

Le médecin est-il un ingénieur, un artisan, ou un artiste ?

Is the physician an engineer, a craftsman, or an artist?

A. Grimaldi

Professeur émérite, CHU Pitié Salpêtrière (AP-HP), Université Paris 6.

Résumé

Parallèlement au développement de la médecine scientifique, le médecin est devenu un ingénieur qui appuie ses décisions sur les faits démontrés. Cependant, les déviations de la médecine basée sur les faits (*evidence-based medicine*, EBM) sèment le doute. Les progrès continus de la médecine déstabilisent. Les scandales sanitaires créent la suspicion. Finalement, la médecine factuelle laisse une place importante à l'expérience et au jugement du médecin, pour une individualisation des traitements. Le médecin ingénieur doit rester un artisan. De plus, l'épidémie de maladies chroniques et l'éducation thérapeutique des patients ont bouleversé les rapports médecins/patients, faisant émerger une médecine narrative permettant l'expression du vécu émotionnel du patient. Le médecin est devenu un ingénieur, il doit rester un artisan, et devenir un artiste, spécialiste de la relation.

Mots-clés : Médecine factuelle – médecine narrative – maladies chroniques – relation médecin/malade – art.

Summary

In parallel to the development of the scientific medicine, the doctor became an engineer who bases his decisions on the evidence-based medicine. However, the deviations sow doubt. Continued progress in medicine are unsettling. The health safety scandals bring suspicion. Finally, physician's experience and judgment remain important to individualize treatments. The engineer physician must remain a craftsman. Furthermore, the chronic diseases epidemic and the therapeutic education of the patients changed the doctor/patient relationships. The narrative medicine allows the expression of the emotional real-life experience of the patients. The physician became an engineer, but he must remain a craftsman and become an artist, specialist of the relationship.

Key-words: Evidence-based medicine – narrative medicine – chronic diseases – relationship doctor/patient – art.

Correspondance

André Grimaldi

Service de diabétologie
Bâtiment E3M
CHU Pitié-Salpêtrière
47-83, blv.de l'Hôpital
75651 Paris cedex 13
andre.grimaldi@aphp.fr

© 2018 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Introduction

Le médecin est-il un ingénieur, un artisan, ou un artiste ? Cette question souvent abordée dans les diverses introductions à l'histoire de la médecine, trouve une actualité pour quatre raisons bouleversant les rapports soignés/soignants :
– l'essor de la médecine scientifique ;
– les déviations de la médecine factuelle, ou « *evidence-based medicine* » (EBM) ;

– le développement de la suspicion et du nihilisme ;
– l'épidémie des maladies chroniques.

Le médecin est devenu un ingénieur

• La médecine scientifique s'est développée en allant de l'observation à l'expérimentation, pour découvrir les

déterminismes intimes de la physiologie et de la physiopathologie permettant une intervention raisonnée « ciblée ». Le but ultime est d'arriver à une thérapeutique individualisée, fonction des spécificités de la pathologie et de la réponse singulière aux traitements de chaque personne. En la matière, la cancérologie est à l'avant-garde. Mais, en attendant, on utilise l'évaluation du rapport bénéfice/risque et le raisonnement probabiliste à partir des données apportées par les grands essais thérapeutiques. Cependant, la complexité du vivant et les limites de l'expérimentation expliquent le statut provisoire de la vérité et l'incessante correction des erreurs. Ainsi, on enseignait – avec une conviction ne laissant aucune place au doute – qu'à quantités égales de glucides, le chocolat est plus hyperglycémiant que le pain, qu'un diabétique insulino-dépendant ne peut pas jeûner, et qu'il est erroné de vouloir corriger instantanément une hyperglycémie par un supplément d'insuline rapide, autant d'erreurs corrigées par les faits, et comprises grâce aux progrès scientifiques dans les domaines de la nutrition et de la pharmacologie.

- Le médecin est donc un « ingénieur » qui enquête, analyse, et raisonne avant de décider, qui s'appuie sur les faits démontrés grâce à une méthodologie rigoureuse, et non sur une doctrine (comme la naturopathie, le magnétisme, l'homéopathie, ou l'acupuncture...) ou un système philosophique (comme la psychanalyse...) ou une religion. Un « chercheur » qui ne se contente pas des faits, mais recherche leur explication physiopathologique en utilisant la méthode expérimentale. Un « savant » qui doute et critique, mais ne doute pas de la science et des lois de la nature déterminant la vérité scientifique. C'est le message – toujours d'actualité – de Claude Bernard [1].

Les déviations de l'EBM

La médecine basée sur les preuves était censée réduire la part de la subjectivité dans la décision médicale. Mais elle a donné lieu à diverses déviations. On peut distinguer :

- une « **déviante marketing** » promue par l'industrie, utilisant des biais méthodologiques : confusion entre intensification du traitement et action spécifique d'un médicament, ou critère de jugement composite associant événements de macro- et de microangiopathie [2], ou présentant de façon trompeuse les résultats, exprimés opportunément soit en risque relatif pour le bénéfice, soit en risque absolu pour l'augmentation du risque [3] ou, surtout, promouvant les abus d'interprétation (l'étude SAVOR-TIMI 53 [4] très inquiétante pour le risque accru d'insuffisance cardiaque fût présentée comme très rassurante). De même, on estima que l'étude ORIGIN [5] démontrait la sécurité cardiovasculaire de l'insuline glargine, alors que celle-ci y était comparée essentiellement aux sulfamides hypoglycémiantes dont la sécurité cardiovasculaire reste controversée.

- une « **déviante managériale** » transformant les résultats de l'EBM en recommandations, et interprétant ces recommandations non comme des repères temporaires, mais comme des recettes à appliquer. Cette déviation a été promue par des économistes, comme Claude Le Pen, estimant que « *l'interrogatoire du patient et la palpation du corps malade cèdent la place à l'analyse du chiffre* ».

Et, qu'en conséquence « *le patient n'aura pas le choix : il n'échappera pas à son statut de cas pas plus qu'à une démarche de management qu'il souffre ou non d'une pathologie organique* » [6]. Elle a été confortée par des médecins-techniciens très spécialisés, comme Guy Vallancien, pensant que grâce à l'EBM et aux Nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives (NBIC) : « *nous basculons de l'artisanat dans l'industrie du soin... l'industrie a su personnaliser sa production de voitures... à nous de faire de même* », et en arrivant logiquement à poser la question : « *Faut-il toujours réciter le serment d'Hippocrate, la main levée, pour être autorisé à opérer ?* » [7].

- une « **déviante dogmatique** » promue par les « doctrinaires de l'EBM », réduisant l'EBM aux études randomisées en double aveugle [8] et ignorant la physiopathologie. Ainsi répètent-ils

qu'il n'est pas prouvé qu'améliorer l'équilibre glycémique des personnes diabétiques de type 2 réduit le risque de microangiopathie, sans jamais se poser la question de la physiopathologie de la microangiopathie diabétique, et sans chercher à expliquer pourquoi ce qui est vrai dans le diabète de type 1 est faux dans le diabète de type 2. En conséquence, ils ne trouvent pas non-éthique de refaire une étude sur des milliers de patients suivis pendant plus de 10 ans comparant bon et mauvais contrôle glycémique, avec des critères de jugement tels que la baisse de l'acuité visuelle ou la cécité ! Et en attendant les résultats, ils estiment « *rationnel de mettre l'accent sur les mesures de style de vie chez ces patients : perte de poids, régime à faible teneur en glucides et exercice physique* » [9] (au passage, rappelons que l'équilibre alimentaire recommandé n'est plus depuis longtemps « un régime à faible teneur en glucides », c'est-à-dire à forte teneur en lipides).

Comment expliquer la montée du nihilisme alors même que les progrès médicaux s'accroissent ?

Les explications sont multiples : les progrès eux-mêmes suscitent l'espoir, mais faute d'entraîner la guérison, ils provoquent la déception. Les corrections des erreurs antérieures créent le scepticisme. Les déviations de l'EBM génèrent la polémique publique entre médecins. Les scandales, comme l'affaire du Mediator®, provoquent la suspicion généralisée, d'autant que les instances académiques de la médecine se sont retranchées derrière un silence prudent et n'ont pas suspendu leur relation avec le laboratoire Servier en attendant le verdict de la Justice. Ce silence a favorisé la prolifération de « pseudo-lanceurs d'alerte autoproclamés » n'apportant aucun travail scientifique, mais assurant leur promotion médiatique personnelle. La majorité des médias recherche le « sensationnel », le titre qui fait vendre et, pour ne pas perdre de lecteurs, entretient un relativisme dont la prudence n'a bien souvent d'égal que l'incompétence (« à chacun sa vérité ! »). Finalement,

l'honnête homme ne sait plus qui croire et à quel saint se vouer. La défiance généralisée nourrit l'effet nocebo et ouvre un large avenir aux recours en justice.

Devenu un ingénieur, le médecin doit rester un artisan

En effet, tant que le robot-médecin, l'imagerie et la biologie de poche ne remplaceront pas la clinique, tant que l'intelligence artificielle ne remplacera pas le raisonnement médical hypothético-déductif, tant que beaucoup de « preuves » ne seront que de niveau B ou C, tant que la "souris" n'aura pas définitivement remplacé le bistouri du chirurgien, tant que l'individualisation du traitement ne sera pas dictée par des algorithmes mais fera encore appel à la compétence et à l'expérience médicales, tant que l'ajustement thérapeutique dépendra en grande partie de la méthode empirique de « l'artilleur » (essai-erreur-correction), le médecin restera un artisan-bricoleur. Ce qui faisait dire à Bernard Grenier « *Ce qui est dur en médecine, ce sont les quatre-vingt premières années, mais après cela va tout seul !* ».

Ingénieur, artisan, le médecin doit-il en plus être un artiste ?

- La réponse de Claude Bernard à cette interrogation était catégorique : « *Il n'y a pas d'artiste médecin parce qu'il ne peut pas y avoir d'œuvres d'art médical* » [1]. Ceci paraît indiscutable en ce qui concerne l'émotion esthétique. L'art s'est en effet distingué de l'artisanat en cessant d'être utilitaire, au point que l'utilitaire ancien (masques, poteries, peintures murales...) n'a pu muer en œuvre d'art moderne qu'après avoir cessé d'être utile. Le beau est émouvant, mais non utilitaire.
- En quel sens donc, un médecin pourrait-il être un artiste ? Pas au sens de l'intuition et du don, contrairement au jugement d'Armand Trousseau qui déclarait, en 1865 : « *il appartient aux intelligences subalternes d'acquiescer*

la science mais pas à tous de devenir artistes : c'est un don du ciel » [10]. Ce n'est pas dans le sens de la virtuosité, encore qu'il existe des virtuoses du diagnostic et des Paganini du bistouri, ni dans le sens de la créativité, encore que nombre de médecins inventent de nouvelles techniques ou développent de nouvelles stratégies, et pas non plus dans le sens de la fascination par l'œuvre d'art ou par l'artiste lui-même, encore qu'il fût des chefs d'école et des enseignants de médecine fascinants. C'est bien dans le sens de la quatrième dimension de l'art, au-delà de ses modes d'expression fondamentaux.

– L'art s'est en effet développé selon trois modes :

- 1) la figuration et la transfiguration du monde, des arts premiers à l'expressionnisme ;
- 2) la non figuration et l'abstraction faisant appel à la pure sensation physique et suscitant l'imagination par le jeu de « l'association libre », de la musique à la peinture abstraite ;

3) enfin, au 20^e siècle, l'avant-gardisme conceptuel débutant en peinture avec le cubisme de Braque et de Picasso, passant par le surréalisme, le dadaïsme, le tachisme, le constructivisme, le suprématisme... et finissant dans l'impasse du minimalisme, car tout minimaliste trouvera plus minimaliste que lui : après le carré noir sur fond blanc et le carré blanc sur fond blanc de Malevitch, la toile blanche de Whiteman.

- Cette quatrième dimension, c'est celle de l'empathie, qu'il s'agisse de l'empathie avec le sujet ou de l'empathie avec l'auteur. En effet, la musique, la peinture, le roman, le théâtre et le cinéma, suscitent de diverses façons le « double jeu » de l'empathie qui permet de ressentir le monde de l'autre, tout en restant soi-même : ni capture hypnotique, ni performance cognitive. Or, le médecin, tout particulièrement celui qui soigne des patients atteints de maladies chroniques, doit certes connaître la maladie et ses traitements, mais doit aussi « connaître l'âme humaine », car la

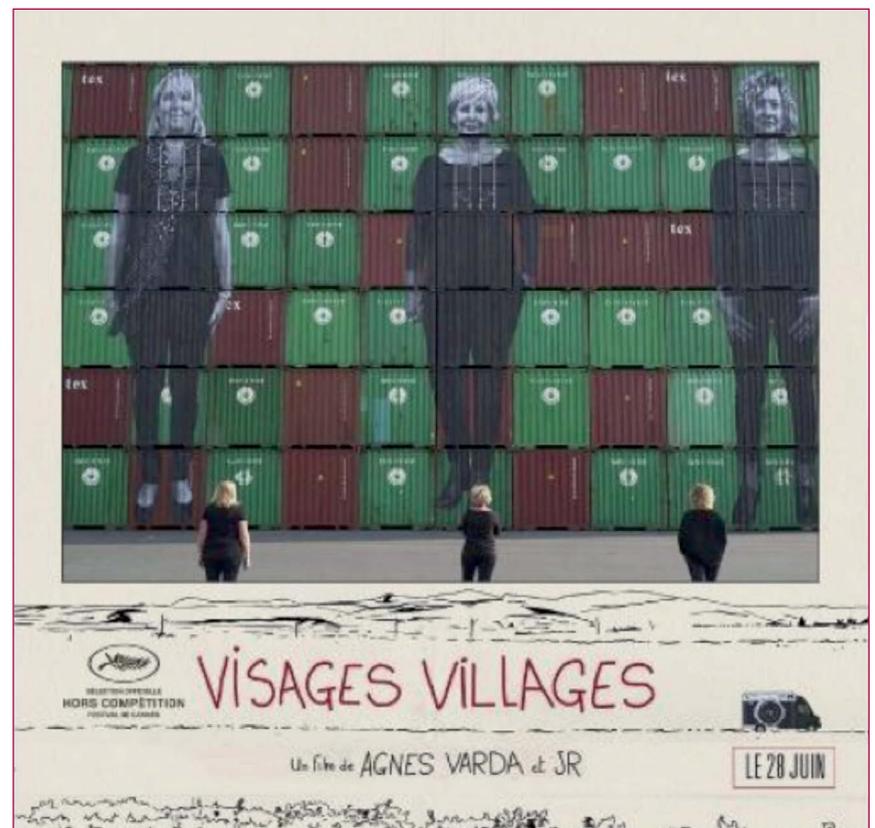


Figure 1. Affiche du film d'Agnes Varda : « *Visages Villages* » (sortie, le 28 juin 2017).

maladie chronique frappe toujours deux fois, une fois dans le réel et une fois dans la représentation du réel, provoquant un traumatisme psychique variable selon les patients, mais que l'expression du vécu émotionnel aide à surmonter.

– Ainsi, le film documentaire d'Agnès Varda, « *Visages Villages* » (figure 1), nous rappelle qu'une personne est d'abord un visage et qu'un visage n'est pas qu'un regard, mais aussi une histoire singulière inscrite dans une communauté et dans un territoire. Le film « *Visages Villages* » par l'alliance de la curiosité et du respect, de la banalité et de la singularité, de l'humour et de la tendresse, de la distanciation et de la communion, contient les ingrédients d'une « empathie mature » à la fois cognitive, émotionnelle et réciproque : un modèle pour la « médecine narrative ».

– Dans « *La nuit sera calme* » Romain Gary, alias Emile Ajar, nous confie que sa « *vie est une narration tantôt vécue, tantôt imaginée* ». « *Je ne cesse de faire mon plein de « je » innombrables...* » dit-il, exactement comme un médecin habitué par l'histoire de ses patients. Et il ajoute « *tous les autres modes de recherche d'un ailleurs me manquent terriblement, par exemple la peinture...* » [11].

– Pour Van Gogh, cet ailleurs qu'exprime la peinture, c'est l'homme, c'est l'artiste lui-même. À son frère Théo, il écrit « *Le devoir du peintre consiste à traduire tous ses sentiments dans son œuvre* », et à son ami Van Rappard, en 1884, il confie « *Dans le domaine littéraire aussi bien que dans le domaine artistique, j'éprouve davantage de sympathie pour les artistes qui mettent leur âme à contribution* » [12]. Comment en effet ne pas voir dans la mélancolie du regard du docteur Gachet peint en juin 1890 par Van Gogh, la souffrance du peintre qui mettra définitivement fin à sa solitude un mois plus tard.

– Et comment ne pas reconnaître dans le dernier tableau de Toulouse-Lautrec représentant une soutenante de thèse à la Faculté de médecine de Paris, peint dans les couleurs rouge, noir, et vert sous un éclairage blafard, l'irrévérence et l'hostilité du peintre à l'égard de la médecine académique et de l'autorité normalisatrice. Alors que, comme l'écrit Philippe Huisman, dans son œuvre « *Lautrec*

Les points essentiels

- Les progrès scientifiques et technologiques de la médecine permettent parfois de guérir des maladies jusque-là incurables, mais, le plus souvent, ils permettent de les transformer en maladies chroniques de mieux en mieux soignées grâce à une individualisation biologique des traitements. Ces progrès technologiques tendent à faire du médecin moderne, un ingénieur spécialisé.
- Mais, une grande part de cette individualisation thérapeutique relève encore de l'empirisme étroitement lié à profondeur de l'expérience, à l'étendue de la culture médicale, et à la qualité de jugement du médecin, qui doit donc rester un artisan.
- La maladie chronique n'est pas qu'une dysfonction quantifiable, elle entraîne un changement qualitatif dans la vie du patient qui doit donc adopter une nouvelle norme de vie. Cette adaptation suppose un processus de résilience variable d'un patient à l'autre. Pour ne pas entraver, mais, au contraire, aider cette résilience, les soignants doivent savoir écouter le vécu émotionnel des patients et pratiquer la codécision. Ce faisant, ils ont beaucoup à apprendre de la psychologie qui étudie l'âme humaine et des arts qui l'expriment. En ce sens, les médecins doivent devenir des artistes.

montre au fond des laideurs la beauté, dans le vice la pureté, dans la misère la joie ». « *Pour Lautrec l'art est un langage et en même temps une philosophie de la vie où toute force se fonde sur la conscience lucide de la faiblesse* » [13].
– N'est-ce pas ce que dit aussi Philippe Barrier dans « *La blessure et la force* » [14] en observant qu'« *alors qu'elle apparaissait à certains patients comme une faiblesse, une humiliation qu'il convenait de soustraire aux regards, la maladie chronique est parfois vécue par les mêmes à quelques années de là, comme « une force » un peu secrète du moins très intime sur laquelle ils vont s'appuyer... Plus ouverts aux expériences de vulnérabilité qui frappent les autres, dans la mesure où ils ont eux-mêmes été amenés à en vivre et à les dépasser, ils se sentent d'une certaine façon plus tolérants, plus humains* ».

• Finalement, le médecin, et particulièrement le médecin des patients atteints de maladies chroniques, doit être un artiste de la relation, formé en pédagogie pour le transfert au patient de compétences d'auto-soins, formé en psychologie (et en philosophie) pour une aide à la résilience, formé en communication pour permettre la codécision, formé enfin au travail d'équipe et à la coordination non hiérarchique [15]. Médecin ingénieur, artisan et artiste, on retrouve là le trépied de la décision médicale reposant, selon David Sackett [16] sur :

- 1) Les meilleures données issues de la recherche permettant de graduer le niveau de preuve (l'ingénieur) ;
- 2) L'expertise du clinicien reposant sur son expérience et son jugement (l'artisan) ;
- 3) la prise en compte de la situation du patient, de ses conditions psycho-socio-culturelles, de ses choix de vie et de ses préférences (l'artiste).

Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Il déclare avoir reçu des honoraires pour une conférence sur ce thème lors des Journées cardio-métaboliques de 2017, organisées par le laboratoire Merck Sharp & Dohme (MSD).

Signification des acronymes des études citées

ORIGIN : *Outcome Reduction with an Initial Glargine INtervention*

SAVOR-TIMI 53 : *Saxagliptin Assessment of Vascular Outcomes Recorded in patients with diabetes mellitus-Thrombolysis in Myocardial Infarction 53*

Références

[1] Bernard C. Introduction à la médecine expérimentale. Collection Champs Classique, Paris: Flammarion; 1984.

[2] Patel A, ADVANCE Collaborative Group, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular

outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:829-40.

[3] Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, et al; PROactive Investigators. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial in macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:1279-89.

[4] Scirica BM, Bhatt AL, Braunwald E, et al; SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2013;369:1317-26.

[5] Origin Trial Investigators, Gerstein HC, Bosch J, Dagenais GR, et al. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia. *N Engl J Med* 2012;367:319-28.

[6] Le Pen C. Les habits neufs d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur. Paris: Calmann-Lévy; 1999.

[7] Vallancien G. La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade. Collection Le Débat, Paris: Gallimard; 2015.

[8] Boussageon R. Traitement du diabète de type 2 : il est temps de regarder l'Evidence Based Medicine en face ! *Médecine des maladies Métaboliques* 2010;4:718-20.

[9] Collectif Therapeutics Initiative. Traduction : Jean-Pierre Vallée. L'approche courante « glucocentree » de la gestion du diabète de type 2 est-elle erronée ? *Médecine* 2017;13:157-9.

[10] Trousseau A. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée. Paris: J.-B. Baillièrre et Fils; 1865.

[11] Gary R. La nuit sera calme. Collection Folio, Paris: Gallimard; 1976.

[12] Grimaldi N. Le soufre et le lilas : essai sur l'esthétique de Van Gogh. Fougères, La Versanne: Encre marine; 1995.

[13] Huisman P, Dortu G. Lautrec par Lautrec. Collection in-4, Lausanne: Edita; 1964.

[14] Barrier P. La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normalité. Collection Science histoire et société, Paris: Presses universitaires de France (PUF); 2010.

[15] Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques : vers la 3e médecine. Paris: Odile Jacob; 2017.

[16] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.