



## **Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale**

Jean-Christophe Weber

### **► To cite this version:**

Jean-Christophe Weber. Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale. Loïc Nicolas. Le Fragile et le flou. De la précarité en rhétorique, 325, Classiques Garnier, pp.229-244, 2018, Rencontres, 978-2-406-07090-0. <10.15122/isbn.978-2-406-07090-0.p.0229>. <hal-02289605>

**HAL Id: hal-02289605**

**<https://hal.science/hal-02289605v1>**

Submitted on 16 Sep 2019

**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.



HAL Authorization

## Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale.

Jean-Christophe Weber

L'espace de la clinique médicale, lieu de décisions et d'actes, est riche d'entrecroisements qui le rendent complexe, en convoquant simultanément des registres hétérogènes. Nous n'évoquons ici que les principaux : corps organique et corps éprouvé (la fameuse distinction entre *Körper* et *Leib*), déterminations biologiques, sociales et psychiques des maladies, régulations normatives scientifiques, légales, morales, économiques. Schématisée à l'extrême, la décision médicale est une réponse à une demande qui mobilise ensemble raison, émotions et affects, langage informatif et parole performative, registres du besoin et du désir, savoirs experts et connaissances tacites. Ces dimensions alimentent, tout en les biaisant, des raisonnements innervés par les paradigmes indiciel et statistique. La *technè* médicale est l'art de nouer tout cela, de l'intégrer, avec tact, dans des gestes et des paroles qui déterminent une trajectoire – diagnostic et thérapie – sans garantie de réussite *a priori*. La précarité irréductible de la *technè* est inhérente à la particularité de son destinataire. Mais son pouvoir est indissociable de sa condition, même si elle semble à bien des égards fragile et floue : telle est l'hypothèse que nous entendons soutenir. La conséquence est capitale : il faut préserver l'efficace de la *technè* malgré sa précarité ; s'attaquer à celle-ci risque de faire perdre celle-là.

La comparaison de la pratique médicale avec la rhétorique peut être faite à un niveau fondamental, en-deçà de ce qui apparaît comme connexion immédiate, et qui concerne l'information donnée au malade en vue de son consentement. C'est déjà une piste très intéressante, notamment quand on l'envisage sous l'angle de la tension entre « validité » et « influence »<sup>1</sup>, tension particulièrement vive quand il s'agit tout à la fois d'informer, de mettre en confiance et de persuader un malade – atteint de cancer par exemple – de suivre un traitement aux effets aléatoires<sup>2</sup>. Ce que nous présentons ici renoue avec une affinité soulignée déjà dans l'Antiquité : médecine et rhétorique partagent des formes d'inférences et de raisonnements<sup>3</sup> ; l'activité diagnostique, noyau dur de la pratique, s'emploie, comme la rhétorique, à « bien voir ce qui, dans chaque cas, peut être propre à persuader (les éléments crédibles) »<sup>4</sup>, ou pour reprendre la traduction qu'en donne Barthes, constitue « l'art d'extraire de tout sujet le degré de persuasion qu'il comporte »<sup>5</sup> ; l'un et l'autre champ sont axés autour de l'élaboration d'un jugement au travers de pratiques langagières dont l'efficacité noue ensemble *ethos*, *pathos* et *logos* ; enfin, et c'est le point qui sera développé ici, l'enjeu majeur est de parvenir à s'orienter au mieux dans des domaines marqués par la contingence, l'incertitude, le flou.

### L'IRREDUCTIBLE PRECARITE DE LA PRATIQUE MEDICALE

---

<sup>1</sup> Emmanuelle DANBLON, « Il y a critique et critique : épistémologie des modèles d'argumentation », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012.

<sup>2</sup> Marie MENORET, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007, vol. 25, p. 33-54. L'observation de consultations de cancérologie, où l'on propose des traitements adaptés à la situation précise du malade, montre que les médecins, en situation d'incertitude (relative) usent d'une rhétorique appuyée sur des arguments statistiques pour mettre en confiance, informer, et persuader le malade de suivre un traitement aux effets aléatoires. Ménoret parle d'une « rhétorique singulière qui introduit l'expectative [attente construite sur des promesses et des probabilités] dans son message d'information *via* une certaine raison statistique ». C'est une façon de « dire l'incertain ».

<sup>3</sup> Stephen PENDER, « Between Medicine and Rhetoric », *Early Science and Medicine*, 2005, vol. 10, n°1, p. 36-64.

<sup>4</sup> ARISTOTE, *Rhétorique*, 1355b, trad., préface et notes de J. Lauxerois, Paris, Pocket, 2007.

<sup>5</sup> Roland BARTHES « L'ancienne rhétorique », *Communications*, 1970, 16, p. 172-223.

Même si tous ceux qui y ont recours souhaiteraient la voir solidement fondée, la pratique médicale reste irréductiblement précaire. Nous esquisserons ce premier temps à gros traits, en nous limitant à indiquer de quelles manières cette précarité peut être envisagée.

Le fondement de sa pratique se dérobe sous les pieds du praticien lui-même. Si nous donnons raison à Canguilhem, il faut tenir que « la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie<sup>6</sup> » et que la médecine se trouve écartelée entre sa finalité thérapeutique et son ambition scientifique, laquelle suppose « la mise entre parenthèses du malade<sup>7</sup> ». Il suggère que le médecin soit capable de se dédoubler<sup>8</sup>, mettant en œuvre, d'une part, tout ce que la technique autorise « pour la défense de la vie<sup>9</sup> », tout en étant, d'autre part, requis de mettre entre parenthèses, mais sans le répudier, l'objectivité de son savoir<sup>10</sup>. Rien n'est plus fragile alors que cette articulation subtile, qui sera au mieux une tactique, et jamais une stratégie. Michel de Certeau les distingue ainsi : « La stratégie est le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un "environnement"<sup>11</sup>. » La stratégie suppose donc de pouvoir occuper une position extérieure, une position de savoir et de pouvoir dans un dispositif calculé. Par contraste la tactique revient aux « manières de faire qui ne peuvent pas compter sur une frontière distinguant leur domaine d'application comme une totalité visible<sup>12</sup> ». Cette tactique fragile est toutefois la seule voie possible pour *accomplir* la rationalité médicale – ce mot fort est de Canguilhem<sup>13</sup> – au-delà de sa butée sur la subjectivité.

En effet, si la rationalité scientifique nourrit et irrigue la médecine en bornant l'étendue du raisonnable, ce qui a été dissocié par la science forme, néanmoins, le cœur même de la situation qui requiert décision et jugement de la part de celui que le malade aspire à pouvoir désigner comme *mon* médecin. Canguilhem en donne cette admirable définition :

Mon médecin c'est celui qui accepte ordinairement de moi que je l'instruise sur ce que seul je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur<sup>14</sup>.

C'est parce que la *technè* de remédiation qu'est la médecine est ordonnée à l'homme malade lui-même, dans la singularité de son individuation malade, que les gestes et les paroles du médecin ne sont pas, en dernière instance, l'exécution d'une tâche programmable.

Même quand il s'en tient aux seules coordonnées biologiques de la maladie et du traitement, le médecin s'avance en zone incertaine, et ne dispose jamais d'une vue complète de la totalité des forces en présence<sup>15</sup>. Il ne sait pas « à l'avance où passe la limite entre le nocif, l'innocent et le bienfaisant<sup>16</sup> ». Non par ignorance, mais parce que les meilleures connaissances adéquates sont assorties d'une simple probabilité d'existence. Ne pas être en mesure de déterminer exactement les probabilités d'occurrence de plusieurs événements en interaction renvoie alors certes aux jugements intuitifs (très vulnérables aux biais), mais aussi aux intuitions exactes des experts qui nécessitent une pratique durable pour être le fruit d'une réelle

---

<sup>6</sup> Georges CANGUILHEM, « Puissance et limite de la rationalité en médecine » (1978), dans G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 1994, p. 408.

<sup>7</sup> Georges CANGUILHEM, « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), *ibid.*, p. 413-428.

<sup>8</sup> Georges CANGUILHEM, « Puissance et limite... », art. cit., p. 409.

<sup>9</sup> Georges CANGUILHEM, « Thérapeutique, Expérimentation, Responsabilité » (1959), *ibid.*, p. 383.

<sup>10</sup> CANGUILHEM G., « Puissance et limite... », *op. cit.*, p. 409.

<sup>11</sup> Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien. Volume I. Les arts de faire*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2002 [1980].

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> Georges CANGUILHEM, « Puissance et limite... », art. cit., p. 408.

<sup>14</sup> Georges CANGUILHEM, « La santé : concept vulgaire et question philosophique » (1988), dans G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Éd. du Seuil, 2001, p. 64.

<sup>15</sup> Tim WILSON & Tim HOLT, « Complexity and clinical care », *British Medical Journal*, n° 323, 2001, p. 685-688.

<sup>16</sup> Georges CANGUILHEM, « Thérapeutique, Expérimentation, ... », art. cit., p. 389.

compétence<sup>17</sup>. L'intuition experte tire son épingle du jeu de la moins mauvaise manière lorsqu'il s'agit de manipuler des possibilités, des propositions floues, des valeurs de vérité intermédiaires, des raisonnements approximatifs, dont les équivalents linguistiques sont, par exemple : « dans la plupart des cas », « généralement... », « il est souvent vrai que... », « c'est presque trop... », etc. Les théories de la logique floue permettent, en partie, d'en rendre compte de manière formelle<sup>18</sup>. Ainsi, ce n'est pas seulement la subjectivité qui fait limite à rationalité médicale, mais c'est l'ensemble de son expérience pratique qui est au mieux décrit comme l'aisance à agir dans une situation complexe ou simplement nouvelle, la compétence à manipuler des systèmes imparfaits et à se mouvoir dans un langage non univoque. Ces considérations placent la médecine de plain-pied avec d'autres pratiques sous-tendues par l'usage de la rhétorique. Ici aussi, il s'agit de « l'intrusion du contingent, du non prévu, auquel il faut faire face<sup>19</sup> ».

Nous indiquons, enfin, un dernier trait de cette précarité irréductible : la médecine est un de ces champs où ordre des faits et ordre des valeurs sont enchevêtrés. Canguilhem consacre de longs développements à cette question dans sa thèse « Le normal et le pathologique<sup>20</sup> ». Ainsi, la physiologie est normale au sens d'une régularité descriptive, mais aussi au sens d'idéal pour la thérapeutique. Le pathologique est appréhendé sous forme de valeur négative. Mais cela va plus loin : on raisonne sur le vraisemblable mais aussi sur le préférable, et il s'agit de convaincre, soi-même et le malade, d'agir ou de s'abstenir. Comme dans d'autres affaires humaines, « une conclusion doit être, coûte que coûte, obtenue<sup>21</sup> », même si l'expérience est nouvelle et imprévisible, même quand les experts divergent entre eux.

Un premier point semble maintenant établi : si on considère toutes les limitations et les contingences de la pratique médicale, ce n'est pas lui faire injure que de poser que la médecine est vulnérable au même titre que tout agir pratique<sup>22</sup>. On l'aura vu, l'indisponibilité de propositions vraies et univoques, et son immersion dans le langage sont deux caractéristiques de la pratique médicale qui justifient son rapprochement avec la rhétorique. Nous nous en servons pour nourrir l'analyse critique de la médecine à l'aide de notions mieux étudiées dans le champ de la rationalité pratique.

## UNE FRAGILITE INACCEPTABLE

Dans le champ médical, la précarité du jugement pratique est attaquée sur deux fronts principaux.

En premier lieu, le courant dominant *Evidence Based Medicine* (EBM) s'est imposé à partir du constat des failles de l'expérience personnelle<sup>23</sup>. Sa visée est légitime : consolider les éléments de jugement là où c'est possible. EBM est définie par ses plus éminents promoteurs comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient<sup>24</sup> ». Mais une des conséquences fâcheuses de sa diffusion a été le discrédit jeté sur la clinique en tant qu'elle s'appuie aussi sur une capacité interprétative, sélectionnant des détails pour les « faire parler ». À

<sup>17</sup> Daniel KAHNEMAN, *Système 1 / système 2. Les deux vitesses de la pensée*, trad. R. Clarinard, Paris, Flammarion, 2012 [2011].

<sup>18</sup> Bernadette BOUCHON-MEUNIER, *La logique floue*, Paris, PUF, coll. « Que-Sais-je ? », 4<sup>e</sup> éd., 2007.

<sup>19</sup> Chaïm PERELMAN, « Les notions et l'argumentation » (1955), dans *Rhétoriques*, Bruxelles, Éd. de l'Université de Bruxelles, 2012, p. 112.

<sup>20</sup> Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1993 [1966].

<sup>21</sup> Chaïm PERELMAN, « Les notions et l'argumentation », art. cit., p. 111.

<sup>22</sup> Jean-Christophe WEBER, « La vulnérabilité du médecin, une fausse bonne nouvelle », dans EUROCOS, Humanisme et santé (éd.), *Les nouvelles vulnérabilités en santé*, Paris, Éditions de santé, 2014, p. 139-148.

<sup>23</sup> Milos JENICEK, « The hard art of soft science: Evidence-Based medicine, reasoned medicine or both? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 4, 2006, p. 410-419 ; Geoffrey R. NORMAN, « Examining the assumptions of evidence-based medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 2, 1999, p. 139-147.

<sup>24</sup> David L. SACKETT, William M. ROSENBERG, *et. al.*, « EBM: what it is, and what it isn't », *British Medical Journal*, n° 312, 1996, p. 71-72, ma traduction.

partir de données qui peuvent sembler négligeables, par exemple des symptômes insignifiants pour le profane, il s'agit de « remonter [...] jusqu'à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentale<sup>25</sup> ». Le médecin, comme le détective sur une scène de crime, comme le critique d'art devant un tableau anonyme qu'il faut attribuer à son auteur, s'appuie aussi sur des détails, ici des signes corporels et des énoncés langagiers, pour lesquels il forge une hypothèse. Autrement dit, s'il est depuis Hippocrate un observateur, le médecin est aussi un interprète qui sélectionne les éléments signifiants dans une démarche abductive<sup>26</sup>. Cette capacité nécessite des ajustements tâtonnants, un exercice assidu, l'incorporation dans un *habitus*, pour que se forge, précisément, une intelligence pratique. Celle-ci ne néglige bien sûr pas les faits prouvés qui peuvent servir de prémisses à des déductions, mais les intègre dans son jugement. Ce qui est probablement fautif est d'avoir laissé se répandre l'idée que le jugement personnel du médecin était devenu inutile, voire nuisible, et qu'il pouvait être remplacé par quelque chose de beaucoup plus solide. Or le paradigme statistique ne devrait pas être présenté comme une alternative au paradigme indiciel : en matière de raisonnement, le médecin fait feu de tout bois<sup>27</sup>.

D'autre part, les travaux menés en psychologie cognitive ont montré combien le raisonnement médical était particulièrement vulnérable aux biais heuristiques et affectifs. Plutôt que d'évaluer les fréquences de manière statistique, les individus ont tendance à accorder une probabilité élevée aux événements qui leur viennent facilement à l'esprit<sup>28</sup>. Mais Kahneman lui-même indique bien que le système à l'origine des biais de jugement est *le même* qui permet l'intuition experte<sup>29</sup>. Or, plutôt que de louer la formation possible de cette forme d'expertise façonnée par une pratique assidue, malgré et grâce à ces raccourcis du jugement, ces travaux ont servi à dénigrer davantage la part de l'expérience et du jugement personnels<sup>30</sup>, qui devraient s'effacer devant le paradigme statistique retraduit en protocoles et en arbres décisionnels, afin d'éviter les erreurs diagnostiques dont les conséquences peuvent être graves<sup>31</sup>. Nous ne souhaitons pas faire l'apologie des heuristiques biaisées et prôner une dialectique spéculative, ces travaux permettent au contraire d'en déjouer si possible certains pièges, pour tirer le meilleur avantage des procédés heuristiques. Le jugement personnel a été d'autant plus attaqué qu'il était soumis aux entorses par rapport à la rationalité logique que provoque la dimension émotionnelle et sensible de l'action médicale. La volonté de protéger les malades du risque d'arbitraire des médecins amène à minimiser la portée effective du jugement pratique du praticien, alors même qu'un Damasio montre la part essentielle des émotions dans la prise de décision<sup>32</sup>. Mais déjà Aristote<sup>33</sup> constatait que les émotions prenaient part au jugement et qu'il fallait, dès lors, en tenir compte avec soin.

Ces attaques internes au champ médical renvoient en fait à un mouvement plus vaste : la fragilité de tout agir humain apparaît aujourd'hui moins acceptable, voire inacceptable. La médecine est affectée aussi par cette dynamique de grande amplitude. La standardisation des pratiques est présentée comme un gage de qualité et d'efficacité, de rendement et de

<sup>25</sup> Carlo GINZBURG, « Signes, traces, pistes, Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, n° 6, 1980, p. 3-44.

<sup>26</sup> Margareta BERTILSSON, « The elementary forms of pragmatism: on different types of abduction », *European Journal of Social Theory*, n° 7, 2004, p. 371-389.

<sup>27</sup> Barbara OSIMANI, « "Modus Tollens" probabilized: deductive and inductive methods in medical diagnosis », *Medic*, vol. 17, n° 1-3, 2009, p. 43-59.

<sup>28</sup> Daniel KAHNEMAN & Amos TVERSKY, « Prospect Theory: An analysis of decision under risk », *Econometrica*, n° 47, 1979, p. 263-291.

<sup>29</sup> Daniel KAHNEMAN, *Système 1 / système 2*, op. cit.

<sup>30</sup> Giovanni FEDERSPIEL & Roberto VETTOR, « Rational error in internal medicine », *Internal Emergency Medicine*, vol. 3, n° 1, 2008, p. 25-31.

<sup>31</sup> Mark R. TONELLI, « The challenge of evidence in clinical medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 16, 2010, p. 384-389.

<sup>32</sup> Antonio R. DAMASIO, *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, trad. J.-L. Fidel, Paris, Odile Jacob, coll. « Poche », 2005, p. 152.

<sup>33</sup> ARISTOTE, *Rhétorique*, 1378a20-23 ; 1377b30-78a4, op.cit.

productivité, notamment par le nouveau management public<sup>34</sup>. Comme d'autres domaines (politique, judiciaire, éducatif) le monde médical est marqué par des exigences de transparence, de reddition de comptes, de conformité aux protocoles et aux recommandations d'agences<sup>35</sup>, légitimées par une volonté collective de réduction des risques, de clarification du flou et de consolidation du fragile. La restauration de la confiance du public en serait tributaire. Les charges sont nombreuses : « L'opacité corporatiste irrite<sup>36</sup> ». L'affaire du sang contaminé, l'affaire du Médiateur® plus récemment, ont laissé soupçonner « que des intérêts économiques pouvaient l'emporter sur l'intégrité de la personne et la santé des citoyens<sup>37</sup> ». La sécurité, la qualité et son évaluation, la certification, ne doivent plus être basées sur des données déclaratives, mais sur le recueil de traces écrites, ou mieux encore numériques. La performance quantitative prend le pas sur l'amélioration réelle des situations. Ce qui n'est pas mesuré, voire non mesurable, est disqualifié. Ce qui ne peut être tracé compte pour rien. En particulier, les compétences incorporées, les savoirs tacites qui forment la base de la qualité et de la performance vécues par les acteurs du soin, n'ont plus d'existence légitime. Les politiques publiques, médiées en France par l'Agence nationale d'appui à la performance, veulent obtenir « l'informatisation du cœur de métier des établissements de santé<sup>38</sup> ». S'il peut être informatisé, c'est que le cœur de métier s'est déplacé, depuis l'intelligence pratique au service du soin, vers un système de production qui ignore délibérément son importance.

### CHASSER LE FLOU : CONSOLIDER OU FRAGILISER ?

Il faut maintenant dire en quoi la volonté de consolider des pans entiers de la pratique risque de la rendre plus fragile encore. Notre hypothèse est que la fragilisation opère par la décomposition du juger et de l'agir en processus linéaires et juxtaposés, alors que le « savoir-y-faire<sup>39</sup> » requiert une com-position incorporée, forme complexe et molle, mais riche et ajustable, pour assurer la possibilité d'une pratique juste et efficace. Traquer les ressorts d'une pratique dans l'incertitude pour en réduire les zones d'ombre, précipite cette pratique dans l'exposition de sa précarité devenue synonyme d'indigence, ce qui renforce, alors, la légitime nécessité d'en venir à bout. Il devient de plus en plus hasardeux de prétendre se tenir dans les zones opaques où se jouent la maladie et la direction de sa cure.

Que la moyenne des actes prescrits par ses confrères soit indiquée, pour simple information, au généraliste qui s'en écarte est une chose, que cela serve à le sanctionner au nom d'une entorse aux bonnes pratiques en est une autre. Qu'il existe un référentiel pour l'annonce d'une maladie grave peut être éventuellement utile à un débutant, mais quand ce référentiel est déroulé sans discernement, c'est la perversion du jugement pratique qui s'érige en norme de conformité. Sommé d'être transparent, de tracer tous ses actes, et contrôlé par ces mêmes traces, le médecin est implicitement – mais ardemment – incité à abandonner ce qui fait ou faisait de lui un médecin habile et perspicace. Ce jugement peut sembler péremptoire et sévère. Mais le quotidien de l'activité est de plus en plus mis sous surveillance par des équipes de managers chargées de sa mise en conformité à des référentiels qui ignorent toute souplesse. L'accréditation et la certification des soignants reposent alors sur le jugement pratique... du contrôleur ! Le médecin qui apprivoise lentement le dialogue pour amener, par étapes, à la révélation d'un

<sup>34</sup> Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui / Enquêtes de terrain », 2010.

<sup>35</sup> Philippe HAYEZ, « Renseigner en confiance, la démocratie et les services de renseignement », dans Hervé Dumez (éd.) *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008.

<sup>36</sup> Hervé DUMEZ, « Conclusion », in Id., *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, *op. cit.*, p. 134.

<sup>37</sup> Corine LEPAGE, « Que signifie rendre des comptes pour un homme politique ? », *ibid.*

<sup>38</sup> <http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/faut-il-mutualiser-ou-externaliser-son-systeme-dinformation>.

<sup>39</sup> Jean-Paul RESWEBER, « Le soin : affaire de *techné* et de tact », dans Jean-Paul Resweber (éd.), *Les gestes de soin*, Metz, Éd. du Portique, coll. « Cahiers du Portique », 2003, p. 85-103.

diagnostic grave ne peut pas prétendre à une pratique conforme au référentiel de « la consultation d'annonce ».

L'accréditation est précédée d'une auto-évaluation accomplie à l'aide d'un « référentiel qualité » qui, de fait, ne s'appuie que sur des points visibles de performance pour donner une représentation chiffrée de son action. Tout est là pour disqualifier son cœur de métier au nom d'un impératif : rendre des comptes. Or, ce qui se joue dans la relation reste largement opaque pour un tiers bureaucratique, et échappe à la mesure, ce qui contrevient à l'exigence de transparence. Cette exigence est de plus en plus intériorisée par les soignants dont l'autonomie professionnelle est moins prégnante, comme les infirmières. Voici une anecdote – l'exemple est la chose même ! – particulièrement illustrative de ce mouvement de fond : une infirmière exécute une prescription d'antalgiques pour une personne âgée mais sans altération cognitive, laquelle manifeste son souhait d'étaler la prise des trois molécules sur l'ensemble de la soirée et de la nuit, en fonction de l'intensité des symptômes douloureux. Acquiescer au vœu du malade mettrait l'infirmière en porte-à-faux avec l'exécution conforme et respectueuse de l'ensemble des normes de sécurité sur quoi repose l'accréditation de son service. C'est alors au nom du professionnalisme, de la qualité des soins et de la sécurité du malade qu'elle obligera ce dernier à avaler devant elle, en une fois, la totalité des comprimés.

Reprenons l'anecdote de manière plus savante pour décrire la menace portée au jugement pratique. La *technè* médicale et soignante en général est indissociable de l'expérience. Aristote le précise dès les débuts de la *Métaphysique* : « la science et l'art viennent aux hommes par l'intermédiaire de l'expérience<sup>40</sup> ». Certes le niveau de la *technè* est corrélé au passage d'une sommation d'expériences empiriques à un jugement qui les rassemble : « Former le jugement que tel remède a soulagé Callias, atteint de telle maladie, puis Socrate, puis plusieurs autres pris individuellement, c'est le fait de l'expérience ; mais juger que tel remède a soulagé tous les individus atteints de telle maladie, déterminée par un concept unique [...], cela appartient à l'art<sup>41</sup>. » Par contre, quand il s'agit de la pratique (*praxis* et *poiësis*), il s'agit d'un retour à l'individu particulier, et connaître l'universel n'est pas suffisant à éviter l'erreur de traitement. Soigner, guérir, nécessitent un savoir-faire d'expérience, le savoir-faire avec le particulier. La connaissance des lois générales, des référentiels et des protocoles ne peut suffire.

Premièrement, parce que le cas déborde de toutes parts des catégories mobilisées pour l'appréhender, et donc que la plus parfaite connaissance ne confère pas, pour autant, l'habileté de faire requise dans la situation. Pour Kant aussi, c'est là le domaine de l'art et non de la science : « Seul ce que l'on ne possède pas l'habileté de faire, même si on le connaît de la manière la plus parfaite, relève de l'art<sup>42</sup>. » On tient là une distinction entre science et *technè* qui complète celle d'Aristote : la science permet de passer directement du savoir au pouvoir. Ce qu'on a le pouvoir de faire dès lors qu'on sait ce qui doit être fait ne rentre pas dans la constitution de l'art/*technè*. D'une façon générale, le savoir théorique de la médecine ne peut être transformé immédiatement en pouvoir pratique. Par exemple, on peut connaître par cœur les règles de l'annonce d'une maladie grave sans avoir la moindre habileté concrète pour l'effectuer, de même que suivre la recette ne suffit pas pour réussir le plat. La pratique médicale convoque aussi la faculté du jugement réfléchissant, qui permet de relier le cas particulier à des lois universelles, dans un mouvement ascendant qui est l'inverse de l'application descendante de la règle au cas propre au jugement déterminant<sup>43</sup>. Dans l'articulation du contingent du cas avec le savoir général, il ne s'agit pas d'arbitraire mais d'arbitrage, et c'est cette opération qui est barrée quand on exige du médecin l'exécution d'un protocole, c'est-à-dire la capture de l'objet pour le plier à une forme précodifiée<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> ARISTOTE, *Métaphysique*. Tome I, 981a, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 2000, p. 2.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>42</sup> Emmanuel KANT, *Critique de la faculté de juger*, trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1984 [1790], §43.

<sup>43</sup> *Ibid.*, Introduction IV.

<sup>44</sup> Jean-Christophe WEBER, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy*, n° 2, 2012, p. 153-164.

Deuxièmement la connaissance des lois générales, des référentiels et des protocoles ne peut suffire parce que le problème pratique du médecin, c'est de savoir comment il va faire concrètement ce qu'il doit faire. Le raisonnement pratique véritablement pratique, tel que le décrit Vincent Descombes en s'appuyant sur l'*Éthique à Nicomaque* d'Aristote, n'est pas simplement construit à l'intention d'un sujet qui veut agir rationnellement et moralement (et éventuellement construit par quelqu'un d'autre, un supérieur hiérarchique par exemple, une société savante, une haute autorité ou un comité d'éthique), « il doit être construit par le sujet pratique lui-même, par celui qui va agir<sup>45</sup> ». Son premier temps, les prémisses, n'est pas la règle générale, mais l'énoncé de la chose voulue, ce qu'on veut réaliser, obtenir, conserver, etc. Le deuxième temps indique l'initiative que l'agent peut prendre sur le champ et qui aura pour résultat de faire en sorte que la fin posée dans le premier temps sera atteinte. Le terme final n'est pas une opinion, mais c'est de passer à l'action.

Vouloir complètement clarifier à l'avance les instructions (ce que peut souhaiter d'ailleurs le novice) conduit à fixer des limites tranchées là où l'appréciation concrète pourrait conduire à une conclusion opposée. Ainsi, quand l'équipe de jour laisse des directives au médecin de garde en lui signalant les malades dont l'état pourrait se compliquer dans la nuit, cela prend, par exemple, la forme suivante : untel ne devrait pas être transféré en réanimation. Ce ne sont que les grandes lignes qui peuvent être transmises, et idéalement par la parole, dont le flou mis en œuvre *in concreto* transmettra tout de même au plus juste la nuance de niveau de soins souhaitable, tout en laissant une marge de manœuvre, d'appréciation et de jugement à celui qui devra faire face à la complication si elle survient. On observe une difficulté analogue dans le domaine des directives anticipées prévues par la loi depuis 2005 en France<sup>46</sup> : il est difficile de déterminer par écrit des indications suffisamment précises pour être opérantes. Autant le discours oral peut sembler mouvant et imprécis, autant il autorise une dynamique et un cheminement qui produisent probablement un savoir plus ajusté que le savoir dogmatique fixé par l'écrit, lequel fabrique l'illusion d'être définitif<sup>47</sup>. Lorsque nous manipulons des « notions confuses<sup>48</sup> », – comme la qualité de vie, le risque, la santé, les effets indésirables, l'espoir d'aller mieux – l'écriture, et pire encore, l'écriture chiffrée est un *pharmakon* beaucoup plus toxique que la parole<sup>49</sup>.

La distance entre le stimulus de la règle et la tâche pratique est franchie d'une manière contingente et non entièrement prédictible par chaque acteur dans sa délibération<sup>50</sup>. Voilà l'ennemi déclaré des procédures et protocoles qui entendent déterminer le comportement des acteurs au niveau du détail. Mais si l'absence de détermination absolue des conduites est peut-être un risque de désorientation, c'est aussi la condition de pouvoir y remédier par l'invention *hic et nunc* d'une action qui n'était pas prédictible<sup>51</sup>. La sacralisation de la règle, comme celle de l'expertise, va de pair avec le rejet de ce domaine du jugement (trop arbitraire, pas prouvé, trop incertain, trop risqué), ce qui fait que les acteurs s'amputent quasi-volontairement de ce qui faisait l'essence même de leur qualité, parce que l'hésitation à cet endroit est devenue inacceptable<sup>52</sup>. Or, c'est l'exposition à l'incertain des situations contingentes qui est nécessaire pour éduquer puis assumer une *technè* appropriée à la contingence et à l'imprévu de la singularité des situations qu'elle doit affronter. Ne plus en courir le risque nous rendra rapidement incapables d'initiatives.

<sup>45</sup> Vincent DESCOMBES, *Le raisonnement de l'ours. Et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Éd. du Seuil, 2007.

<sup>46</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Texte consultable en ligne sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>.

<sup>47</sup> Mathieu HILFIGER, « Platon : la pensée, dynamique du soin », *Le Coq-béron*, n° 206, 2011/3, p. 12-32.

<sup>48</sup> Chaïm PERELMAN, « Les notions et l'argumentation », art. cit., p. 113.

<sup>49</sup> Mathieu HILFIGER, « Platon : la pensée, dynamique du soin », art. cit.

<sup>50</sup> Paolo VIRNO, *Et ainsi de suite. La régression à l'infini et comment l'interrompre*, trad. D. Renault, Paris, Éd. de l'Éclat, coll. « Philosophie imaginaire », 2013 [2010].

<sup>51</sup> *Ibid.*

<sup>52</sup> Jean-Christophe WEBER., « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? » (à paraître) [y a-t-il des infos supplémentaires quant au lieu de parution ?]



## CONFIANCE, EXPERIENCE ET JUSTE MESURE

Je conclurai par la confiance, dont on voudrait extirper la part aveugle, celle qui « ne s'établit vraiment qu'au-delà des conditions que par ailleurs elle exige<sup>53</sup> ». Le médecin formaté et conforme de demain ne pourra qu'esquiver ce mouvement du malade, parce qu'il sera convaincu de ne pouvoir l'endosser, il se refusera d'être la dupe de tout investissement au-delà de capacités qui auront été dûment accréditées : il refusera d'être l'adresse d'une demande, car le malentendu que toute demande génère sera devenu insoutenable<sup>54</sup>. La préoccupation, la sollicitude, l'attention, la veille, la responsabilité, la simple présence, faute d'être dé-composables en tâches exécutables, ne rempliront plus de particules fines l'air épuré d'une pratique transparente. Le malade fait confiance au médecin s'il peut imaginer qu'au moment précis où sa compétence sera en défaut, « le lien ne sera pas pour autant rompu<sup>55</sup> ». Le médecin formaté et conforme de demain ne pourra que tenter d'esquiver le mouvement du malade qui se jette dans ses bras avec la confiance infantile de celui qui est prêt à tout, pourvu que l'autre s'occupe de lui<sup>56</sup>. La standardisation des pratiques est présentée, par le nouveau management public, comme un gage de qualité et d'efficacité, de rendement et de productivité<sup>57</sup>. Mais la contrepartie déjà annoncée par Rousseau à propos de « la vile et trompeuse uniformité » est qu'on « ne saura donc jamais bien à qui l'on a affaire<sup>58</sup> ».

Réciproquement, la confiance en soi du praticien repose aussi, en quelque sorte, sur une méprise, ce qui se transforme aujourd'hui en : elle est devenue méprisable. De fait, avoir de l'expérience – dérivé de la racine grecque *peras*, qui signifie « la limite » –, c'est s'être exercé à affronter le flou, l'indéterminé de l'*apeiron*, absence de chemin tout tracé<sup>59</sup>. L'expérience suppose une épreuve qui affronte un danger. Bernard Baas souligne le lien entre expérience, danger et la notion de traversée, porté par la langue : en allemand, *Erfahrung* / *Gefahr* / *fabren* ; en latin *experiri* / *periculum*. En grec, on rapprochera *peras*, *apeiron*, de *peraô* (traverser), et de *perainô* (aller jusqu'au bout, se porter à la limite<sup>60</sup>). Pourvu de *métis* et d'intelligence pratique, le praticien apprend à conjecturer dans une situation complexe. Detienne et Vernant évoquent la médecine, qui « suppose toutes sortes de ressources d'une intelligence aussi polymorphe que son adversaire est protéiforme<sup>61</sup> ». Le traité hippocratique des *Épidémies* établit la liste – qui semble interminable – de toutes les considérations à partir desquelles se forge le jugement diagnostique<sup>62</sup>. En contraste avec l'ampleur des considérations dont il faut savoir tenir compte, la décision médicale doit être vive et sûre, saisissant l'occasion rare pour porter son action. En être capable suppose d'être lesté d'expérience. La conjecture vise une précision, mais sa mesure « vous ne la trouverez ni dans un poids ni dans un nombre où vous puissiez rapporter et vérifier vos appréciations, elle réside uniquement dans la sensation du corps<sup>63</sup> ». On voit ici que dans le corpus hippocratique, l'*aisthesis* est le domaine du critère qui apprécie la qualité de l'*empereia*, ce qui ne sera plus tout à fait le cas

---

<sup>53</sup> Guy LE GAUFÉY, « Les unités imaginaires II », *Séminaire inédit*, 1989. Texte consultable en ligne : [http://web.me.com/legaufey/Le\\_Gaufey/Textes\\_1973-2009.html](http://web.me.com/legaufey/Le_Gaufey/Textes_1973-2009.html).

<sup>54</sup> Jean-Christophe WEBER, « L'insoutenable confiance du malade ; une crise dans la pratique médicale ordinaire », dans EUROCOS, Humanisme et santé (éd.), *Santé, médecine : au risque de la confiance*, Paris, Éditions de santé, 2012, p. 139-148.

<sup>55</sup> Guy LE GAUFÉY, « Les unités imaginaires II », art. cit.

<sup>56</sup> Jean-Christophe WEBER, « L'insoutenable confiance du malade... », art. cit.

<sup>57</sup> Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression*, op. cit.

<sup>58</sup> Jean-Jacques ROUSSEAU, *Discours sur les sciences et les arts*, 1750 : <http://classiques.uqac.ca>.

<sup>59</sup> Bernard BAAS, « "Entre" philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience », *Savoirs et clinique*, n° 15, 2012, p. 42-52 ; Marcel DETIENNE & Jean-Pierre VERNANT, *Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*, Paris, Flammarion, coll. « Champs essais », 2009 [1974].

<sup>60</sup> Bernard BAAS, « "Entre" philosophie et psychanalyse... », art. cit.

<sup>61</sup> Marcel DETIENNE & Jean-Pierre VERNANT, *Les ruses de l'intelligence*, op. cit.

<sup>62</sup> HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, trad. É. Littré, Paris, Librairie Générale Française, 1994, p. 374 et s.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 170.

pour Aristote, qui les sépare dans la *Métaphysique*<sup>64</sup>, et plus du tout dans la médecine moderne, qui entend appareiller chaque praticien d'un savoir pratique qui ne saurait être issu de sa propre expérience.

Le contexte actuel fait tout pour que le médecin nourrisse une réelle prévention à l'égard de ce qui serait rattaché en dernière instance à une connaissance sensible et incorporée. Quel appui trouver alors si ce n'est celui des recommandations et des référentiels ? On louera peut-être sa précaution, en méconnaissant toutefois qu'il se prive ainsi de la double possibilité conjointe d'asseoir sa pratique et de viser la juste mesure, c'est-à-dire la normativité propre au cas particulier<sup>65</sup>, plutôt qu'une mesure standardisée et uniforme. Or, il y a continuité entre la détermination d'une trajectoire dans l'indéterminé complexe d'une situation médicale, et la possibilité de s'approcher de la juste mesure. Apprendre à déterminer une trajectoire, à frayer un chemin, à trouver une issue, à affronter le flou et l'indéterminé, cela ne relève pas de l'application d'un savoir maîtrisant la situation (il serait absolu), mais d'un savoir-faire jamais garanti, et pourtant meilleure garantie possible d'approcher la juste mesure sans se livrer au hasard ou à la providence. Mentionnons en passant que la question de la juste mesure chez Platon fait précisément intervenir le mélange d'*apeiron* et de *peras* dans le *Philèbe*<sup>66</sup>, et que dans le *Politique*, elle renvoie au contexte d'une réalité en devenir sans cesse changeante : art du tisserand, du politique, et du médecin, auquel le politique idéal est souvent comparé dans ce dialogue<sup>67</sup>.

Nous avons ainsi essayé de souligner un paradoxe aux effets dévastateurs : chercher à renforcer une pratique peut conduire à l'affaiblir. Si les ressorts de son pouvoir sont inséparables de sa fragilité, cela signifie qu'il ne faudrait pas chercher à en éradiquer les insuffisances. Oui, il y a un danger d'être séduit par des émotions<sup>68</sup> qui sont ambivalentes. Oui il y a des biais dans le jugement<sup>69</sup>. Oui la *technè* est vulnérable<sup>70</sup>. Et c'est pourquoi la déraison consiste à ne pas en prendre acte. Vouloir évacuer la *technè* expose en effet à un risque majeur :

En même temps que la *technè*, c'est donc l'homme malade, sa singularité, sa parole, sa souffrance, son histoire, l'ensemble de ses relations sociales et le tout de sa situation existentielle, qui sont évincés de la médecine – et, par suite, aussi, le médecin lui-même et la relation thérapeutique<sup>71</sup>.

Assumer la part irréductible de bricolage, de flou, d'incertitude, – ou, pour le dire autrement, assumer ce en quoi la pratique médicale est affine à la rhétorique – est donc, pour notre temps, un geste inaugural d'importance.

## Références citées

- ARISTOTE, *Rhétorique*, trad., préface et notes de J. Lauxerois, Paris, Pocket, 2007.
- ARISTOTE, *Métaphysique. Tome I*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 2000.
- BAAS Bernard, « “Entre” philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience », *Savoirs et clinique*, n° 15, 2012, p. 42-52.
- BARTHES Roland « L'ancienne rhétorique », *Communications*, 1970, 16, p. 172-223.

---

<sup>64</sup> Sur cette question, on se reportera avec profit à la contribution de Marco Mazzeo dans ce même volume.

<sup>65</sup> Gilles VOYER, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Fides, 1996.

<sup>66</sup> Sylvain DELCOMMINETTE, « La juste mesure. Étude sur les rapports entre le politique et le Philèbe », *Les études philosophiques*, n° 74, 2005, p. 347-366.

<sup>67</sup> PLATON, *Le Politique*, trad. L. Brisson et J.-Fr. Pradeau, Paris, GF – Flammarion, 2005.

<sup>68</sup> Sabrina EBBERSMEYER, « Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la *Rhétorique* d'Aristote », *Revue de métaphysique et de morale*, n° 2, 2010, p. 233-248.

<sup>69</sup> Amos TVERSKY & Daniel KAHNEMAN, « Judgement under uncertainty: heuristics and biases », *Science*, n° 185, 1974, p. 1124-1131.

<sup>70</sup> Martha NUSSBAUM, *Fragility of Goodness*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986.

<sup>71</sup> Claude ROMANO, « Les trois médecines de Descartes », *Dix-septième siècle*, n° 217, 2002, p. 675-696.

- BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui / Enquêtes de terrain », 2010.
- BERTILSSON Margareta, « The elementary forms of pragmatism: on different types of abduction », *European Journal of Social Theory*, n° 7, 2004, p. 371-389.
- BOUCHON-MEUNIER Bernadette, *La logique floue*, Paris, PUF, coll. « Que-Sais-je ? », 4<sup>e</sup> éd., 2007.
- CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, Expérimentation, Responsabilité » (1959), dans G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 1994, p. 383-391.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1993 [1966].
- CANGUILHEM Georges, « Puissance et limite de la rationalité en médecine » (1978), dans G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, p. 392-411.
- CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), dans G. Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, p. 413-428.
- CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique » (1988), dans G. Canguilhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Éd. du Seuil, 2001, p. 49-68.
- DAMASIO Antonio R., *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, trad. J.-L. Fidel, Paris, Odile Jacob, coll. « Poche », 2005.
- DANBLON EMMANUELLE, « Il y a critique et critique : épistémologie des modèles d'argumentation », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien. Volume I. Les arts de faire*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2002 [1980].
- DELCOMMINETTE Sylvain, « La juste mesure. Étude sur les rapports entre le politique et le Philèbe », *Les études philosophiques*, n° 74, 2005, p. 347-366.
- DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Éd. du Seuil, coll. « La couleur des idées », 2007.
- DETIENNE Marcel & VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, Paris, Flammarion, coll. « Champs essais », 2009 [1974].
- DUMEZ Hervé, *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz-Sirey, 2008.
- EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la Rhétorique d'Aristote », *Revue de métaphysique et de morale*, n° 66 2010/2, p. 233-248.
- FEDERSPIL Giovanni & VETTOR Roberto, « Rational error in internal medicine », *Internal Emergency Medicine*, vol. 3, n° 1, 2008, p. 25-31.
- GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes, Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, n° 6, 1980, p. 3-44.
- HAYEZ Philippe, « Renseigner en confiance, la démocratie et les services de renseignement », dans H. Dumez (éd.), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008, p. 88-104.
- HILFIGER Mathieu, « Platon : la pensée, dynamique du soin », *Le Coq-héron*, n° 206, 2011/3, p. 12-32.
- HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, trad. É. Littré, Paris, Librairie Générale Française, 1994.
- JENICEK Milos, « The hard art of soft science: Evidence-Based medicine, reasoned medicine or both? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 4, 2006, p. 410-419.
- KAHNEMAN Daniel, *Système 1 / système 2. Les deux vitesses de la pensée*, trad. R. Clarinard, Paris, Flammarion, 2012 [2011].

- KAHNEMAN Daniel & TVERSKY Amos, « Prospect Theory: An analysis of decision under risk », *Econometrica*, n° 47, 1979, p. 263-291.
- KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1984 [1790].
- LE GAUFHEY Guy, « Les unités imaginaires II », *Séminaire inédit*, 1989. En ligne : [http://web.me.com/legaufey/Le\\_Gaufey/Textes\\_1973-2009.html](http://web.me.com/legaufey/Le_Gaufey/Textes_1973-2009.html).
- LEPAGE Corine, « Que signifie rendre des comptes pour un homme politique ? », dans Hervé Dumez (éd.), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008, p.117-131.
- MENORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007, vol. 25, p. 33-54.
- NORMAN Geoffrey R., « Examining the assumptions of evidence-based medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 2, 1999, p. 139-147.
- NUSSBAUM Martha, *Fragility of Goodness*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986.
- OSIMANI Barbara, « “Modus Tollens” probabilized: deductive and inductive methods in medical diagnosis », *Medic*, vol. 17, n° 1-3, 2009, p. 43-59.
- PENDER Stephen, « Between Medicine and Rhetoric », *Early Science and Medicine*, 2005, vol. 10, n°1, p. 36-64.
- PERELMAN Chaïm, « Les notions et l'argumentation » (1955), dans *Rhétoriques*, Bruxelles, Éd. de l'Université de Bruxelles, 2012, p. 110-131.
- PLATON, *Le Politique*, trad. L. Brisson et J.-Fr. Pradeau, Paris, GF – Flammarion, 2005.
- RESWEBER Jean-Paul, « Le soin : affaire de *techné* et de tact », dans J.-P. Resweber (éd.), *Les gestes de soin*, Metz, Éd. du Portique, coll. « Cahiers du Portique », 2003, p. 85-103.
- ROMANO Claude, « Les trois médecines de Descartes », *Dix-septième siècle*, n° 217, 2002, p. 675-696.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Discours sur les sciences et les arts*, 1750. Texte téléchargeable sur : <http://classiques.uqac.ca>.
- SACKETT David L., ROSENBERG William M., *et. al.*, « EBM: what it is, and what it isn't », *British Medical Journal*, n° 312, 1996, p. 71-72.
- TONELLI Mark R., « The challenge of evidence in clinical medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 16, 2010, p. 384-389.
- TVERSKY Amos & KAHNEMAN Daniel, « Judgement under uncertainty: heuristics and biases », *Science*, n° 185, 1974, p. 1124-1131.
- VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite. La régression à l'infini et comment l'interrompre*, trad. D. Renault, Paris, Éd. de l'Éclat, coll. « Philosophie imaginaire », 2013 [2010].
- VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Fides, 1996.
- WEBER Jean-Christophe, « L'insoutenable confiance du malade ; une crise dans la pratique médicale ordinaire », dans EUROCOS, Humanisme et santé (éd.), *Santé, médecine : au risque de la confiance*, Paris, Éd. de santé, 2012, p. 139-148.
- WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy*, n° 2, 2012, p. 153-164.
- WEBER Jean-Christophe, « La vulnérabilité du médecin, une fausse bonne nouvelle », dans EUROCOS, Humanisme et santé (éd.), *Les nouvelles vulnérabilités en santé*, Paris, Éd. de santé, 2014, p. 139-148.
- WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? » (à paraître) [y a-t-il des infos supplémentaires quant au lieu de parution ?].
- WILSON Tim & HOLT Tim, « Complexity and clinical care », *British Medical Journal*, n° 323, 2001, p. 685-688.