La relation médecin-malade chez Georges Canguilhem

CÉLINE LEFÈVE *CNRS et Université Paris Diderot*

RÉSUMÉ : La philosophie de la vie de Georges Canguilhem, qui dévoile que le vivant est un sujet normatif, fonde son épistémologie de la médecine. Celle-ci est une technique ou un art visant à restaurer la normativité individuelle du patient. Elle ne peut être pratiquée qu'à partir de la connaissance et de la compréhension de ses normes de vie, de son expérience et de ses valeurs, autrement dit de sa subjectivité. C'est pourquoi la clinique et la thérapeutique nécessitent une relation personnelle entre le médecin et le malade.

ABSTRACT: Georges Canguilhem's philosophy of life, according to which the living is a normative subject, grounds its epistemology in medicine. Medicine is a technique or an art that aims to restore the individual normativity of the patient. It can only be practiced based on the knowledge and understanding of the life norms, and on experience and values, in other words, on the subjectivity. This explains why the clinic and the therapeutics require a personal relationship between the physician and the patient.

Dans l'introduction de l'*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Georges Canguilhem indiquait qu'il ne s'agissait pour lui «de donner aucune leçon, de porter sur l'activité médicale aucun jugement normatif»[1]. Il a néanmoins établi, à partir de son épistémologie de la médecine, dès l'*Essai* et tout au long de son œuvre, l'idéal qu'il convenait de lui assigner : elle doit être fondée sur la connaissance et la compréhension de l'individualité

[1] Georges Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* [1943], publié sous le titre *Le normal et le pathologique* (Canguilhem, 1966a, p. 8).

***Dialogue* 52 (2013), 695–723.**
© Canadian Philosophical Association/Association canadienne de philosophie 2014
doi:10.1017/S0012217314000158

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

humaine et mue par le souci de la restauration — ou de l'instauration — de ses normes de vie propres. Le présent article montre que Canguilhem a affirmé, sans y consacrer de texte spécifique mais en mobilisant un motif récurrent depuis l'*Essai* jusqu'aux textes les plus tardifs, qu'un tel souci de l'individualité humaine requiert la mise en œuvre d'une relation personnelle entre le médecin et le malade. L'une de ses thèses majeures consiste en effet à rappeler que la pratique médicale se fonde, au moins depuis le XIX^e^ siècle, sur l'oubli — paradoxal et toujours plus profond — de l'individualité du malade et, partant, de la spécificité et de la nécessité de la relation médicale. De sorte que, certes sans intention de donner de leçon, Canguilhem, par sa compréhension informée des concepts, méthodes et pratiques de la médecine, en identifiant les causes et les implications tant épistémologiques qu'éthiques de ce double oubli, appelait à y remédier et à le corriger.

Nous rappellerons d'abord de quelle manière, chez Canguilhem, la philosophie de l'individualité vivante fonde l'épistémologie de la médecine, qui est conçue comme soutien de la normativité ou de la subjectivité du malade et comme technique de normalisation strictement individuelle — la responsabilité professionnelle et morale du médecin consistant à s'engager au service de son patient, et non, par exemple, de la société. Nous verrons ensuite que, pour Canguilhem, la médecine scientifique qui s'est construite au XIX^e^ siècle, en dévalorisant la clinique, a précisément occulté la subjectivité du malade et, par conséquent, la nécessité de la relation médicale. Nous montrerons de quelle manière cette relation doit être le lieu de la reconnaissance de la subjectivité et de la liberté du malade, de la connaissance de sa normativité et de la compréhension de son expérience, toutes indispensables à la thérapeutique. Nous soulignerons plus particulièrement l'importance de la conférence de 1978, «Puissance et limites de la rationalité médicale», dans la réflexion de Canguilhem sur la relation médicale : il y démontre que le médecin est autant responsable de la prise en charge de la subjectivité du malade que de la lutte contre la maladie et doit déployer à leur égard deux registres différents d'attention et d'attitude. Nous conclurons, à partir d'un dialogue radiophonique de 1975 consacré au droit à la mort, sur la définition canguilhemienne de la relation médicale comme relation d'accompagnement respectueuse des valeurs et de la liberté du malade.

1. De la philosophie de la vie à la médecine de l'individualité

1.1. L'individualité biologique comme subjectivité

L'épistémologie canguilhemienne de la médecine se fonde sur une philosophie de la vie qui définit le vivant comme individualité normative (voir Gayon, 2006). L'individu vivant, puis le sujet humain, toujours singuliers, évaluent — plus ou moins inconsciemment pour le premier, consciemment pour le second — ce qui constitue, pour eux et dans leur milieu, une norme de vie inventive et expansive donc normale, ou, au contraire, une norme de vie rétrécie et conservatrice donc pathologique. Le vivant se rapporte en effet à son milieu en donnant qualité et

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

valeur à ce qui le compose (ressources, partenaires, prédateurs, etc.), il y institue ses normes de vie, le polarise et, ce faisant, l'organise. Le normal ou la santé constitue dès lors la norme de vie que le vivant est capable de modifier si le milieu vient à changer[2]. Il correspond à la pleine possession par le vivant de sa normativité, de sa «capacité de suivre de nouvelles normes de vie» (Canguilhem, 1966a, p. 133) et de «surmonter les difficultés de vivre résultant d'une altération du milieu»[3]. Il permet la variabilité et, partant, la stabilité et la fécondité de la vie (Canguilhem, 1966a, p. 91). Le pathologique constitue, au contraire, une norme de vie restreinte et rigide, qui ne permet au vivant de se prémunir des variations de son milieu que de manière précaire. Il correspond à sa soumission au milieu et à la réduction de la vie à la tendance à la conservation. Ainsi, le normal et le pathologique «sont [...] déterminés [...] par la quantité d'énergie dont dispose l'agent organique pour délimiter et structurer ce champ d'expériences et d'entreprises qu'on appelle son milieu» (Canguilhem, 1966b, p. 215). Normal et pathologique sont donc des normes de *l'individu vivant*.

Référés à la polarité dynamique de la vie, le normal et le pathologique sont des comportements qui engagent l'individu vivant dans sa globalité — et non seulement tel organe ou telle fonction. Pour le vivant humain, le normal et le pathologique possèdent des significations indissociablement biologiques, psychologiques et sociales — les normes vitales humaines étant psychologiquement éprouvées et socialement construites. Le vivant humain est ainsi affecté de sa santé ou de son état pathologique, il en jouit ou en pâtit — c'est même le sentiment intime de la perte ou de l'altération de la santé qui constitue la distinction, variable selon les individus mais absolument certaine pour chacun d'entre eux, entre le normal et le pathologique. Normal et pathologique sont, pour l'homme, des expériences affectives, conscientes et signifiantes, par conséquent subjectives. Ce sont, en outre, des normes singulières, variant selon les individus[4], mais aussi selon les moments de l'existence d'un même individu (voir Canguilhem, 1966b, p. 215). Les normes d'un vivant humain lui sont donc toujours propres, tout en s'inscrivant dans celles

---

[2] «Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles. [...] La santé c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu» (Canguilhem, 1966a, p. 130).

[3] G. Canguilhem, «Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique» [1966], dans *Le normal et le pathologique* (Canguilhem, 1966a, p. 197; dorénavant Canguilhem, 1966b).

[4] Pour mieux comprendre la conception de la santé de Canguilhem, on peut se reporter aux formules de Kurt Goldstein qui l'ont inspiré. Voir Goldstein, 1951 [1934], p. 357, où l'on peut lire : «Pour déterminer une maladie, il n'y a qu'une seule norme qui puisse suffire; celle qui permet d'englober toute l'individualité concrète, celle qui prend l'individu lui-même pour mesure : donc une norme individuelle personnelle. Chaque homme serait la mesure de sa propre normalité».

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

de la société (normes politiques, économiques, culturelles, morales, religieuses, esthétiques, etc.). Finalement, pour l'homme, le normal ou la santé est la capacité d'instituer dans le monde ses normes de vie, qui sont également éthiques et politiques[5]. Déployée dans le monde humain et en fonction des valeurs qui s'y déploient, la normativité exprime les choix individuels de l'homme : «Chacun de nous fixe ses normes en choisissant ses modèles d'exercice» (Canguilhem, 1966b, p. 215). Elle se concrétise dans les activités, notamment professionnelles, que l'on se choisit[6]. De telle sorte que la conservation ou la restauration par la médecine de la normativité de l'homme pose d'emblée la question de sa liberté. Le normal consiste dans la réalisation d'un équilibre entre le monde et l'homme dont celui-ci garde l'initiative. Dans l'article de 1978, «Une pédagogie de la guérison est-elle possible?», Canguilhem définit la santé comme le pouvoir de faire face, la capacité de «se bien porter, c'est-à-dire se bien comporter dans les situations auxquelles on doit faire face» (Canguilhem, 2002a [1978], p. 86). La santé est la capacité d'agir *dans* et *sur* le monde en fonction de ses valeurs propres, et non seulement en fonction des contraintes, des valeurs et des normes de ce monde; la santé est synonyme de liberté. L'homme sain «vit sa vérité d'existence dans la liberté relative de ses choix», résume Canguilhem en 1988 dans «La santé : concept vulgaire et question philosophique» (Canguilhem, 2002b [1988], p. 62)[7].

Nous ne faisons que rappeler ici l'apport bien connu de Canguilhem qui consiste à faire reposer la définition du normal et du pathologique sur la connaissance de l'individualité vivante, y compris humaine, et, par voie de conséquence, sur l'expérience subjective du malade. Ce rappel importe cependant, car c'est de cette référence à l'expérience subjective du malade que découlent la revalorisation de la clinique et l'éthique de la relation médecin/malade que nous souhaitons mettre en évidence. La pensée de Canguilhem ne s'inscrit certes pas dans les philosophies dites du sujet[8]. C'est sans doute la raison pour laquelle il n'emploie pas ce terme, mais parle de «vivant humain» (Canguilhem, 1966a, p. 77), de

[5] Voir Goldstein, 1951 [1934], p. 357 : Chez l'homme sain, «l'intégration la plus parfaite se vérifie par une série de particularités qui, au fond, représentent la même chose [...] : liberté, pertinence, action comme expression de la personnalité totale, productivité, faculté d'agir d'une matière pertinente, de varier ses attitudes de façon adéquate, faculté d'adaptation à un très grand nombre de milieux, etc.».

[6] Cf. Canguilhem, 1966a, p. 72-73 : «Redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé en fonction de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins une activité jugée équivalente d'après les goûts ou les valeurs sociales du milieu».

[7] Voir aussi *ibid*., p. 68 : «Je me *porte* bien dans la mesure où je me sens capable de *porter* la responsabilité de mes actes, de *porter* des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi».

[8] Voir sur cette question Alain Badiou, «Y a-t-il une théorie du sujet chez Georges Canguilhem?» (Badiou, 1993).

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

«l'individualité de l'homme»[9] ou, plus simplement, du «malade», par exemple dans l'*Essai*, lorsqu'il indique que «ce sont, en fin de compte, les malades qui jugent le plus souvent, et de points très divers, s'ils ne sont plus normaux ou s'ils le sont redevenus» (Canguilhem, 1966a, p. 72) ou que «c'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique» (*ibid.*, p. 156).

Ce n'est que dans «Puissance et limites de la rationalité en médecine» que Canguilhem évoque le Sujet avec une majuscule, en se référant explicitement à la psychanalyse :

> Il faut parvenir à admettre que le malade est plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine, qu'il est plus et autre qu'un sujet grammatical qualifié par un attribut emprunté à la nosologie du moment. Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves (Canguilhem, 1994c [1978], p. 408-409).

Pourtant, l'apport original de Canguilhem consiste bien à définir le pathologique comme une expérience subjective et à penser la santé et la maladie, et partant la clinique et la thérapeutique, en fonction du sujet et pour lui. Une des thèses majeures de Canguilhem consiste à rappeler que le pathologique ne peut être vidé de sa subjectivité. Les dernières lignes de l'*Essai* disent à cet égard le changement radical de point de vue que Canguilhem opère par rapport à la conception objective et quantitative du normal et du pathologique qui était promue par les médecins et physiologistes du XIX^e^ siècle. Ces lignes constituent le socle de sa philosophie de la médecine :

> L'intention [objective] du pathologiste ne fait pas que son objet soit une matière vidée de subjectivité. On peut pratiquer objectivement, c'est-à-dire impartialement, une recherche dont l'objet ne peut être conçu et construit sans rapport à une qualification positive et négative, dont l'objet n'est pas tant un fait qu'une valeur (Canguilhem, 1966a, p. 157)[10].

On peut dès lors parler chez Canguilhem du malade comme d'un sujet, à condition de revenir sur le sens précis qu'il donne au concept de subjectivité, ainsi

---

[9] «La résolution d'efficacité qui légitime la pratique médicale est fondée sur cette modalité de la vie qu'est l'individualité de l'homme» (Canguilhem, 1994d [1988], p. 426).

[10] Voir sur ce point Guillaume le Blanc, 2002, p. 105 : «La valeur de la médecine vient de sa capacité, pour Canguilhem, à se mettre au service de l'individu. La pathologie n'a pas de valeur absolue. L'ordre réel des choses impose [...] de faire dépendre la pathologie de la clinique et de la thérapeutique. Tandis que la coalescence de l'individu à son symptôme gomme la valeur de la subjectivité, la restitution de la totalité individuelle par la clinique d'un côté, la thérapeutique de l'autre côté, réaffirme la valeur de subjectivité présente dans la maladie».

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

que l'a fait Alain Badiou (1993). Pour Canguilhem, la vie se définit comme «activité normative» (1966a, p. 77), *c'est-à-dire* comme subjectivité. Pour lui, c'est la normativité vitale qui définit la subjectivité. Remémorons-nous ainsi la définition qu'il donne du vivant comme sujet dans *Le vivant et son milieu*, et qu'il emprunte à von Uexküll :

> De même que cette *Umgebung*, cet environnement géographique extérieur à l'animal est, en un sens, centré, ordonné, orienté par un sujet humain — c'est-à-dire un créateur de techniques et de valeurs — de même, la *Umwelt* de l'animal n'est rien d'autre qu'un milieu centré par rapport à ce sujet de valeurs vitales en quoi consiste essentiellement le vivant. Nous devons concevoir à la racine de cette organisation de la *Umwelt* animale une subjectivité analogue à celle que nous sommes tenus de considérer à la racine de la *Umwelt* humaine (Canguilhem, 1965b [1946-1947], p. 145).

Rappelons-nous aussi sa définition du vivant, empruntée à Goldstein, comme «être significatif», «caractère dans l'ordre des valeurs», «centre de référence» donnant sens à son milieu et accordant valeur aux normes qu'il y institue en fonction de ses besoins (*ibid.*, p. 147).

Dans le prolongement de cette identification entre normativité et subjectivité, l'homme ou le malade est donc bien un sujet et doit être désigné comme tel, puisqu'il est porteur d'une normativité non seulement vitale, mais aussi vécue et expérientielle, également technique et sociale et, partant, morale et politique. La subjectivité de l'homme désigne les expériences qu'il fait (indissociablement physiques et morales, mais aussi conscientes et nourries de son inconscient), les normes qu'il institue et les jugements de valeur qu'il énonce à propos de ces expériences et de ces normes. Ainsi, la subjectivité désigne la normativité du sujet, elle inclut l'expérience, consciente et inconsciente, qu'il en fait et, en particulier, le sentiment de liberté qu'il en tire (ou non). De sorte que, comme nous l'avons évoqué, le sujet humain doit être vu comme le pôle d'évaluation de la contrainte ou de la liberté qui caractérise ses normes de vie. Par conséquent, puisqu'il ne saurait y avoir qu'une définition normative du normal et du pathologique, cette définition est également et nécessairement subjective. Le normal et le pathologique ne peuvent être vidés de «la subjectivité de l'expérience vécue du malade», selon l'expression de Canguilhem dans «Puissance et limites de la rationalité en médecine» (1994c [1978], p. 409). Le sujet, vivant puis humain, constitue le centre de référence absolu[11] pour penser le normal, le pathologique, puis la médecine[12].

---

[11] A. Badiou évoque à propos du sujet malade «l'absoluité de sa centration» et la résistance qu'elle impose à l'objectivation véhiculée par les sciences médicales (1993, p. 300).

[12] Comme le souligne Guillaume le Blanc, *Le normal et le pathologique* montre que «l'histoire des représentations scientifiques de la santé et de la maladie doit susciter une pensée autre de la maladie renvoyée à l'expérience que l'individu fait de sa propre santé» (Le Blanc, 2002, p. 114).

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

Il nous semble donc possible de remettre en cause la ligne de partage tracée par Michel Foucault entre «une philosophie de l'expérience, du sens, du sujet, et une philosophie du savoir, de la rationalité et du concept. D'un côté, une filiation qui est celle de Sartre et de Merleau-Ponty; et puis une autre qui est celle de Cavaillès, de Bachelard, de Koyré et de Canguilhem» (Foucault, 1985, p. 4). Canguilhem ne nous apparaît pas tout entier d'un côté de cette ligne, mais plutôt à un point de croisement des deux filiations de la philosophe française du XX^{e} siècle. Il s'agit pour lui, comme le souligne Foucault, de «retrouver par l'élucidation du savoir sur la vie et des concepts qui articulent ce savoir, ce qu'il en est du *concept dans la vie*. C'est-à-dire du concept en tant qu'il est un des modes de cette information que tout vivant prélève sur son milieu et par laquelle inversement il structure son milieu» (*ibid.*, p. 12). Précisément, comme Foucault l'indique, si Canguilhem peut trouver le concept dans la vie sous la forme d'une information du vivant par le milieu et, inversement, du milieu par le vivant, c'est parce qu'il pense la vie à partir du vivant et qu'il conçoit ce dernier comme centre normatif ou comme sujet. Et ce sujet, lorsqu'il est humain, est également expérientiel, conscient et connaissant — la connaissance de la vie en particulier procédant de ses erreurs : maladie, monstruosité, anomalie. Foucault a donc raison de dire qu'avec et grâce à Canguilhem, dans un dépassement de la référence au *cogito*, «toute la théorie du sujet doit être reformulée, dès lors que la connaissance, plutôt que de s'ouvrir à la vérité du monde, s'enracine dans les "erreurs" de la vie» (*ibid.*, p. 14). Mais il a tort, selon nous, d'abstraire Canguilhem d'une philosophie de l'expérience, du sens et du sujet. Canguilhem noue un lien nouveau entre la vie et le concept par le truchement du vivant, en proposant précisément une philosophie du vivant comme sujet, normatif et signifiant, et, de fait, une philosophie du sujet humain — y compris affecté, conscient et connaissant — comme vivant.

1.2. La médecine de l'individualité

Dans cette perspective, Canguilhem met au jour la continuité de l'activité normative du vivant et de l'activité médicale humaine : la médecine prolonge, dans le monde humain et notamment grâce aux sciences et techniques, l'activité d'invention et d'institution normative que déploie l'individu vivant pour se conserver, se reproduire, s'étendre dans son milieu et, plus généralement, lutter contre tout ce qui est pour lui de valeur négative[13]. La thérapeutique se définit comme une technique de restauration des normes de vie que le malade éprouve et juge par lui-même et pour lui-même comme normales. Elle l'aide à recouvrer la «quantité d'énergie» et la liberté perdues, à lui permettre d'inscrire dans le monde les normes de vie, y compris nouvelles, dont il est et se sent le sujet. C'est pourquoi la mesure de l'action normalisatrice de la médecine réside dans

[13] Voir Canguilhem, 1966a, p. 77 et p. 81-82. Voir Dominique Lecourt, 2008, chap. II : «Une philosophie de la médecine», p. 29-50.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

«la satisfaction subjective» (voir Canguilhem, 1966a, p. 153) du patient, dans «l'évaluation du bénéficiaire» (Canguilhem, 2002a [1978], p. 69). Cette conception de la thérapeutique révèle de nos jours toute sa pertinence en s'appliquant notamment aux maladies chroniques, où ce qui est recherché ne consiste pas, par définition, dans la guérison mais dans la construction, ou plutôt la co-construction par le médecin et le malade, d'une vie que le sujet fait sienne parce qu'il y déploie et y reconnaît sa normativité propre[14].

Le fait que la médecine ait d'abord pour objet l'individu singulier, qu'elle réponde à l'appel de l'individualité souffrante afin de se mettre à son service, lui confère son statut de *technique* ou d'*art* irréductible aux sciences biomédicales auxquelles elle recourt. C'est pourquoi l'un des objectifs principaux de l'*Essai* de 1943 était de réhabiliter la clinique et la thérapeutique comme les activités essentielles du médecin, contre la réduction de la médecine, héritée du positivisme, à une science ou à une application des sciences (Canguilhem, 1966a, p. 8). La revalorisation de la clinique découle de sa primauté historique sur les sciences du vivant : les expériences de la douleur, de la souffrance et de la maladie fondent la clinique et conduisent ensuite à la connaissance de la vie (*ibid.*, p. 53-54 et p. 139). Dans la prise en charge du malade aussi, la clinique prime — et doit continuer de primer — sur le recours aux sciences du vivant : les examens complémentaires issus des sciences biomédicales n'éclairent le diagnostic et la décision thérapeutique qu'à la condition d'être reliés par le clinicien avec les normes et l'expérience du patient. La clinique est donc la reconnaissance de l'individualité et de la subjectivité du malade.

En se fondant sur le caractère individuel et normatif du vivant, et en dévoilant la visée individuelle et le statut technique de la médecine, Canguilhem la définit par conséquent comme une technique de normalisation strictement individuelle. La relativité individuelle du normal et du pathologique ne peut être considérée comme un «obstacle regrettable» (Canguilhem, 1994c [1978], p. 405); elle constitue l'objet même de la médecine et fonde sa spécificité. Canguilhem l'écrit dans les «Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique» en 1966, laissant apercevoir que du statut technique de la médecine découle son sens éthique et politique :

> La reconnaissance de la relativité individuelle et chronologique des normes n'est pas scepticisme devant la multiplicité mais tolérance de la variété (Canguilhem, 1966b, p. 215).

Cependant, la médecine s'inscrit dans l'*ethos*, au sein de valeurs et de normes sociales qui peuvent entrer en tension, voire en conflit avec sa visée individuelle. C'est pourquoi la thérapeutique, par définition individuelle, se trouve souvent en écart avec la visée de normalisation collective ou d'ordre social d'un certain

[14] Voir à ce sujet Annemarie Mol, 2009 et Philippe Barrier, 2010.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

nombre d'injonctions et de techniques, auxquelles la médecine a elle-même concouru (songeons à l'hygiénisme) ou concourt encore (dans de nombreux domaines comme la santé mentale ou la santé publique). Or, pour Canguilhem, la santé n'est pas un fait collectif mais une valeur individuelle, une allure de vie éprouvée et jugée comme satisfaisante par un sujet. La médecine — même si elle s'y inscrit — ne saurait soumettre son action aux normes collectives. Cette affirmation de la finalité individuelle de la médecine participe d'une réflexion sur le projet anthropologique de la médecine entamée par Canguilhem dès les années 1930. En 1929, dans un compte rendu d'ouvrage, Canguilhem affirme que la médecine ne doit se soucier que de l'individualité humaine, indivisible, singulière et inséparable de son monde social :

> L'individu menace la médecine. L'individu réapparaît. [...] Le corps humain est doublement individualisé; il l'est en tant que vivant, et comme n'importe quel animal; mais il l'est — et combien davantage! — en tant qu'humain, c'est-à-dire en tant qu'inséparable d'un esprit, d'une personnalité. C'est tel homme que le médecin doit sauver. [...] Il faut chercher à un individu malade un milieu, une nourriture, une occupation appropriée. Cela suppose que l'homme ne compte plus comme une unité-partie — conscrit à la caserne, enfant dans une crèche, etc. — mais désormais comme une unité-tout. Cela suppose la société pour l'individu et non uniquement l'individu pour la société. Renversement difficile (Canguilhem, 1929, p. 297-298)[15].

La médecine ne peut nourrir le projet d'adapter l'homme à la société. Canguilhem s'oppose, d'une part, à une conception collectiviste de l'homme qui conçoit l'individu comme le membre d'une population, rabat la norme individuelle de santé sur les normes sociales et attend de la médecine qu'elle y conforme le malade. Il s'oppose, d'autre part, à une conception individualiste de l'homme qui interdit de comprendre que les normes individuelles de vie et de santé se construisent en fonction des normes sociales et qui — selon une logique inverse de la conception collectiviste, mais parvenant au même résultat — dédouane la société de la responsabilité de se transformer pour s'adapter à l'individualité en général, et au malade en particulier[16].

Cette réflexion sera notamment explicitée dans les «Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique». Canguilhem y rappelle que les valeurs qui président aux normes sociales et, de fait, pour une part, aux normes médicales sont le plus souvent présentées comme des faits. Dès lors, les sujets, y compris malades, sont appelés, tels des instruments, à s'adapter aux normes médico-sociales, au bon fonctionnement ou à l'ordre de la société. Or, la

---

15 Compte rendu de René Allendy, *Orientation des idées médicales*, Paris, Au sans pareil, 1929.

16 Voir à ce sujet Goldstein, 1951 [1934], p. 357 : «Ce qui est au centre, ce n'est pas l'individu, mais l'individualité».

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

médecine ne saurait évaluer l'état pathologique d'un individu en fonction de son inadaptation sociale, mais toujours en fonction de son expérience et de sa souffrance propres :

> Définir l'anormalité par l'inadaptation sociale, c'est accepter plus ou moins l'idée que l'individu doit souscrire au fait de telle société, donc s'accommoder à elle comme à une réalité qui est en même temps un bien. [...] On peut [...] dénier [aux sociétés] le droit de définir la normalité par l'attitude de subordination instrumentale qu'elles valorisent sous le nom d'adaptation (Canguilhem, 1966a, p. 213).

La médecine n'a pas non plus vocation à transformer l'individu pour l'adapter aux normes sociales, elle vise au contraire à l'aider à se les approprier, à en devenir l'inventeur et le sujet, y compris en les critiquant, en y faisant écart, en y résistant et en les transformant. Ainsi, comme Canguilhem l'a souligné en particulier dans ses textes sur la psychiatrie, l'épistémologie de la médecine débouche sur une éthique de l'individualité et de la liberté, contre sa réduction à une technique de normalisation collective[17]. Chez Canguilhem, le rappel ferme et constant de la finalité individuelle de la médecine fait pendant à l'instrumentalisation sociale et politique dont elle a toujours fait l'objet. Ainsi, en 1978, dans «Puissance et limites de la rationalité en médecine», Canguilhem rappelle qu'au moins depuis Platon, la lutte de la médecine contre la maladie est aussi conformation de l'individu aux normes et au bon fonctionnement de la *polis* (qui est conçue dans cette perspective et, à tort, sur le modèle de l'organisme) :

> Si Esculape a enseigné cette médecine qu'approuve Platon c'est «parce qu'il savait que dans un État bien gouverné chacun a sa tâche prescrite qu'il est obligé de remplir et que personne n'a le loisir de passer sa vie à être malade et à se faire soigner» [*La République*, III, 406c-407e]. Et lorsque Glaucon objecte à Socrate : «Tu fais d'Esculape un politique», Socrate répond : «Il l'était en effet» (Canguilhem, 1994c [1978], p. 410).

---

[17] Sur la critique de la confusion entre thérapeutique et adaptation sociale en particulier en psychiatrie, voir Canguilhem, 1965a [1951], p. 168 et 1994a [1956], p. 365-381. Sur cette question qui engage le sens anthropologique et éthique de la médecine, nous nous permettons de renvoyer à notre chapitre sur «La lecture épistémologique de la psychologie de Maine de Biran par Georges Canguilhem» (Lefève, 2008). Sur la subjectivation comme écart à la norme et la médecine comme soutien à cet écart, voir aussi Le Blanc, 2002, p. 222-223 : «S'écarter des normes apparaît comme l'acte de subjectivation par excellence, en ce qu'il redonne à un sujet l'initiative dans le rapport aux normes. [...] La vie sociale [...] est sans cesse ré-ouverte par des possibilités de vie inventées par les sujets qui la composent. Le vivant humain ne s'adapte pas nécessairement à elle. Il peut inventer des normes, créer des écarts qui préservent le sens de son intégrité».

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

La revalorisation de la clinique et de la thérapeutique s'oppose, par conséquent, à la fois à l'erreur épistémologique qui confond la médecine avec une science et à la faute anthropologique qui tient la médecine pour une technique d'adaptation sociale de l'individu. La responsabilité morale et professionnelle du médecin consiste à s'engager en premier lieu au service de son patient, et non de la société. En rappelant l'origine et la visée individuelles de la médecine ainsi que sa signification anthropologique et politique, Canguilhem démontre la nécessité tant clinique qu'éthique de la relation médecin-malade. Elle est le seul espace où le médecin peut tenter de connaître et de comprendre l'individualité du patient, considéré dans sa totalité, sa singularité et sa subjectivité, et se mettre à son service.

2. Oubli professionnel et nécessité de la relation médicale

De la nécessité d'appréhender le malade dans son individualité et de le considérer comme un sujet normatif (biologique, psychologique et social), découle la nécessité de la clinique et de la relation médecin-malade. Dès l'*Essai*, mais de manière plus thématisée et plus explicite dans les textes de la dernière partie de son œuvre, Canguilhem décrit et défend la relation médicale comme la condition de possibilité de la clinique et de la thérapeutique.

2.1. La médecine scientifique : l'oubli de la subjectivité du malade et de la relation médicale

Cependant, la nature et les enjeux de la relation médicale sont le plus souvent évoqués en creux, de manière critique et polémique, à partir du constat selon lequel la subjectivité du malade et la relation médicale font l'objet d'un *oubli* systématique, profond et comme consubstantiel à la profession médicale. Nous soulignerons ici combien la critique de ce double oubli constitue l'une des lignes directrices, peu mises en valeur, de la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem.

L'*Essai* de 1943 montre que la construction de la médecine scientifique du XIX^e^ siècle l'a menée à nier l'appel et l'existence même du sujet malade. Elle l'a conduite à oublier son origine clinique et son sens individuel et, de fait, sa nature à la fois technique et relationnelle :

> Or nous pensons *qu'il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience*, et [que] [...] c'est le point de vue du malade qui est au fond le vrai. [...] Il y a toujours eu un moment où, en fin de compte, l'attention des praticiens a été attirée sur certains symptômes, même uniquement objectifs, par des hommes qui se plaignaient de n'être pas normaux, c'est-à-dire identiques à leur passé, de souffrir (Canguilhem, 1966a, p. 53-54)[18].

[18] Sur l'oubli de l'expérience du malade comme origine de la médecine, voir aussi *ibid*., p. 139.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

La formation médicale a fait perdurer ce double oubli de la subjectivité du malade et de la relation médicale, qui s'est ensuite enkysté dans l'identité professionnelle du médecin. Dans l'*Essai* déjà, Canguilhem recommandait de ne pas commencer l'enseignement médical par l'anatomie et la physiologie de l'homme normal mais de suivre l'ordre et la logique de construction des connaissances : les normes statistiques que construisent les sciences médicales ne sont rendues indispensables que par les expériences individuelles et collectives, indissociablement biologiques, psychologiques et sociales, que les sujets éprouvent comme anormales (Canguilhem, 1966a, p. 138). En 1959, quelques mois après que Robert Debré ait créé les centres hospitaliers universitaires et révolutionné les études de médecine en France, Canguilhem, dans l'article «Thérapeutique, expérimentation, responsabilité», remettait de nouveau en cause leur logique et leurs contenus. Elles reposaient essentiellement sur les sciences fondamentales et n'offraient pas d'enseignement sur la subjectivité du malade au sens large, ni sur les relations et la responsabilité morale du médecin à son égard. Aussi Canguilhem proposait que la psychologie et la déontologie soient enseignées par des médecins de grande culture et de longue expérience. L'introduction, ces vingt dernières années en France, de la philosophie, de l'histoire et de la philosophie des sciences et des sciences humaines et sociales dans la formation médicale initiale répond à ces besoins, sans que les préconisations de Canguilhem aient pourtant perdu leur actualité et leur pertinence :

> N'est-il pas surprenant que l'enseignement de la médecine porte sur tout, sauf sur l'essence de l'activité médicale, et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin? À la Faculté de médecine, on peut apprendre la composition chimique de la salive, on peut apprendre le cycle vital des amibes intestinales de la blatte de cuisine, mais il y a des sujets sur lesquels on est certain de ne recevoir jamais le moindre enseignement : la psychologie du malade, la signification vitale de la maladie, les devoirs du médecin dans ses relations avec les malades (et pas seulement avec ses confrères et avec le juge d'instruction), la psychosociologie de la maladie et de la médecine (Canguilhem, 1994b [1959], p. 390).

Dans «Une pédagogie de la guérison est-elle possible?», en 1978, Canguilhem réitère sa critique de «la formation des médecins [...] [qui] les prépare très mal à admettre que la guérison ne se détermine pas par des interventions d'ordre exclusivement physique ou physiologique» (Canguilhem, 2002a [1978], p. 85). Plus profondément, c'est bien sûr la conception scientiste de la médecine héritée du XIX^{e} siècle qui nie et disqualifie l'action de la relation médicale sur le patient. Le lien singulier qui se tisse entre tel médecin et tel patient, les effets de cette interaction sur le malade et sur l'évolution de sa maladie (mais aussi sur le médecin et ses décisions), tout cela remet en cause l'ambition de n'expliquer les effets de la médecine que par des causes objectivables et d'asseoir son statut de science. Ici encore l'idéologie scientiste renverse la rationalité médicale en erreur. Elle fabrique au final une psychologie professionnelle qui,

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

en niant la subjectivité du malade et du médecin, rend leur relation au mieux superflue, au pire illégitime :

> Il n'y a pas d'illusion de subjectivité professionnelle pire pour les médecins que leur confiance dans le fondement strictement objectif de leurs conseils et de leurs gestes thérapeutiques, dans le mépris ou dans l'oubli auto-justificatif du rapport actif, positif ou négatif, qui ne peut pas ne pas s'établir entre médecin et malade. Ce rapport était tenu, à l'âge positiviste de la médecine, pour un résidu archaïque de magie ou de fétichisme. La réactualisation de ce rapport doit être mise au compte de la psychanalyse (*ibid.*, p. 86).

Faisant référence à un ouvrage auquel a participé Michel Foucault (Foucault *et al.*, 1976), Canguilhem montre que le double oubli de l'individualité du malade et de la relation médicale n'a fait que se renforcer au XX^e^ siècle avec la standardisation des soins à l'hôpital et l'essor des politiques de santé publique qui, par définition, se préoccupent de la population, et non du sujet :

> Il peut paraître urgent de s'interroger sur la place que l'attention accordée par un médecin singulier à un malade singulier peut prétendre encore tenir dans un espace médical de plus en plus occupé, à l'échelle des nations dites développées, par les équipements et règlements sanitaires et par la multiplication programmée des «machines à guérir» (Canguilhem, 2002a [1978], p. 86)[19].

C'est dans «Le statut épistémologique de la médecine», en 1988, que le double oubli est expliqué de la manière la plus détaillée par le devenir scientifique de la médecine au XIX^e^ siècle, et par le statut ambivalent qu'elle a alors acquis : à la fois art de soigner et science de la vie. Nous l'avons évoqué, le statut de science positive conquis au XIX^e^ siècle repose sur «la mise entre parenthèses du malade pris comme cible de soins». La méthode anatomo-clinique a organisé «l'éclipse du symptôme par le signe», remplacé le cabinet de consultation par le laboratoire d'examens et, de fait, mis entre parenthèses le «malade, comme porteur et souvent commentateur de symptômes» (Canguilhem, 1994d [1988], p. 418). L'introduction de la méthode mathématique dans la physiologie, l'épidémiologie et la santé publique, de même que dans l'évaluation des

[19] De manière générale, Foucault critique la définition de la relation médicale comme colloque singulier. Selon lui, au moins depuis la naissance de la clinique moderne au XVIII^e^ siècle, l'examen clinique vise à interpréter le message de la maladie à partir du bruit des symptômes et n'a rien à voir avec une rencontre intersubjective. Par ailleurs, la médecine constitue d'abord une pratique sociale, et non individuelle et intersubjective. Voir Foucault, 2001a [1966], p. 587 et Foucault, 2001b [1976], p. 44. Sur ce point, voir aussi Jean-François Braunstein, 2009.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

actes médicaux, a substitué le tableau clinique au jugement du clinicien et renforcé cette mise entre parenthèses du malade «comme solliciteur d'une attention élective à sa propre situation pathologique» (*ibid.*, p. 420). Enfin, la médecine a adopté la méthode bactériologique, endossé le projet politique de l'hygiène publique et vu ses objets changer, passant de la maladie individuelle à la santé populationnelle :

> La médecine, par le biais des exigences politiques de l'hygiène publique, va connaître une altération lente du sens de ses objectifs et de ses comportements originaires. Du concept de *santé* à celui de *salubrité* puis à celui de *sécurité* la dérive sémantique recouvre une transformation de l'acte médical. De réponse à un appel il est devenu obéissance à une exigence. [...] Et l'on doit constater ici, une troisième fois, la mise entre parenthèses du malade individuel, objet singulier, électif, de l'attention et de l'intervention du médecin clinicien (*ibid.*, p. 422)[20].

Ainsi, depuis le XIX^e^ siècle, le malade est enjoint de parler seulement le langage de la médecine, il n'est plus singularisé et sa demande n'est plus la condition de l'intervention médicale. La prise en compte de son individualité et de sa subjectivité, dans le cadre d'une relation singulière et intersubjective, ne peut que tendre à disparaître. Et les médecins ne peuvent que s'interroger sur le fait de savoir si le sens originaire et subjectif de la médecine relève «d'une survivance précaire ou d'une destination essentielle», si son statut relationnel et technique ne risque pas d'être perçu comme contradictoire avec son statut scientifique, et finalement de porter préjudice à leur statut professionnel. C'est donc aussi la construction historique, c'est-à-dire scientifique, de la subjectivité professionnelle du médecin moderne que Canguilhem retrace au fil de son œuvre et dont il révèle une des caractéristiques : occulter celle du malade.

2.2. La clinique et la nécessité de la relation médecin-malade

La revalorisation de la clinique, thèse centrale de l'*Essai*, conduit à la caractériser, tout au long de l'œuvre de Canguilhem, comme l'indispensable articulation de la *connaissance* des normes de vie du malade et de la *compréhension* de l'expérience qu'il en fait. Pour soigner l'homme, le médecin a besoin de connaître et de comprendre sa normativité ou sa subjectivité, c'est-à-dire sa capacité à donner sens et valeur à ce qu'il vit, toujours à la fois aux plans biologique, psychologique et social. Pour cela, la clinique requiert un rapport personnel entre le malade et le médecin.

---

[20] Pour une analyse du statut dual (art et science) de la médecine chez Canguilhem et de son influence sur les philosophies actuelles du soin, nous nous permettons de renvoyer notre article à paraître, intitulé «De la philosophie de la médecine de Canguilhem à la philosophie du soin médical» (Lefève, 2014a).

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

À travers l'examen du corps du malade et l'écoute des récits qu'il offre non seulement de sa maladie mais aussi de sa vie, le clinicien prend connaissance des normes que la maladie est venue bouleverser ou anéantir. L'interrogatoire clinique — qui apparaît ainsi fort mal nommé — doit être conçu comme un échange qui ne porte pas seulement sur les symptômes de la maladie, mais aussi sur la biographie du malade et sa conception de l'existence, ses affects et ses valeurs, ses habitudes et ses projets, son rapport au corps, à la maladie et à la mort. Le clinicien peut ainsi tenter de comprendre le patient en approchant le sens, singulier et évolutif, qu'il donne à l'épreuve de la maladie. Toutes les dimensions de la vie, en particulier dans les maladies graves ou chroniques, sont susceptibles d'être touchées et doivent être prises en considération : sociales et professionnelles, relationnelles et familiales, corporelles, sexuelles, alimentaires, sportives, etc. Il ne s'agit pas pour Canguilhem de se fier au seul sentiment subjectif du patient, qui peut l'amener à des conclusions objectivement fausses (Canguilhem traite à plusieurs reprises de la distinction entre le sentiment de guérison éprouvé par le malade et le jugement de guérison rendu par le médecin)[21]. Il s'agit plutôt de se souvenir qu'il n'existe pas de pathologie qui n'affecte pas le sujet en totalité et que, même en l'absence de pathologie médicalement objectivée, la souffrance que le sujet exprime à travers sa plainte et le sentiment que sa puissance d'agir est diminuée traduisent une norme de vie pathologique qui exige attention et soin.

L'écoute du patient apparaît dans cette perspective comme une part primordiale du travail clinique, articulant précisément ses deux finalités : la connaissance et la compréhension du malade. Dans «La santé : concept vulgaire et question philosophique», Canguilhem caractérise très précisément cette écoute qui est à la fois la condition et le résultat de l'instauration de la relation médicale :

> 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 (Canguilhem, 2002b [1988], p. 65).

Canguilhem rappelle tout d'abord ici que la clinique repose sur l'instruction du médecin par le malade. Dans la relation médicale, l'information va d'abord du malade au médecin. Dans sa plainte et son récit, le malade transmet un savoir subjectif et unique de son histoire personnelle et des répercussions particulières que la maladie a sur son existence — savoir qui, par définition, échappe au savoir médical qui est général et en troisième personne. Canguilhem rompt ici avec l'illusion qui non seulement confond le médecin avec un scientifique, mais aussi l'institue comme seul «sachant», seul expert de la maladie. Il rappelle ainsi

[21] Voir notamment Canguilhem, 1994c [1978], p. 409 et 2002a [1978], p. 69-70.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

l'écoute clinique des médecins hippocratiques, et l'attitude d'humilité, de curiosité et d'ouverture d'esprit qu'elle demande. Il fait aussi sentir combien accepter d'écouter le malade et d'être instruit par lui exige de la part du médecin un effort afin de renoncer au magistère et à l'autorité sociale de docteur et de docte que l'histoire a forgés et qui ont prévalu, avec le paternalisme, jusque dans les années 1970. À certains moments essentiels de la prise en charge du malade, le médecin doit être enseigné et endosser le rôle de l'élève. La figure du patient «expert d'expérience», qui est apparue à travers les associations de malades chroniques et du sida dans les années 1970-1980, et qui a été thématisée depuis par les sociologues de la médecine[22], illustre cette primauté du savoir du malade sur sa maladie, et cette nécessité de l'écouter.

Canguilhem caractérise en outre le travail d'interprétation à l'œuvre dans l'écoute clinique. En creux, il introduit la distinction entre deux formes d'écoute et d'interprétation, dont la deuxième seulement permet à la fois de connaître la normativité du sujet malade et de comprendre son expérience vécue. L'écoute sémiologique consiste à décrypter les symptômes livrés par le patient en vue d'y reconnaître les signes diagnostiques d'une maladie connue. Ce travail interprétatif, aussi ancien que la médecine elle-même (voir Jean Clavreul, 1978), fondé sur les sciences à la «naissance» de la méthode anatomo-clinique (voir Foucault, 1963), consiste à traduire la parole du patient dans le langage (prétendument) objectif de la médecine. Dégager le sens médical de la parole du patient détourne nécessairement le médecin de sa subjectivité et du sens existentiel qu'il donne à sa maladie. Doit donc s'y articuler une autre forme d'écoute et d'interprétation qui, elle, fait place à l'expérience du malade, à sa recherche inquiète non seulement du sens médical de sa maladie (la nature de sa pathologie), mais aussi de son sens subjectif. La parole et le récit du malade (contrairement à l'écoute clinique objectivante du médecin) ne portent pas seulement sur ses symptômes, mais sur son existence, dans sa globalité et sa complexité, et sur la place et le sens que la maladie va y prendre ou y prend déjà. La maladie oblige le malade à réévaluer ses normes de vie passées et à en inventer de nouvelles; le questionnement du malade sur le sens de sa maladie illustre sa normativité qui, comme nous l'avons vu, est recherche de sens. Plus largement, Canguilhem l'a rappelé dans «Puissance et limites de la rationalité en médecine» et c'est un objet essentiel de l'anthropologie de la santé, le questionnement sur la nature et les causes de la maladie se mêle au questionnement sur sa signification sociale, culturelle, morale, voire religieuse :

> La conscience que les malades ont de leur situation n'est jamais une conscience nue, sauvage. On ne saurait ignorer la présence, dans l'expérience vécue du malade, des effets de la culture et de l'histoire (Canguilhem, 1994c [1978], p. 409).

[22] Voir Janine Barbot, 2002; Madeleine Akrich, Cécile Meadel et Vololona Rabeharisoa, 2009; Janine Pierret et Philippe Artières, 2012.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

C'est donc parce que le malade lui-même interprète et donne un sens à sa maladie et à son existence que le médecin doit effectuer une exégèse de sa parole et de ses récits. Il doit y être attentif — dans le respect néanmoins des silences, des non-dits, des variations ou des évolutions du récit du malade, sans faire l'erreur de les juger comme des lacunes, des incohérences ou des contradictions. C'est cette écoute exégétique qui entremêle — parce qu'elles ne peuvent être séparées — la connaissance et la compréhension de la subjectivité du malade : la connaissance de ses normes propres de vie et la compréhension de sa situation personnelle et existentielle.

Par ailleurs, interpréter l'interprétation du malade est indispensable pour définir une action thérapeutique qui lui convient, pour «réparer». La connaissance de ses normes de vie et la compréhension de son expérience doivent précéder, informer et orienter la décision et l'action médicales. C'est, nous l'avons rappelé, la norme de vie que le patient considère, pour lui-même et par lui-même, comme normale, convenable ou préférable que la clinique doit identifier et que la thérapeutique doit prendre pour cap ou pour mesure de ses interventions[23]. Sinon le risque est grand que le médecin impose au patient une vision de la santé, du bien ou de la vie qui lui serait étrangère et, partant, une action qui, loin d'être réparatrice, serait nocive car inadaptée. Ici encore, la formule de Canguilhem fait percevoir tout l'effort que le médecin doit déployer pour *accepter* d'endosser ce rôle d'exégète *avant* celui de réparateur, allant ainsi à l'encontre de la conception positiviste de la médecine selon laquelle savoir suffit pour agir, allant également à l'encontre des représentations et habitudes paternalistes liées à l'autorité médicale et allant, enfin, à l'encontre du désir voire de la pulsion personnelle d'agir et de réparer qui animent souvent le médecin. En rappelant de nouveau la primauté logique et axiologique de la clinique (au sens élargi qu'il lui donne), Canguilhem démontre ainsi que, pour des raisons indissociablement médicales et éthiques, ou plus précisément éthiques parce que médicales, le médecin doit subordonner ses propres valeurs à celles de son patient.

Enfin, Canguilhem montre que l'art médical ne peut se déployer sans une relation personnelle qui *in fine* se fonde sur le choix du malade. Ce choix dépend notamment de l'écoute dont le médecin fait preuve à son égard et qui témoigne (ou non) du fait qu'il le reconnaît comme sujet et qu'il prend en compte son expérience, son point de vue et ses valeurs. La construction de la relation médecin-malade dépend ainsi d'un engagement réciproque qu'il faut concevoir dans le double sens du terme d'engagement : à la fois professionnel et moral. Le médecin ne peut s'engager *professionnellement* à prendre en charge un malade que s'il le reconnaît comme un sujet dont il s'engage *moralement* à connaître, comprendre

[23] Sauf, faut-il préciser pour expliciter la logique de Canguilhem, si l'autonomie de sa volonté est altérée et/ou que le patient porte atteinte à sa vie : dans ces cas, c'est la relation du sujet à lui-même qui constitue une norme de vie pathologique, car destructrice.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

et respecter les normes et valeurs de vie. C'est à cette condition qu'un malade peut devenir *son patient*[24]. C'est cependant au patient seul qu'il revient de nouer la relation médicale. Le malade ne peut en effet engager un médecin à son service, il ne peut lui confier sa santé voire sa vie que s'il perçoit de la part du médecin cet engagement indissociablement professionnel et moral à son égard. C'est à cette condition que le malade peut élire ce médecin comme *son* médecin. Bien entendu, le malade peut être amené, en fonction des circonstances ou de l'organisation du système de santé, à être soigné par de multiples médecins (urgences, prise en charge pluridisciplinaire, etc.), mais ceux-ci ne deviendront *ses* médecins qu'en fonction de leur écoute, de leur reconnaissance de son statut de sujet, de la confiance que le malade leur accordera et, ultimement, de son choix[25]. Par conséquent, Canguilhem montre, en toute cohérence avec sa définition de la subjectivité comme normativité et comme liberté, que le médecin clinicien doit accepter d'être choisi par son patient.

La définition canguilhemienne de la clinique permet donc de saisir la nature relationnelle de la médecine. La souffrance et la maladie impliquent l'appel et la médiation d'un tiers, dont la tâche est indissociablement objective et subjective. La clinique comme la thérapeutique mobilisent des connaissances et des techniques objectives, que le médecin doit tirer tant des sciences biologiques et médicales que des sciences humaines et sociales (histoire, anthropologie, sociologie, psychologie), mais aussi son attention personnelle à l'expérience subjective du malade. Cette attention est une condition indispensable lui permettant de cerner la norme de vie perdue, de comprendre la souffrance éprouvée et de définir la thérapeutique et, plus largement, le soin adaptés. La médecine,

---

[24] Si l'on suit la réflexion de Canguilhem, un médecin dont les échanges avec le malade révèlent que ses valeurs sont absolument opposées à celles du malade, tout comme un médecin conscient que ses compétences sont insuffisantes dans tel cas ou pour telle pathologie, doit prendre la responsabilité de ne pas prendre en charge ce malade et a le devoir de l'adresser à un (ou des) confrère(s), s'assurant ainsi de la continuité de ses soins. Une telle décision serait éthique et participerait en soi d'un bon soin.

[25] Dans certaines situations, des actes médicaux sont effectués sans que le patient puisse choisir son médecin (urgences, réanimation, médecine du travail). Mais l'établissement d'une relation de soin et la qualité de la prise en charge peuvent en être compliqués. L'histoire, les normes et valeurs du patient, son expérience de la maladie ne sont pas connues. Ces situations confirment l'importance de la relation médecin-malade telle que Canguilhem la définit, en particulier dans le suivi des maladies chroniques, des maladies graves et des polypathologies. Elles montrent l'actualité des réflexions de Canguilhem pourtant historiquement liées au colloque singulier, figure prédominante de la relation médicale au XX^{e} siècle : la relation de confiance entre le patient et celui qu'il reconnaît comme *son* médecin, même parmi une pluralité de professionnels de santé, demeure indispensable pour mettre en œuvre à la fois des traitements adaptés et individualisés, mais aussi une relation d'accompagnement et de soutien indispensable.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

réponse à la souffrance d'un sujet et soutien de sa normativité, repose sur un rapport personnel et un débat entre le médecin et le malade indispensables pour qu'ils définissent ensemble la norme de vie que le médecin devra tenter d'instituer. On notera que Canguilhem préfigure ici le modèle actuel du processus de décision partagée. Les échanges médecin/malade devraient donc être aussi libres que possible, se conformant à l'état et aux valeurs du malade, afin de respecter et de contribuer à soutenir sa liberté de sujet. Dans «Une pédagogie de la guérison est-elle possible?», Canguilhem, alors qu'il s'interroge sur les marges d'autonomie du malade et sur le statut de médecin — conseiller ou guide —, cite Kurt Goldstein pour reprendre à son compte sa démonstration de la nécessité de la relation médecin-malade dans le travail clinique :

> Le médecin qui se décide à guider le malade sur le chemin difficile de la guérison «ne sera en état de le faire que s'il a la profonde conviction qu'il ne s'agit pas, dans le rapport médecin-patient, d'une situation basée uniquement sur une connaissance du type de causalité, mais [...] d'un débat entre deux personnes dont l'une veut aider l'autre à acquérir une structure aussi conforme que possible à son essence. C'est par la mise en relief du rapport personnel qui existe entre médecin et patient que le point de vue médical moderne s'oppose de la façon la plus nette à celui des médecins qui avaient des habitudes de pensée propres aux sciences physiques» (Goldstein, 1951 [1934], p. 361, cité par Canguilhem, 2002a [1978], p. 93).

3. Un changement de registre nécessaire dans la pratique médicale

L'oubli de la subjectivité du malade, individu singulier et expérientiel, repose sur une erreur épistémologique et conduit à un problème indissociablement médical et éthique. Sans améliorer l'efficacité de la lutte contre la maladie, il empêche la prise en charge du malade et finit par ajouter à la souffrance liée à la maladie celle de n'être pas reconnu, compris ni accompagné. Un changement de registre dans l'attitude du médecin décentrant son attention de la maladie vers le malade est donc indispensable, et possible.

C'est précisément dans «Puissance et limites de la rationalité en médecine», qui constitue à cet égard un texte décisif, que Canguilhem préconise l'alliance de deux registres, celui du traitement de la maladie et celui de la prise en charge du malade, le second ayant été occulté au profit du premier par la médecine scientifique :

> Il faut s'avouer [...] qu'il ne peut y avoir homogénéité et uniformité d'attention et d'attitude envers la maladie et envers le malade, et que la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie (Canguilhem, 1994c [1978], p. 408).

La lutte contre la maladie requiert son objectivation grâce aux sciences biomédicales qui sont mises à la disposition du clinicien. Elle implique nécessairement de mettre entre parenthèses la subjectivité du malade. Mais, si ce mouvement

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

d'objectivation de la maladie explique la puissance de la rationalité médicale, il en constitue l'une des limites les plus problématiques : la prise en charge du malade, elle, ne peut s'effectuer sans porter attention à sa subjectivité. Aussi, «la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine» ne réside pas dans l'échec de son ambition scientifique, dans l'impossibilité «d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade» (*ibid.*, p. 409)[26]. Elle réside précisément au contraire dans l'oubli de cette expérience vécue et dans l'occultation de son statut de sujet. Pour prendre en charge le malade, la rationalité médicale doit donc «changer de registre» (Canguilhem, 1994c [1978], p. 408). Elle atteint ici «un point de conversion» qui, souligne Canguilhem, ne constitue pas «un point de repli» (*ibid.*, p. 411), mais le point de départ d'un nouvel accomplissement. Le médecin doit exercer sa responsabilité en s'installant dans un autre registre, en mettant à son tour entre parenthèses l'objectivité de son savoir et en portant attention à la subjectivité du malade. Il doit se souvenir et admettre, contre l'oubli caractéristique de sa profession, que le malade n'est ni un objet, ni seulement un cas porteur d'une pathologie, mais un sujet, psychique, conscient et doté d'un inconscient, sentant, désirant, pensant, voulant et s'exprimant. Prendre en charge le malade demande non seulement de connaître le fonctionnement de son organisme et les mécanismes qui gouvernent ses maladies, mais aussi de reconnaître son expérience, de tenter d'y accéder et de la comprendre.

3.1. Se projeter en situation de malade

C'est dans ce texte que Canguilhem donne l'explication la plus profonde, selon nous, de l'oubli médical du malade et de sa subjectivité :

> [...] l'oubli, *pris en son sens freudien*, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même en situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise entre parenthèses (Canguilhem, 1994c [1978], p. 409, nous soulignons).

En qualifiant de «freudien» l'oubli professionnel du malade par le médecin, Canguilhem souligne qu'il procède non seulement de l'histoire scientifique de la médecine qui recouvre et voile le sens originel et subjectif de la médecine, mais aussi de mécanismes psychiques de défense permettant au médecin de refouler son identification au malade. La confrontation à la maladie rappelle au médecin qu'il y est lui-même exposé et déclenche chez lui une angoisse profonde. L'objectivité du savoir joue donc comme un instrument de son action aussi parce qu'elle fonctionne, au plan subjectif, comme un écran qui le protège de l'angoisse. La focalisation sur le savoir objectif dans la relation médecin/patient (qui s'illustre par

[26] Voir aussi Canguilhem, 1966a, p. 131 : «La science explique l'expérience, elle ne l'annule pas pour autant».

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

exemple dans l'utilisation du jargon médical ou du langage statistique) constitue aussi un moyen psychique permettant au médecin de se protéger de ses affects et de dénier sa fragilité afin d'adopter une posture professionnelle et d'accomplir son travail. Le problème est que, retranché derrière cette objectivité, le médecin non seulement masque sa propre vulnérabilité et sa propre subjectivité, mais il manque celles de son patient. Le recours au savoir objectif déporte l'attention dont le sujet malade a besoin vers sa seule pathologie, et peut conduire le médecin à objectiver le malade tout autant que la maladie.

Cependant, Canguilhem montre que se projeter en situation de malade constitue aussi une méthode que le médecin peut et doit cultiver pour prendre en charge ses patients. Canguilhem prescrit au médecin de se remémorer sa propre vulnérabilité et sa propre subjectivité et de se représenter la situation de vulnérabilité et de maladie *en général*. Cette méthode philosophique introduit, on le comprend, un radical changement d'attitude et d'attention envers le patient. Se dédoubler, «se projeter en situation de malade» permet tout d'abord au médecin de se remémorer qu'il est tout aussi susceptible de tomber malade que ses patients. Il fait ainsi retour vers sa situation ontologique de sujet vivant et, partant, fragile et mortel. Cette réflexion philosophique sur son statut de sujet vivant et cette projection en situation de malade lui rappellent aussi qu'il est psychiquement et existentiellement aussi démuni que ses patients face à la maladie. Il peut ainsi se remémorer, ou s'imaginer, les sentiments que lui cause, ou lui causerait, le fait d'être malade :

> Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel, et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse (Canguilhem, 1994c [1978], p. 409).

Il se souvient donc qu'il est, lui aussi, un *sujet psychique* (et il prend conscience du mécanisme de refoulement et d'oubli évoqué plus haut). L'exercice lui permet au final de se considérer comme un sujet dans tous les sens du terme : sujet connaissant et agissant certes, mais aussi et d'abord sujet vivant, normatif, psychique... et éthique.

À partir de cet exercice personnel de réflexion philosophique et d'imagination, le médecin est conduit à admettre, ou à se souvenir, que la maladie constitue d'abord une expérience subjective et que les malades, eux aussi, ont d'abord le statut de sujet. Les malades sont *eux aussi* psychiquement affectés par la maladie et *tous* démunis face à elle — certes à des degrés divers selon les histoires personnelles, les conditions de vie et les circonstances. Pour tous les malades — y compris lorsqu'ils sont médecins —, la substitution de l'angoisse par les connaissances, l'annulation de l'expérience subjective vécue par l'objectivité du savoir sont extrêmement difficiles, parfois impossibles. Le médecin comprend dès lors que l'incapacité du malade à adopter un point de vue objectif sur sa maladie n'est pas due à son (éventuelle) ignorance, ni à un trait de personnalité ou à un trouble psychopathologique, mais simplement à son statut de sujet,

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

au fait irréductible qu'il s'agit de *son* corps, de *sa* maladie et de *son* existence. De cette expérience subjective insubstituable découle précisément la nécessité de la prise en charge par un tiers — ce que nous appelons aujourd'hui la relation de soin — et de la relation médicale en particulier.

Cet exercice difficile — qui demande un effort allant à rebours de l'histoire scientifique de la médecine et de la psychologie professionnelle — permet au médecin de redonner dans sa pratique toute sa place à la subjectivité : à la sienne comme à celle de son patient. Seul un changement volontariste de registre permet de reconnaître le sujet malade comme tel, de saisir que la reconnaissance et la compréhension de son expérience ouvrent à la connaissance clinique et au soutien thérapeutique de sa normativité et, enfin, d'admettre que, pour toutes ces raisons, la relation intersubjective est indispensable à l'art médical. Le médecin qui fait cet exercice ne peut plus se considérer comme un simple opérateur des savoirs et techniques de la médecine, il se conçoit comme un sujet potentiellement malade relié à des sujets actuellement malades. Il se découvre dès lors *responsable* non seulement de la lutte contre leur maladie, mais aussi des relations qu'il noue avec eux qui, selon l'attention qu'il accordera (ou non) à leur subjectivité, seront (ou non) synonymes de bienfaits et de soulagement. Canguilhem fait donc apparaître, en distinguant lutte contre la maladie et prise en charge du malade, que la compréhension de l'expérience du malade et la relation personnelle qu'elle suppose valent autant comme instruments de connaissance des normes de vie du patient orientés vers la thérapeutique et la réparation, que comme soutien dans l'épreuve de la maladie orienté vers *l'accompagnement*. La relation médicale ne peut être conçue seulement comme un instrument de la clinique et de la thérapeutique, elle est aussi à elle-même sa propre fin et possède une vertu soignante.

3.2. Accompagner le malade en respectant ses valeurs et soutenir sa liberté

Nous l'avons compris, la relation médicale a pour finalité d'instaurer ou de restaurer la normativité, c'est-à-dire la liberté du patient. C'est pour cette raison qu'elle devrait être élective, fondée sur le choix que, selon ses normes et ses valeurs, le patient fait de *son* médecin, et fondée sur l'engagement professionnel et moral du médecin envers *son* patient. Nous trouvons dans un dialogue radiophonique entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot, portant sur le droit à la mort et datant de 1975[27], l'une des illustrations les plus claires de la conception

[27] «Le droit à la mort», dialogue en public avec Henri Péquignot, enregistré le 28 mai 1975 et diffusé le 14 octobre 1975 sur France Culture. Henri Péquignot, professeur de clinique médicale, était l'un des fondateurs de la gériatrie en France. Nous avons donné de ce dialogue une transcription intégrale, une contextualisation historique et une analyse philosophique dans «Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine? À propos du dialogue radiophonique "Le droit à la mort" (1975) entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot» (voir Lefève, 2011a). Sur cette question, voir aussi l'intervention de Canguilhem dans Jacques Lassner *et al*., 1969.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

canguilhemienne de la relation médecin-malade comme engagement moral du médecin au service de *son* malade et comme relation d'accompagnement respectueuse de ses valeurs et de sa liberté, allant bien au-delà de la lutte contre la maladie.

Canguilhem y indique que le questionnement sur le droit à la mort ne doit pas être placé sur les terrains médical et juridique, mais sur le terrain philosophique et éthique. Il l'aborde en se décentrant du point de vue du médecin pour adopter celui du malade, c'est-à-dire celui du sujet. Il affirme qu'il existe un droit du sujet à décider du moment et des conditions de sa mort. Ce droit est fondé sur la prise de conscience par le sujet qu'il est engagé dans l'existence sans l'avoir choisi et qu'il peut par ses choix reprendre cet engagement. Canguilhem s'exprime dans les termes suivants :

> La question est de savoir si ce droit [à la mort] a un fondement quelconque. Et bien, je pense qu'il en est du droit à la mort comme de n'importe quel droit. Les droits sont la prise de conscience à un moment donné du fait qu'on est engagé sans l'avoir voulu, sans l'avoir cherché, dans une situation qu'on peut reprendre. Je m'explique : les droits politiques sont la prise de conscience à un moment donné qu'on fait partie d'une société qu'on n'a pas choisie mais qui, précisément parce qu'on ne l'a pas choisie, c'est-à-dire parce qu'on lui trouve des insuffisances, des défauts, pourrait être modifiée par l'exercice personnel d'une activité de réforme qui aboutirait à faire du fait social, du fait que je vis en société, association. Autrement dit, le droit c'est la reprise par la conscience d'une situation dans laquelle elle est engagée sans l'avoir cherchée. Eh bien, il en est de même de la vie. Le droit à la mort, c'est d'une certaine manière la prise de conscience à un moment donné que je suis né sans y avoir été en quelque sorte invité — et pour cause. C'est-à-dire que mon existence, le fait que je suis là, vivant, souffrant et conscient de vivre précisément parce que je souffre, ce fait c'est un engagement, je suis engagé, je suis le gage de quelque chose, un engagement que je n'ai pas souscrit. Alors le droit à la mort n'est que l'expression de ce fait que la seule chose que je puisse faire sur la vie, de ma vie, à un moment donné, c'est de choisir la façon dont j'en sortirai. De sorte qu'il y a un rapport à mon avis nécessaire entre le problème du droit à la mort et une question dont il n'est jamais parlé dans la littérature consacrée à la question, c'est le rapport entre le droit à la mort et le suicide. Alors naturellement revenons au problème de la relation médecin-malade. Il n'est pas possible naturellement ici de faire intervenir la notion de suicide : on ne demande pas à quelqu'un de vous rendre le service de vous aider à se suicider. Mais c'est pour dire que le problème du droit à la mort, si on essaie de le poser d'un point de vue en quelque sorte existentiel, ce problème du droit à la mort tient à ceci que le malade auquel on se demande s'il le faut le reconnaître, ce malade c'est précisément l'être conscient que la seule initiative qu'il puisse prendre en ce qui concerne sa vie, c'est de l'interrompre (Lefève, 2011a, p. 36-37).

Le médecin a le devoir moral de reconnaître ce droit au patient conscient, incurable, qui est et se sait en fin de vie, dont les souffrances ne peuvent être

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

soulagées et qui demande à mourir. Dans des circonstances précises, il peut arrêter ses traitements — non ses soins — ou provoquer sa mort.

À la lumière de ce qui précède, on comprend que la position de Canguilhem s'explique par le fait que, selon lui, l'engagement du médecin se déploie certes «au service de la vie» (Canguilhem, 1966a, p. 150), mais plus précisément au service de la normativité de son patient, ce qui l'oblige à respecter le sens et la valeur que celui-ci donne à sa vie et, finalement, sa liberté et son choix. Il ne s'agit pas pour le médecin de se soumettre à la volonté de son patient, ni de faire coïncider ses valeurs propres avec celles de son malade, comme le préconiserait un modèle autonomiste ou contractualiste de la relation médicale. Il s'agit d'examiner si sa mort est certaine et proche, si les traitements et les soins sont inefficaces, si le patient est pleinement conscient et si sa volonté est expresse et ferme, puis de reconnaître la légitimité de sa demande et, le cas échéant, d'y répondre en l'aidant à mourir, y compris par un acte létal.

Par conséquent, Canguilhem souligne dans cet entretien que le droit du sujet à sa mort ne peut être reconnu que par *son* médecin. Cette décision médicale ne peut être qu'individuelle. Elle doit être fondée sur une relation de confiance entre un malade et le médecin *qu'il a choisi* parce qu'il a pu échanger et débattre avec lui de leurs valeurs respectives. Elle doit aussi être fondée sur la compréhension fine que le médecin aura pris le temps de se forger de la situation, de la subjectivité et de la volonté de *son patient* et, enfin, sur sa responsabilité morale. Canguilhem circonscrit ainsi, de manière cohérente, originale et ferme, le droit à la mort à la relation singulière, intime, profonde et évolutive entre le malade conscient et son médecin.

Il est donc défavorable à toute loi sur l'euthanasie : la publicité de ces actes nuirait à la confiance des malades dans les médecins en général, la loi ne saurait prescrire un devoir d'aider à mourir et elle ferait courir le risque de dérives criminelles. Une loi ferait encourir le risque moral majeur de faire oublier que ces décisions relèvent toujours, d'une part, de la singularité d'un patient et d'une situation et, d'autre part, de la conscience et de la responsabilité d'un médecin. Ces décisions de nature éthique ne peuvent procéder de l'application de règles générales, de droits et de devoirs préalablement codifiés par la loi. Pour Canguilhem, seuls la formation médicale et le questionnement philosophique, et non la loi, peuvent entretenir chez les médecins le souci éthique de la subjectivité et de la liberté du patient, ainsi que le sens de la responsabilité.

Cet entretien montre que le souci de la subjectivité qui fait l'essence de la médecine ne peut se déployer que dans la relation élective entre le patient et son médecin, et entre le médecin et son patient. La position philosophique de Canguilhem sur le droit à la mort prolonge sa pédagogie de la relation médicale. Dans des conditions bien définies, aider son patient à mourir est une manifestation de la reconnaissance et de la compréhension par le médecin de sa subjectivité, c'est-à-dire de sa souffrance, de sa normativité et de sa liberté. C'est le résultat d'un engagement qui ne rompt pas, l'ultime expression d'une volonté de présence portée par le malade et par le médecin. Il ne s'agit ni de

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

l'échec ni de l'interruption de la relation et de l'action médicales, mais de l'une des formes qu'elles peuvent prendre.

Conclusion

Nous espérons avoir mis en lumière la thèse qui, selon nous, constitue le fil directeur de la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem : l'oubli de la subjectivité du patient et de la nature relationnelle de la médecine conduisent à une conception dépersonnalisée de la médecine, qui est épistémologiquement fausse, médicalement inefficace et moralement dangereuse. Le souci de la subjectivité du malade (de sa normativité, de son expérience et de sa liberté), la prise en charge du malade pour reprendre les termes de Canguilhem, définissent la médecine comme un art et une éthique. Soigner demande de connaître la normativité du malade, ce qui suppose, plus fondamentalement encore, de reconnaître son statut de sujet, de comprendre son expérience et de respecter ses valeurs. Dès lors, l'instauration d'une relation personnelle entre le médecin et le malade est tout aussi indispensable que le recours à l'objectivité du savoir. Il fait partie de la responsabilité du médecin de s'engager envers son patient dans une relation d'accompagnement et de soutien qui constitue à la fois un instrument du traitement et une aide essentielle dans l'épreuve de la maladie. Une telle relation est le support de ce que nous appellerions un soin du sujet. On perçoit ici l'apport de Canguilhem à la question de l'articulation de l'autonomie et de la vulnérabilité qui est au cœur des philosophies contemporaines du soin : la médecine constitue un soin lorsqu'elle met en œuvre une relation qui soutient la normativité, c'est-à-dire l'autonomisation, par définition toujours singulière et en devenir, d'un sujet vulnérable. Un autre apport de sa réflexion consiste à nous montrer que, si les pratiques cliniques se transforment, la relation humaine y demeure essentielle. Alors que les acteurs de la santé se démultiplient et que le colloque singulier n'est plus la seule forme de la relation de soin, il est urgent de relier la maladie et le malade, et d'être vigilant à ce qu'à tout moment, le patient puisse se tourner vers un médecin en qui il a confiance parce qu'il le connaît, le comprend, synthétise les informations qui le concernent, l'aide à décider et le soutient dans l'épreuve qu'il traverse.

En 1978, Canguilhem déplorait que la formation médicale conçoive «le rapport du médecin au malade comme celui d'un technicien compétent à un mécanisme dérangé» (Canguilhem, 2002a [1978], p. 85). Il craignait cependant que le contact humain ne soit enseigné de la même manière que les sciences biologiques, c'est-à-dire sans réflexion critique. Il refusait aussi que «la participation conviviale» à la relation médecin-malade ne constitue un critère inégalitaire de sélection, puis de hiérarchisation entre les médecins scientifiques et les spécialistes des relations humaines, dévolus au rang de contremaîtres (*ibid.*, p. 96). Nous avons voulu montrer avec lui que la relation intersubjective et éthique de soin fait partie intégrante de l'art médical et qu'elle ne saurait donc se déléguer. La question de savoir comment l'enseigner aux futurs médecins reste donc cruciale. Il ne s'agit sûrement pas de leur transmettre des recettes susceptibles

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

de tests. Mais plutôt d'intégrer à leur formation, dès le début et tout au long de leur maturation au contact des malades, des savoirs de l'humain, singulièrement des expériences de la maladie et des normes humaines, qui leur rappellent, à l'aide de l'épistémologie, des sciences sociales, de l'éthique[28] mais aussi de la littérature et du cinéma[29], que les patients sont, comme eux, des sujets normatifs, c'est-à-dire des sujets connaissants, sociaux, politiques et moraux, irréductibles à leurs pathologies.

---

[28] Sur l'introduction des sciences humaines et sociales dans les études médicales en France, voir Lefève, 2011b, p. 54-57; Lefève et Mino, 2011; et, à paraître, «L'enseignement de l'éthique dans les études médicales en France. État des lieux et présentation d'un exemple d'enseignement» (Lefève, 2014b).

[29] Sur la formation à la «situation de malade», à l'expérience de la maladie et à l'écoute et la compréhension des récits des patients, nous nous permettons de renvoyer à nos travaux sur la formation éthique des médecins appuyée tant sur la philosophie canguilhemienne que sur la narration et la fiction cinématographiques : Lefève, 2012 et 2013. Nous faisons nôtre l'analyse que fait Badiou de la fiction comme moyen de résister à l'objectivation du malade : «Ce qui commence dans le monde de la fiction est la résistance du sujet humain à laisser détruire l'absoluité de sa centration. La médecine doit pouvoir dialoguer, par ses propres récits, et non seulement par son savoir, avec la fiction où le sujet énonce cette résistance. [...] La fiction [...] fait obstacle à un abord par le pur savoir de la détresse du vivant» (Badiou, 1993, p. 300).

Références bibliographiques

Akrich, Madeleine, Cécile Meadel et Vololona Rabeharisoa,
2009 *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Paris, Presses de l'École des Mines.

Badiou, Alain
1993 «Y a-t-il une théorie du sujet chez Georges Canguilhem?», dans *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, p. 295–304.

Barbot, Janine
2002 *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

Barrier, Philippe
2010 *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris, Presses universitaires de France.

Braunstein, Jean-François
2009 «Mort et naissance de la clinique», dans Daniel Couturier, Georges David, Dominique Lecourt, Jean-Daniel Sraer et Claude Sureau, dir., *La mort de la clinique?* Paris, Presses universitaires de France, p. 135–154.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

Canguilhem, Georges
1929 «À la gloire d'Hippocrate, père du tempérament», *Libres Propos*, 20 août 1929, p. 297–298.
Canguilhem, Georges
1965a «Le normal et le pathologique» [1951], dans *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, p. 155–169.
Canguilhem, Georges
1965b «Le vivant et son milieu» [1946-1947], dans *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, p. 129–154.
Canguilhem, Georges
1966a *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.
Canguilhem, Georges
1966b «Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique» [1966], dans *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 170–224.
Canguilhem, Georges
1994a «Qu'est-ce que la psychologie?» [1956], dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 7e éd., p. 365–381.
Canguilhem, Georges
1994b «Thérapeutique, expérimentation, responsabilité» [1959], dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 7e éd., p. 383–391.
Canguilhem, Georges
1994c «Puissance et limites de la rationalité en médecine» [1978], dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 7e éd., p. 392–411.
Canguilhem, Georges
1994d «Le statut épistémologique de la médecine» [1988], dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 7e éd., p. 413–428.
Canguilhem, Georges
2002a «Une pédagogie de la guérison est-elle possible?» [1978], dans *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, p. 69–99.
Canguilhem, Georges
2002b «La santé : concept vulgaire et question philosophique» [1988], dans *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, p. 49–68.
Clavreul, Jean
1978 *L'ordre médical*, Paris, Seuil.
Foucault, Michel
1963 *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.
Foucault, Michel
1985 «La vie : l'expérience et la science», *Revue de métaphysique et de morale*, vol. 90, n° 1, p. 3–14.
Foucault, Michel
2001a «Message ou bruit?» [1966], dans *Dits et écrits I*, Paris, Gallimard, p. 585–588.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

Foucault, Michel
2001b «Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine» [1976], dans *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, p. 40–58.
Foucault, Michel *et al*., dir.,
1976 *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Paris, Institut de l'environnement.
Gayon, Jean
2006 «Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem», dans Michel Bitbol et Jean Gayon, dir., *L'épistémologie française, 1830-1970*, Paris, Presses universitaires de France, p. 431–463.
Goldstein, Kurt
1951 *La structure de l'organisme* [1934], trad. E. Burckhardt et Jean Kuntz, Paris, Gallimard.
Lassner, Jacques *et al*.
1969 «Colloque : le réanimateur et la mort», *Cahiers d'anesthésiologie*, tome 17, n° 2.
Le Blanc, Guillaume
2002 *La vie humaine. Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*, Paris, Presses universitaires de France.
Lecourt, Dominique
2008 *Georges Canguilhem*, Paris, Presses universitaires de France.
Lefève, Céline
2008 «La lecture épistémologique de la psychologie de Maine de Biran par Georges Canguilhem», dans Pierre-Frédéric Daled, dir., *L'envers de la raison. Alentour de Canguilhem*, Paris, Vrin, p. 35–52.
Lefève, Céline
2011a «Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine? À propos du dialogue radiophonique "Le droit à la mort" (1975) entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot», dans Céline Lefève, Claude-Olivier Doron et Alain-Charles Masquelet, dir., *Soin et subjectivité*, Paris, Presses universitaires de France, p. 13–52.
Lefève, Céline
2011b «Du monde clos de la faculté de médecine à l'univers infini des patients», *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, n° 55, p. 54–57.
Lefève, Céline
2012 *Devenir médecin*, Paris, Presses universitaires de France.
Lefève, Céline
2013 «Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins? De la philosophie médicale de Georges Canguilhem aux éthiques du *care* et de la narration : fondements philosophiques et exemples d'enseignements d'éthique utilisant le cinéma», dans Céline Lefève et Gilles Barroux, dir., *La clinique. Usages et valeurs*, Paris, Seli Arslan, p. 85–112.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press

Lefève, Céline
2014a «De la philosophie de la médecine de Canguilhem à la philosophie du soin médical», *Revue de métaphysique et de morale*, à paraître.
Lefève, Céline
2014b «L'enseignement de l'éthique dans les études médicales en France. État des lieux et présentation d'un exemple d'enseignement», dans Christian Byk, dir., *La formation à l'éthique des scientifiques*, Bordeaux, Éditions hospitalières, à paraître.
Lefève, Céline et Jean-Christophe Mino
2011 «Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études médicales», *Études*, tome 414, n° 2, p. 187–198.
Mol, Annemarie
2009 *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, trad. Chantal Debauche et Monique Debauche, Paris, Presses de l'École des Mines.
Pierret, Janine et Philippe Artières
2012 *Mémoires du sida. Récit des personnes atteintes en France 1981-2002*, Paris, Bayard.

https://doi.org/10.1017/S0012217314000158 Published online by Cambridge University Press