

JEAN-
LOUIS **FUNCK-**
BRENTANO

LE PARADOXE DU MÉDECIN

GALLIMARD

*Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous les pays.
© Éditions Gallimard, 1976.*

A SIMONE VEIL

« ... je réclame de vivre pleinement la contradiction de mon temps qui peut faire d'un sarcasme la condition de la vérité ».

Roland Barthes.

La médecine aujourd'hui fascine les foules. Le progrès des sciences médicales enflamme les imaginations. Rien ne semble devoir lui résister. Chacun se sent concerné. La société engloutit des sommes immenses pour préserver la santé de ses membres. Les malades rêvent de se protéger contre la maladie par la prévention. Ils rêvent aussi d'éloigner les frontières de la mort par le recours aux technologies les plus élaborées. Les médecins, subjugués par les apports de la science, se spécialisent pour mieux en garder le contrôle et mieux les mettre au service de tous.

Malades et médecins subissent, impuissants et rageurs, les contraintes administratives auxquelles les soumettent des choix économiques faits sans qu'ils soient réellement consultés. La Sécurité sociale en particulier sert de cible à leur mécontentement. Ils se plaignent des tracasseries qu'elle leur impose et oublient volontiers les bienfaits qu'ils en retirent. Au nom de la défense de l'individualisme, ils se replient les uns et les autres sur eux-mêmes dans un égoïsme sans défaillance. Les malades luttent pour défendre leur droit personnel à la santé, sans se préoccuper de la détresse des vieillards, des handicapés, des faibles, des « exclus ». Les médecins songent surtout à préser-

ver le libéralisme de leur pratique. Ils laissent imprudemment la politique de la santé s'élaborer sans eux et répudient, autant qu'ils le peuvent, toute ingérence de l'État dans l'organisation de leur activité professionnelle.

Malades et médecins croient mieux préserver l'intimité de leur dialogue en négligeant le « mouvement de l'histoire ». Ils cheminent ainsi en marge des événements qui, sous la pression du progrès scientifique, gouvernent la réalité de leur vie de malade ou de médecin. L'activité médicale change de visage. Elle s'étend, au-delà des malades, vers ceux qui pourraient le devenir. Les fonctions dévolues à chaque membre du « phalanstère » médical, malades, médecins et non-médecins, suivent des voies nouvelles qui bouleversent leurs relations traditionnelles. Une nouvelle médecine voit le jour.

Dans ce vaste chambardement, il échoit au médecin de proposer des objectifs qui permettent de mettre au service de la collectivité tout entière les immenses ressources que recèlent aujourd'hui les sciences de la santé. La tâche est rude. Elle confère une place éclatante à l'enseignement de tous, soigneurs et soignés, et à la recherche médicale, faite par tous et pour tous.

CHAPITRE PREMIER

L'acte médical change de visage

L'acte médical change de visage. Longtemps consacré à la recherche presque exclusive du *diagnostic* de maladies qui hésitent à livrer leur image, il tend aujourd'hui à infléchir son objectif vers la recherche de *traitements* qui affichent parfois avec quelque impudeur leur indépendance grandissante à l'égard de la maladie. L'établissement du diagnostic a longtemps résumé la presque totalité de la démarche médicale. Il débouchait alors sur un traitement dont chacun savait qu'il était le plus souvent aléatoire. Il ne constitue plus aujourd'hui qu'une étape vers des indications thérapeutiques qui forment l'objectif essentiel de l'acte médical, la préoccupation dominante du médecin, celle qui révèle le plus clairement sa compétence et son talent.

GRANDEUR ET DÉCLIN DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic est l'art de reconnaître la maladie. L'histoire de l'un et de l'autre se confond.

La maladie fut tout d'abord mystère divin, instrument mystérieux de sa toute-puissance. Dieu en marquait de son sceau vengeur ceux sur lesquels s'abattait sa colère. La guérison scellait sa sollicitude et la mort sa fureur. L'histoire conserve encore le souvenir terrifié des grandes épidémies de peste et de choléra. Nul n'hésitait alors à éloigner vers une mort solitaire les malheureux qui en étaient frappés, tant chacun était convaincu qu'ils expiaient par là quelque faute cachée commise par eux-mêmes ou par quelque membre de leur famille, voire de leur tribu. Les lépreux annonçaient leur passage avec une clochette afin que les âmes pieuses puissent se préserver du mal et se mettre à l'abri. La maladie cachait quelque culpabilité inavouable. Dieu seul en connaissait le mystère. Seul il en possédait la clef.

Le médecin assistait le malade dans son épreuve, en intercesseur bienveillant. Nul ne méconnaissait les limites de sa puissance. Aussi s'abstenait-on de lui confier les maux jugés incurables. On les réservait aux prières du prêtre ou à l'exorcisme du sorcier. Le médecin pouvait ainsi sortir intact d'une aventure où son constant échec eût risqué d'altérer l'image d'un pouvoir que le malade souhaitait voir s'affirmer. Les voies de ce pouvoir demeuraient incertaines tant était mystérieuse la maladie. Pour établir avec son malade la relation privilégiée à laquelle celui-ci aspirait, le médecin se devait de donner quelque consistance à cette matière impalpable. Les ressources du verbe étaient là, disponibles. Il choisit d'y avoir recours, sans vergogne. Et le verbe se fit maladie. Le médecin entreprit de désigner par un mot chaque état de détresse qu'il pouvait observer, l'élevant ainsi au rang de maladie. Le malade lui-même fit l'objet d'une description susceptible de faciliter l'adaptation de sa condition humaine à son état de malade. Quatre humeurs cardinales furent alors dénombrées : la bile, l'atrabile,

le flegme et le sang. La viciation des ces humeurs était considérée comme la cause des maladies. Ainsi se constitua progressivement un langage médical à travers lequel le malade reconnaissait sa maladie. Le verbe portait à lui seul la réalité du mal. Sa claire désignation le rendait rassurant ne serait-ce que parce qu'elle en faisait un sujet de conversation entre le médecin et son malade. On ne saurait dès lors s'étonner que le médecin se soit employé avec zèle à en enrichir la substance, à en augmenter le lustre par un ésotérisme de langage qui atteignit ses sommets dérisoires à la fin du xvii^e siècle. On commença alors de se moquer. On continua encore, pour un temps, d'y croire.

LES MALADIES EN UNIFORME

Hippocrate avait déjà pressenti que la maladie n'était pas seulement affaire de mots et que Dieu n'en était pas le seul maître. Il vanta l'observation des symptômes. Mais il fallut attendre Bichat et Laënnec pour que le médecin osât recueillir sur son malade des données objectives, ouvrant ainsi l'ère médicale contemporaine. Cet effort pour démythifier la maladie trouva sa première consécration véritable avec les travaux de Pasteur. Dieu cessait d'être le seul initiateur des maladies. Les microbes et les virus tendaient à le remplacer. La maladie accédait à l'autonomie. Sa réalité était imposée de l'extérieur par l'« éminente dignité des faits ». La reconnaissance des maladies, l'établissement d'un diagnostic devenaient la tâche essentielle du médecin. Il se pencha sur son malade, l'interrogea longuement pour connaître les prémices de son mal et exerça ses sens au recueil de symptômes. L'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation, aidées de quelques instruments simples comme le stéthoscope ou le marteau à réflexe, devinrent ses meilleurs outils. Il chercha ainsi à établir des schémas cohérents coïncidant chacun avec le diagnostic d'une maladie.

Ainsi naquirent les maladies qui nous sont aujourd'hui familières, véritables *maladies en uniforme*, clairement définies par leur symptomatologie, clairement séparées les unes des autres comme l'atteste la révélation progressive de chacune de leurs causes respectives. Un sujet qui a perdu la santé doit être atteint d'une maladie. L'alternative paraît alors implacable. Si le médecin ne parvient pas à convenablement étiqueter la maladie, c'est que l'état des sciences médicales n'est pas encore assez avancé. Mais nul doute qu'un jour on parviendra à en établir la nomenclature complète. Chacune sera alors assortie d'un schéma diagnostique précis, d'une cause spécifique sur laquelle pourra agir un traitement efficace.

Tout sembla longtemps concourir à conforter cette vision des choses. Les *maladies d'agression* furent les premières à révéler leur caractère unitaire, circonscrit. Les germes responsables des maladies infectieuses furent tour à tour découverts. Il apparut alors que chaque germe provoquait le développement de symptômes qui lui étaient propres, toujours identiques pour un même germe, variant seulement selon la partie du corps sur laquelle portait préférentiellement son agression. On s'attacha à décrire des formes cliniques, simples modulations autour d'un même thème dont la ligne fondamentale était tracée selon le germe en cause. L'observation des symptômes regroupés en schémas spécifiques permettait d'établir un diagnostic. Le perfectionnement des méthodes d'investigation biologique, la culture des germes sur des milieux différentiels à partir de prélèvements de sang, d'urine ou d'autres humeurs, la pratique d'examens sérologiques permettaient d'assurer plus précisément le diagnostic d'un état unitaire dépendant tout entier de la nature du germe agresseur. Un malade attaqué par le bacille d'Eberth ne pouvait faire qu'une fièvre typhoïde, celui qui était attaqué par un méningocoque ne pouvait faire qu'une méningite. La pratique des vaccinations puis l'usage d'antibiotiques capables de tuer les germes confirmèrent le bien-fondé de cette vision unitaire des maladies infectieuses. La disparition des germes coïncidait, dans tous les cas, avec la disparition des symptômes, la guérison de la maladie.

A côté des germes, les virus révélèrent bientôt leur pouvoir pathogène. Longtemps avant qu'on ait réussi à déceler ceux qui nous sont aujourd'hui connus, on savait qu'ils étaient capables de provoquer une maladie en uniforme dont on pouvait faire le diagnostic par la clinique aidée de réactions biologiques. Ainsi la rougeole, l'hépatite, la poliomyélite sont provoquées par des virus spécifiques. Mais germes et virus n'étaient pas la seule cause des maladies d'agression. Certaines pollutions, l'intoxication par les métaux lourds, le plomb, le mercure, l'arsenic s'avéraient capables elles aussi d'engendrer une symptomatologie stéréotypée permettant la description de maladies en uniforme.

En regard des maladies d'agression, on fut conduit à décrire des *maladies de régulation*. Elles se comportent comme les précédentes, avec une cause déterminée, une symptomatologie reproductible. Contrairement aux maladies d'agression elles prennent naissance dans l'individu lui-même. Il en est ainsi, par exemple, des maladies endocriniennes. Basedow décrit l'hyperthyroïdie, Cushing l'hypercorticisme. La découverte des hormones leur conféra une réalité biologique que la seule clinique eût été bien en peine de leur apporter. Elle permit aussi la mise en œuvre de traitements spécifiques et efficaces. L'insuline sortait le diabétique d'un coma hyperglycémique puis, donné aux doses appropriées, empêchait qu'il n'y retomât. Les extraits thyroïdiens réparaient les troubles de l'insuffisance sécrétoire thyroïdienne observés dans le myxœdème. Les troubles endocriniens de la femme au moment de la ménopause pouvaient être compensés par les hormones gonadiques, œstrogènes et progestatifs. La preuve était faite que les maladies endocriniennes étaient liées chacune à une hormone particulière.

Toutes les maladies, qu'elles relèvent d'une agression extérieure à l'individu ou bien d'un trouble de la régulation interne des phénomènes de la vie, semblaient appelées à revêtir un uniforme, à devenir un jour des entités pathologiques cohérentes, unitaires, bien circonscrites qu'on parviendrait à rattacher à une cause ponctuelle. On pouvait alors espérer que la

nomenclature des maladies s'organiserait uniquement autour des maladies en uniforme, s'enrichissant progressivement d'entités nouvelles au fur et à mesure que les progrès de la médecine permettraient de mieux les circonscrire.

*

Il n'en fut rien. En même temps que les « maladies en uniforme » s'effaçaient spontanément ou bien sous l'influence de traitements efficaces, des maladies nouvelles voyaient le jour, différentes, insolites.

Chaque maladie a son histoire. La peste, ce mal tant redouté au Moyen Age, a cessé de faire des ravages depuis la fin du XVIII^e siècle sans qu'on puisse invoquer l'action d'une quelconque thérapeutique. La syphilis de François I^{er} était certainement beaucoup plus redoutable que celle de Paul Deschanel, encore qu'elle conduisit celui-ci à sauter d'un train par la fenêtre. Le choléra, dont on tente aujourd'hui de relancer le lustre maléfique, est beaucoup moins dangereux de nos jours qu'il ne l'était pour les soldats de la Berezina. Cette histoire naturelle des maladies a moins modifié le panorama des affections actuelles que l'action prodigieusement efficace des traitements nouveaux. La vaccination a presque complètement supprimé la diphtérie. En 1958, on en enregistrait encore en France 1 049 cas, alors qu'en 1974 on n'en comptait plus que 22. Depuis la découverte par Salk du vaccin contre la poliomyélite, le nombre des malades est passé de 1 647 en 1958 à 24 en 1974. Les antibiotiques sauvent chaque hiver des milliers d'enfants et de vieillards qui, auparavant, mouraient d'infection pulmonaire. Ils ont, de même, singulièrement réduit la fréquence de la tuberculose, déjà en forte régression à la suite de la généralisation des vaccinations par le B.C.G. La syphilis, qui avait résisté aux traitements longs et compliqués qu'on lui opposait par les sels de mercure, d'arsenic ou de bismuth, a cédé rapidement à l'action beaucoup plus rapide, en moins d'un mois, de la pénicilline. Son regain d'actualité, souvent évoqué dans la grande presse, porte sur des popula-

tions de malades réduites au 1/100 de ce qu'elles étaient autrefois.

Cet effacement progressif de chapitres entiers de la pathologie laisse place à des situations pathologiques nouvelles que nous allons tenter de caractériser. Le médecin s'efforce de les désigner sous des appellations unitaires permettant de les assimiler aux « maladies en uniforme » qui lui étaient familières. Cancer, néphrite, rhumatisme, allergie sonnent à ses oreilles comme autant de maladies traditionnelles en voie de développement. Il les voudrait bâties sur un mode commun, avec une cause précise, une symptomatologie clairement établie, un traitement dirigé contre la cause qui les provoque. De toute évidence elles ne se laissent pas faire. Ces maladies nouvelles que nous désignerons sous le nom de « maladies en caban » ne répondent pas au canon traditionnel des « maladies en uniforme ».

LES MALADIES EN CABAN

Contrairement aux maladies en uniforme, les « maladies en caban » n'ont pas de cause ponctuelle. La cause qu'on leur attribue ne traduit pas une vérité biologique unique comme l'est par exemple le bacille d'Eberth pour la fièvre typhoïde ou l'hypersécrétion thyroïdienne pour la maladie de Basedow. Ce qu'on qualifie volontiers de cause n'est ici que l'expression d'une vérité purement statistique, le résultat d'un calcul de probabilité. On entend ainsi couramment dire que le tabac est la cause des cancers du poumon ou bien qu'il provoque, au même titre que le surmenage, des infarctus du myocarde. Il est en effet statistiquement démontré que le tabac favorise l'apparition de l'un et de l'autre. Est-ce à dire que le tabac puisse être considéré comme une véritable cause du cancer du poumon et de l'infarctus du myocarde? Certainement non. Car ne fait pas un cancer du poumon ou un infarctus du myocarde qui veut. Il y faut une prédisposition, probablement

génétique, dont on ignore généralement si on est porteur, sauf à ce qu'on connaisse dans sa famille de nombreux cas de cancers du poumon ou d'infarctus du myocarde. Supposons qu'un sujet soit prédestiné à avoir un cancer du poumon à cent vingt ans. Il a toutes les chances de mourir avant que ne soit révélé ce code génétique spécifique. Il ignorera toujours s'il en était porteur. Transportons ce sujet, supposé vivre dans l'air pur de la campagne, parmi les miasmes morbides des villes et laissons-le fumer une vingtaine de cigarettes par jour. Son cancer du poumon risque alors d'apparaître vers l'âge de cinquante ans et de le tuer. Le tabac sera alors, à juste titre, tenu pour responsable de la révélation prématurée de ce cancer. Il faut toutefois remarquer que si notre sujet n'a aucune prédisposition à faire un cancer du poumon, il peut fumer tout son souï sans danger. Or, en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de savoir qui est prédestiné à faire un cancer du poumon. Aussi est-il indispensable de prendre des mesures prophylactiques générales et de mettre en garde toute la population contre les risques du tabac. Il n'en reste pas moins vrai que le tabac n'est pas la cause du cancer du poumon au même titre que le bacille d'Eberth est la cause de la fièvre typhoïde. Le tabac n'agit que comme révélateur d'un état cancéreux potentiel mais latent.

La vérité médicale que contient la relation entre la consommation du tabac et le cancer du poumon est une vérité purement statistique. Elle ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est qu'une forme partielle de vérité, qu'une vérité relative, contestable en regard de la vérité absolue que représente le lien de causalité qui unit le bacille d'Eberth et la fièvre typhoïde. On a pu démontrer que l'augmentation de fréquence du cancer du poumon était parallèle à l'augmentation de la consommation des pommes. Cette relation statistique est identique à la précédente sans que personne ne songe à établir un lien de causalité entre la consommation des pommes et le cancer du poumon. Cette situation ambiguë se retrouve à travers toutes les vérités statistiques qui prétendent établir les causes des « maladies en caban » et ne font tout au plus que proposer à la sagacité des

JEAN-
LOUIS **FUNCK-**
BRENTANO

LE PARADOXE DU MÉDECIN

La médecine change de visage. Le progrès dans les sciences médicales a modifié l'aspect des maladies. La relation médecin-malade se désagrège. Le phalanstère médical est agité par la contestation. Tous ses membres, malades, médecins et non-médecins sont assujettis aux contraintes de l'Economie de la Santé. Les paradoxes qui obscurcissent la vie médicale appellent des solutions nouvelles. L'**enseignement** n'est plus réservé aux futurs médecins mais aussi, à travers l'Education sanitaire, aux futurs malades que sont les gens bien portants. La part qui se déroule en Faculté n'est plus qu'une préparation à la Formation permanente. La **recherche** n'est plus réservée seulement à un étroit sérail, mais s'inscrit dans les préoccupations de tous au service de tous. L'**informatique** offre au médecin le moyen le plus sûr de faire rayonner le savoir et de mieux organiser le service public qu'est aujourd'hui la médecine. L'**hôpital** enfin est appelé à devenir le foyer de toutes les activités médicales, la «Maison» du malade aussi bien que celle du médecin. Le paradoxe du médecin est celui de la médecine tout entière. Il est l'occasion de faire naître un autre malade, un autre médecin pour une autre médecine et d'assurer le passage de l'éthique médicale vers une éthique de santé.

Jean-Louis Funck-Brentano appartient à cette génération de médecins qui, sous l'impulsion de quelques Maîtres après guerre, ont voulu associer une carrière de clinique et une carrière de recherche (une carrière au chevet du malade et sur les paillasses de laboratoires). Elève du professeur Jean Hamburger, il est aujourd'hui professeur de Néphrologie, chef d'un Service hospitalier et directeur d'un laboratoire de Recherche médicale à l'hôpital Necker. Ces travaux, en particulier sur le rein artificiel, ont acquis une audience internationale.

nrf