nous pouvons nous en faire, que ce soit au niveau de la société en général ou au niveau du milieu médical en particulier. En s'appuyant sur la présupposé qu'il existe bien un art médical, dont on s'efforce de déterminer la place et le rôle dans la perspective de la médecine considérée comme relevant plutôt de la science, il s'agit plus précisément de s'interroger sur une définition possible de la médecine qui tienne compte des deux dimensions de l'art et de la science. Une telle réflexion ne peut se développer de façon purement abstraite et indépendamment de tout contexte, dans la mesure où c'est surtout dans le contexte contemporain, caractérisé par l'essor de la médecine scientifique et de la biomédecine, que la question de l'art médical devient prégnante, dans la perspective d'une opposition possible, voire d'un conflit, entre la médecine-art et la médecine-science.

Il convient de noter d'emblée que ce type de réflexion s'inscrit dans la mise en question d'une pratique humaine hautement valorisée. La médecine n'est pas une activité anodine, que l'on pourrait se contenter de regrouper dans la catégorie des pratiques humaines les plus quotidiennes. En effet, la médecine se présente dans la perspective de la préoccupation la plus immédiate de chacun, concernant chaque individu en tant qu'il a le souci de son corps et de sa santé. En tant qu'être susceptible d'un certain nombre de dysfonctionnements

somatiques et psychiques, exposé à la possibilité de la maladie et de sa propre mort, aucun individu humain ne semble devoir échapper à la préoccupation médicale. C'est ce qui confère à la médecine une certaine dimension d'universalité, universalité qui semble d'ailleurs attestée par le fait que toute culture, aussi loin que l'on regarde dans l'histoire humaine, se caractérise par une certaine médecine, entendue en première approximation et de façon très large comme ensemble de savoirs et d'usages visant à prendre en charge et à pallier aux dysfonctionnements du corps et de l'âme. Bien que l'on ne puisse faire l'économie de la variabilité historique et culturelle des différentes médecines et bien que la tradition occidentale présente Hippocrate de façon ostentatoire et récurrente comme le « père » de la médecine, il semble légitime de penser que la médecine comme pratique de re-médiation de l'homme malade soit une sorte d'invariant des sociétés humaines, invariant qui s'actualise différemment et se particularise en fonction des époques et des cultures. On peut sur ce point évoquer un texte de Sydenham tiré de ses *Observationes Medicae* (1666), dans le quel l'auteur souligne avec force la dimension ancestrale de la pratique médicale comme art :

« Comme il n'est pas aisé de savoir qui, le premier, a inventé les bâtiments et les habits pour se garantir des injures de l'air, de même on ne saurait montrer les premières traces de la médecine ; d'autant que cet art, ainsi que certains autres, a toujours été en usage, quoi qu'il ait été plus ou moins cultivé selon la différence des temps et des pays »¹.

Cependant, si la médecine se présente comme la pratique qui doit répondre à l'une des préoccupations les plus universellement partagées, en l'occurrence le souci de la santé, il n'en demeure pas moins que l'art médical se voit attribué et réservé à certains membres de la communauté, qu'il s'agisse du shaman dans les sociétés dites « archaïques » ou du médecin comme professionnel de la santé dans les sociétés modernes. C'est l'un des paradoxes de la médecine : elle concerne chaque individu par son objet et sa finalité, tout en étant du point de vue de son exercice la prérogative d'un individu ou d'un groupe d'individus au sein de la société. Si chacun est préoccupé par la santé et la maladie, seuls quelques uns peuvent exercer l'art médical. Il y a donc une tension inhérente à la médecine entre l'universalité de la préoccupation de la santé et la restriction ou « spécialisation » de l'exercice de l'art de guérir. C'est ce qui fait de la médecine une activité caractérisée par un savoir-pouvoir : en tant que dépositaire du savoir permettant de traiter et de soigner l'homme malade, le médecin dispose d'un pouvoir sur ceux qui lui adressent une demande d'aide.

Dans cette perspective, que peut-on dire de l'art médical ? En quel sens peut-on encore parler d'art médical aujourd'hui si la médecine se présente comme l'ensemble des **savoirs** (connaissance du vivant et science des maladies) et des **savoir-faire** (art du soin et art de guérir) nécessaires aux soins du corps ? Deux problématiques principales sont ici à décliner et à expliciter, dans la mesure où l'on bute sur deux difficultés majeures qui nous empêchent de comprendre de façon immédiate ce que peut bien être l'art médical aujourd'hui.

La première difficulté réside dans l'ambiguïté, l'équivoque et la polysémie de la notion d'art, par conséquent dans l'**indétermination de l'expression « art médical »**. En effet, le terme d'« art » est applicable à des réalités pour le moins hétérogènes et disparates. On parle, au niveau du sens commun, d'art de vivre, d'art de penser, d'art culinaire, de beaux-arts, etc., sans opérer de distinctions nettes entre ces différentes formes supposées d'art.

¹ Cité par Georges Canguilhem. Cf. l'étude intitulée « Le statut épistémologique de la médecine », in *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Vrin, 1968, 7^e édition, 2002, p. 413.

Sur ce point, il est possible de faire référence à un poème de Paul Eluard, qui nous dresse un catalogue hétéroclite et composite des différents arts possibles :

« L'art d'aimer, l'art libéral, l'art de bien mourir, l'art de penser, l'art incohérent, l'art de fumer, l'art de jouir, l'art du moyen âge, l'art décoratif, l'art de bien raisonner, l'art poétique, l'art mécanique, l'art érotique, l'art d'être grand-père, l'art de la danse, l'art de voir, l'art d'agrément, l'art de caresser, l'art japonais, l'art de jouer, l'art de manger, l'art de torturer »²

De ce point de vue, toute activité ou toute façon d'être semble pouvoir devenir un art ou être qualifié d'art, sans pour autant que l'on en sache pour le moment les raisons et les critères. Toutefois, quelques précisions sont ici possibles pour déterminer ce qui fait la spécificité même d'un art et pour en réduire le caractère jusqu'ici flottant et indéterminé. En premier lieu, on peut repérer une constante, un caractère générique de tout art, à savoir le fait qu'un art soit de l'ordre d'une action réglée. Tout art se comprend dans le sens d'un agir régulé par la réflexion et d'une pratique éclairée par un certain savoir. Si l'art se situe globalement dans le champ de l'activité humaine, au même titre que n'importe quelle activité, ce sont les dimensions de réflexion et de médiation qui en font la spécificité, par contraste avec les activités instinctives, immédiates et spontanées. La pratique d'un art, bien qu'elle puisse devenir une « seconde nature », ne relève pas de l'action immédiate ni de la pure spontanéité, elle suppose au contraire un apprentissage et une maîtrise. Un art fait référence à des pratiques codifiées, éclairées par une réflexion à partir de l'expérience, dans le sens d'une transformation de la nature immédiate, qui se voit par-là humanisée par l'artifice. Par ailleurs, on peut repérer un certain nombre de notions qui sont généralement associées à la notion d'art et qui nous permettent d'en comprendre le mode d'application ou d'effectuation. Il s'agit, entre autres, des notions de style, d'habileté, d'improvisation, de créativité, etc., qui dessinent un ensemble de propriétés suggérant la présence dans le champ de l'art d'une relative indétermination, d'un certain « jeu », c'est à dire finalement d'une forme de liberté. En ce sens, si l'art est une activité régulée par la réflexion, tout se passe comme si l'art ne dépendait pas pour autant d'une simple application mécanique de principes ou d'une taylorisation du travail, nous renvoyant ainsi à quelque chose qui semble devoir échapper par nature à toute mise en équation et à toute formalisation intégrale.

Cependant, en ce qui concerne la notion d'art médical, différentes définitions semblent possibles. C'est ce que suggèrent un certain nombre d'expressions récoltées dans la littérature médicale ou dans les ouvrages de sciences humaines qui traitent de la médecine. Ainsi, on peut parler d'art de soulager les maux du corps et de l'âme, d'art de pallier aux insuffisances du corps, d'art de guérir, d'art de contrarier la maladie, d'art du diagnostic, etc. Dans cette perspective, plusieurs questions se posent : la notion d'« art médical » permet-elle de déterminer les composantes nécessaires à la pratique médicale ou faut-il la comprendre dans le sens d'une métaphore ou d'une analogie dont la finalité serait de nous permettre de comprendre un certain nombre de spécificités de l'exercice de la médecine qui résistent à toute formalisation ? L'art médical est-il à comprendre de façon littérale comme un art au sens de l'artisanat ou des pratiques artistiques, ou s'agit-il par-là de suggérer, à l'aide d'une représentation symbolique, un certain nombre de similitudes entre la médecine et les pratiques relevant d'un art, analogie dont la fonction consisterait à nous sensibiliser avec la contingence et la relative indétermination de la pratique médicale, que l'on pourrait désigner comme sa « part maudite », irréductible et réfractaire à toute mise en formules ?

² Paul Eluard, « L'invention », tiré de *Capitale de la douleur* (Gallimard, 1926), pp. 16-17.

Par ailleurs, peut-on donner une définition univoque et précise de l'art médical ? Dans quelle mesure la médecine, en tant que pratique humaine, relève-t-elle de cet art ? S'agit-il d'une certaine habileté et de certains savoir-faire ? Y a-t-il opposition entre la médecine en tant que relevant de l'art, ainsi que la présentaient les Anciens Grecs, et la médecine en tant que relevant de la science et du savoir, ainsi que nous la concevons aujourd'hui ?

Nous touchons avec cette dernière question à la deuxième difficulté soulevée par la notion d'art médical, identifiable comme **primat de la médecine scientifique**. Si l'on définit la représentation comme contenu concret d'une pensée, renvoyant à des structures de connaissance acquises et stabilisées dans la mémoire constituant le fondement ou l'arrière-plan qui nous permettent de comprendre une situation, un texte ou une question, il semble légitime de dire que la représentation dominante de la médecine moderne, c'est à dire son modèle, est celui de la médecine scientifique. C'est ce qu'explique Frédéric Dubas dans son ouvrage *La médecine et la question du sujet*, en présentant la médecine moderne comme biomédecine. C'est aussi ce que permet de constater l'enseignement officiel de la médecine et la formation médicale universitaire, centrés et articulés autour de l'acquisition de savoirs scientifiques, notamment issus des sciences biologiques. Avec ces quelques remarques schématiques, il s'agit de comprendre que la représentation commune de la médecine est aujourd'hui, notamment du point de vue de la médecine officielle et conventionnelle, celle d'une médecine scientifique fondée sur les sciences biologiques. Dès lors, plusieurs points sont à souligner pour esquisser à grands traits la spécificité de la biomédecine : le primat d'une démarche scientifique fondés sur des faits et des expérimentations, le fondement de la médecine sur la connaissance du vivant (mécanismes et dysfonctionnements), la tentation de réduire la science médicale à la nosologie (science des maladies), la mise en œuvre d'une méthodologie rigoureuse faisant du médecin un technicien ou un expert, le recours à des instruments techniques et des technologies sophistiquées, etc. En ce sens, la médecine moderne se présente plus comme une science appliquée que comme un art issu de l'expérience, et il semble dès lors difficile non seulement de parler d'art médical pour qualifier la médecine d'aujourd'hui mais aussi d'identifier une place et un rôle pour l'art dans une médecine qui se prétend essentiellement voire exclusivement scientifique.

Il se dégage par conséquent de ces considérations un ensemble de questions qui nous permettent d'explicitier et de préciser la problématique de l'art médical : à quelles conditions peut-on encore parler d'art médical dans le contexte de la médecine scientifique ? Si la médecine se présente de façon dominante comme science appliquée, comme démarche scientifique fondée sur les savoirs biologiques et bio-pathologiques, dans quelle mesure la pratique médicale relève-t-elle encore d'une forme d'art ?

Faut-il entendre l'art médical dans le sens de l'application par un sujet individuel des connaissances et des techniques médicales dans le contexte singulier d'une situation clinique ? N'y a-t-il pas art médical à partir du moment où l'on entre dans le champ complexe de la clinique ? En ce sens, l'art médical n'est-il pas un terme générique pour désigner la pratique médicale, dans la perspective de l'adaptation à une situation concrète et quasi unique ? N'y a-t-il pas art médical en raison même de la complexité de la pratique médicale, l'intervention médicale nécessitant la mise en œuvre d'une démarche plurielle et d'opérations multiples ?

Dès lors, la notion d'art médical ne permet-elle pas par ailleurs de désigner l'intelligence diagnostique, articulée autour de savoirs généraux et d'expériences concrètes ? N'y a-t-il pas également une forme d'art médical dans l'horizon de la mise en œuvre d'une thérapeutique adaptée à un malade individualisé, qui en tant qu'être vivant singulier se caractérise par une singularité irréductible et une imprévisibilité indéniable ? Comment

distinguer alors l'art médical de la technique médicale ? Faut-il comprendre cette distinction à partir de la différence entre habileté individuelle et application anonyme des savoirs et savoir-faire ?

Finalement, l'art médical, en tant qu'art de la pratique et de l'exercice concret de la médecine, ne relève-t-il pas aussi d'un art relationnel, d'une manière d'être face à la personne malade, impliquant des savoirs subtils, des intuitions et des empathies irréductibles à de simples protocoles de « bonne conduite », résistant à toute mise en formules ? L'art médical n'est-il pas aussi fondé sur un savoir-être et pas seulement sur un savoir et un savoir-faire ? N'y a-t-il pas dans tout art une dimension de style, de manière de faire et de façon d'être ? Dès lors, comment comprendre le statut de la médecine ? La médecine, comme finalement toute pratique humaine, n'est-elle pas complexe, mêlant des savoirs théoriques, des acquis issus de l'expérience, des gestes codifiés ainsi que des règles d'action ? Pour une compréhension fine et nuancée de la médecine, ne faut-il pas la situer de façon irréductible comme étant « entre », mixte de science, de technique et d'art ?

Les enjeux d'un tel questionnement se regroupent vers la mise en évidence de la **mixité de toute pratique** (dimension générale), dans le but de penser la complémentarité de la dimension de l'art et de la dimension de science dans le domaine de la santé (dimension spécifique). Ainsi, l'enjeu de la réflexion sur l'art médical présente un double aspect : d'un point de vue théorique, il s'agit de mettre en question la représentation de la médecine, en interrogeant sa rationalité générale et l'image que nous pouvons en avoir ; puis, d'un point de vue pratique, il est question de l'exercice et de l'usage même de la médecine, dans la perspective du rapport à l'homme malade et au souci concret de la santé.

De sorte que nous tenterons dans premier temps de clarifier les ambiguïtés de la notion même d'art, pour cerner, à partir de considérations générales et historiques, ce que peut désigner l'idée d'art médical. Puis nous tenterons de situer la place et le sens possibles de l'art médical dans le contexte de la médecine moderne, afin d'en relativiser et d'en nuancer la vision exclusivement scientifique.

III/ CLARIFICATION CONCEPTUELLE DE LA NOTION D'« ART »

Il va s'agir, dans le cadre de cette clarification conceptuelle de la notion même d'« art », de porter un regard philosophique cette notion, afin d'en lever les ambiguïtés et les indéterminations identifiées précédemment. Pour ce faire, il sera nécessaire de se référer à l'histoire de la civilisation occidentale pour saisir quels sont à la fois les invariants et les transformations identifiables dans le traitement accordé à la notion d'« art ». C'est par un tel travail, que l'on pourrait qualifier d'archéologique, que nous pourrions comprendre comment l'on est passé d'une certaine conception de l'art qui était présente chez les Grecs et qui a donné lieu à la compréhension de la médecine comme un art, à une conception moderne selon laquelle il convient d'opposer ce qui relève de l'art et de la science, non seulement en général mais plus particulièrement dans le domaine médical.

1. Essai d'une définition raisonnée de l'art

Si l'on se place dans une perspective étymologique et historique, il apparaît que la complexité, l'ambivalence et l'ambiguïté du mot « art » peuvent être réduites et organisées en fonction de trois niveaux de signification majeurs :

- l'idée de **technique** (*tékhnè* en grec), en tant qu'ensemble de procédés et de règles d'action régissant un métier ou une pratique et mis en œuvre afin d'atteindre un résultat ;
- l'idée de **production** (*poïesis* en grec), en tant que transformation d'une matière première en vue de la « fabrication » d'un bien, considérée comme opérationnelle, instrumentale, artificielle, artisanale ;
- l'idée d'**esthétique** (depuis Baumgarten au 18^e siècle), comprise de façon très générale comme ce qui concerne la théorie de l'art et de sa réception par le sujet, ainsi que les conditions du beau et de la création d'œuvres belles.

Par ailleurs, cette tripartition peut être encore précisée en se référant à certaines distinctions opérées par le philosophe Aristote. Selon lui, dans l'ouvrage intitulé *Ethique à Nicomaque*, il convient de distinguer entre la **production** (*poïesis*), l'**action** (*praxis*) et la **théorie** (*épistémè*), et de situer l'art dans la catégorie de la production. L'art ne relève pas de l'action à proprement parler ni de la science. Il se comprend comme production, ce qui tend à l'assimiler à l'activité artisanale. Faut-il alors distinguer entre la production artistique et la production artisanale ? Dans le cadre de la pensée grecque, il n'y a pas de différence de nature entre l'artiste et l'artisan. Tous deux se caractérisent par la production technique, par laquelle ils parviennent à la confection d'une œuvre. En ce sens, l'artiste et l'artisan ne sont pas des créateurs mais des *tékchnitès*, c'est à dire qu'ils ne créent pas une œuvre originale et au sens fort inédite mais se contentent d'imiter une réalité préexistante qui leur sert de modèle. C'est qu'Aristote nous donne à comprendre en présentant l'œuvre d'art comme une imitation (*mimésis*) et une transformation de la nature. De ce fait, il en résulte une inféodation de l'art au schéma de l'**imitation** référée à un modèle³.

C'est à l'époque de la Renaissance que se produit une véritable rupture épistémologique dans la représentation de l'art et de l'activité artistique. Il s'agit alors de penser l'art comme créateur, et non plus sur le modèle d'une production qui se contente de faire advenir une œuvre en fonction d'un modèle préexistant dans la nature. Deux conditions se présentent alors comme nécessaires pour penser l'art dans cette perspective : 1/ l'importance accordée au sujet et à la subjectivité, que l'on retrouvera affirmée et amplifiée plus tard au 17^e siècle dans la formulation du *cogito* chez Descartes (fondement de la vérité sur le cogito) ; 2/ l'idée d'autonomie personnelle, appuyée sur la place accordée à la subjectivité, accordant une liberté d'action à l'homme. Dans ce contexte, l'homme apparaît comme étant au principe de ses actes et des ses œuvres. Il en résulte que l'art procède non plus de la nature ou de Dieu, mais de trois facteurs qui s'associent pour assurer la possibilité d'une création originale : l'**habileté** individuelle, la **liberté** du sujet et une certaine **rationalité** humaine. Toutefois, cette nouvelle vision de l'art ne doit masquer la persistance de l'idée de technique inscrite au cœur de l'art. Bien que l'art soit désormais présenté, du point de vue de son essence, comme la création libre et voulue par le sujet d'une œuvre originale, il n'en demeure pas moins que la réalisation concrète de l'œuvre d'art nécessite la mise en œuvre de techniques et l'exécution de gestes impliquant une habileté acquise par l'expérience. Il y a donc, au cœur de la notion d'art, la persistance d'un **schème technicien**, instrumentaliste, que l'on trouvait déjà dans le terme antique de *tékhnè*.

³ Que celui-ci soit transcendant ou immanent.

Il est ici nécessaire de remarquer, pour préciser le propos, qu'antérieurement au développement de la civilisation industrielle, le terme « art » a un sens beaucoup plus large que celui auquel nous le restreignons aujourd'hui. C'est d'ailleurs dans la perspective de cette compréhension élargie de la notion d'art que nous pourrions identifier quelques éléments types de ce que l'on désigne par « art médical ». Par ailleurs, il est important de remarquer dans le cadre de la distinction entre les contextes de la civilisation artisanale et de la civilisation industrielle que l'imprécision dans la définition du concept d'art reflète l'indifférenciation effective du travail humain lui-même. En effet, c'est dans la société moderne que la division du travail atteint un degré qui permettra de distinguer sans équivoque les diverses formes de l'activité humaine et par-là de poser une séparation nette entre d'une part les activités artistiques et artisanales et, d'autre part, les activités scientifiques et techniques. Or, dans la civilisation artisanale, l'art désigne l'activité productrice en général. C'est de là que résulte la proximité de l'artiste et de l'artisan, qui se comprend comme appartenance à un même genre : l'activité productrice de l'homme. Commençons par caractériser le travail de l'artisan. Il produit généralement de façon individuelle, en effectuant la totalité des opérations qui conduisent de la matière première à l'objet achevé. Il n'y a pas de division technique du travail. Le résultat du travail est ainsi une œuvre et l'on est face à l'expression d'une individualité qui a mis dans l'objet de son habileté et de son talent personnels. L'artisan-producteur peut s'exprimer dans son œuvre, à la différence du produit industriel anonyme résultant d'une activité collective dans laquelle chaque opérateur n'intervient que « localement », c'est à dire sur des segments bien isolés de la production. De ce point de vue, le produit artisanal se comprend à la fois comme une œuvre de l'art et comme un objet utilitaire. Y a-t-il alors une différence avec l'artiste ? Doit-on penser que l'œuvre d'art se distinguera du produit artisanal par son absence d'utilité ou de finalité extérieure ? Faut-il distinguer, au sein du même genre, une production intéressée (utilité de l'artisanat) et une production désintéressée, qui ne viserait que la création d'une belle œuvre ? Ce serait oublier que dans la civilisation artisanale l'artiste est considéré comme un artisan. Il n'a pas le statut privilégié que lui accordera la Modernité. L'œuvre d'art tire son sens d'une finalité extérieure au domaine même de l'art et de la production, comme l'illustre par exemple le cas de la finalité religieuse (la statue du dieu sert à orner le temple et a même pour fonction de permettre la divinité de venir s'y loger, permettant aux hommes de s'adresser au dieu par son intermédiaire). Il n'y a donc pas ici de finalité purement esthétique de l'art comme création d'œuvres belles qui se suffisent à elles-mêmes : l'œuvre d'art est moyen en vue de quelque chose. On pourrait d'ailleurs évoquer un autre cas pour illustrer cette perspective, à savoir la tragédie grecque, dont Aristote nous dit dans sa *Poétique* qu'elle a une fonction cathartique de purgation des passions (la mise en scène et le caractère « joué » de la violence et de la souffrance dans la tragédie permettent de se libérer des passions destructrices).

Cependant, qu'en est-il de l'art quand l'on passe de la civilisation artisanale à la civilisation industrielle ? Quelles transformations ce passage implique-t-il pour la conception de l'art ? Avec la période industrielle apparaît une précision dans la différenciation des **formes de la production** et un dépassement de l'artisanat par la **technique**. Dans la deuxième moitié du 18^e siècle, en Europe, le terme de « technique » s'ajoute alors au terme traditionnel d'art, concrétisant dans le langage l'apparition d'une **réalité nouvelle**. Si la pensée grecque opposait l'art à la science, considérée comme purement théorique, c'est à dire contemplative et non productive, c'est que dans la civilisation artisanale, où la production humaine est encore **pré-scientifique**, la science n'a pas d'applications pratiques. Or la technique, dont les règles consistent à produire un **effet** à partir de la connaissance de

relations causales, se présente au contraire comme **science appliquée**. Plusieurs points sont ici à souligner : 1/ dans le cadre de la technique, l'efficacité de l'action humaine est le résultat d'une connaissance de la nature d'après le principe du déterminisme ; 2/ en conséquence, l'art ne désigne plus l'activité humaine en général, mais ses formes pré- ou non-scientifiques ; dans cette perspective, la technique s'oppose à l'art à partir du **principe de la production**. De sorte qu'il s'agit, avec la distinction entre l'art/artisanat et la technique d'une différence de principe, non pas seulement d'une différence en termes de mise en œuvre ou d'exécution.

Que peut-on dire de la **rupture** entre l'art et la technique dans la société moderne ? Qu'est-ce qui caractérise ces deux formes de la production et de l'activité humaine de transformation de la nature ? La **technique** se présente comme une production consciente de ses *règles* et de ses *moyens*, fondée sur une *méthode* et susceptible d'un *progrès collectif*. De ce fait, la technique se présente comme méthodique et progressive. En revanche, l'**art** se présente comme une production qui conserve une dimension inconsciente, non-consciente, non maîtrisée, fondée sur le libre développement de la **fantaisie créatrice**, faisant de l'art le domaine de la réussite individuelle dans lequel il n'est pas possible de parler de progrès au sens strict du terme. Or, si l'art conserve une part d'obscurité dans la genèse de l'œuvre, la méthode scientifique et technique peut être expliquée et exposée dans toutes ses démarches, en sorte que son application ne requiert aucune génie, mais seulement de la patience, de la vigilance et de l'attention. Dès lors, la distinction de l'art et de l'artisanat se fait par définition de l'art comme activité gratuite et « libérale ». On intègre l'art dans la catégorie générale des **activités ludiques**. C'est le sens du changement significatif qui s'opère au 18^e siècle : le terme d'art prend une nouvelle signification, en s'opposant à la production industrielle et même à l'artisanat, considérés comme des activités utilitaires et intéressées. Si la technique et l'artisanat se comprennent dans l'optique de la recherche du profit et de l'utile, l'art se comprend dès lors comme création « gratuite » d'une belle œuvre.

C'est ce qui conduit à la théorie de l'art pur. L'apparition d'une nouvelle forme moderne de la production, en l'occurrence technique industrielle, a permis à l'art d'acquérir un sens spécifique et autonome, dont on peut souligner deux aspects :

1/ Comme l'artisanat, **l'art demeure une forme de production pré-scientifique** ou non scientifique. Ses procédés ne peuvent être rigoureusement conçus et définis de façon exhaustive. L'artisanat et l'art conservent donc une certaine proximité par contraste avec le souci d'efficacité technique et de rationalité scientifique. Mais par opposition à la recherche de l'utile, l'art se présente comme création d'une œuvre qui trouve sa fin en elle-même, sans s'attacher exclusivement à l'utile et au profit. De ce fait, l'art se présente comme pouvoir de créer en rapport au génie et à la beauté (apparition de la notion de Beaux-Arts) ;

2/ Par ailleurs, avec la dissociation de l'art et de la technique, il apparaît que **la production de l'art est irréductible à un savoir**, elle n'est pas le simple corollaire, le simple effet ou la simple application mécanique d'un savoir préalable. On peut sur ce point rappeler les propos du philosophe allemand Emmanuel Kant (1724-1804), tirés de l'ouvrage *Critique de la faculté de juger* :

« Là où il suffit, pour pouvoir, de savoir ce qu'il faut faire, pourvu qu'on connaisse de façon satisfaisante les actions requises, on ne peut parler d'art. Seules les choses dont la connaissance ne suffit pas à donner l'habileté nécessaire à les produire, appartiennent à l'art ».

Nous pouvons tirer de ces considérations que la production de l'art s'oppose à la rationalisation de la production technique, donc à l'idéal d'une activité analysée dans ses moindres détails, où il suffit de savoir ce qu'il faut faire pour l'exécuter. Il y a un « **résidu irréductible** » de l'art. Ce qui relève de l'art, que ce soit celui de l'artiste ou de l'artisan, ne peut être entièrement analysé, décomposé et donc expliqué par l'intelligence. L'art exige une **habileté**, qui ne peut être réduite en formules ou en recettes, ni ramenée à un savoir complètement transparent à lui-même. La façon de faire ou de produire dans les activités qui relèvent de l'art n'est pas susceptible d'être démontrée scientifiquement. On retrouve alors l'idée de la **manière**, c'est à dire la façon propre à un artiste ou à un homme de l'art d'agencer les moyens dont il dispose pour parvenir au résultat visé, qui n'apparaît pas toujours et nécessairement comme complètement définie et déterminée à l'avance (part d'indétermination).

De sorte que pour résumer le propos quant à l'**opposition de la « manière » dans l'art et de la « méthode » technoscientifique**, on peut dire qu'avec la méthode scientifique et technique, l'accord des règles de production est définie à l'avance par des principes explicites, pendant que dans la « manière de faire » ou le « tour de main » de l'art, les règles de production et l'accord de ces règles en vue du résultat ne relèvent pas d'une définition rigoureusement déterminée : l'art relève d'une union libre du **travail** et de l'**inspiration**, tenant compte des contraintes d'exécution. C'est ce qui fait qu'aujourd'hui les progrès scientifiques et techniques se présentent comme constituant la seule forme irrécusable de progrès, dans la mesure où ils sont l'application déterminée et presque « transparente » d'un savoir scientifique, dans la mesure où ils se manifestent concrètement par leur prégnance dans la vie quotidienne et dans la mesure où ils s'accompagnent de l'idée que la technique et la science répondent à tous les besoins de l'homme.

2. La conception grecque de l'art (Aristote)

Pourquoi se tourner vers la conception grecque de l'art si notre modernité se caractérise par une dissociation des activités qui relèvent de la technique et celles qui relèvent de l'art ? Dans quelle mesure la référence à la conception de l'art chez Aristote nous permettra-t-elle de saisir certaines constantes de la notion d'art malgré ses transformations au cours de l'histoire ? En première approximation, il est possible d'avancer ici trois arguments : le premier argument, de portée générale, consiste à dire que c'est par référence à la conception grecque de l'art que nous pourrions saisir le sens que peut prendre l'expression « art médical » dans un contexte contemporain marqué par le primat de l'activité scientifique et technique ; le second argument, relatif au contexte grec, réside dans le fait que la conception grecque de l'art se trouve une expression particulière dans le domaine médical avec la médecine hippocratique ; le troisième argument, spécifique à l'œuvre aristotélicienne, consiste dans la réflexion récurrente d'Aristote sur l'exemple de la médecine pour voir dans quel sens on peut prendre le terme d'art.

Pour Aristote, l'art se présente comme la forme supérieure de l'activité, qui semble simplement provenir de l'accumulation et de la généralisation de l'expérience (rapport à l'empirisme). En conséquence, l'art, au sens artisanal, provient de l'empirisme. C'est ce que nous donne à comprendre ce passage extrait de la *Métaphysique* (A₁, 981a5-7) :

« Il y a art, quand de nombreuses notions empiriques donnent naissance à une seule conception générale des cas semblables ».

Nous voyons bien à partir de ces premières considérations que le sens de l'art chez les grecs diffère du sens moderne de production d'objets beaux. Comme nous l'avons déjà indiqué précédemment, l'art est la forme de la production dans la civilisation artisanale. C'est un sens de l'*art* que nous avons peine à comprendre, parce que la civilisation moderne et technique a modifié le sens du mot dans la mesure où elle tend à supprimer la forme d'activité qu'elle désigne. Pourtant, il y a une survivance de ce sens dans le langage comme dans la pratique, notamment vis à vis de ce que l'on nomme encore aujourd'hui l'**art médical**, les **arts libéraux** ou encore les **arts et métiers**. La raison en est que la forme d'activité et de production de la technique fondée sur la science n'épuise pas le champ de la pratique et de l'activité humaines.

À l'époque d'Aristote, les sciences (pensée théorique et contemplative) se constituent dans le **prolongement des arts et métiers**, c'est à dire des activités pratiques et donc de l'empirisme. Par exemple, on parle d'art de la mesure de la terre pour la géométrie née de l'arpentage, de l'art du calcul pour l'arithmétique, né des activités marchandes et des échanges commerciaux, de l'art de dialoguer pour la dialectique et d'art de la dispute pour l'éristique, issus tous deux des débats animés qui ont lieu dans l'espace public (*agora*) de la cité antique. C'est qu'il y a une part d'**empirisme** irréductible contenue dans tout art, qui peut se révéler plus efficace en vue de l'action que le seul savoir théorique. L'exemple de la médecine est sur ce point typique : savoir que le poulet est une viande légère est une vérité d'expérience (vérité de fait), obtenue au hasard et sans idée préconçue, mais qui permet d'agir en cas de besoin, ce que ne pourrait pas faire une diététique qui s'en tiendrait à l'idée générale ou au principe abstrait selon lequel il faut nourrir les convalescents avec des viandes légères.

Néanmoins, la proximité de l'art avec l'empirisme ne doit pas masquer les différences que l'on peut introduire entre ces deux aspects de la pratique. Voyons ce que dit Aristote dans la *métaphysique* (A₁, 98A₁ 15-23)

*« L'empirisme est la connaissance des cas particuliers, l'art celle des vérités générales, mais **action et production** concerne toujours le **particulier**. Ce n'est pas l'homme que guérit le médecin, sinon de façon contingente, mais Callias ou Socrate ou quelque autre ainsi dénommé en particulier, à qui il advient ainsi d'être homme : si donc on a la raison sans l'expérience, et si l'on connaît la vérité générale tout en ignorant les cas particuliers qu'elle renferme, on commettra beaucoup d'erreurs thérapeutiques ».*

Pour le médecin, il n'y a pas de maladies mais seulement des **malades**, pas d'Homme, mais seulement des **individus**. De ce fait, il est impossible en médecine de justifier par des raisons démonstratives des formes particulières que prend la maladie pour chaque individu (être vivant singulier). On retrouve ici un hiatus et une tension inhérents à la médecine, entre la *généralité de la connaissance* (idée générale de l'homme ou de la maladie, définis par la biologie) et la *singularité du malade* (le malade tel que le médecin le soigne). C'est pourquoi selon Aristote la médecine est plus un art qu'une science : la médecine n'est pas tout à fait une science, mais seulement un art, et ne peut procéder seulement par idées générales scientifiquement démontrées, mais doit combler, par une **connaissance empirique** plus ou moins informulable, la distance qui sépare la vérité générale de la réalité où s'exerce l'**action**. C'est pourquoi l'enseignement médical comporte toujours une **formation clinique**, consistant à montrer des malades au futur médecin pour lui en donner l'expérience.

Quelles conséquences pouvons-nous en tirer ? Il apparaît que l'art, même s'il ne se réduit pas à l'application d'une vérité démontrée dans ses moindres aspects, implique *savoir* et *compétence*. Le médecin, en tant qu'**homme de l'art**, semble en définitive plus compétent que le simple guérisseur, dont la démarche est simplement empirique et factuelle. Il y a dans tout art une part de discernement des raisons de son efficacité, alors que le simple empirisme consiste à savoir ce qu'il faut faire en suivant des usages nés de l'expérience. Voilà ce que dit Aristote dans la *Métaphysique* (981a28-30) :

« Les uns savent la cause, et pas les autres : les empiriques en effet savent le *quoi*, et non **le pourquoi**, tandis que les autres connaissent le *pourquoi* et la cause ».

Or la connaissance des raisons de l'efficacité, présente dans tout art, est la garantie d'une efficacité supérieure. Par ailleurs, cela permet à l'art d'être enseigné : l'enseignement d'un art doit comporter explication et raisonnement alors que le savoir empirique est transmis seulement par suggestion et imitation (les procédés des guérisseurs relèvent de la simple transmission d'une tradition). Il en résulte que l'art contient une **dimension scientifique**, en l'occurrence la **connaissance des causes de l'efficacité**, qui implique un élément de généralité et de raisonnement dans la connaissance des raisons et des causes de la production et/ou de l'activité. Finalement, si l'empirisme apparaît comme l'origine historique de tout savoir, l'art fournit la liaison et la transition de l'efficacité simplement empirique au savoir scientifique. Toute activité qui relève de l'art est donc **mixte**, mélange et croisement d'éléments empiriques tirés de l'expérience humaine et de savoirs généraux qui permettent de rendre raison de l'activité et de ses processus.

Dès lors, dans le cadre de la pensée grecque de l'art, à laquelle l'on se réfère dans la mesure où elle a déjà posé le problème et a tenté d'y apporter des solutions, comment donc distinguer l'art de la science ?

L'art se caractérise par la possession et la maîtrise par l'homme des moyens de la production. Comme le dit Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque* (VI) :

« Tout art concerne la production, ainsi que la **compétence artisanale** et la **théorie des moyens de la production** de tout ce qui peut être ou ne pas être ».

L'art se réfère donc à la *poïesis*, en tant qu'**acte de faire**, c'est à dire de faire être ce qui n'était pas. Or si l'art est production de ce qui n'était pas, il en résulte que l'opposition entre science et art dans la pensée grecque est symétrique de l'opposition entre contemplation (théorie) et action (pratique). L'**homme de l'art** est un **praticien**, dont la pratique est un mixte de savoir théorique et de savoir empirique. Mais si l'art se distingue de la science par son inscription dans la pratique, quel est le rapport de l'art au savoir ? De quelle nature est le savoir qui accompagne l'art ?

La *dimension de savoir* propre à tout art réside dans la systématisation de la pratique, comportant une certaine réflexion théorique et la possibilité d'un enseignement. Pour les grecs, l'art conserve toujours une dimension **pragmatique** et **utilitaire**, à la différence de la science théorique désintéressée. Il s'agit de faire face aux difficultés de la vie et de l'action. C'est ce que permet de souligner l'exemple de la médecine, dont la finalité est de sauver la vie et de guérir. Nous pouvons en conclure que le **savoir-faire** de l'art n'est pas un savoir de la vérité, qui porte sur l'être. L'art, au sens le plus général du terme, ne peut que

systematiser et **généraliser** par la réflexion les acquisitions de l'empirisme (succès pratiques éclairés par la pensée). C'est ce qui nous intéresse dans la conception grecque de l'art et nous permet de reprendre pour le contexte contemporain la différence entre l'art comme pratique éclairée par une réflexion sur l'expérience et la technique moderne comme science appliquée. La science appliquée engage un progrès décisif dans l'efficacité pratique et productrice, qui a marqué de son sceau l'évolution de la société occidentale, en inversant le vecteur qui était celui de l'art : on ne va plus de l'empirique à sa systématisation au niveau de la réflexion, mais de la science générale et des connaissances abstraites à l'application concrète. C'est ce qui a rendu possible la **technique industrielle**, fondée sur les savoirs scientifiques.

3. L'art médical dans la tradition hippocratique

La conception grecque de l'art étant clarifiée, nous pouvons conclure la clarification conceptuelle de l'art par une référence à la médecine hippocratique, à partir d'un texte du corpus hippocratique intitulé *De l'art médical* (Le Livre de Poche, 1994), attribué à Hippocrate, dans lequel ce dernier prend la défense de l'art médical et s'efforce de prouver son existence et son efficacité.

En guise d'introduction au texte, plusieurs points peuvent être restitués. Les traités de médecine hippocratique représentent le passage de l'enseignement oral à la fixation par écrit de l'expérience collective et témoignent par-là de la constitution récente à cette époque de l'**art de guérir**. Cette *iatrikê technè*, à la fois **savoir** du philosophe et du savant et **art** de l'artiste et de l'artisan, n'est qu'une technique parmi les *technai* qui fleurissent et se développent en Grèce à cette époque. On assiste à l'apparition de la **figure du médecin**, comme entité nouvelle qui s'ajoute au couple déjà en place de maladie-malade (constitution du « triangle hippocratique », selon l'expression de Danièle Gourevitch dans l'introduction à l'édition du Livre de Poche). Le médecin, qui observe attentivement l'aspect et le comportement du malade, fait sienne l'**expérience** du diététicien, de l'éleveur et du rebouteux, unifie ce **savoir** bigarré par la logique et la dialectique du philosophe, en lui appliquant souvent la verve et les techniques du rhéteur. Trois composantes permettent alors de définir l'art de guérir : 1/ l'expérience directe acquise auprès des malades ; 2/ la réflexion sur les malades, les maladies, les remèdes, le régime propice, etc. ; 3/ la méditation sur le métier de médecin et sur la spécificité et les méthodes de la médecine. On assiste à une transformation de la médecine, au passage d'un ensemble de **connaissances empiriques** (observations recueillies au hasard, simple collection de recettes) à l'**art** proprement dit, caractérisé par une **méthode** qui indique comment doit être traité chaque malade et dans quelle mesure il faut lui administrer tel ou tel traitement. La médecine hippocratique se distingue alors par une exigence de précision comme condition du perfectionnement des descriptions et des raisonnements, en ayant recours à un **vocabulaire spécifique** (on parlerait aujourd'hui de « langage technique » ou de « termes techniques ») et en référence à des **règles codifiées**. Dans ce contexte, l'importance du raisonnement sera l'une des propriétés distinctives de la médecine hippocratique : pour suppléer aux insuffisances de l'observation (ce qui échappe à la saisie perceptive du corps visible), le médecin doit pouvoir passer du visible à l'invisible, du manifeste au caché, par des opérations interprétatives (herméneutique) et non plus simplement descriptives. Néanmoins, si le raisonnement acquiert un statut privilégié, la médecine hippocratique accorde une

primauté absolue à la **pratique clinique**, dans un refus de systématisation de l'ensemble du savoir médical et de réduction de la complexité du réel à la simplicité de schémas explicatifs.

Par ailleurs, l'art médical est présenté dans le corpus hippocratique comme indéniable, parce qu'il est de l'ordre du **pourquoi** et de la **prévision**. Les maladies obéissent à des **règles** et ne relèvent ni du hasard ni du caprice des dieux. Hippocrate remplace le concept archaïque de maladie, comprise dans une perspective magico-religieuse et ontologique, par une interprétation fonctionnelle et dynamique des processus pathologiques et des manifestations cliniques. La maladie devient un événement naturel : elle résulte de la perturbation des rapports harmonieux entre l'homme et son milieu et de la rupture d'un état d'équilibre entre les composantes du corps. Elle dépend donc de causes et d'un « pourquoi » que l'art médical peut identifier, saisir, et sur les lesquels l'homme de l'art essaiera d'intervenir. Mais les maladies ne sont pas considérées comme des entités réelles et l'on retrouve cette idée que chaque **cas** est en quelque sorte unique, ce qui souligne l'importance des **faits cliniques**. C'est ce qui fait que l'art médical hippocratique réside dans une large mesure dans la finesse de l'**observation** clinique, laquelle implique une mise en relation et un croisement des sens et de la raison. Comme le souligne Hippocrate dans *De l'officine* :

« Rechercher ce qui peut se voir, se toucher, s'entendre ; ce qu'on peut percevoir en regardant, en touchant, en écoutant, en flairant, en goûtant et en appliquant l'intelligence ; enfin, ce qui peut se connaître par tous nos moyens de connaissance ».

Hippocrate tente donc de prouver l'**existence de l'art médical** et veut défendre l'idée que la médecine existe en tant qu'art, étant donné qu'elle a un **but** visible et des **succès** visibles. Mais cet art est présenté comme subtile et complexe, irréductible à tout mise en formule, chaque cas devant être pris en considération dans sa spécificité et sa singularité. Le médecin, en tant qu'homme de l'art, doit savoir agir en fonction des circonstances et ne peut pas se contenter d'appliquer mécaniquement des connaissances générales. L'homme de l'art agit avec **prudence**, c'est à dire en suivant des règles, sans précipitation ni ignorance. Il est celui qui sait son métier. Voici ce que nous dit Hippocrate dans *De l'art médical* :

*« L'art attend, pour se mettre à l'œuvre, qu'il se soit rendu compte du mal, visant à le traiter avec **prudence** plutôt qu'avec témérité, avec **douceur** plutôt qu'avec violence ».*

Que peut-on tirer de ces développements à partir de la conception grecque de l'art et de la présentation hippocratique de l'art médical ? Le primat accordé à l'expérience et à la clinique n'est-il pas un invariant de l'art médical ? N'est-ce pas dans le sens de l'importance accordée à la démarche clinique et dans le souci d'une observation fine et d'une interprétation subtile des faits cliniques que se comprend encore aujourd'hui l'art médical ? Par ailleurs, ne peut-on pas déceler, dans l'histoire de la médecine, une évolution semblable à celle que nous avons soulignée quant au passage de la civilisation artisanale à la civilisation industrielle ?

Dans une certaine mesure, la tension irréductible entre l'art et la technique qui apparaît dans avec la civilisation industrielle semble se retrouver dans le domaine médical avec la réactualisation du primat de la clinique au 19^e siècle et avec l'évolution de la médecine vers l'idée de médecine expérimentale et de science appliquée. En ce sens, il semble y avoir

deux conceptions à l'œuvre depuis la « naissance » de la médecine moderne au 18^e siècle : 1/ la **médecine comme art**, qui consiste à interpréter et à comprendre les cas cliniques pour les traiter dans leur singularité ; 2/ la **médecine comme science expérimentale**, qui consiste à expliquer et à connaître les phénomènes bio-pathologiques en tant que processus génériques pour en dégager des traitements possibles.

Du point de vue de la médecine comme art, le changement décisif qui se produit aux 18^e et 19^e siècles s'articule autour de la généralisation d'un **enseignement pratique** et plus globalement du passage de la médecine-discours à la médecine-art, avec la réactivation de l'attitude hippocratique (déjà identifiable chez Sydenham au 17^e siècle) et l'importance d'une observation rigoureuse du malade, sans a priori et à l'exclusion de toute spéculation. Il est résulte la prégnance et le primat d'une **attitude pragmatiste**, insistant sur le rôle de l'observation et de l'expérience et dévaluant l'importance du savoir simplement théorique. C'est ce que semble indiquer la naissance de la méthode anatomo-clinique et de la sémiologie. Dans ce contexte, l'idée directrice est celle d'une recherche sur la maladie basée sur l'**observation** rigoureuse du malade et de ses lésions anatomiques en récusant toute forme d'a priori doctrinal (réactivation de l'attitude hippocratique, sans la théorie des humeurs). Dans ce contexte, l'autopsie a joué un rôle important dans l'amélioration de la recherche des signes physiques, par l'effort de détecter les raisons de la mort et celles des symptômes observés sur le malade. Il s'agissait de relier les anomalies et lésions aux symptômes, pour élaborer des tableaux cliniques permettant d'identifier voire d'individualiser la pathologie. Par ailleurs, la naissance de la sémiologie se comprend à partir d'une double nécessité : 1/ d'améliorer les techniques ; 2/ de surmonter la pudeur et les tabous. Du point de vue des **techniques**, on peut noter l'importance de la percussion et de l'auscultation. Du point de vu des **méthodes**, il est important de rappeler l'introduction de la mesure, notamment la mesure de la température vers 1850, ainsi que le rôle du raisonnement statistique. Avec le recours aux statistiques, il s'agit de compléter et d'affiner les observations cliniques ou anatomiques par l'étude de la fréquence de telle lésion ou de tel symptôme dans de grandes séries de malades, afin de pouvoir déterminer si tel symptôme est réellement significatif de telle lésion. Finalement, la médecine-art se caractérise non seulement par un certain scepticisme thérapeutique, dont le principe régulateur, compris comme réserve d'intervention, consiste à n'user que des méthodes à l'efficacité prouvée, mais aussi par un renouveau du principe de la *natura medicatrix*, avec un recours minimal au médicament et une confiance dans les rythmes/processus naturels, ainsi que des recommandations relatives au mode de vie (activité, hygiène, alimentation).

Néanmoins, la méthode anatomo-clinique révèle certaines limites, notamment du point de vue du désintérêt pour la science, qu'il s'agisse de la chimie ou de la physiologie expérimentale. En ce sens, l'une des limites de l'art médical fondé sur l'observation et la pratique consiste dans la tentation de faire de la sémiologie et de la méthode anatomo-clinique un art médical universel. Or, il y a dès cette époque un rôle positif possible pour le savoir scientifique dans le champ de l'action médicale, identifiable dans les **applications diagnostiques** de certaines découvertes en chimie, en biologie, en physiologie, etc. Il s'agit d'expliquer et de comprendre ce qui se joue en amont et/ou en aval des lésions et des dysfonctionnements, c'est à dire les causes et les mécanismes pathologiques. Il y a ainsi une relativisation de l'exclusivisme clinique comme source de la connaissance médicale. C'est dans ce contexte et dans cette perspective que se développe l'importance de la physiologie, marquant la naissance de l'**esprit médical moderne**. Une rupture épistémologique se produit, notamment avec les travaux et les recherches de François Magendie (1783-1855) et de son élève et continuateur Claude Bernard (1813-1878),

introduisant une nouvelle conception du corps et surtout de la maladie comme **objets de science**. Deux évènements décisifs sont ici à souligner : non seulement la découverte des bactéries à partir des travaux de Pasteur (apparition des idées de micro-organismes, de contagion et de maladies infectieuses), mais aussi et surtout la naissance de la **médecine expérimentale**, c'est à dire de l'idée d'une médecine reposant sur des conceptions physiopathologiques et sur l'étude des altérations fonctionnelles qui engendrent les maladies et la mort. Voilà ce que dit notamment Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* de 1865 (Paris : Champs Flammarion, réédition, 1984, p. 25) :

« Conserver la santé et guérir les maladies : tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique. L'état actuel de la pratique médicale donne à présumer que cette solution se fera encore longtemps chercher. Cependant, dans sa marche à travers les siècles, la médecine, constamment forcée d'agir, a tenté d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme et en a tiré d'utiles enseignements [...] De notre temps, grâce aux développements considérables et aux secours puissants des sciences physico-chimiques, l'étude des phénomènes de la vie, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, a accompli des progrès surprenants qui chaque jour se multiplient davantage.

Il est ainsi évident pour tout esprit non prévenu que la médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive. Par la seule marche naturelle de son évolution, elle abandonne peu à peu la région des systèmes pour revêtir de plus en plus la forme analytique, et rentrer ainsi graduellement dans la méthode d'investigation commune aux sciences expérimentales ».

Ainsi, si l'on suit la logique du propos de Claude Bernard, il apparaît que l'évolution de la médecine, à partir des 18^e et 19^e siècles, se polarise vers le transfert des méthodes et des connaissances des sciences expérimentales vers le champ de la médecine. Si la finalité médicale demeure identique, à savoir conserver la santé et guérir, il n'en demeure pas moins que les méthodes de la médecine et sa forme même changent. La médecine se constitue selon le modèle dominant de la science occidentale. C'est dans ce contexte que s'ouvre la perspective moderne de la médecine comme science, dont la recherche médicale au cours du 20^e siècle concrétisera le fondement sur les méthodes et concepts complexes de la biochimie, de la biophysique, de la biologie fondamentale et aujourd'hui de la génétique.

III/ LA MEDECINE MODERNE ET LA PLACE DE L'ART MEDICAL AUJOURD'HUI

En recentrant l'analyse sur le contexte de la médecine moderne, considérée comme une médecine scientifique fondée sur les progrès des connaissances et des techniques des sciences expérimentales, notamment des sciences biologiques, la question se pose de savoir quel sens il est possible d'attribuer à la notion d'art médical. En quoi peut donc consister l'art médical à l'heure de la médecine scientifique ? Peut-on l'identifier à l'art du diagnostic en général, au savoir-faire, à l'habileté et à la finesse nécessaires à la mise en œuvre d'une démarche clinique ? Ne peut-on pas considérer également l'art médical du point de vue de la relation thérapeutique, faisant de l'art du médecin un art « relationnel »,

une façon d'être avec l'autre, en l'occurrence une manière d'être et de se comporter avec la personne malade ?

Pour répondre à ces questions, nous appuierons nos analyses sur les réflexions menées par Jean-Jacques Wunenburger dans *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives* (Paris : Les Belles Lettres, 2006), ouvrage dans lequel l'auteur dresse, afin d'examiner la valeur et la légitimité des pratiques médicales alternatives à la médecine scientifique, un tableau synoptique de la nature, des atouts et des limites de la médecine moderne. Nous articulerons ainsi notre propos autour d'une description générale de la rationalité de la médecine scientifique, d'une exposition du contexte clinique pour finalement examiner le contexte particulier et spécifique de la relation médicale.

1. La médecine scientifique

Comme l'ont suggéré les développements précédents sur l'évolution de la médecine occidentale, la construction du savoir médical est fonction d'une histoire et d'une tradition culturelle. Il ne s'agit pas de réduire à une dimension strictement historique le développement de la médecine scientifique, dans la perspective d'un simple relativisme, mais de souligner la variabilité historique et culturelle de toute médecine. Si elle prétend s'appuyer, du point de vue de son fondement et de sa structure épistémologique (dimension synchronique), sur des connaissances objectives et des savoirs à visée universelle, il n'en demeure pas moins que la médecine scientifique, du point de vue de sa genèse (dimension diachronique), s'inscrit dans une évolution historique et culturelle. C'est pourquoi il semble pertinent de restituer quelques éléments pour une généalogie critique de la médecine scientifique, afin notamment de souligner à partir de quels choix épistémologiques et de quels modèles elle s'est constituée.

C'est notamment en se constituant sur la base d'une **conception mécaniste** du vivant que la médecine moderne a pu se développer, progresser et conduire aux connaissances scientifiques et aux prouesses techniques qui nous sont aujourd'hui si familières. Or ce modèle mécaniste, qui se présente comme une analogie ou un modèle figuratif, consiste en une approche générale du corps comme machine. Le philosophe français René Descartes (1596-1650) est considéré comme le représentant le plus caractéristique de cette conception du vivant et du corps. En un certain sens, c'est lui qui pose les principes pour une médecine scientifique. Son apport à la connaissance du vivant et du corps peut être schématisé à grands traits à partir de trois principes : 1/ *l'identité de la matière vivante et de la matière inerte* : le vivant ne diffère pas, du point de vue de sa constitution et des mécanismes qui en régissent l'organisation, de l'ordre physico-chimique de la matière, ce qui implique que la connaissance du vivant doit se développer sur le modèle et selon les principes des sciences physiques (géométrisation et mathématisation) ; 2/ *l'autonomie de la matière* : la connaissance du vivant ne requiert aucune référence au psychisme et la connaissance du corps doit se constituer selon un modèle dualiste qui sépare le corporel et le psychique ; 3/ *l'étude de la nature obéit à un principe analytique*, c'est à dire qu'il faut considérer des éléments isolés que l'on étudie séparément et dont on peut restituer les relations. De ce point de vue, le vivant est bel et bien pensé selon l'image de la machine, celle-ci se présentant comme un assemblage de parties matérielles montées selon un mécanisme interne régi par certains mouvements. Il en résulte une réduction de la vie et des propriétés du vivant à des réalités physico-chimiques. La vie objective peut ainsi devenir un objet de science. De ce fait, le physique prime sur le vital et ce dernier ne doit pas être considéré

comme relevant d'une organisation et de principes qui diffèrent de l'ordre de la matière physique. Finalement, si le vivant est appréhendé d'un point de vue analytique, par identification de parties et de séquences indépendantes, on assiste à la possibilité d'une médecine réductionniste, non seulement du point de vue de son objet (réduction du vital au physique) mais aussi du point de vue de sa méthode (réduction du complexe au simple, du tout à ses parties élémentaires).

De sorte qu'il semble difficile de parler d'un art médical dans le contexte d'une **médecine mécaniste**, dans la mesure où le paradigme du corps comme machine tend plutôt à présenter le médecin comme un **technicien**. Si le corps est comme une machine, si son fonctionnement s'explique par l'assemblage de parties matérielles que l'on peut isoler les unes des autres, alors l'intervention du médecin sera analogue à celle d'un « réparateur » qui interviendra sur les pièces du mécanisme qui dysfonctionnent. Il suffit alors, pour guérir ou faire recouvrer la santé, de rétablir le bon fonctionnement de la machine, c'est à d'identifier le(s) élément(s) défaillant(s), d'en restituer le fonctionnement optimal ou de le(s) remplacer, ce qui consiste finalement à intervenir sur des relations causales afin d'obtenir certains effets prédéterminés. Car si un corps est régi par des mécanismes et des processus génériques que l'on parvient à expliquer dans leurs moindre aspects (science explicative et démonstrative), alors l'action du médecin consistera à intervenir sur le corps en fonction de la connaissance des relations causales qui régissent le fonctionnement du vivant. Or, ce serait là confondre le plan méthodologique et la dimension ontologique du mécanisme. Considérer *le corps comme une machine* en vue d'en comprendre certains aspects et de développer à partir de là une démarche de connaissance n'est pas la même chose que de dire que *le corps est effectivement une machine*. La visée cognitive du mécanisme n'est pas symétrique d'une visée ontologique et pratique. Car si l'on *pense* le corps comme une machine afin d'en faire l'objet possible d'un discours scientifique, il ne s'agit jamais, *in concreto*, d'intervenir en médecine sur un simple assemblage d'éléments matériels.

Nous pouvons sur ce point nous référer à un passage de l'ouvrage de Jean-Jacques Wunenburger (cf. pp. 102-103) :

« Guérir un corps n'est pas réparer une machine, car la médecine a affaire à une personne malade et non à un organe déficient. Il convient donc d'engager une relation avec une personne qui est présente à travers la totalité de son être et de son histoire, et dont il faut assurer non pas la seule restauration d'une partie organique, mais la revitalisation physique et psychique. Or les systèmes de soin modernes ont failli, en bien des cas, à cette mission, et ont laissé se développer une médecine abstraite, fonctionnelle, technocratique, désindividualisante ».

Il semble falloir comprendre par-là que l'intervention médicale se singularise de façon décisive vis à vis de la démarche expérimentale des sciences physiques et chimiques. Bien que l'on puisse, sur le plan des sciences biomédicales, identifier des processus biologiques et des mécanismes pathologiques génériques, c'est à dire valables pour l'ensemble des êtres vivants d'une même espèce voire d'espèces différentes, il n'en demeure pas moins, sur le plan de l'action médicale, que la médecine est toujours confrontée à des **êtres vivants singuliers**. En ce sens, une pathologie identique peut se développer et évoluer de façon différente chez deux individus différents. Il en va de même de la thérapeutique. De ce point de vue, l'apport fécond et irréductible des sciences biologiques à la médecine, sensible à

travers l'usage des statistiques et la précision des mécanismes bio-pathologiques, ne doit masquer la complexité de la situation singulière dans laquelle le médecin doit intervenir. Dans le cadre de la clinique, la rationalité médicale ne peut se réduire à une rationalité de type « ingénieur technicien ». Il s'agit au contraire de mettre en œuvre des **savoirs** et des **savoir-faire** subtiles et multiples, soulignant la pluralité de démarches et d'opérations de la médecine clinique ainsi que l'intelligence multiple de la conduite thérapeutique.

2. Le contexte clinique

Il apparaît donc que la médecine est une activité irréductiblement double, à la fois **théorique**, dont la finalité est de savoir (diagnostic), et **pragmatique**, dont le but est de traiter voire de guérir (thérapeutique). Si la rationalité médicale théorique s'articule autour de deux pôles, en l'occurrence la nosographie et l'étiologie, c'est à dire d'un côté la description des symptômes et l'identification d'entités pathologiques, de l'autre l'identification des causes et l'explication par les causes, il convient cependant de souligner la pluralité des démarches concrètes que le médecin est contraint de mettre en œuvre dans le contexte clinique, face à un malade singulier. Il y a différents niveaux de savoirs et non pas une procédure unique. En effet, le médecin procède à des observations empiriques, à des mesures, à des classifications, à des explications causales, à des conceptualisations, à des comparaisons ou encore à la compréhension d'un sens et d'une finalité.

Dès lors, comment mettre de l'ordre dans la diversité des démarches et des opérations du médecin ? Peut-on distinguer des **phases** et des **séquences** générales de la rationalité médicale, dans lesquelles ces différentes modalités vont devenir opératoires ? Selon quels axes peut-on comprendre la mixité des phases du **parcours médical** ? Nous répondrons à ces questions en distinguant trois séquences majeures de la rationalité médicale, à savoir le *diagnostic*, la *thérapeutique* et le *pronostic*.

Le diagnostic nous engage sur le terrain de la rationalité plus proprement théorique de la médecine et nous confronte à la question de savoir comment se constitue une procédure clinique. Comme l'indique Jean-Jacques Wunenburger (p. 41) :

*« Le diagnostic objective la pathologie en lui donnant un nom, mais au terme d'un **processus complexe** tant de l'esprit que de la technique ».*

La démarche diagnostique est conditionnée par un certain nombre d'opérations préliminaires, telles que l'observation, l'écoute, l'interrogatoire ou encore la palpation, dont la finalité est de recueillir des informations et de constituer un « donné » à partir desquels il sera possible de lancer les investigations. Néanmoins, la constitution et l'interprétation des données recueillies nécessitent la mise en œuvre d'une méthode et obéissent à certaines étapes. Dans un premier temps, il convient de remarquer que l'observation ne consiste pas simplement dans une procédure d'enregistrement d'un donné objectif qui se donne à voir et qui serait intelligible par lui-même. L'observation en vue de la constitution d'un savoir est fonction d'une méthode et d'une intentionnalité, en l'occurrence pouvoir établir un diagnostic. Par ailleurs, les différents processus perceptifs ne relèvent pas d'une mécanique infaillible. Il y a véritablement construction et constitution d'un champ perceptif, basées sur l'habitude, l'attention, les savoirs, le référentiels socioculturel, etc. C'est ce que souligne Jean-Jacques Wunenburger (p. 43) :

« L'observation, loin d'être immédiate et naïve, doit donc être provoquée, contrôlée, répétée, au point qu'il faut souvent mettre en situation le corps pour qu'il devienne lisible ».

Or la procédure d'observation n'est pas sans rencontrer des difficultés, identifiables dans l'invisibilité de certains signes (rendant par exemple nécessaire le recours à des techniques d'imagerie) ou dans la saisie de l'évolution temporelle des signes cliniques (reconstitution par le récit du patient). En outre, si la première tâche du médecin est de rechercher des informations, cette recherche s'inscrit dans une démarche herméneutique, consistant à interpréter les symptômes (plainte du patient) et les signes (traduisant une lésion ou un trouble) en reconstituant les faits observés. La médecine est en ce sens sémiologie, c'est à dire qu'elle se déploie dans le sens d'une science ou d'une intelligence des signes de la maladie (sémiologie médicale). Mais tout ceci se constitue en vue de pouvoir dresser le tableau clinique du patient, opération que l'on peut subsumer sous l'idée de **récit clinique**. Il s'agit de récapituler les données et l'interprétation des signes dans une intelligence globale du processus pathologique, c'est à dire de relier les éléments, reconstituer l'histoire ou l'évolution de la maladie, en vue de mettre en œuvre une technique de contre-offensive. Ainsi que le dit encore Jean-Jacques Wunenburger (p. 46) :

« Le récit clinique récapitule et met en forme les données et il témoigne de l'intelligence plus ou moins exacte des processus maladifs ».

Qu'en est-il alors de la thérapeutique ? Elle nous confronte à la dimension pragmatique de la rationalité médicale et permet de situer la démarche diagnostique dans une finalité plus large, à savoir la possibilité d'intervenir sur le malade afin de le soigner et/ou de le guérir. C'est un point décisif, dans la mesure où le diagnostic se comprend comme un moyen en vue d'une autre fin. C'est ce que souligne Jean-Jacques Wunenburger en disant (p. 47) que

*« la médecine n'est pas une science désintéressée mais un savoir utile qui prélude à une **intervention**, la prescription d'une thérapie ».*

Or l'intervention pratique du médecin, sous la figure de la thérapeutique et du traitement, l'expose au choix et nous confronte à la multiplicité de la **conduite clinique** et des **stratégies thérapeutiques**. Celles-ci, en tant qu'elles s'appuient sur la démarche diagnostique qui les précède et les rend possibles, sont conditionnées par au moins trois facteurs : 1/ l'état des connaissances et des techniques à un instant t ; 2/ la spécificité et la singularité des cas ; 3/ les convictions cliniques et la culture médicale.

Néanmoins, la stratégie thérapeutique est indissociable du pronostic, c'est à dire de la dimension temporelle de la rationalité médicale. Jean-Jacques Wunenburger rappelle à cet égard l'importance de la saisie temporelle de la maladie (p. 50) :

« L'intelligence médicale est avant tout compréhension d'une maladie dans le temps, entre le moment de son émergence et le moment de sa guérison ».

Trois aspects de la temporalité sont ici à prendre en compte : 1/ le présent du « mal », des symptômes et des signes ; 2/ le passé des causes de la pathologie ; 3/ l'avenir du patient et l'évolution de son état de santé. Si le pronostic avait une importance certaine dans la médecine grecque, en tant que « moment décisif » de l'intelligence du cas clinique, on

constate aujourd'hui, avec la médecine scientifique, un primat du diagnostic et du traitement. L'une des premières raisons que l'on peut invoquer est de facture plutôt psychologique, relative au caractère ambivalent de tout pronostic. En effet, si le pronostic répond au *désir du patient*, à son attente d'avenir vis à vis de sa santé et de sa vitalité, il n'en demeure pas moins que le pronostic n'est jamais totalement neutre ou déchargé d'affects. Tout pronostic présente un *impact psychologique, symbolique et éthique*, en tant que discours sur le risque de détérioration de soi et *in fine* de mort, qui en fait autre chose qu'un simple discours de prévision relatif à l'évolution d'un phénomène biologique. Par ailleurs, il est possible d'évoquer ici une seconde raison, plutôt épistémologique, relative à la complexité des facteurs en jeu avec l'intelligence pronostique. En effet, celle-ci doit tenir compte non seulement du degré de régularité du phénomène, de la richesse des observations passées et de la vérification empirique des modèles, mais aussi et surtout de l'expérience et de la connaissance des **idiosyncrasies** du malade. Bien que l'on puisse s'appuyer sur des statistiques et sur des schémas d'évolution, tout pronostic porte sur un être vivant singulier. De ce point de vue, le pronostic s'inscrit dans la champ général des discours d'anticipation, dont on peut dégager trois modèles majeurs : 1/ *le modèle de la prévision*, dont le savoir relève de l'explication causale et du déterminisme (exemple de la physique) ; 2/ *le modèle du pronostic*, dont le savoir s'appuie sur des statistiques et des probabilités (exemple des sciences de la vie) ; 3/ *le modèle de la prédiction ou de la prophétie*, dont le savoir relève d'une dimension supérieure (exemple de la divination). Or il convient de souligner que ni la prévision, inopérante pour le vivant dans la mesure où le phénomène vital comprend une marge d'indétermination et de variation, ni la prédiction, dépendante d'une visée magico-religieuse, ne sont aptes à décrire les processus d'anticipation de la médecine, qui prend acte de toutes les variables et se contente de probabilités (incertitude relative et imprévisibilité). L'art d'anticiper l'avenir propre au médecin n'est ni celui de l'astronome ou du physicien (prévision) ni celui de l'astrologue ou du prêtre guérisseur (prédiction).

3. La relation médicale

Si l'art du médecin se comprend, encore aujourd'hui dans le contexte de la médecine scientifique, dans la perspective d'un **savoir-faire**, d'un **esprit de finesse** et d'une **habileté** à discerner la *singularité d'un cas* dans la *complexité d'un contexte clinique*, qu'il s'agisse de l'identification d'une pathologie chez un malade singulier (intelligence diagnostique), de l'individualisation et de l'adaptation du traitement (stratégie thérapeutique) ou encore de l'anticipation de l'état de santé du malade (discours pronostique), ne peut-on pas envisager pour le médecin un **art « relationnel »**, fondé non pas seulement sur un savoir ou un savoir-faire mais sur un **savoir-être** ? Ne faut-il pas tenir compte, en complément du *rationnel*, du *relationnel* inhérent à toute pratique médicale ? N'y a-t-il pas alors une place, dans le domaine médical, pour un art d'être avec l'autre, que nous suggère l'existence déjà ancienne de codes et de serments sensés encadrer et réguler le comportement du médecin vis à vis de l'homme malade ?

Du point de vue de la relation médecin-malade, il faut considérer les deux aspects irréductibles de la démarche médicale, à savoir 1/ les normes du savoir scientifique et de l'action technique, qui conditionnent l'efficacité de l'action médicale et fondent sa légitimité, 2/ et la dimension de rencontre interpersonnelle asymétrique et de vécu subjectif, qui configurent la situation éthique et humaine de l'intervention médicale. Ce dernier point est essentiel pour comprendre ce qui se joue dans la relation médicale, qui se caractérise par

une rencontre à la fois publique (consultation d'un professionnel) et privée (sphère de l'intimité). En dehors des cas ou situations « limite » qui sont autant d'exceptions à la rencontre interpersonnelle d'un médecin et d'un malade, telles que la perte de conscience et d'autonomie ou l'automédication, la relation médicale met en jeu les statuts du médecin, du malade et de la relation thérapeutique (interaction).

Dans un premier temps, il apparaît que la profession même de médecin présente des spécificités. Être médecin, exercer la médecine après une formation universitaire spécifique validée par une reconnaissance institutionnelle, n'est pas un métier anodin. La médecine a toujours, de façon infinitésimale ou plus urgente, **rapport à la vie et à la mort**. L'exercice de la médecine se découpe dans le contexte d'une demande d'aide, rendue sensible par une situation concrète d'impuissance, de détresse, de souffrance liée à l'expérience vécue de la maladie. C'est ce qui fait de la médecine une profession délicate et difficile, en prise directe sur des vies fragilisées et rendues vulnérables par la maladie. Or le médecin présente la possibilité d'une **double puissance**, à la fois *réelle*, quand il s'agit de sauver et de préserver la vie en intervenant sur le pathologique, et *symbolique*, du point de vue de l'aura de sacré et du prestige de l'autorité médicale. Dans ce contexte, deux pôles ou deux figures extrêmes de la profession médicale deviennent prégnantes. Il s'agit soit de considérer le médecin comme un technicien spécialisé ou un agent d'un système expert, soit de tenir le médecin pour un père ou un guide spirituel. Néanmoins, il semble que ces deux « images » du métier de médecin relèvent de conceptions extrêmes, voire caricaturales, alors que l'exercice concret de la médecine se joue dans un va-et-vient et dans une dialectique subtile entre les différentes figures que peut prendre l'intervention médicale. En revanche, **deux types d'obligation** se présentent comme des invariants au sein des différentes formes que peut prendre la figure du médecin : 1/ une *obligation de moyens*, inscrite dans la loi ; 2/ une *obligation de résultats*, que l'on peut tout au plus tenir pour une finalité professionnelle et/ou une exigence morale.

Qu'en est-il du malade ? En première approximation, on peut qualifier le malade comme un être dont la vie est perturbée par un mal qui justifie une **demande d'aide** et **l'intervention d'un tiers**. Comme le suggérait déjà l'idée de vulnérabilité, on est avec la personne malade dans le contexte d'une dévitalisation et d'une diminution de soi. En ce sens, « être malade » n'est pas identique à « avoir une maladie ». Le sujet malade n'est pas un sujet abstrait ou désincarné, mais un sujet affecté et perturbé dans son **rapport à soi** (sentiment de vulnérabilité et d'impuissance), dans son **rapport aux autres** (rupture du lien social et sentiment de culpabilité) et dans son **rapport au monde** (sentiment généralisé de malaise et de mal-être). Comme l'indique Jean-Jacques Wunenburger dans *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives* (pp. 62-64), la maladie est une perturbation de l'être dans sa globalité et ne peut être réduite à un trouble localisé et ponctuel :

« La maladie touche notre être au monde, notre conscience de nous-mêmes, et, de proche en proche, l'anomalie localisée retentit sur la totalité de la personne [...] être malade, c'est vivre autrement et voir le monde autrement [...] la maladie touche l'ensemble de l'être, son unité, son autonomie, et [...] elle provoque un changement profond de l'individu dans son rapport au milieu et aux autres ».

Dès lors, si l'**expérience vécue de la maladie** engage l'individu pris dans sa globalité, dans un contexte de détresse et de vulnérabilité, cela nous permet de souligner non seulement l'exigence de neutralité de l'acte médical, consistant à ne pas surajouter de la souffrance à une situation déjà douloureuse, mais aussi l'importance de la relation

thérapeutique, qui ne se réduit pas à une intervention contractuelle et purement technique. Ainsi que le répète Jean-Jacques Wunenburger (pp. 66-67) :

« Soigner n'est pas seulement intervenir sur autrui, mais établir avec lui une relation thérapeutique qui doit prendre en compte toutes ces dimensions existentielles [dont le vécu troublé, la fragilité, la souffrance] »

Quelles en sont les conséquences pour le statut de la **relation thérapeutique** et donc pour l'interaction entre le médecin et le malade ? En premier lieu, il apparaît que la rencontre thérapeutique n'est pas anodine mais chargée d'**investissements psychiques**, qui vont conditionner l'acte médical. Elle s'inscrit, si l'on schématise à grands traits, dans le cadre d'une **relation d'inégalité** entre, d'un côté, des individus souffrants soumis (signes de détresse) et, de l'autre, des individus sains dominants et libres (marques de pouvoir). On comprend dès lors l'importance accordée de tous temps aux codes visant à encadrer et à réguler la pratique médicale et l'exercice de la médecine. Si les médecins disposent d'un pouvoir sur les malades, en raison même de leur savoir et de l'aura conféré par leur figure de « sauveurs », on comprend bien les raisons qui ont conduit à vouloir limiter les abus et les situations d'asservissement. Par ailleurs, ces considérations permettent de souligner l'importance en médecine d'un « protocole », d'une « étiquette » ou d'un « cérémonial ». Or le problème consiste bien en ce que, d'une part, l'on ne peut agir n'importe comment, mais aussi en ce que, d'autre part, on ne peut être dans l'improvisation totale dans l'instant de la rencontre. Le médecin, au cours de son expérience, doit pouvoir apprendre à « **user** » du **relationnel**, notamment de l'affect entre empathie et distance, mais aussi de l'écoute, de l'échange verbal singulier et de la parole. Il y a ainsi au cœur de la pratique médicale tout un **art d'être avec l'autre**, soulignant l'importance de la *ritualisation*, de la *théâtralisation* des corps et des paroles, ainsi que de la *culture* des gestes et des paroles codifiés.

CONCLUSION

Au terme de ces analyses, nous pouvons conclure que l'expression d'« art médical » n'est pas si désuète ni si paradoxale qu'il apparaît à première vue. Si la conception de l'art a connu des transformations au fur et à mesure de l'évolution de la société occidentale vers une civilisation industrielle marquée par l'essor des sciences et des techniques, et si la médecine s'est développée dans le sens d'une médecine scientifique fondée sur les méthodes et techniques issues des sciences expérimentales et des sciences biologiques, il n'en demeure pas moins que la médecine ne peut être réduite à une dimension strictement scientifique, de même qu'on ne peut plus aujourd'hui concevoir la médecine comme une démarche simplement empirique. La médecine se présente comme une pratique composite, mixte de raison et d'expérience, de science expérimentale et de clinique. C'est ce qui fait de son exercice un art, dans la mesure où il ne suffit pas de disposer d'un savoir théorique, de connaître les règles d'action et les procédures techniques à accomplir pour parvenir de façon nécessaire et systématique au résultat escompté. Le contexte clinique met en jeu une multiplicité de facteurs et une pluralité de déterminants qui font de la situation médicale une totalité dynamique complexe. Or pour saisir dans son unité organique la spécificité et la singularité de cette situation concrète dans laquelle un médecin et un malade se rencontrent, on ne peut se contenter d'un savoir théorique et conceptuel. Si l'action médicale se fonde sur des savoirs scientifiques et techniques, sans lesquels on pourrait douter de la compétence et

de l'efficacité du médecin, cette « fondation » se révèle une condition *nécessaire* mais non *suffisante* de l'agir médical. Ayant à intervenir dans le cours des choses, au milieu de la complexité de phénomènes humains et de processus bio-pathologiques en interaction et en devenir, l'action du médecin ne se présente pas comme l'application mécanique d'une vision claire et totale des moyens à employer pour parvenir à son but, en l'occurrence la conservation de la santé ou la remédiation de l'homme malade, but dont il ne faut pas oublier la nature vitale et urgente, ainsi que la dimension universellement partagée. De ce point de vue, s'il est légitime de parler aujourd'hui de **science de la santé** pour qualifier la médecine, il n'en demeure pas moins que les médecins, dans le contexte de la clinique, se présentent avant tout comme des **artistes de la santé**.

C'est que la médecine se présente finalement comme une intelligence globale de la santé et de la vie. Si l'on reprend la terminologie développée au 19^e siècle par Dilthey, nous pouvons dire qu'elle se caractérise par le couplage entre une **intelligence explicative**, déterminée par le souci d'une vérité objective et universalisable, issue du rapport entre raisonnement logique et expérimentation, et une **intelligence compréhensive**, qui intègre le subjectif et l'intersubjectif dans la construction d'un sens (rapport au corps, représentations de la maladie, attentes psychologiques, description vécue de la pathologie pour faire émerger sa signification), ainsi que la dimension d'interprétation et d'herméneutique. Dans cette perspective, la médecine apparaît de façon irréductible comme **technique et art**. Si la dimension technoscientifique permet de souligner l'importance en médecine de la technique éclairée par la science, la dimension de l'art indique tout ce qu'il y a de capacités singulières, de dispositions, de talents, voire de charisme dans l'exercice concret et *in situ* de la médecine. Il est effectivement nécessaire, du point de vue de son efficacité, que la médecine s'appuie sur une technique, dans la mesure où celle-ci est une **méthode** pour arriver à un résultat prévu à l'avance, au moyen d'outils, d'instruments et de machines. Mais cette nécessité n'est pas suffisante, dans la mesure où la technicisation excessive de l'acte médical peut conduire à des formes de « routinisation » et de mécanisation des gestes, alors même que le médecin est confronté à des êtres vivants singuliers et sensibles, non pas à de la matière inerte. En tant que rapport au vivant, la médecine doit tenir compte des singularités et des variations, ce qui implique une certaine **vigilance**, de la **dextérité**, voire de l'**intuition**. C'est ce qui fait la proximité de la médecine avec les métiers d'art et la distingue des travaux mécaniques taylorisés. Il s'agit de s'adapter à une situation, de mettre en œuvre des capacités fines de discernement et d'habileté dans le contexte d'une rencontre interpersonnelle interactive et dynamique.

De sorte que l'action du médecin et l'art médical s'inscrivent plus globalement dans le champ de la pratique humaine, caractérisée par la **contingence**. Quand nous agissons, nous sommes toujours exposés à de l'aléatoire et à des facteurs non maîtrisés. C'est pour cela que nous tentons de nous prémunir de l'échec par la mise en place de démarches réfléchies et calculées. L'acte technique se présente dans cette perspective comme un « archétype » de la volonté de réduire au minimum les aléas de la pratique. L'acte technique, en se fondant sur des savoirs reconnus et en se conformant à un protocole d'exécution, nécessitant le respect scrupuleux d'un certain nombre d'étapes bien définies, nous met en présence d'une action qui tente de maîtriser au mieux les conditions de sa réalisation. Or l'acte technique permet bien dans une certaine mesure de caractériser la pratique médicale : confronté à une urgence vitale, le médecin s'efforce de réduire la dimension aléatoire de la situation concrète et singulière dans laquelle il a à agir, par l'application de techniques fondées sur des savoirs scientifiques validés et par le déploiement de schémas d'action réfléchis. Le savoir rend possible son action et détermine

l'exécution du plan projeté, dans la perspective d'une volonté de réduire l'indétermination propre à la réussite de l'action.

Cependant, dans quelle mesure le médecin peut-il agir raisonnablement si le savoir dont il dispose ne lui permet pas d'expliquer de façon exhaustive l'ensemble des éléments qui composent la situation à laquelle il est confronté ou de prévoir de façon certaine l'évolution de cette situation ? Si le savoir médical, notamment la nosologie, assure le médecin d'une connaissance scientifique précise des pathologies, il n'en demeure pas moins que l'application de ces connaissances générales dans une situation clinique singulière n'est pas sans poser des difficultés. Plusieurs paramètres sont ici à prendre en compte : la pathologie et son évolution, la réaction du malade à la thérapeutique, l'histoire personnelle du malade et son vécu vis à vis de la maladie, etc. Pour établir un diagnostic, le médecin s'appuie sur le couplage de l'état des connaissances médicales à un instant t (dimension du savoir scientifique) et des signes cliniques livrés par l'auscultation du malade (dimension des faits observables et de l'expérience). A partir de la lecture des signes cliniques (sémiologie), il devient possible d'identifier les causes du trouble (étiologie), de préciser le pronostic vital (prédiction de l'évolution de l'état de santé du malade) et de mettre en œuvre une thérapeutique (traitement de la pathologie et soins). Or il est ici nécessaire de tenir compte de la notion de probabilité, importante pour la compréhension du diagnostic médical. Il s'agit de reconnaître et d'organiser des phénomènes complexes, en renonçant aux modèles de l'évidence immédiate et aux schémas linéaires simples. La complexité de la maladie et des facteurs en jeu avec la maladie (pluralité des déterminants et des facteurs de causalité) conduit à renoncer, non seulement au modèle simple d'une explication causale univoque mais aussi à l'idée de certitude absolue confirmée par des preuves. Il s'agit de penser en terme de probabilité et de degré de certitude : un diagnostic est possible, plus ou moins probable, plus ou moins certain.

Dans ce contexte, il apparaît que le médecin ne peut se contenter de configurer son action uniquement sur le savoir. Le médecin a à agir dans un contexte qu'il ne choisit pas et dans une situation dont il ne maîtrise pas tous les paramètres. Néanmoins, il ne semble pas pouvoir agir à la légère, en raison même des **enjeux vitaux** de la pratique médicale et de la situation de **souffrance** caractéristique de l'expérience vécue de la maladie. De ce point de vue, l'on comprend que l'action du médecin ne soit pas isolée mais inscrite au sein d'une communauté de pairs (intersubjectivité et dimension du tiers qualifié), qu'elle doive par ailleurs se référer aux connaissances établies par les sciences médicales en vue de proposer le meilleur traitement possible pour le malade dans le respect des cadres légaux, mais aussi qu'elle tienne compte d'un cérémonial et d'une théâtralisation de la relation thérapeutique dont la finalité est d'apaiser et d'alléger le vécu de la pathologie. Il résulte de ces considérations un idéal pratique de **prudence**, comme disposition à agir caractérisée par la réflexion et la prévoyance, permettant de prévenir les dangers et les risques. L'homme prudent, modèle auquel semble devoir répondre le médecin, dispose d'une **sagesse pratique** – mélange de savoir scientifique, de savoir-faire et de savoir-être – lui permettant d'agir de façon adéquate selon les circonstances, en tenant compte de la singularité de chaque cas et de la contingence de sa propre action, dans le souci d'agir en fonction de ce qui est bon pour l'homme et la personne. C'est en ce sens que nous pouvons peut-être, en guise de point final, considérer le médecin comme un **artiste de la santé**.