

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Interne

Par
Marie BISMUT
Née le 13 septembre 1983 à Clamart

Sherlock Holmes aurait-il fait un bon médecin ?

Président de thèse : M. le Professeur Jean-Christophe WEBER
Directeur de thèse : M. le Professeur Olivier STEICHEN

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirk	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirk	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FA : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Pr Olivier Steichen, qui a accepté sans me connaître de diriger ce travail, ne sachant sur quel bateau ivre il embarquait, qui a accueilli mes silences et mes repentirs avec patience, qui m'a laissé tracer ma route.

Au Pr Jean-Christophe Weber, qui en a largement ouvert la voie.

Au Dr Christelle Sordet, seule femme de ce jury, mais j'y tiens absolument, pour assumer la partie encourageante, lumineuse, joyeuse, vitale des maîtres.

Au Pr Dan Lipsker, Maître au sens le plus vertical et coupant du savoir, maître aussi dans l'art de la consultation, maître enfin au sens presque amical du dialogue. Peut-être parce que je venais d'une spécialité qui peine à se définir, peut-être parce que la fin de la grossesse me conférait une certaine immunité : ces quelques semaines à vos côtés ont été une fête de l'intelligence.

Au Dr Guillaume Riedlin, qui a longtemps gardé un pied dans la clinique somatique ; qui sait, à de multiples titres, ce que s'engager veut dire.

Aux maîtres de cette école et d'ailleurs, dans l'ordre de mes souvenirs et le désordre de mon cœur : le Pr Catherine Lubetzki, neurologue, qui la première, c'était notre premier stage d'externat en DCEM1 à Paris, nous a demandé de « raconter des histoires » ; le Dr Nelly Waksman, gériatre, qui m'a appris, dans une simplicité volontaire, que le cœur de notre métier est le soin ; le Pr Jacques Cadranel, pneumologue, qui voulait former des hommes avant de

former des médecins ; le Dr Gaëlle d'Hautefeuille, gastro-entérologue, qui, encore interne et seule médecin à bord, bravait les malaises vagues que lui procuraient les endoscopies dans des nuits de garde cataclysmiques ; les Drs Michel Djibre et Antoine Parrot, pneumologues, réanimateurs ; le Pr Laurence Fardet, maître parmi les maîtres; le Pr Jean Cabane ; le Dr Laure Surgers, infectiologue ; toute l'équipe du service de Réanimation médicale de l'hôpital de Hautepierre, et en particulier le Dr Ralf Jansen ; le Dr Sandrine Muller, néphrologue ; le Dr Rose-Marie Javier, rhumatologue, les idées claires et le verbe haut, en toutes circonstances ; le Dr Emmanuel Chatelus, rhumatologue ; le Dr Michèle Kiesmann, neurologue, gériatre, qui sait débusquer les secrets dans la forme que prend la démence de ses patients ; les Drs Lionel Martzloff et Olivier Hirschberger, internistes : le semestre passé à vos côtés est sans doute le plus beau de mon internat, mêlant exigence médicale, rires, humeurs bonnes et mauvaises, accords et désaccords, politique et littérature. Je garderai toujours le regret de ne pas avoir rejoint votre équipe ; le Dr Marion Baldeyrou, infectiologue, pour son exigence, sa modestie, son calme en toutes circonstances, son humour – comme j'admire cela ! comme je suis contente de te retrouver !; le Pr Raoul Herbrecht, le Dr Cécile Fohrer, le Dr Bruno Lioure, tous les médecins et les infirmiers du service d'Hématologie de l'hôpital de Hautepierre : toute mon admiration pour la beauté du travail d'équipe, à la vie à la mort.

Aux interprètes et aux membres du bureau de Migrations Santé Alsace, Emilie, Sylvie, Yasmina, Jacqueline, Murielle, Juliette, Alexis, Jean-Georges: c'est peu de dire combien ces années au sein de l'association ont été, sous de multiples aspects, déterminantes pour moi. Et combien quitter l'association me coûte. Je sais que les temps prochains seront décisifs. Longue vie à vous.

Aux patients et aux bénévoles du Centre d'Accueil et de Soins de Médecins du Monde, Jean, Dilara, Madeleine en particulier : ces matinées de consultation ont été un moment clinique et amical essentiel dans mon année solitaire.

A Natalie Louis-Lucas, qui a accompagné à sa façon ce travail, et dont le compagnonnage m'aura été d'un grand secours.

A vous, mes amis indispensables :

- PEG et Aurélie, les premiers évidemment, sans qui je ne serais pas arrivée là, sans qui la face de cet internat eût été changée. Vous avez été ma cabane, mon radeau, ma soupape, mon phalanstère, ma référence bibliographique, ma référence cinématographique, muséographique, ludique et piscinographique. Ne plus vous avoir dans la poche pour la suite me fend le cœur, comme on dit quand on joue aux cartes et qu'on vient du Sud.
- Nicolaï, avec qui le monde est plein d'étonnements, de fleurs et de philosophie, et la médecine s'invente quotidiennement. Nicolaï aux mille et une vies et aux jambes ailées. Un jour peut-être, oui, nous aurons un jardin partagé et mangerons du minestrone, quelque part entre Vézelay et Pleaux, avec l'Italie ou la Grèce à notre fenêtre.
- Jeanne et Sophie, qui faites à mon sens le plus beau de tous les métiers, le plus difficile, celui que je n'ai pas eu le courage de faire, et qui le faites, chacune à sa façon, du mieux que je puisse imaginer. Jeanne, pour la façon dont notre amitié a tenu, peut-être grâce à Jérôme et Pierré, auquel cas merci à eux : quelle chance que tu sois là ! Sophie, pour la façon dont elle tiendra, j'en suis sûre, parce que ça me fait tant de bien de te voir, même si c'est trop rare.
- Camille et Baptiste : plus que tous les dîners, les chansons, les discussions, les enfants, les maisons les coups de gueule les livres et ces grands moments de sport partagés, cette dernière année aura été une (é)preuve d'amitié.
- Marion, ma bonne amie, mon troubadour, qui me prête ta gaîté, tes envies, tes projets, tes virées en bagnole, tes virées à vélo, tes histoires à flot, qui prolonge, maintenant

que je suis un peu rivée, mes rêveries de femme sauvage, et m'emprunte quelquefois mes bouquins, mes références pour les emmener un peu plus loin.

- Jonas, de la famille des hommes-orchestres, des hommes jardiniers, des vélocipédistes, des polyglottes, des hommes à moustaches, des hommes des bois, des omnipotents : toi aussi ton amitié m'honore de bien des possibles.
- Rosalie, pour ta droiture et ta réserve, qui aura imposé son rythme à notre amitié, je pense, j'espère, pour le meilleur et pour longtemps. Comme j'aurais aimé travailler avec toi.
- Martin, Myriam, Joseph, pour notre amitié à mille temps, comme la valse de Brel, pour notre amitié a mis le temps et le mettra je l'espère encore, encore longtemps. A Martin, en particulier, pour ta bonté, qui te rend sensible et disposé à l'accueil des textes et des pensées des autres. Tu m'en as gratifiée par ta lecture, tes remarques précises, tes reformulations généreuses, et tes encouragements jamais appuyés, pris dans une conversation en cours, à claire-voie, à suivre. Merci.
- « Cachan » où s'originent le début de la vie médicale, un long amour, de longues amitiés, une seconde première jeunesse, les fêtes, les discussions à bâtons rompus, le goût pour la vie collective, l'espoir de n'être pas trop mauvais.
- Mathieu, César, il s'en est passé du temps depuis le ciné-club de la Pitié et notre rencontre à Beyrouth, le temps a passé et nous sommes toujours là.
- Sonia, pour ces moments égrenés au long de l'année, où, à l'insu du monde, nous gravissions des montagnes, en bravant avec humour nos angoisses. Et aussi parce que le travail est pour nous deux je crois une montagne toujours à franchir.
- La relève enfin, plus jeune que moi, et déjà bien devant : Yvon, Sylvain, Yannick, Philippe, à qui je confierais les miens les yeux fermés.

A mes parents, qui ont accompagné avec longanimité tous mes détours, et doivent se sentir soulagés d'être là.

A mes sœurs, Anne et Claire, pour qui être médecin est tantôt un Graal, tantôt une chose comme une autre – ce qui, dans les deux cas, fait du bien.

A Lucie : ce qui est écrit dans cette thèse est tout ce qui s'est passé quand je n'étais pas avec toi cette année. En dehors de ces journées-tunnel à la bibliothèque, elle t'a été consacrée et cela m'a rendue heureuse.

A Félix, qui a grandi presque seul, entre Lucie, cette thèse et mes angoisses, qui est venu à point nommé dix jours après que je l'ai finie.

Enfin, surtout, à toi, Pierré : parce que.

SOMMAIRE

Introduction.....	22
Décor	29
Personnages	53
Sherlock Holmes	53
Sherlock Holmes et la médecine	54
Portrait de Sherlock Holmes en médecin.....	64
Observation	64
Savoir	69
Raisonnement.	71
Sherlock Holmes, mythe épistémologique.....	79
Watson	86
Enigme.....	95
En/quête.....	113
Conclusion	127
Annexes	135
Bibliographie.....	137

« La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister. »

Jean-Martin Charcot

"Il souffle un vent terrible.
Ce n'est qu'un petit trou dans ma poitrine,
mais il y souffle un vent terrible.
(...)
J'ai sept ou huit sens. Un d'eux : celui du manque.
Je le touche et le palpe comme on palpe du bois.
Mais ce serait plutôt une grande forêt, celle-là
qu'on ne trouve plus en Europe depuis longtemps.
Et c'est ma vie, ma vie par le vide.
S'il disparaît, ce vide, je me cherche, je m'affole et c'est encore pis.
(...)
Il y a de ces maladies, si on les guérit, à l'homme
il ne reste rien."

Henri Michaux, *Ecuador*

INTRODUCTION

Concernant les travaux scientifiques médicaux, la méthodologie, désormais, est reine : c'est elle qui décide de la publication d'une étude dans les revues les plus prestigieuses. Le travail que je propose ici, que je soumetts pour l'obtention de mon Doctorat en médecine, ne produit pas de résultats et ne porte pas en lui-même sa propre validation.

Il s'agit plutôt d'un témoignage, journal de bord théorique d'un interne qui tiendrait à la fois du billet d'humeur et de la réflexion analytique, avec, comme question principale : qu'est-ce que mon métier de médecin interniste ?

On pourrait, partant, lui reprocher un certain degré d'amateurisme ; la racine de ce terme est tout de même *amo*, j'aime, en latin – or amour, désir et plaisir semblent avoir déserté le champ médical. Justement, je voulais réfléchir à partir de ce que j'appelle les affects hospitaliers dominants, soit les plus communément partagés par les soignants que j'ai côtoyés : angoisse, lassitude, rivalité, colère, scepticisme, pessimisme ; à partir de l'incrédulité que suscite l'immensité du corpus de connaissances, inassimilable dans son entièreté, comme un océan qu'on ne pourra jamais boire (mais qui reste un idéal, en souvenir de ce temps où un médecin pouvait tout savoir dans son domaine) ; à partir, enfin, de cette impression d'épuisement¹, d'absurdité, de farce qu'inspirent l'aspect morcelé des trajectoires des patients, la multiplication des avis et des examens sur la foi d'un symptôme isolé, sans égard pour le contexte ou le tout. Le but de ce travail est de retrouver un sentiment de *vitalité*, de tracer la voie d'une pratique vivable. Sa conviction sous-jacente est que la médecine se tient

¹ *Exhaustion* en anglais et exhaustivité dérivent de la même racine latine, *exaurire*, épuiser.

sur une ligne de crête entre sciences dures, sciences humaines et sciences sociales. C'est en somme un essai de type philosophique, nourri de mon expérience et de mes lectures.

La médecine interne, en tant que spécialité, souffre aujourd'hui de son éclatement en sous-spécialités (immunologie clinique, maladies infectieuses, gériatrie). Deux conceptions s'opposent :

- celle d'une « médecine polyvalente », dont la définition est aussi délicate que son usage prolifère : une médecine par défaut, une médecine non spécialisée, une médecine des malades dont les autres spécialités ne veulent pas. A ce titre, l'adjectif « polyvalent » résonne comme le contraire d'« excellent », au sens contemporain d'innovant, de performant, de pointe ;
- celle qui fait de la médecine interne la spécialité des maladies rares, des maladies plurisystémiques : son parangon actuel populaire est l'inénarrable Dr House², lequel a été inspiré, dit-on, par le détective anglais Sherlock Holmes.

Nous nous donnons quant à nous la définition minimale suivante : nous définissons la médecine interne par son activité diagnostique, en l'absence de diagnostic initial – mise de côté l'activité thérapeutique. Un modèle sobre, « pauvre », qui est peut-être la raison de sa dépréciation actuelle. « Interne », elle accueille tout le monde : le « beau » cas (qui excite souvent des concurrences avec les autres spécialités), et le cas jugé trop lourd, ou sans intérêt, ou trop grevé de problèmes sociaux (les laissés pour compte de l'excellence scientifique sont aussi souvent ceux qui pénalisent l'efficacité gestionnaire) ; sans distinction d'indices

² Personnage principal de la série télévisée éponyme, créée par D.Shore et diffusée pour la première fois aux Etats-Unis en 2004, en 2006 en France.

(valorisation tarifaire, durée d'hospitalisation), sans « parcours »³ ou protocole prédéfini, lesté du recours standardisé aux biotechnologies (imagerie et analyses biologiques). Or ces malades dont les disciplines médicales, retirées sur le périmètre étroit de leur excellence propre, ne veulent plus⁴, ne sont plus là pour rappeler cette chose toute bête : que notre travail est incertain et que le soin, qui comprend à mon sens l'activité diagnostique, est avant tout épreuve du temps.

Cet indésirable, ce rebut de la médecine techno-scientifique a toutes sortes de noms : ce sont les situations diagnostiques peu claires, la « fibromyalgie », le « fonctionnel », les « faux » malades, les malades « qui n'ont rien », ce que le Professeur de psychiatrie Lucien Israël appelle « hystérie », et qui désigne les limites de notre savoir et de notre pouvoir⁵. Ce n'est certes pas aujourd'hui que l'hystérie va disparaître, même si elle ne prend plus l'aspect formidable et légendaire des folles de la Salpêtrière⁶. Et ce que Lucien Israël dit de la honte des psychiatres, qui se sentent rejetés avec leurs malades sinon du champ de la médecine, du moins de la confrérie des médecins, « interné[s] avec [leurs] malades dans les asiles »⁷, peut-être peut-on le dire aujourd'hui des internistes. Penser la spécificité de la médecine interne au sein des spécialités médicales à partir des mises en échec que lui opposent les personnes

³ Du parcours individualisé d'Ikea au « parcours herbeux » sur lequel est élevé le poulet de telle marque, du « parcours résidentiel » destiné à assujettir les jeunes adultes au crédit, au « parcours de soin coordonné », la rhétorique du « parcours » — toujours « individualisé » — est partout.

⁴ Considérant sans doute que la mission de la médecine interne se limite à un « aval » des urgences (selon le terme consacré) et que tous les patients venant des urgences et relevant d'une hospitalisation non programmée doivent nécessairement être admis en médecine interne. Les patients atteints d'une pathologie relevant d'une spécialité d'organes ne sont plus, quasiment plus, dirigés prioritairement vers les services spécialisés correspondants, qui ne se trouvent plus impliqués eux aussi dans la prise en charge des patients venant des urgences.

⁵ Lucien Israël, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, 2011 (1976), p.1 : « Ce à quoi l'hystérie nous confronte fondamentalement [ce sont] les limites de notre savoir. L'hystérique enseigne. »

⁶ Les femmes, les « bonnes femmes », pardon de l'écrire, comme la structure marginale critique d'une société dominante masculine. Et si la médecine interne était le versant féminin de la médecine ?

⁷ *Id.*, *ibid.*, p.3

malades sans maladie définie, ou de façon plus large à partir de ses échecs et de ses erreurs⁸, permet de dresser un tableau à rebrousse-poil de la médecine, de réfléchir au bénéfice que l'on pourrait tirer d'instruments pluridisciplinaires, de refléter la part molle, laxe, d'interprétation de notre activité. Le cœur de notre métier, c'est, je crois, la critique, telle qu'a pu la définir le philosophe Michel Foucault : « une attitude limite » qui « ne [soit] pas un comportement de rejet », qui « [échappe] à l'alternative du dehors et du dedans » et cherche à savoir, « dans ce qui nous est donné comme universel, nécessaire, obligatoire, quelle est la part de ce qui est singulier, contingent, et dû à des contraintes arbitraires. »⁹ Et d'ajouter : elle est « enquête historique » des événements qui nous ont constitué comme sujets de ce que nous faisons, pensons, disons ; et « attitude expérimentale », en ce sens qu'elle cherche à dégager, en des lieux donnés, « précis », « partiels », et « locaux », de la contingence qui nous a fait être ce que nous sommes la possibilité de ne plus être, faire ou penser ce que nous sommes, faisons ou pensons¹⁰. A ce titre, la critique est une pratique, « un labeur patient qui donne forme à l'impatience de la liberté » comme le résume, magnifiquement, Michel Foucault, encore¹¹.

« Sherlock Holmes aurait-il fait un bon médecin ? » : telle est la réponse du Dr Olivier Steichen, médecin interniste et Docteur en philosophie, à mes interrogations sur la véracité des

⁸ A mon sens rien n'est plus parlant, en pédagogie, que le récit d'une erreur. *Un livre d'erreurs*, les particulières et les générales, qui rendrait au temps sa juste part, serait un beau titre pour un manuel de pédagogie.

⁹ Michel Foucault, « Qu'est-ce que les Lumières ? », texte de 1984 repris dans *Dits et écrits, II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, collection Quarto, 2001, p.1393

¹⁰ *Id., ibid.*, pp.1393-1394

¹¹ *Id., ibid.*, p.1397

diagnostics que nous posons et des actions qui en découlent. Pourquoi avoir accepté ce libellé?

D'abord par amour sans fin pour la littérature, comme lieu de possibilité, d'expérimentation de la diversité, de vies autres, de formes de vie plurielles¹², ce qui me paraît pouvoir être également l'objet de l'attention spécifique du médecin – et pour renouer avec l'imagination, moteur essentiel de toute créativité, sur laquelle a reposé pour une grande part la médecine préscientifique¹³. Or il semble que la médecine ait honte de ses origines au point d'éviter tout ce qui pourrait lui rappeler cette ère non scientifique, au sens actuel du terme. Mais je me demande dans quelle mesure l'acte de diagnostiquer et de soigner est un acte créatif.

Ensuite pour réfléchir à ce que j'appellerais le « mythe épistémologique » de l'excellence (qui, dans une logique néolibérale, revêt de nouvelles significations), du génie singulier, du bon médecin (« bon » dénotant à la fois l'excellence intellectuelle et la bienfaisance, la vertu) : un Surmoi tyrannique, mis à mal par la place désormais dévolue à la médecine interne dans l'organisation hospitalière des soins.

¹² De nombreux travaux ces dernières décennies, issus de disciplines diverses - philosophiques, anthropologiques, poétiques, romanesques, scientifiques – se retrouvent autour de la notion de « monde », comme mise en présence, au sein d'une œuvre, de manières d'être (parler, travailler, habiter, etc.), d'orientations éthiques, de discours de savoir singuliers, qui prennent corps, qui entrent en relation dans l'esprit du lecteur. La littérature, prise dans une acception large tous genres confondus, est ici considérée non seulement comme un objet, mais comme une méthode, comme un acte de connaissance du réel, porteuse d'un savoir inédit. La langue n'en est qu'un des aspects : mais qu'on songe comme les métaphores rendent le monde perméable. Citons, entre autres ouvrages, l'attention durable qu'a suscitée une philosophie de la différence et du réseau telle que celle de Gilles Deleuze, l'intérêt marqué pour la théorie pragmatique de William James, et le travail récent de Marielle Macé sur ce qu'elle nomme une stylistique de l'existence (Marielle Macé, *Styles. Critique de nos formes de vie*, Paris, Gallimard, NRF Essais, 2016). La question du style (qui n'est pas, dans l'approche des formes de vie, limité à une question d'usage de la langue) a sa légitimité dans une interrogation sur ce qui fait un « bon » médecin, ou quand il s'agit de considérer si Sherlock Holmes pourrait en être un modèle. « Quel style de médecin suis-je » ou « quel style de médecin veux-je être » : pour un jeune praticien, la question est de taille, et implique un rapport aux Maîtres et au monde. L'enjeu est d'inventer.

¹³ Et pour une faible part seulement sur des considérations philosophiques ou logiques. C'est l'objet des travaux de Jackie Pigeaud, professeur de littérature latine à l'université de Nantes, rassemblés dans le volume *Poétiques du corps. Aux origines de la médecine*, Les Belles lettres, collection L'Ane d'or, 2008, 720p.

Enfin pour travailler la question du récit : qu'est ce qu'un diagnostic sinon une histoire¹⁴ qu'on se raconte, qu'on raconte à la personne malade, qu'elle-même nous raconte, que l'on fabrique comme se fabriquent les faits scientifiques¹⁵, et dont le caractère vrai, ou préféré-je dire juste¹⁶, est décidé à l'épreuve du temps. Cette fabrique d'histoires, le philosophe Gilles Deleuze en fait le propre de toute activité de pensée.¹⁷ L'activité diagnostique au cœur de la médecine interne est une mise en récit des savoirs, ce qui, dans mon idée, recouvre à la fois une attention à leur incertitude, leur particularité et leur transmission.

Pour tenter d'éclaircir ces interrogations autour de la nature de notre métier, nous proposons dans les pages qui suivent une analyse critique¹⁸ de l'activité diagnostique, à partir des figures du détective, de l'énigme et de l'enquête. Nous déploierons notre propos en nous appuyant sur les structures descriptives de base du roman policier : la scène, les personnages, l'énigme, l'enquête. C'est à ce titre que la lecture cursive des aventures de Sherlock Holmes nous accompagnera, telles qu'elles sont relatées dans ce qu'il est convenu d'appeler le Canon, soit

¹⁴ Le mot dérive du latin, lui-même emprunté au grec *historia*, « recherche, enquête, information » (in *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998, tome II, p. 1723)

¹⁵ Les travaux du philosophe et anthropologue Bruno Latour ont montré que ce processus de fabrication n'est pas un argument contre leur caractère scientifique. Cf. Bruno Latour, Steve Woolgar, *La Vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte, 1988.

¹⁶ La notion de justesse plutôt que de véracité, d'ordre logique, permet d'inscrire l'activité diagnostique dans un cadre éthique, et cette éthique dans un temps séquentiel.

¹⁷ Gilles Deleuze, « Qu'est-ce que l'acte de création ? », conférence donnée à la FEMIS le 17 mai 1987 : « toutes ces disciplines [cinéma, philosophie, musique, peinture, science] qui se définissent par leur activité créatrice, si je les alignais, je dirais bien qu'il y a une limite qui leur est commune, et la limite qui est commune à toutes ces séries, à toutes ces séries d'inventions – inventions de fonctions [pour la science], inventions de blocs durée-mouvement [pour le cinéma], inventions de concepts [pour la philosophie] etc.... – la série qui est commune à tout ça ou la limite de tout ça, c'est quoi ? c'est l'espace-temps. » Re transcription disponible sur le site : <https://contemporaneitesdelart.fr/gilles-deleuze-quest-ce-que-lacte-de-creation/>.

¹⁸ Roland Barthes, « Critique et vérité », 1966, réédité en Points Essais, Paris, 1999, pp.60-61 : « On peut proposer d'appeler *science de la littérature* (ou de l'écriture) ce discours général dont l'objet est, non pas tel sens, mais la pluralité même des sens de l'œuvre, et *critique littéraire*, cet autre discours qui assume ouvertement, à ses risques, l'intention de donner un sens particulier à l'œuvre. »

les cinquante-six nouvelles et les quatre romans publiés de 1887 à 1927 sous forme de feuilleton dans le journal britannique *The Strand*¹⁹.

¹⁹ Pour les citations, nous nous appuyons sur l'édition établie par Francis Lacassin, parue en deux volumes aux éditions Robert Laffont, coll. Bouquins, 1987, intitulée *Sherlock Holmes*, et dont les traductions datent des années 1950.

DECOR

La scène est toute petite.

Elle prend naissance dans le corps récalcitrant d'un interne de médecine, à l'orée de sa formation pratique, qui découvre les différentes exigences auxquelles l'institution hospitalière, et la fonction médicale, le requièrent.

Stupeur et tremblements.

Le décor que nous choisissons donc est celui de ce corps en colère, fatigué, divisé, et qui peine à comprendre.

Le but de ce travail est d'essayer, tant soit peu, de poser cette colère, de clarifier cette incompréhension.

D'autres l'ont dit avant moi ²⁰, les études médicales telles qu'elles sont organisées aux premier et second cycles, malgré des incartades à l'hôpital, qui, dans mon cas, ont été des expériences radieuses – ne préparent pas à cette plongée en eau tortueuse qu'on pourrait appeler, d'un nom renouvelé et ironique, « hospitalité »²¹ : naviguer entre les différents corps de métier qui agissent au sein de l'institution (infirmiers, aides-soignants, médecins, pour les principaux, mais aussi chercheurs, et administratifs) ; accepter d'être le support, malgré soi, de rivalités entre eux, et l'objet de l'agressivité de certains ; rencontrer les familles de patients, leurs questions, leur inquiétude, leur impatience ; apprendre à déconstruire un savoir qu'on avait lentement établi pendant les années de préparation aux Epreuves Classantes Nationales

²⁰ Jessica Guibert, « Je deviens médecin », in *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, octobre 2012, n°59, p.27 ; Anne Véga, *Une Ethnologue à l'Hôpital*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000.

²¹ L'hospitalité a d'ailleurs le conflit pour horizon permanent, comme le montrent les travaux anthropologiques d'Anne Gotman : *L'hospitalité*, Paris, Seuil, 1997, *Le Sens de l'Hospitalité*, Paris, PUF, 2001.

(ECN) ; découvrir son caractère mouvant, infini, en recomposition – écrasant, cent fois à polir et à repolir; rédiger des articles sur des questions spécialisées alors même qu'on ânonne le B.A.BA ; bricoler des prescriptions jusqu'à des heures tardives du jour ; endurer la fatigue et l'angoisse des gardes de nuit ; manquer de sommeil, grignoter, confondre faim et fatigue, ne plus rêver ; rédiger les courriers de sortie ; faire des transmissions ; enfin, à la toute fin, voir les patients.

Je choisis de prime abord cette formulation descriptive, au ras du mouvement qui consiste à quitter le bureau, l'ordinateur, le téléphone et à entrer dans la chambre ou le box des urgences où se trouve le patient, parfois, c'est plus rare quand on est interne, à le recevoir dans une salle de consultation. C'est le préalable de ce qui aura lieu idéalement ensuite, mais qui parfois a déjà eu lieu, ou qui n'aura pas lieu, et qui se décline en plusieurs moments : le moment clinique de la rencontre, le moment cristallin du raisonnement déductif, le moment de l'action.

On peut ici dessiner l'interne en idiot, au sens que lui a donné Dostoïevski dans ses romans. Le philosophe Gilles Deleuze en dresse comme suit le portrait, dans une conférence sur l'acte de création donnée à la FEMIS le 17 mai 1987 : « Un personnage s'en va, descend dans la rue (...) et dit "Une telle, la femme que j'aime, Tania, m'appelle au secours, j'y vais, je cours, je cours, oui, Tania va mourir si je n'y vais pas". Et il descend son escalier et il rencontre un ami, ou bien il voit un chien écrasé et il oublie complètement. Il oublie, il oublie complètement que Tania l'attend, en train de mourir. Il se met à parler (...) et il va prendre le thé chez le camarade et puis tout d'un coup, il dit "Tania m'attend, il faut que j'y aille". Chez Dostoïevski, les personnages sont perpétuellement pris dans des urgences, et en même temps qu'ils sont pris dans des urgences, qui sont des questions de vie ou de mort, ils savent qu'il y a une question encore plus urgente, ils ne savent pas laquelle, et c'est ça qui les arrête. Tout se passe comme

si dans la pire urgence, il y a le feu, il y a le feu, il faut que je m'en aille, (...) et non il y a quelque chose de plus urgent (...), et je ne bougerai pas tant que je ne le saurai pas. » L'idiot est un personnage agité, dispersé, pour qui chaque expérience est cruciale et qui semble pris dans une situation impossible.

Il est arrivé à cet interne de décrire la tension du corps que lui imposait l'hôpital comme celle d'un soldat. Et l'armure qu'on revêt pour aller au front le matin, il n'est pas si facile de s'en défaire.

Ce champ sémantique de la guerre, l'anthropologue Marie-Christine Pouchelle l'a étudié lors de ses enquêtes de terrain²². Outre le rappel historique des progrès techniques de la médecine en temps de guerre (par les médecins chirurgiens militaires sur les champs de batailles napoléoniennes, par les médecins expérimentateurs nazis pour ne citer que les plus connus), elle relève la collusion des jargons : « opération », « garde », « carabin » (au XVI^e siècle, soldat de cavalerie légère), « ennemi » (à propos de la maladie, vue comme un agent extérieur), « bombe » (à propos de traitements lourds), et, incidemment, que se suivent dans le dictionnaire *Le Robert* (7 volumes) les mots guérilla, guérillero, guérir, guérison, guérisseur, guérite (abri de la sentinelle), guerrier, guerroyer, guet, guet-apens. Elle montre comment *agit/prévaut* à l'hôpital une culture martiale, « virile », qui rencontre parfois les attentes des patients eux-mêmes. Elle décline la diversité des scènes d'affrontements : le rapport hiérarchique entre corps de métier, les luttes intestines carriéristes entre collègues, l'extension récente du domaine de la lutte aux patients, objet de méfiance depuis qu'est

²² Marie-Christine Pouchelle, *L'Hôpital Corps et Ame, Essais d'Anthropologie Hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003 et « Postures guerrières de la médecine », 2^e journée Guerre et Médecine, 7 février 2004, Paris, actes disponibles sur le site <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/guerre-et-medecine/actes2004.php>

légalisée leur velléité d'autonomie²³, agitant le spectre des recours en justice, et aux administrations qualifiées de « tueuses » par les médecins eux-mêmes, dans un renversement d'imaginaire. Elle relève la violence symbolique et effective de la thérapeutique, en particulier dans les cas d'urgence vitale, du chirurgien « qui troue la peau » comme un assassin, aux effets indésirables des cytotoxiques chez les patients atteints de cancer, les menant « au plus près de la mort pour que meure le cancer » et aux gestes de réanimation – allant jusqu'à rapporter l'agressivité du traitement à son efficacité. Henri de Mondeville, chirurgien du XIV^e siècle, remarquait déjà que les patients évaluaient l'efficacité de ses interventions à la douleur qu'elles procurent, et faisaient peu confiance au praticien qui tentait d'épargner leur sensibilité²⁴. Pour témoigner de « la puissance psychique » du modèle militaire, elle évoque les accointances entre pulsion de mort et acharnement thérapeutique²⁵ ; les rituels des salles de garde comme manière de faire pièce à l'émotion, à la peur, au dégoût, au désir ; l'injonction et l'ivresse de l'action, de l'au-delà de la fatigue²⁶. Elle émet même l'hypothèse d'une « crise

²³ Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.

²⁴ Henri de Mondeville, *Grande Chirurgie*, édition Nicaise, Paris, 1893, p.189. Le philosophe Ruwen Ogien, dans le récit de sa maladie *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, paru en 2017 aux éditions Albin Michel, dresse quant à lui une histoire critique du dolorisme. L'ambivalence des patients (la brutalité d'un traitement comme garante de sa puissance d'action), pour n'être pas uniforme, est un fait, qu'il s'agit de considérer sans lui attribuer une valeur morale particulière (en particulier péjorative).

²⁵ Je cite : « A Paris, en juin 2004, un professionnel m'a rapporté de manière ambiguë l'acharnement peut-être trop enthousiaste d'une équipe hospitalière à sauver pendant toute une nuit un 'clochard' qui s'était jeté du haut d'un pont dans la Seine, en faisant discrètement allusion au plaisir qu'il y aurait eu pour les professionnels, dans un temps – la nuit – où les règlements sont vécus comme moins contraignants, à disposer d'un patient sans famille et sans proche, tout entier livré à l'exercice du Grand Art. »

J'ai moi-même été une jeune interne en Réanimation et il m'est arrivé de me réveiller la nuit en pleurs en songeant au dernier jour d'un homme que nous avons passé à lui trouer la peau. Et pourtant c'est un de mes plus beaux semestres. Je suis de ceux, en apparence minoritaires, que rebutent les actes diagnostiques invasifs, et pourtant je sais quelle gratification on en retire. Que la violence soit constitutive, sur un plan symbolique comme sur un plan factuel, de notre système de soin, dans son histoire comme dans son fonctionnement quotidien, il n'y a pas lieu ici de le craindre ou de le déplorer. Je m'étonne surtout que cela soit peu pensé, réfléchi, repris au sein du corps soignant, qu'il y ait peu de garde-fous, voire parfois un sentiment de bon droit (qui est autre encore que celui de jouissance), en tout cas pas l'ombre d'un tremblement, et que l'on trouve si peu d'interlocuteurs enclins à imaginer une once de psychopathologie en eux, à envisager la porosité de la frontière entre les patients et nous.

²⁶ Marie-Christine Pouchelle leur attribue les réticences qu'a suscitées, « auprès des patrons », l'instauration des repos de sécurité après les gardes : « si elle épargne la fatigue des individus (...), [elle] écorne les mérites qu'il y avait à se glorifier d'avoir tenu le coup quelquefois 72 heures de suite. »

identitaire » du corps médical en rapport, non pas avec la féminisation de la profession, mais avec la place prise au sein des établissements hospitaliers par les directions administratives, qui renverse l'opposition séculaire entre clercs et hommes d'action, gens de papier et gens d'armes : « Que les administratifs, en tous cas les directeurs, puissent se conduire aussi en guerriers (...), voire apparaître comme hommes de sang et hommes de main (*tueurs*), et que de leur côté les médecins (...) se sentent contaminés par 'la paperasse'- met en question la dualité symbolique sur laquelle les médecins avaient construit en partie leur identité. » Dans ce renversement final est décrite, dans le registre du symbolique, la *bureaucratization* de la médecine et des médecins, la transformation de ces héros militaires en soldats de papier, c'est-à-dire leur inscription dans un régime néolibéral.

Ici, nous nous devons de faire un aparté sur ce que nous entendons, références bibliographiques à l'appui, par néolibéralisme. Le néolibéralisme n'est pas réductible à une théorie économique : c'est plutôt une modalité d'exercice du pouvoir étatique — une gouvernementalité — qui a pris son essor après la Seconde guerre mondiale jusqu'à sa phase hégémonique actuelle²⁷. Il n'est pas une intensité du libéralisme, il trouve son origine dans une volonté de refonder le libéralisme après-guerre, dans un contexte marqué par les totalitarismes²⁸. De manière théorique, le néolibéralisme postule que le marché procède, non

²⁷ D'aucuns situent le point de bascule aux alentours de 1979 avec l'accession de M. Volcker à la présidence de la *US Federal Reserve* en août 1979: par une politique monétariste brutale, il met fin à l'inflation, provoque l'augmentation des taux d'intérêt réels et installe ainsi l'accroissement structurel des revenus de la rente. 1979 est également l'année où Michel Foucault a fait du néolibéralisme l'objet principal de ses cours au Collège de France. Mme Thatcher accède au pouvoir en mai 1979 et M.Reagan en janvier 1981. En France, la suppression en 1982 de l'échelle mobile des salaires constitue un tournant symbolique. Il serait tentant, pour souligner l'émergence de subjectivités néolibérales, de faire remonter le point de transition vers son hégémonie à la date d'une dystopie prédictive: 1984.

²⁸ On doit aux néolibéraux allemands (Ecole de Fribourg, avec notamment Walter Eucken, Wilhelm Röpke et Alexander Rüstow) d'avoir repéré, entre 1935 et 1945, soit dans le marasme de la Grande Dépression, les points de continuité entre le nazisme et ce qui avait été attribué à la société capitaliste libérale : la réduction des

de l'équivalence entre deux valeurs (comme le libéralisme), mais d'inégalités conçues, non comme des externalités regrettables, mais comme les conditions mêmes du marché. Pour créer artificiellement de nouveaux marchés, et contrer ainsi l'érosion tendancielle du taux de profit, il s'agit de créer de l'inégalité partout où c'est possible, de procéder artificiellement à la différenciation là où existaient des communs, de la société. Cette double tâche de différenciation et de mise en concurrence revient à l'Etat qui, dans le néolibéralisme, n'est plus en surplomb du marché mais sous le contrôle de celui-ci. Ainsi, le néolibéralisme ne suppose pas un moins d'Etat mais un surcroît d'Etat au service de la création de marché. L'ennemi du néolibéralisme n'est pas l'Etat, c'est la société — tout ce qui fait société. La transition de l'ère libérale vers l'ère néolibérale s'est accompagnée d'une transition entre une économie tirée par le profit, fondée sur la production marchande, et une économie portée par le crédit, fondée sur la financiarisation²⁹. Cette première série de décalages entre libéralisme et néolibéralisme en détermine une seconde, sur la représentation de l'individu, sur la liberté individuelle, sur le contrôle remplaçant l'enfermement, sur le management remplaçant la gestion hiérarchique. A travers les dispositifs de *neomanagement* (« projet », évaluation, classement, *best practices*), à travers l'invention d'une langue (*novlangue*) qui, en euphémisant la violence des rapports sociaux, en substituant au sens usuel des mots celui de leur antonyme ou en en oblitérant le sens par l'interposition d'un terme qui fait obstacle à la

individus à une masse uniformisée et en même temps atomisée, réifiée par une communication réduite au jeu des signes et du Spectacle ; une planification étatique qui relie le nazisme à l'interventionnisme du New Deal aux Etats-Unis, à la politique keynésienne du rapport Beveridge en Grande-Bretagne et aux plans quinquennaux soviétiques, dans lesquels ils voient un processus qui conduit toute intervention économique de l'Etat à perturber les mécanismes de régulation interne, engendrant des dérèglements économiques plus grands encore.

²⁹ Michel Feher, « Retour vers le futur proche », *Vacarme*, 2010, n°2, pp. 78 sq.

compréhension³⁰, est l'une des techniques de "fabrication du consentement"³¹ par gommage des visions différentes du réel, à travers enfin la théorie du capital humain qui fait de chaque individu un entrepreneur de lui-même³², le néolibéralisme procède d'une gouvernementalité indirecte et difficilement perceptible de ce fait : elle impose de façon insidieuse des normes de comportements aux individus dont ceux-ci doivent seuls assumer la responsabilité. C'est ainsi que l'on peut distinguer le néolibéralisme par son efficacité à susciter l'adhésion sans contrainte³³ et situer à cet endroit la mutation des sociétés disciplinaires en sociétés de contrôle³⁴.

³⁰ Selon deux procédés analysés par Corinne Grenouillet et Catherine Vuillermot-Febvet (dir.), *La langue du management et de l'économie à l'ère néolibérale. Formes sociales et littéraires*, Strasbourg, PU de Strasbourg, coll. « Formes et savoirs », 2015, 294 p.

³¹ Noam Chomsky et Edward Herman, *La fabrication du consentement : De la propagande médiatique en démocratie*, (1988), Agone, 2008.

³² L'individu est invité à se comporter du point de vue de la santé, de l'éducation, de la culture, de la sexualité, comme un calculateur rationnel cherchant à maximiser son profit ou, plus exactement, à se valoriser seul en tant que "capital humain". Cette extension du domaine du marché est confiée à l'Etat, qui intervient au travers de politiques publiques favorisant l'accès à la propriété, les assurances maladies privées, la retraite par capitalisation ou le chèque éducation. Ainsi, la volonté légitime de s'occuper de soi devient le vecteur de promotion de la responsabilité de l'individu : la santé devient calcul de conduite pathogène, la sécurité, calcul de risque criminogène (dangerosité), l'éducation, calcul d'employabilité.

³³ Cornelius Castoriadis, « De l'écologie à l'autonomie », conférence à Louvain-la-Neuve, le 27 février 1980 : « Nous devons comprendre une vérité élémentaire qui paraîtra très désagréable à certains : le système tient parce qu'il réussit à créer l'adhésion des gens à ce qui est. Il réussit à créer, tant bien que mal, pour la majorité des gens et pendant la grande majorité des moments de leur vie, leur adhésion au mode de vie effectif, institué, concret de cette société. C'est de cette constatation fondamentale que l'on doit partir, *si l'on veut avoir une activité qui ne soit pas futile et vaine.* » (Je souligne.)

³⁴ Gilles Deleuze, dans « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », in *L'Autre journal*, n°1, janvier 1990, expose avec une acuité impressionnante et un humour grinçant l'historique, la logique et le programme qui soutiennent les sociétés de contrôle. Elles succèdent au modèle des sociétés disciplinaires, que Michel Foucault situe aux XVIII^e et XIX^e siècles, et qui procèdent à l'organisation des grands milieux d'enfermement (famille, école, caserne, usine, hôpital et, évidemment, prison, qui en est le modèle analogique). Celles-ci font suite elles-mêmes aux sociétés de souveraineté, dont la fonction était tout autre (prélever plutôt qu'organiser la production, décider de la mort plutôt que gérer la vie); leur projet propre était de composer une force productive dont l'effet soit supérieur à la somme des forces élémentaires. Mais au moment où Foucault en dresse les contours, « les sociétés disciplinaires, c'était déjà ce que nous n'étions plus, ce que nous cessions d'être. » Les lieux d'enfermement sont entrés en crise, ils sont finis à plus ou moins longue échéance (pas tout de suite dit Deleuze, d'ici trente ou quarante ans : c'est-à-dire maintenant), il faut juste « en gérer l'agonie et occuper les gens » jusqu'à l'installation des nouvelles forces, des différents « contrôlats » écrit-il, par consonance avec « internat ». Alors que les internats étaient des variables indépendantes les unes des autres, les contrôlats constituent « des variations inséparables d'un système à géométrie variable dont le langage est numérique. » La prison était le modèle analogique des milieux d'enfermement, l'entreprise est le paradigme des sociétés de contrôle. Mais l'entreprise est « une âme, un gaz » ; elle impose des états de perpétuelle « métastabilité », on dirait aujourd'hui : de « flux » continu. Deleuze fait du *chiffre* la clé de voûte de ces sociétés : « On ne se trouve plus devant le couple masse-

Il en résulte une division fonctionnelle de la société en décideurs (« managers » ou « arpenteurs » disait plus joliment Jean Oury, d'un terme qui évoque opportunément Kafka : patronat, personnel politique, direction des ressources humaines, dirigeants d'institutions publiques, hauts fonctionnaires, etc.) qui édictent des normes gestionnaires, soumises elles-mêmes à un contrôle actionnarial qui repose sur l'évaluation comparative (*benchmarking*) et les normes de bonne gouvernance (*best practices*), et en exécutants (« agents »)³⁵. Cette division est appelée bureaucratisation. De la société bureaucratique sont évacués la conflictualité en tant qu'idée démocratique et le libéralisme politique (pluralisme des

individu. Les individus sont devenus des 'dividuels', et les masses, des échantillons, des données, des marchés ou des 'banques'. » Et si l'on veut faire correspondre à chaque type de société des machines (« non qu'elles soient déterminantes, mais parce qu'elles expriment les formes sociales capables de leur donner naissance et de s'en servir »), ce serait l'ordinateur, en tant qu'évolution technologique et symbole de cette évolution du capitalisme dont nous avons parlé plus haut dans le cours de notre présentation (un capitalisme financier, qu'il qualifie, lui, de « dispersif »). Quant au programme de ces sociétés, je ne résiste pas au désir de citer dans son intégralité, malgré sa longueur, le texte de Deleuze, qui ne doit rien à la science-fiction, mais à ses admirables capacités analytiques : « Dans le régime des prisons : la recherche de peines de 'substitution' au moins pour la petite délinquance, et l'utilisation de colliers électroniques qui imposent au condamné de rester chez lui à telles heures. Dans le régime des écoles : les formes de contrôle continu, et l'action de la formation permanente sur l'école, l'abandon correspondant de toute recherche à l'Université, l'introduction de 'l'entreprise' à tous les niveaux de scolarité. Dans le régime des hôpitaux : la nouvelle médecine 'sans médecin ni malade' qui dégage des malades potentiels et des sujets à risque, qui ne témoigne nullement d'un progrès vers l'individuation, comme on le dit, mais substitue au corps individuel ou numérique le chiffre d'une matière 'dividuelle' à contrôler. Dans le régime d'entreprise : les nouveaux traitements de l'argent, des produits et des hommes qui ne passent plus par la vieille forme - usine. Ce sont des exemples assez minces, mais qui permettraient de mieux comprendre ce qu'on entend par crise des institutions, c'est-à-dire l'installation progressive et dispersée d'un nouveau régime de domination. »

Il y a dans ce texte des choses qui me frappent et me semblent essentielles pour notre propos : l'interpénétration de l'organique et du technologique, on dirait aujourd'hui du virtuel, à travers l'image de la « métastabilité » des choses, qui dit à la fois l'insu dans lesquelles elles se font, et met le doigt sur le fait, que Deleuze ne pouvait soupçonner, que le cancer est devenu « l'empereur de toutes les maladies » (pour reprendre le titre de l'essai de Siddharta Mukherjee, paru en 2011) : un paradigme pour penser à la fois l'orientation de la recherche, l'organisation des soins, la validité de nos outils d'évaluation ; le corps divisé du patient et du médecin, en tant que tous deux subjectivités néolibérales ; et des choses prosaïques à quoi nous sommes confrontés chaque jour : le remplacement de l'écrit par l'informatique, le présent des objets connectés, et l'horizon des *big data*.

³⁵ Il faut souligner ici, pour ce qui est du champ médical, la diversité des rapports que les gestionnaires eux-mêmes entretiennent avec leurs injonctions et leurs dispositifs. Cependant, je ne suis pas sûre que ce soit un argument contre la servitude volontaire, tout au plus contre l'idée qu'il faut être croyant pour être pratiquant. Cf. Marie-Anne Dujarier, *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte, 2017 (2015) : cette sociologue du travail montre comment ce qu'elle appelle « les planneurs », ceux qui pensent, construisent, diffusent et mettent en œuvre les procédures, dispositifs de gestion, protocoles au sein de l'Hôpital, entretiennent un rapport critique à leurs pratiques, témoignant encore de la force de la domination gestionnaire dont la propriété est de se passer de l'adhésion.

rationalités en débat, séparation des pouvoirs, systèmes publics de santé, d'éducation et de justice, etc.).

Les grandes institutions des démocraties libérales que sont l'hôpital et l'Université pour ce qui nous intéresse³⁶ – Université, au singulier et avec une majuscule, entendue comme institution collective chargée de produire, transmettre, conserver et critiquer les savoirs, comprenant la recherche et sans égard pour un type particulier d'établissement – n'échappent pas à cette marée néolibérale. Dans l'ordre de la connaissance, cela donne le remplacement de la figure du Savant – qui construit un savoir dans la durée, soumis à la contradiction par ses pairs, articulé autour de grammaires méthodologiques que sont les disciplines, qui sont comme autant de manière d'aborder la compréhension du monde – par celle de l'Expert – qui évalue la conformité aux normes, accrédite et sélectionne des projets qui méritent financement. Ici aussi, la mise en concurrence est le seul processus collectif qui puisse faire émerger la Vérité. Prenons le temps de décrire un des mécanismes qui déterminent la direction de la recherche publique médicale. Les activités de recherche des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) ont longtemps été rémunérées de manière forfaitaire. En 2007, un nouveau modèle de financement appelé MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) a été inauguré. Il prévoit le calcul d'une part modulable de rémunération indexée, entre autres, sur les publications réalisées. L'évaluation de l'indicateur « publications » se fait grâce à un logiciel de biométrie élaboré au CHRU de Lille : le système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS).³⁷ Ce logiciel

³⁶ Parce que je parle ici des centres hospitaliers régionaux (CHR), où j'ai effectué la majeure partie de ma formation : il en existe 31 en France, presque tous en lien avec l'Université, en charge de dispenser les soins les plus spécialisés et techniques et d'assurer les missions d'enseignement et de recherche (CHR-U).

³⁷ Derancourt C, Devos P, Moore N, Rouvillain J-L, « Modèle de valorisation des publications médicales scientifiques : le logiciel SIGAPS », *Ann Dermatol Vénérologie*, 9 juin 2014 ; 141(8-9) : 531-5

permet le calcul d'un score compris entre 1 et 32 pour chaque auteur de chaque publication qui permet ensuite de calculer, pour un chercheur ou une unité de recherche, la somme des points SIGAPS obtenus sur une période donnée³⁸. Plus précisément, le score obtenu par un chercheur pour une publication correspond à la multiplication de deux chiffres : le premier variant de 1 à 8 selon le facteur d'impact (ou *impact factor*) de la revue dans laquelle il a été publié, le second variant de 1 à 4 selon la position du chercheur dans la liste des auteurs. Ce système établit donc un lien direct entre financement des unités de recherche et *impact factor* des revues dans lesquelles elles publient leurs travaux. Quant au facteur d'impact, il est, lui, calculé à la fin de chaque année de la manière suivante : il s'agit du rapport du nombre de citations faites au cours de l'année N des articles publiés pendant les années N-2 et N-1 sur le nombre total d'articles publiés pendant les années N-2 et N-1. Ce calcul est réalisé sur la base des journaux indexés dans le *Science Citation Index Extended* (SCIE) et le *Social Science Citation Index* (SSCI)³⁹. La scientificité d'une étude, mesurée à l'aune de sa méthodologie (allant des études rétrospectives aux essais thérapeutiques prospectifs, multicentriques, en double aveugle) suit, peu ou prou, une ligne parallèle à celle des *impact factors* des revues. Si l'on songe à présent au nombre de points requis pour être nommé Professeur des Universités, au temps que prend la publication d'un article (entre écriture, soumission, réécriture, nouvelle soumission, etc.), on comprend la place que prend la « valence recherche » dans les carrières médicales, mais également comment la recherche universitaire et l'orientation clinique d'un service sont déterminées par des facteurs sociaux (niches de savoir, surspécialisation, qui

³⁸ La part modulable de rémunération est loin d'être négligeable pour les établissements : une publication à 32 points rapportait, dans le budget MERRI 2013, jusqu'à 24000 euros par an.

³⁹ Testa J, « The Thomson Reuters Journal Selection Process » [Internet], *Web of science*, 2016. Disponible sur : <http://wokinfo.com/essays/journal-selection-process/>

deviennent le « désir-maître » sur lequel s’aligne la trajectoire de ceux qui veulent exercer dans les CHU⁴⁰).

Il en est de même, partant, pour la pédagogie et le contenu des enseignements. Les savoirs disparaissent au profit de compétences, segmentées, découpables, évaluables ; les étudiants sont supposés faire l’acquisition d’un stock de compétences⁴¹ grâce aux investissements consentis dans leur formation ; les universités se doivent en conséquence de devenir des usines à diplômé, garantissant la valorisation de ce capital de compétences ajustées à des filières préformatées par une fructification à venir sous forme d’avenir professionnel (dogme de l’employabilité) et des statuts et revenus correspondants. La notion de “compétences” a été si bien diffusée dans l’institution scolaire que cette définition semble analytique alors qu’elle est d’ordre programmatique : elle participe de la « dividualité » (pour reprendre le terme de Gilles Deleuze dans le texte sus-cité en note) des individus. Mais ces compétences ne sont pas seulement techniques, elles sont aussi comportementales (les « valeurs agiles », volatiles, théorisées par le néomanagement – et que maîtrisent si bien notre interne : confiance, empathie, intelligence émotionnelle, communication, gestion du temps et du stress, audace, motivation, présence, vision, résilience, souplesse etc.) ; elles constituent ainsi un capital humain, un « savoir être », au sens où l’on est compétent par opposition à la possession d’un savoir, qui comprend, en plus de ces acquis, les aptitudes innées, le capital culturel hérité du milieu familial, le capital physique dûment entretenu par la pratique sportive, la capacité de prédation sexuelle, etc. Il paraît loin le temps où un Professeur de pneumologie, dans un service où j’ai effectué un de mes stages d’externat, nous aiguillonnait

⁴⁰ Mais qui permet de conserver l’idéal d’exhaustivité.

⁴¹ Ainsi la réforme récente des Epreuves Classantes Nationales, conçue en partie pour être « absorbable » par la machine informatique, consacre la discordance entre la complexité clinique (de l’élaboration d’un raisonnement et d’une décision) et la restriction extrême des réponses attendues aux évaluations (questions à choix multiples et deux mots maximum pour les questions rédactionnelles).

en nous exhortant à « être des hommes » avant que d' « être médecins » ! Si la mutation de l'Université est aujourd'hui un tel enjeu politique, c'est que s'y joue la formation de l'individu social, intégrant les mécanismes de perpétuation du système⁴². La théorie du capital humain se veut un renouvellement de l'imaginaire social tout entier, évacuant la figure du travailleur libre vendant sa force de travail contre salaire au profit d'un nouveau type anthropologique subjectif : l'entrepreneur de soi-même⁴³.

Dans l'ordre de la connaissance encore, je me pose la question, mais je n'ai pas de réponse, des accointances entre la médecine fondée sur les faits et la logique néolibérale – à côté de l'indéniable processus de scientification qu'a constituée l'adjonction de la statistique à la médecine...

Le sociologue Frédéric Pierru a consacré une partie de ses recherches au tournant gestionnaire des politiques publiques hospitalières et aux mobilisations médicales. Il résume la suite effrénée des réformes en un « traitement de choc gestionnaire »⁴⁴, dont il retient les étapes suivantes :

- réforme Debré en 1958, consistant en une modernisation de l'hôpital (plateaux techniques, spécialisation médicale, professionnalisation de l'accueil des patients, disparition des salles communes, disparité sociale des patients, création des centres hospitaliers et universitaires) au prix de la progression des dépenses ;
- réforme du financement avec l'adoption de « la dotation globale de fonctionnement » en 1983, qui met fin au paiement à la journée : le budget est désormais reconduit d'une année sur l'autre, moyennant une progression dont le taux est fixé au niveau

⁴² Julie Roux, *Inévitablement (après l'école)*, Paris, La fabrique éditions, 2007, 128p.

⁴³ Michel Feher, « S'apprécier, ou les aspirations du capital humain », in *Raisons politiques*, 2004/4, n°28, pp. 11-31

⁴⁴ Bernard Granger et Frédéric Pierru, *L'Hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier*, Le Cavalier bleu éditions, 2012, 188p., p.25

national, en fonction notamment de la croissance économique et de la situation des finances sociales. Cela nécessite l'augmentation de la productivité plutôt que le gonflement artificiel du nombre de journées d'hospitalisation, aux dépens d'ailleurs des établissements les plus « performants » ; c'est la raison pour laquelle le directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé, l'ingénieur Jean de Kervasdoué, introduit le « Programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI), une mesure de l'activité et de la productivité hospitalières inventée aux États-Unis ;

- loi de planification hospitalière de 1991, qui vise à mieux répartir l'offre de soins sur le territoire : tout en proclamant le principe de l'autonomie des hôpitaux, cette loi inscrit leur stratégie de développement dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), définis, conjointement, par l'administration et les acteurs locaux de la santé (élus, professionnels de santé, etc.). La région est conçue comme l'échelon territorial pertinent pour réorganiser la carte sanitaire, que ce soit en terme d'administration ou en terme de soins, et à ce titre vecteur de l'étatisation de la santé ;
- réforme financière décisive en 2004 avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), qui fait prendre à l'hôpital, dit Pierru, un tournant « productiviste et compétitif » : « le PMSI et la T2A sont constitutives d'opérations de 'qualcul' et de 'valuation' (contraction de valorisation et d'évaluation), deux termes qui insistent sur le fait que ces instruments gestionnaires qualifient en même temps qu'ils quantifient. Calculer les coûts suppose de définir simultanément ce que fait ou doit faire un hôpital (...), ce qu'est un séjour, bref ce qui compte et ce qui ne compte pas. »⁴⁵. Et le médecin

⁴⁵ Frédéric Pierru, « Comprendre la vulnérabilité du champ médical face à l'offensive hospitalière », conférence donnée à Strasbourg dans le cadre des Séminaires hospitalo-universitaires le 11 janvier 2018.

de devoir rendre des comptes non seulement à ses pairs, mais à la direction hospitalière ;

- conversion managériale des directeurs hospitaliers, des cadres de santé, des personnels de l'Assurance maladie dans leur recrutement et leur formation (années 2000) et création des « pôles », entités médico-gestionnaires au-dessus des services traditionnels, qui en mutualisent les fonctions et certains personnels comme le personnel infirmier (plan Hôpital 2007);
- « virage ambulatoire » des années 1990-2000 (hôpitaux de jour, chirurgie ambulatoire, soins à domicile), qui peuvent marquer de prime abord de nouvelles libertés mais participer aussi à des mécanismes de contrôle tels que définis plus haut, et *dont je peux témoigner de l'absurdité et de la violence en terme de soins ;*
- enfin, loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009 qui, avec la création des nouvelles agences régionales de santé (ARS), fusion de services déconcentrés de l'Etat et de leurs homologues régionaux de l'Assurance maladie, et sous la coupe du Ministère de la Santé, renforce la tutelle administrative sur les hôpitaux.

Il montre comment la gestion a également pris sur le monde des soignants en se jouant de ses divisions intrinsèques : division entre les spécialités les plus biomédicales, qui entretiennent des affinités électives avec la logique néolibérale que promeuvent les réformes, et les autres, dites « à forte densité prudentielle » pour reprendre la terminologie de Florent Champy⁴⁶, telles la médecine interne, la psychiatrie, la diabétologie, toutes les spécialités qui ont à soigner des malades chroniques ou polypathologiques et sont, *du fait du contenu du travail médical lui-même*, et non en raison d'un engagement premier dans la réflexivité et la

⁴⁶ Florent Champy, *La Sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009. L'auteur désigne par là une attention au cas particulier, aux situations complexes.

critique éthique (dont il faudrait alors élucider les conditions sociales de possibilité), enclines à résister à cette logique.

Face à cette domestication gestionnaire, force est de constater, comme l'avait d'ailleurs prédit Deleuze dans le texte sus-cité en note, la défection des formes traditionnelles de lutte comme les syndicats⁴⁷. Le corps médical étant hétérogène, et traversé de dissensions et d'intérêts contradictoires, quels peuvent être les leviers d'une résistance ? Frédéric Pierru, dans la conférence sus-citée (en note), évoquait le « statactivisme » (néologisme inventé par les sociologues Isabelle Bruneau et Emmanuel Didier, consistant en « l'utilisation des statistiques au service de notre émancipation »⁴⁸, notamment en produisant des indicateurs alternatifs permettant de « compter ce qui ne compte pas (encore)» ou de « discuter l'indiscutable »⁴⁹). Nous cherchons quant à nous à dégager ce que peut le corps de notre interne dans ce champ divisé.

Georges Canguilhem, médecin, philosophe, spécialisé dans l'épistémologie, l'écrit déjà en 1959 dans un article intitulé « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité »⁵⁰ : « (...) comment y aurait-il vocation (...) pour une activité qui exige la coordination studieuse de tant d'exigences d'abord spontanément distinctes sinon concurrentes ? » Et s'il parle à l'endroit qui suit du malade potentiel, on pourrait attribuer ce qu'il dit au médecin également : « quoi d'étonnant que l'homme moderne appréhende confusément (...) que la médecine en vienne

⁴⁷ Cf. Thèse de doctorat en Sociologie de Fanny Vincent, intitulée « Un temps qui compte. Une sociologie ethnologique du travail 'en 12 heures' à l'hôpital public », soutenue en décembre 2016 à l'Université Paris-Dauphine qui montre comment s'est banalisé le régime de travail de 12 heures, malgré sa nocivité potentielle, par une alliance inattendue entre gestionnaires et soignantes contre les syndicats.

⁴⁸ Isabelle Bruneau, Emmanuel Didier, Julien Prévieux (dir.), *Statactivisme. Comment lutter avec des nombres*, Paris, Editions La Découverte, 2014, p.9

⁴⁹ *Id., ibid.*, p. 25. Ce qui rend aux statistiques leur dimension politique mais également leur dimension émancipatrice par l'humour, le rire, par « la joie de la contre-proposition, la matérialisation d'une nouvelle réalité inattendue, la liberté prise avec les carcans de la réalité instituée. » (p.29)

⁵⁰ Georges Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1994, pp. 383-391

à le déposséder de son existence organique propre et de la responsabilité qu'il pense lui revenir dans les décisions qui en concernent le cours ? »

Michel Foucault, qui a été son élève, et que j'aurais bien des peines à présenter, tant il est célèbre et tant plus complexe, à l'usage, que ce qu'on pourrait en dire brièvement, propose, dans une allocution intitulée « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », première d'une série de conférences prononcées dans le cadre d'un cours de médecine sociale » à l'Université de Rio de Janeiro en octobre 1974, une description des différents champs d'action à la croisée desquels s'est constituée la médecine moderne. La thèse historique fondamentale qu'il y soutient est que le large XVIII^e siècle (les références citées vont du début du siècle aux premières décennies du siècle suivant) constitue le moment crucial où se noue le complexe « médecine-santé-politique. » La médecine occidentale y devient une médecine sociale, caractérisée « non pas par une intervention uniforme de l'Etat dans la pratique de la médecine, mais plutôt [par] l'émergence, en des points multiples du corps social, de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent d'une manière ou d'une autre une prise en charge collective »⁵¹, au croisement d'une nouvelle économie de l'assistance et d'une police générale.

Ce « décollage sanitaire de la médecine » est contemporain d'avancées technologiques qui ont constitué un progrès capital dans la lutte contre les maladies : l'invention de l'anatomie générale par Xavier Bichat, celle du stéthoscope et la pratique de l'auscultation médiate codifiée par René Laennec en 1819, les estimations numériques concernant la phtisie (1825), la typhoïde (1829) et les effets de la saignée par Pierre Louis, le *Cours de philosophie positive* d'Auguste Comte en 1830, la méthode déductive expérimentale de Claude Bernard, la théorie

⁵¹ Michel Foucault, *Dits et écrits, op.cit.*, 168, « La politique de la santé au XVIII^e siècle ».

des maladies infectieuses inaugurée par Louis Pasteur, Robert Koch et leurs disciples⁵², puis la constitution de l'immunologie qui en découle, de la génétique et de la biologie moléculaire au sein des laboratoires.

L'originalité de cette allocution, en quoi elle rejoint les démonstrations de G. Canguilhem exposées dans la conférence intitulée « Le statut épistémologique de la médecine »⁵³, est de montrer qu'il a fallu que la médecine se mette à s'occuper de ce qui ne la concernait pas, ou cesse de ne s'occuper que de ce qui la concernait, à savoir le malade et les maladies, pour qu'on assiste à des résultats scientifiques et thérapeutiques notables (« le déblocage épistémologique »). En quelque sorte, il a fallu que la médecine devienne « sociale », pour qu'en même temps elle devienne « scientifique ». Ou encore : la médecine telle qu'on la conçoit aujourd'hui est une pratique sociale. « Ce qui n'existe pas, c'est la médecine non sociale. La médecine individualiste, clinique, celle du rapport singulier (...). »⁵⁴

Certes M. Foucault et G. Canguilhem ne situent pas aux mêmes moments les étapes de ce décollage (le premier dans le cadre d'une histoire des pratiques, qui emprunte à la généalogie de F. Nietzsche sa méthode critique, le second dans le cadre d'une histoire plus factuelle des sciences), mais la conclusion est la même : il a fallu s'éloigner du malade – G. Canguilhem dit : le « mettre entre parenthèses ».

⁵² Au sujet desquels, G. Canguilhem écrit, de son style si cristallin : « En découvrant une forme d'étiologie non fonctionnelle, en exposant au grand jour le rôle des bactéries et des virus, Pasteur a imposé à la médecine un changement de destination et un déménagement de ses lieux d'exercice. Soigner en vue de guérir se faisait à domicile ou à l'hôpital. Vacciner pour prévenir allait se faire au dispensaire, à la caserne, à l'école. L'objet de la révolution médicale c'est désormais moins la maladie que la santé. D'où l'essor d'une discipline médicale en honneur dès la fin du XVIIIe siècle en Angleterre aussi bien qu'en France, l'hygiène. Par le biais de l'hygiène publique, instituée dans les sociétés européennes du dernier tiers du XIXe siècle, l'épidémiologie entraîne la médecine sur le champ des sciences sociales, et même des sciences économiques. (...) Du concept de *santé* à celui de *salubrité* puis à celui de *sécurité* la dérive sémantique recouvre une transformation de l'acte médical. » in « Le statut épistémologique de la médecine », *op.cit.*, p. 421

⁵³ Reprise dans G. Canguilhem, *op.cit.*, pp. 413-428

⁵⁴ Michel Foucault, *Dits et écrits*, *op.cit.*, 170, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? »

Pourquoi ce détour épistémologique ? Ce qui traverse le corps récalcitrant de notre interne récalcitrant, c'est peut-être cette histoire-là, cette *délocalisation*. D'où surgit la question : pourquoi ne l'enseigne-t-on pas, cette histoire ? pourquoi nous abreuve-t-on de notions – personne, éthique, empathie, etc. – qui jurent avec cette histoire, qui entretiennent le mythe d'un médecin érudit et maître de son savoir et bienfaisant ? Alors que notre éducation la plus récente est hors sol ?

C'est ainsi que, pour filer la métaphore martiale initiée au début de ce chapitre, on pourrait reprendre l'histoire du samouraï telle que l'évoque Gilles Deleuze dans sa conférence à la FEMIS : dans les *Sept Samouraïs*, film de Kurosawa datant de 1954, ceux-ci « sont pris dans la situation d'urgence, ils ont accepté de défendre le village, et d'un bout à l'autre, ils sont travaillés par une question plus profonde. (...) [Elle] sera dite à la fin par le chef des samouraïs, quand ils s'en vont : 'qu'est-ce qu'un samouraï ?' Qu'est-ce qu'un samouraï, non pas en général, mais qu'est-ce qu'un samouraï à cette époque-là. A savoir quelqu'un qui n'est plus bon à rien. Les seigneurs n'en n'ont plus besoin, et les paysans vont bientôt savoir se défendre tout seul. Et pendant tout le film, malgré l'urgence de la situation, les samouraïs sont hantés par cette question. »⁵⁵ Et voici notre interne grimé en samouraï, soldat de papier en débandade au milieu d'une nuit de garde, qui se demande : « qu'est-ce qu'un interne ? », « à quoi est-il bon ? », ou encore : « à quoi bon ? »

Nous voulons, pour finir, conter une histoire de chiffre, une presque histoire clinique, car le rapport de cas est très utile à la compréhension. Stephen Jay Gould était paléontologue, professeur de géologie et d'histoire des sciences à l'université Harvard ; il relate, dans un court

⁵⁵ Gilles Deleuze, retranscription de la conférence « Qu'est-ce que l'acte de création ? » sur le site : <https://contemporaneitesdelart.fr/gilles-deleuze-quest-ce-que-lacte-de-creation/>

texte publié en 1985 intitulé « *The Median isn't the Message* »⁵⁶, que l'on peut traduire par « La valeur centrale ne fait pas tout », une histoire toute personnelle de statistique. Apprenant en 1982 qu'il a un mésothéliome abdominal, « un cancer rare et grave », il cherche à en savoir plus en consultant la littérature « technique » la « meilleure » et la plus récente. La littérature « n'aurait pu être plus brutalement claire : le mésothéliome est incurable, avec une espérance de vie médiane de huit mois après sa découverte. » Avec l'histoire qui est la sienne (une personnalité « combattive » – encore le champ sémantique guerrier, qu'aucun d'entre nous ne désavouerait probablement –, une culture scientifique de biologie évolutionniste, une foi dans la supériorité de l'« intellect », de la « tête » sur le « cœur »), il *fourbit des armes*, intellectuelles, scientifiques, pour ne pas désespérer. Il s'interroge en somme : que faire, dans l'ordre de l'existence, d'un morceau de vérité scientifiquement fondée ? Et de proposer une *interprétation*, scientifiquement fondée également, de cette sentence statistique : nous avons hérité de Platon un modèle canonique de la connaissance, orthodoxe, fondé sur des essences distinctes et clairement définies, supra-sensibles (qui, soit écrit en passant, inaugure ce que l'histoire de la philosophie a appelé métaphysique), qui nous fait prendre les médianes et les moyennes pour les « réalités dures », et les « variations qui ont permis de les calculer [pour] des mesures transitoires et imparfaites de cette essence cachée. » Et, poursuivant sa démonstration : « si la médiane est la réalité et la variation autour de la médiane un simple moyen de la calculer, alors la proposition 'Je serai probablement mort dans six mois' peut passer pour une interprétation raisonnable. » Or, changement de paradigme, de décor, selon le référentiel de pensée où l'on se situe) : « tous les biologistes évolutionnistes le savent,

⁵⁶ On trouve ce texte, que je cite en le traduisant, sur le lien suivant : <https://www.stat.berkeley.edu/~rice/Stat2/GouldCancer.html>. J'en ai eu connaissance à travers le livre de Katrin Solhdju, *L'Épreuve du savoir. Propositions pour une écologie du diagnostic*, Editions Ding ding dong, 2015, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir.

[c'est] la variation elle-même [qui], dans la nature, est la seule vérité irréductible. »⁵⁷ Dès lors, « je reçus les statistiques concernant le mésothéliome assez différemment – et non seulement parce que je suis un optimiste qui voit le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide⁵⁸ mais parce que je sais que la variation est la réalité. (...) Je devais donc me placer dans cette variation. »

Stephen Jay Gould est mort vingt ans plus tard, en 2002, d'un cancer métachrone, à l'âge de 61 ans, soit vingt ans après la découverte de son cancer. Il appartient à la queue de la courbe statistique qui s'étire à droite de la médiane de survie des mésothéliomes abdominaux, à la date où il a été diagnostiqué. Peut-être même a-t-il pu figurer dans une nouvelle distribution statistique « avec une médiane haute et une déviation vers la droite qui s'étire jusqu'à la mort naturelle due à un âge avancé. »

Que dire de cette histoire ?

D'abord qu'elle ne dévalue en rien la statistique, elle souligne juste la nécessité d'une méthode pour analyser, interpréter, *faire parler* les chiffres – une herméneutique. Elle la montre aussi dans une position de moyen vis-à-vis d'une fin, une science ancillaire, Canguilhem dit à ce sujet de la médecine qu'elle est « une somme évolutive de sciences appliquées »⁵⁹. Et il précise : « [elle] est la science des limites des pouvoirs que les autres

⁵⁷ Dans la conclusion de leur livre *La Métis ou les ruses de l'intelligence*, Paris, Flammarion, 1974, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, J.-P. Vernant et M. Détienne émettent l'hypothèse que la dévalorisation des savoirs pratiques, des savoir-faire, des savoirs prudents pourrait être due au fait que loin d'assurer la primauté de l'espèce humaine dans le règne naturel, au contraire elle le replace parmi le règne animal – et cela, pour une raison ou une autre, l'Occident ne le veut pas (Cf. débats séculaires qui éclosent aujourd'hui dans la réflexion autour du droit des animaux et du vivant en général)

⁵⁸ Le texte anglais dit : « le *doughnut* plutôt que le trou », on pourrait traduire le *bretzel*, pour conserver l'humour distillé dans le texte anglais.

⁵⁹ G. Canguilhem, « Le statut épistémologique de la médecine », *op.cit.*, p.425

sciences lui confèrent », par opposition à un pouvoir sans limite. La question suivante se pose en effet : quelle herméneutique pour quelle fin ?⁶⁰

Ensuite qu'en soumettant le fait statistique à une théorie évolutionniste de la variation et de la continuité plutôt que de la rupture – théorie dont je me garderais bien de dire si elle est vraie dans l'absolu, mais dont je constate que ses effets (en tant qu'elle relève d'un régime de vérité) sont *acceptables* pour lui –, Stephen Jay Gould en tire « le plus précieux des dons qu'[il] pouvait obtenir en de pareilles circonstances : un surcroît significatif de temps. »

Enfin : qu'un diagnostic peut s'envisager de diverses façons : comme un concept pour le médecin, pris dans une nosologie bien apprise, comme un signifiant pour la personne malade, dont les effets cliniques ne sont pas immédiatement perceptibles ; comme un temps logique pour le médecin, pris dans la scansion des « ic » : diagnostic – pronostic – thérapeutique⁶¹, comme un événement, pour le patient, qui découpe la ligne du temps; comme un acte, décliné en plusieurs scènes (l'intellect, l'annonce, le suivi) ; comme la rencontre de deux subjectivités (celle du médecin dans son rapport à ses diagnostics, celle de la personne malade aux siens) un entremêlement de lignes : la ligne dure du dispositif⁶² médical, la ligne souple de l'entretien médecin/malade, qui ondule autour de la première, avec ses malentendus, ses

⁶⁰ Bruno Falissard, psychiatre et polytechnicien, s'appuyant sur l'ouvrage du sociologue Claude Grignon *Le Modèle et le Récit*, montre comment les chiffres confinent au réel, au sens lacanien du terme, à quelque chose d'ininterprétable, nécessitant leur entourage par du langage naturel dans les articles scientifiques, ce qui autorise à penser un continuum entre travaux reposant sur une méthodologie scientifique « dure » et travaux présentés sous une forme qualitative « molle ». Cf. Falissard B, Révah A, Yang S, Fagot-Largeault A, « The place of words and numbers in psychiatric research », *Philos Ethics Humanit Med PEHM*, 18 nov 2013 ; 8 :18

⁶¹ Qu'on pourrait écrire : la scansion des *hic*.

⁶² Dispositif au sens développé par G. Agamben qui propose une « répartition générale des êtres en deux grands ensembles ou classes : d'une part les êtres vivants (ou les substances), de l'autre les dispositifs à l'intérieur desquels ils ne cessent d'être saisis », soit un nom générique donné à « tout ce qui a la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants ». Giorgio Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot Rivages Poche/Petite Bibliothèque, 2007.

petits mensonges, ses petits arrangements, et enfin, peut-être, la ligne de fuite⁶³, la ligne-pirate, la ligne expérimentale, pour reprendre l'étymologie du mot pirate, qui, elle, reste à tracer. C'est une histoire, en quelque sorte, une version, une interprétation de quelque chose dont la définition ici m'échappe (est-ce la maladie en soi ? la maladie en ses actes ? le réel au sens lacanien d'insaisissable ?)

En conclusion, récapitulons : la scène est celle d'un hôpital universitaire contemporain, zébré de luttes (contre la maladie, contre l'administration, contre les collègues, contre les chiffres, contre la mémoire qui flanche, contre les patients, contre soi-même), où semble dominer l'angoisse comme maître-sentiment⁶⁴. Un jeune interne ébahi se demande ce qu'est devenu l'hôpital-tour d'ivoire qu'il avait imaginé : le service de la collectivité, la transmission du savoir, la conscience professionnelle, le souci de l'autre.

Il se demande, - et ces questions ne sont pas théoriques, elle sont pratiques, elles sont existentielles : quel est l'objet de son métier : est-ce la maladie (et alors le diagnostic est primordial) ? est-ce le soin (et alors le diagnostic devient annexe, ou connexe) ? Comment se situer entre les différents champs qui le façonnent : hétérogénéité du monde médical qui va au-delà de son éclatement en différentes spécialités (les chercheurs, les cliniciens, les pouvoirs publics, le public) ; hétérogénéité de son histoire : différents paradigmes, différents rôles (pouvoir disciplinaire, pouvoir de régulation, pouvoir moral) ; hétérogénéité de ses lieux d'exercice (hôpital versus ville) ? Enfin, comment être bon, comment être tout court ?

⁶³ Selon une typologie proposée par G. Deleuze dans *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie 2*, Paris : Les Editions de Minuit, 2006 (1980). Je ne maîtrise pas ce concept, ni ses ramifications dans l'œuvre de Gilles Deleuze, j'en emprunte quand même l'image, que je trouve féconde.

⁶⁴ Au sens développé par G. Canguilhem dans « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, op.cit.*, p. 389 : « Comme [personne] ne peut dire à l'avance où passe la limite entre le nocif, l'innocent et le bienfaisant, comme cette limite peut varier d'un malade à l'autre, que tout médecin se dise et fasse savoir qu'en médecine on n'expérimente, c'est-à-dire on ne soigne, qu'en tremblant. » Mais aussi au sens plus banal de passion triste.

Mais, de même que la machinerie hospitalière se maintient en branle malgré les agents de la tristesse, comme un funambule sur son fil – de même notre interne apprend à se débrouiller. Sa pratique est, devient, presque par définition, bancale. A moins qu'il ne choisisse un *camp*. Afin d'essayer de trouver pour nous-mêmes les données d'une pratique qui soit vivable, nous allons travailler autour de couples infernaux de notions : objectif / subjectif ; vrai / faux / vraisemblable / possible / exact / juste ; singulier / général / populationnel.

Notre ligne de mire (encore une nouvelle ligne) est la clinique comme le lieu et le moyen de cette résistance :

- d'abord par sa temporalité : parce qu'elle prend du temps, de la lenteur⁶⁵, et que cette lenteur grippe les rouages de la mécanique techno-scientifique hospitalière ;
- ensuite par son contenu : comme sensibilité à l'imperceptible, à l'inestimable, au détail, au déchet (un micro-savoir, qu'on peut peut-être appeler l'expérience, que je situerais sur une ligne souple pour reprendre la terminologie de Deleuze) ;
- par son organisation : laquelle recouvre à la fois l'ambiance d'un service, selon un mot cher à Jean Oury, qui nécessite une pensée institutionnelle, ou écologique⁶⁶ ; un régime de réseaux, de complicités, d'attachements, qu'on pourrait appeler du beau nom séculaire d'amitié (et qui touche des personnes vivantes : collègues, Maîtres, mais aussi le référentiel théorique qu'on se choisit) ;
- enfin par la fonction qu'elle pourrait remplir⁶⁷: et je prends ici appui sur une conférence de Jacques Lacan, donnée au Collège de Médecine de La Salpêtrière en

⁶⁵ Cette lenteur, qu'en prenant exemple sur une de mes internes (chère Nelly...) quand j'étais externe je m'étais promis de conserver comme un garde-fou, m'a parfois été reprochée pendant mon internat.

⁶⁶ C'est l'idée que la qualité des soins est produite par tous, de la femme de ménage à l'infirmier (e) en passant par le médecin (externe, interne, sénior). Cette pensée dissout la notion d'Auteur, elle l'éclate, au sens littéral du verbe, où la gloire est diffractée en chacun.

⁶⁷ Que Jean Oury distingue du « statut » (fiche de paie) et du « rôle » (celui qu'on joue). A la clinique de La Borde, où il a été psychiatre et où il a vécu, la fonction soignante était exercée parfois par des salariés, parfois par des pensionnaires.

1966, à la demande de médecins « somaticiens », qui prend acte de ce que, au sein de « l'organisation industrielle », « le médecin n'a plus rien de privilégié dans l'ordre de cette équipe de savants diversement spécialisés dans les différentes branches scientifiques », et que c'est dans cette évolution, qui « change la position du médecin au regard de ceux qui s'adressent à lui, que vient à s'individualiser, à se spécifier, à se mettre rétroactivement en valeur (...) l'originalité d'une dimension que j'appelle la demande. C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale »⁶⁸. C'est par cette fonction, fonction d'accueil, fonction soignante, fonction d'écoute, fonction un peu passive, un peu dépressive en quelque sorte, qu'on peut espérer renouveler paradoxalement le régime des affects hospitaliers en y trouvant, qui sait, du plaisir, et non seulement pour le médecin, mais aussi pour l'hospitalisé.

C'est sur cette scène que nous faisons entrer Sherlock Holmes.

⁶⁸ Jacques Lacan, « La place de la psychanalyse dans la médecine. Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière », 1966, Cahiers du collège de Médecine, pp. 761-774. Texte disponible sur le site de l'École lacanienne de psychanalyse : www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php.

PERSONNAGES

SHERLOCK HOLMES

Sherlock Holmes est un savant qui, pour tromper son addiction à l'opium, joue du violon et résout des énigmes⁶⁹.

Il est aussi un des personnages les plus célèbres de la littérature, qu'on ait lu, ou pas, ses aventures, relatées dans cinquante-six nouvelles et quatre romans, publiés de 1887 à 1927 sous forme de feuilleton dans le journal britannique *The Strand*, et qui comptent parmi les premiers récits de détection (*detective stories*) inauguraux du roman policier. Sa notoriété surpasse de beaucoup celle de son auteur, le médecin Arthur Conan Doyle qui, après l'avoir tué dans *Le Dernier problème* en 1893, se voit dans l'obligation de le ressusciter en 1901 devant l'ampleur du scandale et du désarroi collectif que cette nouvelle a suscités⁷⁰. Il appartient ainsi à ce « monde intermédiaire », doué d'une forme d'existence particulière entre fiction et réel, dont parle le critique et professeur de littérature Pierre Bayard et dont il dit qu'il « exerce une fonction de transition entre l'illusion et la réalité », « plus ou moins investie selon les sujets »⁷¹. C'est à ce titre que nous nous autorisons à en parler à notre tour, dans la suite de notre propos.

Il est connu pour être génial et immodeste. Ses erreurs, dûment répertoriées par les spécialistes, pourtant fréquentes, sont rarement, exceptionnellement reconnues comme telles dans le corpus holmésien⁷². Il est celui qui ne se trompe pas; c'est en tout cas le trait le

⁶⁹ « Approchez votre chaise et passez-moi mon violon, car le seul problème qu'il nous reste à résoudre est de savoir comment tromper l'ennui de ces mornes soirées automnales » dit-il à Watson, alors que vient d'être résolue l'énigme de *L'Aristocrate célibataire*.

⁷⁰ Rapportée dans James Mc Cearney, *Arthur Conan Doyle*, La Table ronde, 1988, p.165 et p.175 et Michael Coren, *Conan Doyle*, Londres, Bloomsbury, 1995, p.83

⁷¹ Pierre Bayard, *L'Affaire du chien des Baskerville*, Paris, Editions de Minuit, collection Double, 2010 (2008), p.76 et p.129, et le chapitre au titre éloquent : « Sherlock Holmes existe-t-il ? »

⁷² Dans *La Disparition de Lady Frances Carfax*, il ouvre de force un cercueil sans y trouver la personne recherchée et reconnaît « l'éclipse provisoire à laquelle peut être sujet l'esprit le plus équilibré qui soit » (*Ibid.*, II, p.644) ;

plus saillant de ses représentations dans l’imaginaire collectif. Les dernières moutures de ses aventures au cinéma et à la télévision témoignent de la ténacité de cette qualité qu’on lui prête. En particulier, son avatar médical le Dr Gregory House, héros de la série télévisée éponyme⁷³, incarne, « socialise » pour reprendre le jargon des anthropologues, une figure actuelle du médecin. Cette filiation nous sera pour ce travail d’un intérêt particulier, car elle témoigne de la force de la figure de Sherlock Holmes, propre à se transmettre en se réinventant depuis la fin du XIX^e siècle.

SHERLOCK HOLMES ET LA MEDECINE

Il y a plusieurs façons de décrire les liens entre Sherlock Holmes, le personnage, ses aventures, et la médecine : elles sont biographiques, historiques et épistémologiques.

Il est maintenant bien connu que Conan Doyle, lui-même praticien jusqu’à ce que les histoires de Holmes l’aient rendu assez riche pour cesser de pratiquer, a emprunté le modèle de Sherlock Holmes à son professeur, le docteur Joseph Bell de l’Hôpital Royal d’Edimbourg. Doyle raconte que Bell « apprenait souvent plus du patient par quelques coups d’œil » que par un interrogatoire dûment conduit⁷⁴. Les exemples de sa sagacité observationnelle, qu’on pourrait rapprocher d’un don de psychologie sociale ou médicale, sont du Sherlock Holmes dans le texte⁷⁵.

dans *La figure jaune*, il se trompe du début à la fin, au point de faire de cette affaire un modèle d’erreur : « Watson, si jamais vous avez l’impression que je me fie un peu trop à mes facultés, ou que j’accorde à une affaire moins d’intérêt qu’elle ne le mérite, ayez la bonté de me chuchoter à l’oreille : ‘Norbury !’ Je vous en serais toujours infiniment reconnaissant » (*Ibid.*, I, p.513).

⁷³ *House, M.D.*, puis *House*, série télévisée créée par D.Shore pour la télévision américaine, 5 saisons, 177 épisodes de 42mn, première diffusion en 2004 aux Etats-Unis, en 2006 en France.

⁷⁴ Extrait de A. Conan Doyle, *Memories and Adventures*, 1924, Boston, cité par T. A. Sebeok et J. Umiker-Sebeok, « ‘Vous connaissez ma méthode.’ Juxtaposition de Charles S. Peirce et de Sherlock Holmes » in U. Eco, T. A. Sebeok (dir), *Le signe des trois. Dupin, Holmes, Peirce*, Presses Universitaires de Liège, coll Clinamen, 2015 (1984), p. 55

⁷⁵ Anecdote reproduite par W.S.Bring-Gould, dans *The Lancet*, août 1956 : « Une femme avec un petit enfant fut introduite. Joe Bell lui dit bonjour et elle lui répondit bonjour.

Dominique Meyer-Bolzinger, professeur de littérature à l'université de Haute-Alsace, rappelle quant à elle, dans ses différents travaux⁷⁶, la carrière médicale d'Arthur Conan Doyle, « entre vision et invisible »⁷⁷ (pratique de la médecine générale puis de l'ophtalmologie, curiosité appuyée pour les maladies infectieuses, les maladies « des nerfs », et le spiritisme). Elle relève, à la suite des médecins américains Alvin Rodin et Jack Key⁷⁸ les *materia medica* qui nourrissent les fictions (personnages de médecins, maladies, traitements, instruments, gestes, questions scientifiques). Elle évoque enfin les découvertes majeures qui ont scandé le devenir de la médecine au cours du XIXe siècle : percussion, auscultation, anesthésie, antisepsie, bactériologie⁷⁹, radiologie médicale, nosologie (modèle anatomoclinique) et étiologie (médecine de laboratoire), organisation des hôpitaux universitaires et spécialisation des praticiens, et en retrace la transposition dans l'ordre du texte.

-
- Quelle sorte de passage avez-vous emprunté depuis *Burntisland* ?
 - C'était indiqué.
 - Et avez-vous été guidée jusqu'à *Inverleith Row* ?
 - Oui.
 - Et qu'avez-vous fait avec l'autre enfant ?
 - Je l'ai laissé à ma sœur Leith.
 - Et continuez-vous de travailler à l'usine de linoleum ?
 - Oui.
 - Voyez-vous Messieurs, lorsqu'elle me dit bonjour je remarquai son accent de Fife, et, comme vous le savez, la ville la plus proche de Fife est *Burntisland*. Vous remarquez l'argile rouge aux bords de la semelle de ses chaussures, et la seule argile de cette sorte dans un rayon de vingt kilomètres autour d'Edimbourg se trouve aux Jardins Botaniques. *Inverleith Row* borde les jardins et est le chemin le plus proche depuis Leith. Vous aurez observé que le manteau qu'elle portait sous son bras est trop grand pour l'enfant qui était avec elle, et donc elle est sortie de chez elle avec deux enfants. Enfin, elle a une dermatose des doigts de la main droite, ce qui est propre aux ouvriers de l'usine de linoleum de *Burntisland*. »

Cité par T.A. Sebeok et J. Umiker-Sebeok, *op.cit.*, p. 56

⁷⁶ Dominique Meyer-Bolzinger, « Sherlock Holmes et la médecine. La méthode clinique du détective », in *Temps noir. La Revue des littératures policières*, Editions Joseph K., Nantes, n°6, 2002, pp. 84-111 et *id.*, *La méthode de Sherlock Holmes. De la clinique à la critique*, Paris, Editions Campagne Première, 2012.

⁷⁷ *Id.*, *La méthode de Sherlock Holmes, op.cit.*, p.45

⁷⁸ Alvin Rodin et Jack Key, *Medical Casebook of Doctor Arthur Conan Doyle, From Practitioner to Sherlock Holmes and Beyond*, Malabar, Florida, R.E. Krieger Publishing Company, 1984

⁷⁹ Elle évoque le caractère merveilleux que peut avoir le fait de voir ce que les autres ne voient pas – et qui distingue Sherlock Holmes – comme un écho au monde invisible des micro-organismes révélé par Louis Pasteur. « Les enquêtes de l'illustre détective peuvent être lues comme un exemple de l'immense investissement imaginaire de cette découverte scientifique fondamentale. » (*in La méthode de Sherlock Holmes, op. cit.* p.48)

Surtout, s'autorisant de l'article princeps de l'historien italien Carlo Ginzburg sur le paradigme indicial⁸⁰, elle montre ce que doit la méthode holmésienne, qui fait la renommée du personnage, à la médecine clinique, comme mode de connaissance, d'organisation et de transmission du savoir.

Par-delà l'occasion biographique et historique donc, un des rapprochements les plus fructueux du personnage de Sherlock Holmes avec la médecine est esquissé dans l'article suscit, qui propose la première théorisation explicite d'un modèle épistémologique opérant dans le champ des sciences humaines, apparu silencieusement⁸¹ à la fin du XIXe siècle, nommé « paradigme indiciaire ». Carlo Ginzburg part d'une série d'articles sur la peinture italienne, commis sous un pseudonyme par Giovanni Morelli, soit dit en passant médecin de son état, entre 1874 et 1876, qui élabore une méthode inédite et infaillible, vivement controversée pour son arrogance, d'attribution des tableaux. Cette méthode, il la rapproche de celle de Sherlock Holmes dans ses enquêtes (qui eurent lieu à peu près dans les mêmes années), et de celle de Freud (qui apparente lui-même les travaux de Morelli avec la technique de la psychanalyse médicale dans son essai *Le Moïse de Michel-Ange* en 1914). Elle est fondée sur les faits marginaux, considérés comme révélateurs, voire plus révélateurs que « les caractères les plus apparents »⁸². Les exemples de la sagacité de Sherlock Holmes dans l'interprétation des empreintes dans la boue⁸³, des cendres de cigarettes⁸⁴, des oreilles humaines⁸⁵ et autres indices imperceptibles pour la plupart des gens sont innombrables. Il le dit lui-même au Dr

⁸⁰ Carlo Ginzburg, « Signes, traces et pistes. Racines d'un paradigme indicial », *Le Débat*, n°6, novembre 1980, repris dans « Traces, Racines d'un paradigme indiciaire », in *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire*, Lagrasse, Verdier/poche, 2010, pp. 218-294

⁸¹ C'est-à-dire de façon implicite, écrasé par des modèles de connaissance plus prestigieux, plus orthodoxes, tels le savoir ontologique de Platon, ou le savoir scientifique fondé sur la physique de Galilée.

⁸² *Id.*, *ibid.*, p.220

⁸³ *Le Signe des quatre ; Le chien des Baskerville*

⁸⁴ « Des différents types de tabac » (« *Upon the Distinction Between the Ashes of the Various Tobaccos* »), in *Le signe des quatre*, chapitre 1.

⁸⁵ *La Boîte en carton*

Watson, son second et ami : « Vous connaissez ma méthode : elle est fondée sur l'observation des détails »⁸⁶. Ainsi, « des traces (...) infinitésimales permettent de saisir une réalité plus profonde, impossible à atteindre autrement. Des traces : (...) des symptômes dans le cas de Freud, des indices dans le cas de Sherlock Holmes, des signes picturaux dans le cas de Morelli. »⁸⁷.

Le modèle explicite de ce paradigme est celui de la sémiotique médicale : « la discipline qui permet de porter un diagnostic sur les maladies échappant à l'observation directe en se fondant sur des symptômes superficiels, parfois insignifiants aux yeux du profane »⁸⁸.

Et l'historien d'en esquisser l'histoire: il pose une filiation ancienne entre l'homme chasseur (qui « a appris à reconstruire les formes et les mouvements de proies invisibles à partir des empreintes inscrites dans la boue, des branches cassées, des boulettes de déjection, des touffes de poils, des plumes enchevêtrées et des odeurs stagnantes », accomplissant ainsi « des opérations mentales complexes avec une rapidité foudroyante »⁸⁹) ; les devins mésopotamiens qui déchiffraient ou lisaient les traces d'animaux pour prédire l'avenir ;

⁸⁶ *Le mystère de la vallée de Boscombe*

⁸⁷ Carlo Ginzburg, *op.cit.*, p.232. Avant de commencer mes études de médecine, je m'étais souvent interrogée sur ce qui incitait de nombreux médecins de mon entourage plus ou moins lointain, à se tourner, dans la seconde partie de leur vie professionnelle, vers l'histoire de l'art. J'attribuais cela à un besoin vital de Beauté, au sens naïf du terme, dont je me disais que leur métier ne le remplissait pas. Quand j'ai commencé mon internat, je me suis dit que manquaient aux médecins ces moments de léthargie, de divagation, de divertissement – de drogue, qui sont le revers des moments d'action dans « la double nature de Sherlock Holmes » (cf.infra). Finalement, peut-être, que l'activité de l'historien de l'art et celle du médecin sont les mêmes, comme le décrit l'article de C.Ginzburg, des disciplines d'indices et de symptômes, l'urgence en moins et la Beauté en plus dans le premier cas.

⁸⁸ *Id., ibid.*, pp.232-233. Thomas A. Sebeok, professeur de sémiotique à l'université de l'Indiana, rappelle que les racines de la sémiotique sont enfouies dans d'anciens traités de médecine, illustrant la remarque de C.S Peirce, le logicien, philosophe, mathématicien, chimiste, astronome, psychologue, etc. américain, selon laquelle « de façon générale, de loin en loin, on peut dire que les sciences sont nées des arts utilitaires ou supposés être utiles : (...) de même que l'astronomie a émané de l'astrologie, la chimie de l'alchimie, de même la physiologie a surgi à mi-chemin de la médecine et de la magie. » (T.A Sebeok, *Contributions to the Doctrine of Signs*, Lisse, Peter de Ridder Press, 1976, chap.4, p.125, p.181, et C.S Peirce, *Collected Papers*, I, 226). Les écrits de Charles Sanders Peirce sont référencés selon l'édition des *Collected Papers*, Volumes I à VI édités par Charles Hartshorne et Paul Weiss et Volumes VII et VIII par Arthur W. Burks. Cambridge : Harvard University Press, en indiquant le numéro du volume suivi du numéro du paragraphe dans le volume.

⁸⁹ *Id., ibid.*, p.233

l'invention de l'écriture en Chine par un haut fonctionnaire qui avait observé les empreintes d'un oiseau sur la rive sablonneuse d'un fleuve ; et le médecin (dont l'art du déchiffrement est, comme celui du chasseur, tourné vers le passé et le présent, sous l'aspect du diagnostic, et comme celui du devin, tourné vers l'avenir, sous l'aspect du pronostic).

Ce qui caractérise leur savoir commun, qualifié tantôt de « cynégétique », tantôt de « divinatoire » (ce qui dit quelque chose de l'effet de magie que peuvent avoir certaines des explications finales du détective⁹⁰ ou des diagnostics d'un grand médecin), c'est :

- « la capacité à remonter, à partir de faits expérimentaux apparemment négligeables, à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentale »⁹¹, soit, en terme de logique analytique, l'induction, la propension à induire les causes en partant des effets;
- et ce, en l'inscrivant dans une séquence narrative – « peut-être l'idée même de narration (...) est-elle née pour la première fois dans une société de chasseurs, de l'expérience de déchiffrement des traces »⁹².

Vite, une remarque : nous voyons d'ores et déjà comment le médecin est conçu comme un professionnel du signe et la médecine, comme une activité de déchiffrement – de lecture – d'une réalité qui n'est pas transparente. Mais il ne s'agit pas seulement de repérer les indices, il faut pouvoir les interpréter : la médecine se situe à la croisée d'une sémiotique et d'une herméneutique. Le raisonnement qui articule la distinction des signes et le savoir de ce qu'ils dénotent achève la triade hippocratique (observation, raisonnement, savoir)⁹³. Or c'est ce

⁹⁰ Régulièrement à la lecture des histoires de Sherlock Holmes viennent en tête l'image du sorcier et de l'alchimiste, les yeux brillants, les sens aiguisés, le murmure de mystérieuses incantations. Il voit ce que les autres ne voient pas : un *voyant*. Watson authentifie cette impression : « On vous aurait probablement brûlé si vous aviez vécu quelques siècles plus tôt » (*Un scandale en Bohême*).

⁹¹ *Id., ibid.*, p.242

⁹² *Id., ibid.*, p.243. Curieusement, cela a été formulé indépendamment par le mathématicien et épistémologue français René Thom, qui a établi comme fondamental pour la naissance des histoires le schéma de la prédation (*Stabilité structurelle et morphogénèse*, 1972).

⁹³Hippocrate, *De l'art médical*, Garnier-Flammarion, Le Livre de poche, 1994.

raisonnement qui à la fois confère aux solutions de Sherlock Holmes leur caractère magique – « Comment le savez-vous ? » question admirative que posent Watson ou les inspecteurs de *Scotland Yard*, qui ouvre le morceau de bravoure final, et que je me suis déjà entendu poser à des « maîtres » pendant mes études – et qui nous interroge à nouveaux frais sur le caractère scientifique de sa méthode, de notre méthode en tant que diagnosticien – « comment savoir ? », question épistémologique s'il en est.

Carlo Ginzburg ne manque pas de rappeler, dans la suite de son propos, le discrédit qui a porté sur ces savoirs indiciels, considérés comme non scientifiques. C'est dans leur caractère conjectural⁹⁴ (appartenant au territoire de la *Mètis*, de la Ruse, tel que l'ont dressé J.-P. Vernant et M. Détienne dans leur ouvrage éponyme⁹⁵) qu'il enracine le débat pluriséculaire sur l'incertitude de la médecine, les disciplines indiciaires⁹⁶ ne répondant pas, à première vue, aux critères de scientificité nés du paradigme constitué par la physique galiléenne, considéré

⁹⁴ La connaissance conjecturale procède par le détour d'une comparaison qui permet de saisir un événement inconnu à l'aide d'une ressemblance avec un événement singulier. Pour Aristote, la « justesse du coup d'œil » permet de deviner une similitude entre des choses à première vue profondément différentes (*Rhétorique*, III, 1412 a 11-14, cité par Vernant *et al.*, *op.cit.*, p. 300). Sans aucune ambiguïté, Platon condamne les savoirs et les techniques qui relèvent de l'intelligence pratique : dans le *Gorgias*, la rhétorique, qui doit ses succès à l'intuition et au coup d'œil, est condamnée à n'être ni un art ni une connaissance raisonnée ; le *Philèbe* distingue quant à lui parmi les productions humaines celles qui dépendent d'un savoir incertain et celles qui ressortissent à l'exactitude : d'un côté, les arts stochastiques, de l'autre, les productions qui sont objets de calcul, de mesure, de pesée. Seul ce qui est mesurable fait partie de la science exacte, de *l'episteme*, et appartient au domaine de la vérité. Platon congédie ainsi la médecine, la stratégie, l'art du nautonier, la rhétorique et les tours des sophistes. « La *sophia* devient la sagesse contemplative, elle cesse d'être le savoir d'un habile artisan, au sens traditionnel depuis l'épopée homérique, où *sophie* s'appliquait à un savoir organisé, avec ses règles et ses procédés, transmis d'une génération à l'autre dans des corps de métiers, comme les forgerons et les charpentiers. » (J.-P. Vernant, M. Détienne, *La Mètis ou les ruses de l'intelligence*, *op.cit.*, p.302).

⁹⁵ J.-P. Vernant, M. Détienne, *La Mètis ou les ruses de l'intelligence*, *op.cit.*, p.297 sq. Dans ces pages il est dit que le médecin doit se distinguer par sa polytropie (adjectif qui qualifie Ulysse, l'homme aux mille tours, dans le corpus homérique), c'est-à-dire qu'il doit disposer d'une intelligence aussi polymorphe que son adversaire protéiforme (la maladie) ; sa capacité à saisir le moment précis où son action sera décisive (*oligokairos*) ; sa *techne*, c'est-à-dire ce mode de connaissance approprié qui combine trois opérations intellectuelles : réfléchir sur les cas présents, les comparer aux cas passés qui offrent des circonstances analogues ; en tirer des conclusions qui permettent de prévoir comment la maladie va évoluer, soit être apte à conjecturer (*tekmairesthai*). « Il faut, dit le *Traité de l'Ancienne Médecine*, viser à une sorte de mesure (...), car, dans ce domaine, il n'y a ni nombre ni poids qui permettraient d'atteindre à une vérité exacte. Le seul critère admis est le correct, *orthon* ». Et de rapprocher ce savoir indirect et tâtonnant, conjectural, de la *phronesis* (Aristote, *Ethique à Nicomaque*, VI, 7, 1141 a 25, 27 ; b 5) qui caractérise les hommes politiques.

⁹⁶ Comprenant des types d'activité très différents tels que médecins, historiens, hommes politiques, potiers, menuisiers, marins, chasseurs, pêcheurs et femmes (*sic*).

comme celui de la raison universalisante, abstractrice et quantificatrice⁹⁷. « Il s'agit en effet de disciplines éminemment qualitatives, qui ont pour objet des cas, des situations et des documents individuels, *en tant qu'individuels*, et c'est précisément pour ce motif qu'elles atteignent des résultats qui conservent une marge aléatoire irréductible »⁹⁸. Le but de ces deux formes de connaissance est, dans un cas, l'universalité, dans l'autre la singularité ; ici un fait empirique, là une loi.

Le débat, toujours vif, autour de la scientificité *propre* de la médecine, appelle ici une remarque concernant le fait, nous y viendrons, que l'invention scientifique ne suit pas toujours les règles rigoureuses de la déduction et de l'induction – mais requiert, comme a pu le montrer Umberto Eco, à un moment, d'inventer des lois *ex novo*⁹⁹: il se peut que l'opposition entre les deux paradigmes (scientifique versus indiciel) ne soit pas si absolue. C'est l'ambition de Holmes que l'enquête devienne une science, que les procédures rationnelles s'étendent au domaine des traces, de symptômes, des indices, soit à l'empire des faits individuels, et ce en faisant jouer les échelles du local et du global. Nous allons voir comment, et si cela peut nous éclairer sur notre discipline, la médecine.

Nous ne reviendrons pas sur le processus de scientification de celle-ci dont nous avons rappelé, avec Georges Canguilhem, les grandes étapes dans la précédente partie – avec, en particulier, la place de la statistique dans l'élaboration d'une connaissance scientifique de

⁹⁷ Qu'on peut caractériser grossièrement par l'emploi des mathématiques et la méthode expérimentale, autorisant la quantification et le caractère réitérable des phénomènes, permettant d'éliminer l'individuel identifié à une accidentalité extrinsèque.

⁹⁸ Carlo Ginzburg, *op.cit.*, p.250, souligné dans le texte.

⁹⁹ Umberto Eco, « Cornes, sabots, talons, quelques hypothèses sur trois types d'induction », traduction Denis Vernant, in U.Eco, T. A. Sebeok (dir.), *Le signe des trois. Dupin, Holmes, Peirce*, Presses Universitaires de Liège, coll. Clinamen, 2015 (1984), pp.225-248. Umberto Eco appelle cette invention « abduction créative ». Il montre comment ces inventions requièrent de l'imagination et recèlent des aspects esthétiques. Elles sont des « conjectures plausibles » complètes, en ce sens qu'elles parient à la fois sur la nature d'un résultat, mais aussi sur la nature du monde où il s'inscrit (de façon telle que si la nouvelle loi en vient à être vérifiée, la découverte conduit à un changement de paradigme.)

l'individuel –, et qui pose à nouveaux frais la question du statut épistémologique de la médecine¹⁰⁰. Notons juste ceci : alors qu'à l'époque de Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808) et de son écrit sur la certitude de la médecine¹⁰¹, l'impossibilité qui empêchait la médecine d'atteindre la rigueur des sciences de la nature provenait de l'impossibilité d'une quantification, aujourd'hui les difficultés épistémologiques empruntent une interrogation-retour : comment appliquer les « lois » dégagées par les essais randomisés et les revues systématiques de la littérature à un patient singulier¹⁰², ce que l'on appelle « la prise en charge individualisée ». Nous renvoyons à l'ouvrage d'Olivier Steichen sur l'histoire de *Evidence-based medicine* (notée EBM), qu'il traduit par « médecine fondée sur les faits probants », dont il montre que, si elle en reconnaît le rôle fondamental, elle échoue à intégrer l'expérience et le jugement clinique dans une démarche formalisée. « Une démarche idiographique doit compléter la démarche nomothétique modélisée par l'EBM. »¹⁰³

Ce doute jeté sur la science du médecin (savoir indiciaire / savoir savant), nous en trouvons le reflet dans la représentation de Sherlock Holmes en expert scientifique, banale jusqu'à

¹⁰⁰ Georges Canguilhem, « Puissances et limites de la rationalité en médecine », *op.cit.*, p.395 : « En médecine, comme ailleurs, la rationalité se révèle après coup, se découvre au miroir de ses succès et ne se définit pas une fois pour toutes. » ; p.404, prenant exemple de l'immunologie, qui à l'arsenal des médications destinées à soutenir l'organisme dans sa lutte a ajouté la liste des médications destinées à le retenir, rappelle que la rationalité appliquée à la biologie n'est pas asservie aux principes de la logique classique : « pourquoi ne tolérerait-elle pas la contradiction ? » ; pour conclure, p.408 : « Nous voici parvenus au point où la rationalité médicale s'accomplit dans la reconnaissance de sa limite, entendue non pas comme l'échec d'une ambition qui a donné tant de preuves de sa légitimité mais comme l'obligation de changer de registre. » Et, dans « Le statut épistémologique de la médecine », *op.cit.*, p. 425 : « La médecine est la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer. »

¹⁰¹ P.-J.-G. Cabanis, *Du degré de certitude dans la médecine*, Paris, Didot, 1797.

¹⁰² Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A, 2010, « An educational intervention for contextualizing patient care and medical students'abilities to probe for contextual issues in simulated patients », *JAMA* 304(11) : 1191-1197 : « La décision clinique demande deux compétences distinctes : ranger les patients et leurs problèmes de santé dans les catégories diagnostiques et thérapeutiques qui permettent d'appliquer les recommandations fondées sur les données actuelles de la science ; individualiser ou contextualiser les soins des patients lorsque les circonstances demandent de s'écarter des standards individuels. »

¹⁰³ Olivier Steichen, *De la médecine d'observation à la médecine factuelle. Histoire critique de l'evidence-based medicine*, Paris, Editions Hermann, 2018, p. 150, faisant référence à la distinction opérée par l'historien Wilhelm Windelband en 1894 entre sciences nomothétiques, « établissant des règles », et sciences idiographiques, « décrivant des singularités ».

l'usure, et pourtant problématique, problématisée dans le texte même. Qu'on mette en balance les propositions suivantes : « La recherche criminelle est ou prétend être une science exacte »¹⁰⁴ ; « Holmes est un peu trop scientifique à mon goût »¹⁰⁵ ; et l'incrédulité du Dr Watson devant l'aspect lacunaire des connaissances de son ami¹⁰⁶ : « l'étendue de son ignorance était aussi remarquable que celle de son savoir »¹⁰⁷. L'attirail dont le détective encombre le 221bis Baker Street : les cornues, les éprouvettes, les petites lampes ; les monographies diverses dont il s'est rendu coupable¹⁰⁸, les sciences qu'il affiche (science de la déduction, criminalistique naissante) – tout cela fonctionne plutôt comme une marque d'excellence et un attribut romanesque, comme une qualification du héros. La critique policière n'a eu de cesse pourtant de dénoncer son caractère pseudo-scientifique, comme si

¹⁰⁴ *Le signe des quatre*.

¹⁰⁵ Dit de lui l'infirmier Stamford dans *Une étude en rouge*.

¹⁰⁶ « J'énumérai de tête les différents domaines dans lesquels il m'avait montré qu'il était exceptionnellement informé. Je pris même un crayon et entrepris de les noter. Je ne pus m'empêcher de sourire devant la liste quand je l'eus achevée. Elle se présentait ainsi : SHERLOCK HOLMES – SES LIMITES

1. Connaissances en littérature : nulles
2. Connaissances en philosophie : nulles
3. Connaissances en astronomie : nulles
4. Connaissances en politique : faibles
5. Connaissances en botanique : inégales. Calé sur la belladone, l'opium, les poisons en général. Ne connaît rien en jardinage.
6. Connaissances en géologie : pratiques, mais limitées. Sait reconnaître en un seul coup d'œil différentes espèces de sols. (...)
7. Connaissances en chimie : approfondies.
8. Connaissances en anatomie : précises, mais sans vision d'ensemble.
9. Connaissances en littérature à sensation : immenses (...)
10. Joue bien du violon.
11. Est expert à la canne, à la boxe et en escrime.
12. A une bonne connaissance pratique du droit anglais. »

In *Une étude en rouge*.

Cet inventaire à la Prévert prête à sourire. Il est pourtant, paraît-il, raisonné : Sherlock Holmes prétend oublier par principe toute connaissance qui ne serait pas utile à la résolution d'une énigme. Comment s'effectue ce partage ? Je ne sais. Il énonce en tout cas qu'il y a un su et un insu, au sens littéral du terme. Je serais pourtant tentée de rapprocher cet insu, pour le tirer vers plus d'équivoque, du savoir troué du Dr House, matérialisé dans la volumineuse monographie sur le lupus qui lui sert de cachette à sa vicodine (association de paracétamol et d'hydrocodone, un morphinique) - lequel Dr House énonce, sentencieux, au fil des épisodes de la série : « *It's never lupus* ».

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Sur « la manière de distinguer les différentes formes de tabac », « la manière de relever les traces de pas », « l'influence des différents métiers sur la forme des mains » (in *Le signe des quatre*), la manière dont « les oreilles diffèrent les unes des autres » (in *La boîte en carton*). Certaines de ces monographies auraient été publiées dans la célèbre revue médicale britannique *The Lancet*.

l'on pouvait reprocher à ce personnage de fiction de n'être que cela, comme si Holmes n'était qu'un *bluffeur*¹⁰⁹. Je crois pour ma part que ce reproche inconsidéré est à prendre avec le sérieux qu'il se doit, *bluffer* faisant partie intégrante, j'y reviendrai, de l'activité discursive de la résolution d'énigmes, qu'elles soient cliniques ou policières¹¹⁰. Cette qualification contradictoire de l'illustre détective, puisque « scientifique » dit à la fois ce qu'il est (excellent), et ce qu'il n'est pas (*vraiment* scientifique), autorise Dominique Meyer-Bolzinger, que nous avons déjà citée, à écrire : « La question qui parcourt ces récits d'investigation est 'être ou n'être pas' scientifique. »¹¹¹

Avant d'examiner comment les enquêtes de Sherlock Holmes mettent en scène les éléments de la triade hippocratique, je voudrais revenir sur une remarque incidente de Carlo Ginzburg citée plus haut, à mes yeux capitale : si elle ne peut être rigoureusement, ou seulement avec des réserves, qualifiée de scientifique, la logique propre des savoirs indiciars, qui relie le concret de l'expérience et sa formalisation, ou son énonciation, est narrative – où l'on voit se dessiner les accointances entre médecine et sophistique, médecine et historiographie, et se poser les questions qui ont trait à sa transmission.

¹⁰⁹ Cette suspicion est d'ailleurs inscrite, non sans humour, dans le texte même : Sherlock Holmes dit, à propos d'un client qui lui a été adressé dans la dernière nouvelle publiée en 1927, *Le marchand de couleurs retraité* : « Il m'a été envoyé par Scotland Yard. Tout comme les médecins envoient parfois leurs patients incurables à un charlatan. Ils prétendent ne rien pouvoir faire de plus, et que quoi qu'il advienne, le malade ne s'en trouvera pas plus mal. »

¹¹⁰ D'aucuns pourront me reprocher ce terme anglais et argotique. Je n'ai pas trouvé d'équivalent pour dire à la fois la dimension théâtrale, la dimension langagière (rhétorique en partie sur le comportement de l'auditeur, ou du lecteur, mais également dans le fait de « faire être », de produire un monde – un « effet-monde » comme l'écrit Barbara Cassin dans *Jacques le Sophiste. Lacan, logos et psychanalyse*, Paris, EPEL, 2012), la dimension ludique, et celle, à la fois logique et métaphysique, de pari, dans l'activité que nous cherchons à cerner : de diagnostic, de résolution d'énigmes. Barbara Cassin, dans l'ouvrage cité, parle de « séduction » à cet endroit où elle expose la thèse sophistique, qu'elle fait une avec la thèse lacanienne, à savoir : l'être est un effet de dire, « un fait de dit ». Et de citer Jean-François Lyotard (*Le Différend*, Paris, Ed. de Minuit, 1983, §148) : « Il faudrait étendre l'idée de séduction. Ce n'est pas le destinataire qui est séduit par le destinataire. Celui-ci, le référent, le sens, n'en subissent pas moins que le destinataire la séduction exercée. » (*op.cit.*, p. 71). Peut-être que « faiseur » serait un bon équivalent : c'est en faisant qu'on devient faiseur.

¹¹¹ Dominique Meyer-Bolzinger, *La méthode de Sherlock Holmes*, *op.cit.*, p.66.

Repartons de la triade hippocratique : observation, raisonnement, savoir, que l'on peut faire résonner avec les qualités d'un policier idéal énumérées par Sherlock Holmes dans *Le signe des quatre*: « la puissance d'observation », « de déduction », et la « connaissance ». Nous allons maintenant considérer comment ces trois moments se déploient dans le Canon.

Observation

Une consultation se présente d'emblée sous une forme narrative : le plaignant expose son, ses griefs, sous forme d'éléments de discours. Dans les aventures de Sherlock Holmes, cet entretien inaugural présente les aspects généraux de l'argument, mais il est surtout l'occasion d'un feu d'observations qui ont peu à voir avec le cœur de l'enquête – qui ont à voir avec le « goût pour la théâtralisation » que Holmes avoue dans *Le Traité naval* – et qui consacrent la primauté du voir sur tout autre chose. C'est sur le terrain, la scène du crime, que vont être recueillies les traces, les preuves circonstanciées, en un *corpus* idéalement défini, susceptible de s'enrichir au long de l'enquête. Or ces traces ne font pas l'objet d'un consensus : dans les faits il y a souvent différence, voire conflit entre les diverses personnes qui les recueillent, au point que paraît nécessaire une approche interprétative qui place au premier plan certains traits de la réalité : qui les sélectionne. Sherlock Holmes reproche souvent à Watson de ne pas voir ce qu'il a en face de lui : « Vous n'avez pas observé. Et pourtant vous avez vu. »¹¹² ; ou ailleurs : « Vous ne saviez pas où regarder, si bien que vous avez manqué tout ce qui était important. »¹¹³ Ce qu'il y a à voir, nous l'avons déjà dit, ce sont des détails, des petits faits, des fragments apparemment triviaux, des choses bizarres sur lesquelles notre attention ne se

¹¹² *Un scandale en Bohême.*

¹¹³ *Une affaire d'identité.*

concentre qu'avec hésitation, distraite par la prolifération des signes. Nous voici face à une difficulté : comment voir ? comment isoler des éléments hors du cadre dans lequel ils sont justement absorbés ? Une première réponse pourrait être l'exhaustivité, mais même dans le cadre restreint d'un examen clinique, le risque est de faire proliférer les signes. La systématisme dans l'examen d'une scène ? Sherlock Holmes, cherchant à relier deux points – l'indice et le coupable – ne semble pas agir selon un principe de régularités et de connexions constantes. Non : le statut sémiotique d'un fait observé est déterminé par des hypothèses : la valeur symptomatique d'un élément de la réalité, sa valeur référentielle dérive de la décision, entendue comme une conjecture, de le considérer comme pertinent. Dans une conférence prononcée en 1972, intitulée « La connaissance objective »¹¹⁴, le philosophe Karl R. Popper expose la théorie du phare, par opposition à celle du réceptacle : s'élevant contre l'idée que l'esprit humain fonctionne comme un réceptacle des données empiriques, il soutient la primauté des hypothèses, l'idée qu'« une observation est une perception planifiée et préparée. » Ainsi, si à certains endroits, Holmes semble se faire l'apôtre des faits, contre toute sorte d'anticipation et de priorité accordée aux hypothèses¹¹⁵, ailleurs il semble pouvoir être parfaitement intégré au cadre de l'épistémologie de Popper : « - Je ne peux m'expliquer comment j'ai pu négliger cela, déclara l'inspecteur avec une expression d'irritation [en faisant référence à une allumette]. – Elle était invisible, enfoncée dans la boue. Je ne l'ai vue que parce que je la cherchais. »¹¹⁶ Ainsi la valeur d'un événement dépend du phare qui l'éclaire : c'est l'hypothèse qui permet de remarquer un élément dissimulé du décor. On pourrait même avancer l'idée que cette excitation particulière qu'invente le roman policier originel, et que

¹¹⁴ Reprise dans Karl R. Popper, *La connaissance objective : une approche évolutionniste*, Paris, Flammarion, collection Champs, 2009.

¹¹⁵ « La tentation de former des théories prématurées sur la base de données insuffisantes est le fléau de notre profession. » dit-il dans *La vallée de la peur*.

¹¹⁶ *Flamme d'Argent*.

les Anglais appellent si justement *suspens*, correspond à un suspens temporel où le héros ne sait pas *encore* : il sait déjà en fait, ou il sait qu'il va savoir, et nous autres, lecteurs, également – ce qui contribue à nous impressionner fortement, et participe de l'ambiance de divination. Cette espèce de plaisir, ce presque-savoir, existe indéniablement en médecine, peut-être davantage chez les jeunes médecins, car j'imagine que le plaisir, dans la pratique médicale, prend des tours différents avec l'expérience¹¹⁷.

Ainsi, comme le chirurgien, Sherlock Holmes découpe, d'un coup d'œil¹¹⁸ ; c'est lui qui fait parler le mort. A plusieurs reprises, on le voit s'affairer autour d'une victime, flairer, palper, dérouler ses outils, dans un jeu métaphorique qui établit une équivalence entre autopsie et enquête. Il est souvent caractérisé comme un prédateur, à travers ses « yeux vifs et perçants »¹¹⁹, « gris et tranchants comme des rapières »¹²⁰, son « regard d'aigle », « incisif »¹²¹ comme un scalpel. Or on sait depuis l'ouvrage décisif de Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, que l'anatomo-clinique, engageant la naissance de la clinique moderne, superpose le regard porté aux symptômes et aux signes avec le regard porté, *post mortem*, à la lésion. Désormais, comme le résume Michel Foucault, le « regard, à lui seul, domine tout le champ du savoir possible »¹²². Et ce regard, qui dépasse largement l'action de l'oeil pour engager l'ensemble des sens du clinicien moderne dans une forme de tact¹²³, inscrit la médecine dans une modernité qui pouvait alors être qualifiée comme une réorganisation des limites du visible et du dicible. « Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage

¹¹⁷ C'est Jean Oury, lui encore, qui, en filigrane de ses séminaires, laisse entendre que le plaisir, entendu au sens de surprise, l'enjeu de la relation de soin est peut-être, avec le temps, le maintien absolu du singulier, la lutte contre le savoir-déjà – et c'est presque une ascèse, un sacerdoce. En quelque sorte, la verueur du plaisir serait dans le savoir, sa maturité dans la déprise du savoir. Il faudrait s'exercer à ne pas savoir.

¹¹⁸ On notera que de la même racine latine *coedere*, dérivent les verbes *découper* et *décider*.

¹¹⁹ *Une étude en rouge*.

¹²⁰ *Le Marchand de couleur retraité*.

¹²¹ *Un scandale en Bohême*.

¹²² M.Foucault, *Naissance de la clinique*, 1963, Paris, PUF, Quadrige, 2003, p.171

¹²³ *Id., ibid.*, p. 123

au moment où il perçoit un spectacle » écrit encore Michel Foucault¹²⁴. En même temps qu'une nouvelle manière de voir, active, incisive, la clinique inventait une nouvelle manière de dire. C'est par le truchement du dire que le voir se fait savoir¹²⁵. Ici nous aimerions faire une parenthèse sur la richesse de la sémiologie descriptive médicale qui l'apparente à une nomenclature poétique, à une rêverie onomastique, dont la clinique dermatologique a conservé, plus que les autres, l'empreinte. Je cite ici des indices qui apparaissent dans les aventures de Sherlock Holmes : doigts en spatule de la cycliste solitaire, doigts en baguette de tambour du pianiste, ongles en verre de montre, démarche en ciseaux, démarche de gallinacé, démarche spasmodique, démarche pendulaire. On comprend pourquoi Conan Doyle les a repris : ce sont des symptômes visuels, mais les décrire n'enlève pas leur mystère. Ils ont la beauté des locutions imagées ; il faut une certaine habitude du regard et du verbe pour en saisir la signification. Et on reconnaît la magie qu'il peut y avoir à s'écrier, à partir d'une déformation des doigts : « Le poumon, le poumon vous dis-je ! »¹²⁶. La dermatologie a entretenu ce savoir qui va de l'œil, au toucher, à la langue, faisant entendre à neuf l'expression condensée de Michel Foucault au sujet du coup d'œil clinique : « le regard loquace ». Cette qualité de description du corps, cette capacité à nommer ses formes et ses couleurs, ses textures et ses densités, en surface et dans son épaisseur, souvent avec force détails et images qui rappellent les monographies de Sherlock Holmes, est une condition *sine qua non* de sa connaissance ; ou, pour le dire autrement : la capacité de dire reflète la capacité d'observer, l'usage du mot est un usage du monde. C'est cette langue que l'on retrouve dans les articles *princeps* qui proposent la description de nouvelles entités nosologiques, tel celui rédigé par le

¹²⁴ *Id., ibid.*, p. 108

¹²⁵ *Id., ibid.*, p. 115

¹²⁶ Je voudrais ici rendre hommage à un de mes camarades, le futur Dr Sylvain Lescuyer, qui a consacré sa thèse de médecine à l'apport d'un examen minutieux des mains dans le diagnostic de maladies générales, avec une rigueur qui impressionne.

médecin britannique R.S.Crow de ce qui deviendra le syndrome POEMS, intitulé « *Peripheral neuritis in myelomatosis* », publié en octobre 1956 dans le *British Medical Journal*¹²⁷ : il rapporte dans cet article deux cas de myélome ostéosclérotique, associé à une neuropathie périphérique, des oedèmes, une hyperpigmentation cutanée, des troubles des phanères, des doigts en baguette de tambour (justement) et des adénopathies, qui font l'objet de photographies, de coupes anatomo-pathologiques et d'une gourmandise de détails où affleure cette saveur dont Roland Barthes rappelle qu'elle partage la même racine latine que le mot savoir¹²⁸. Cette langue « bilingue », capable d'assumer la précision et la puissance de dérivation poétique du détail du monde, de tenir tout ensemble l'objectivité et la subjectivité, nous semble aujourd'hui une langue perdue : peut-être parce qu'elle altérerait le contenu scientifique d'un savoir sur le corps, qui exige sa mise à plat, sa mise en image bidimensionnée, conformément à un « imaginaire de la transparence ».¹²⁹ Cependant, quand il surgit de nouveau, comme dans la clinique dermatologique, ce savoir, ce patrimoine qu'on croyait périmé, surprend par son caractère intempestif, au sens propre et au sens nietzschéen, c'est-à-dire éminemment actuel, cette force de protestation du passé qui semble la substance des savoirs indiciaires.

¹²⁷ R.S.Crow, « *Peripheral neuritis in myelomatosis* », *British Medical Journal*, 6 octobre 1956, pp. 802-805, article disponible sur le lien suivant : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2035359/pdf/brmedj03175-0029.pdf>

¹²⁸ « Sapientia. Nul pouvoir, un peu de savoir, un peu de sagesse, et le plus de saveur possible. » La « Sapientia », définie ici au carrefour de son étymologie, est le programme que propose Roland Barthes pour son séminaire au Collège de France lors de la Leçon donnée pour l'inauguration de la chaire de sémiologie littéraire, le 7 janvier 1977. Elle conclut ces mots : « Il est un âge où l'on enseigne ce que l'on sait ; mais il en vient aussi un autre où l'on enseigne ce que l'on ne sait pas : cela s'appelle chercher. Vient peut-être maintenant l'âge d'une autre expérience : celle de désapprendre, de laisser travailler le remaniement imprévisible que l'oubli impose à la sédimentation des savoirs, des cultures, des croyances que l'on a traversés. »

¹²⁹ L'expression est de David Le Breton au chapitre 10 de son ouvrage *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige Essais Débats », 2008, intitulé « De l'imagerie médicale à l'imaginaire du corps ». L'image ici est médicale, image-signe, qui renvoie à une réalité identifiable, épurée de toute trace de symbole, entendu au sens de « figuration qui atteint l'objet sans le réduire à sa concrétude, fondée sur un supplément de sens » (p.214). Image sans reste.

Savoir.

Ainsi voir implique un savoir. Dans le cas de la médecine, ce sont les manuels de sémiologie, qui informent le regard. Chez Holmes aussi, il existe des nomenclatures préétablies : les marques de pneus, les cendres de cigare, les ourlets des oreilles, ceux de la calligraphie, le grain des papiers, les déformations de la main. On a vu que son savoir était ample, hétérogène et discontinu. Il est cependant doté d'un présupposé qu'on pourrait qualifier de positiviste, l'uniformité de l'espèce, puisqu'il garantit la possibilité de donner une explication grâce à la « connaissance des cas préexistants »¹³⁰, déplaçant la lunette d'un niveau local, dominé par la variabilité, à un niveau global. Aussi, la suprématie du local, propre à un paradigme basé sur la preuve circonstancielle (tel signe chez telle personne, ou dans telle circonstance), n'exclut pas de façon absolue la régularité (ce qui est une réponse à l'opposition relevée plus haut entre savoirs scientifiques et savoirs indiciars).

Alors comment constituer ce savoir à la fois spécialisé, indiciaire, habile, outillé, et en même temps général (et en écrivant cela, je pense évidemment au savoir de l'interniste qui doit remplir ces deux fonctions) ? Dans *Une étude en rouge*, il livre une théorie de la mémoire et de la connaissance qui participe à la fortune du personnage : « Le cerveau d'un homme est originellement semblable à un petit grenier vide que vous devez remplir avec des meubles choisis. Le sot l'encombre de tout le fatras qu'il trouve sur son chemin, si bien que les connaissances qui pourraient lui être utiles se trouvent évincées ou, au mieux, noyées dans un fouillis d'autres choses, si bien qu'il a du mal à mettre la main dessus. En revanche, l'ouvrier

¹³⁰ *L'Aristocrate célibataire*. Sherlock Holmes garde un index mis à jour des cas criminels inhabituels et intéressants mondiaux, auquel il se réfère afin de résoudre un nouveau cas par analogie (comme par exemple dans *Une affaire d'identité* ou *L'Aristocrate célibataire*). « Je suis capable de me guider à travers des milliers d'autres cas similaires qui viennent à ma mémoire » dit-il à Watson dans *La ligue des rouquins*. Ou encore : « Il y a un lien de parenté étroit entre les différents délits, et si vous possédiez les détails de mille d'entre eux, il serait étrange que vous ne puissiez débrouiller le mille et unième. » (*Une étude en rouge*). Cela me fait penser au répertoire singulier des « histoires de chasse » de chaque médecin.

habile se montre très attentif à ce qu'il fait entrer dans son cerveau-grenier. Il ne prendra rien d'autre que les outils qui peuvent l'aider dans son travail, dont il dispose d'un large assortiment, et dans l'ordre le plus parfait. »¹³¹ Ailleurs, il reconnaît l'impossibilité d'une systématisation scientifique de cette théorie : « Mon esprit est comme un débarras encombré de toutes sortes de paquets qui s'y trouvent entreposés – au point que je ne peux guère avoir qu'une vague idée de ce qu'il y a là. » Mais ce vague, ce désordre, peut s'avérer fructueux : dans la même histoire, *La crinière du lion*, où il recherche la cause des « lignes rouges et sombres » qui couvrent affreusement le corps du cadavre, il sait qu'il a lu « quelque chose là-dessus », fouille une pièce remplie de livres – et l'y trouve¹³². On reconnaît ici les concepts d'« encyclopédie » et de « dictionnaire » tels que les a développés Umberto Eco dans *Sémiotique et philosophie du langage*¹³³. L'encyclopédie est un postulat, qui recouvre l'ensemble des interprétations concevables d'un texte, en pratique non descriptible dans sa totalité (la série des interprétations étant indéfinie, cette série comprenant des éléments contradictoires, enfin, celle-ci se modifiant dans le temps) ; elle correspond à une compétence globale qui n'est jamais possédée que partiellement. Le dictionnaire quant à lui se réfère aux règles sémantiques et grammaticales d'un énoncé. Si le savoir de Holmes semble pouvoir être qualifié d'encyclopédique par la variété et l'ampleur des connaissances, par l'impossibilité de les posséder toutes au même degré du point de vue mnémonique, nous souscrivons au jugement de Gian Paolo Caprettini, philologue et sémioticien à l'Université de Turin, quand il dit que « Holmes domine la célèbre ampleur proliférante de sa pensée grâce à des filtres et des divisions de type dictionnaire »¹³⁴. C'est « l'ordre le plus parfait » dont parle Holmes dans

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² Il s'agit d'un ouvrage sur la méduse à crinière de lion, *Cyanea capillata*.

¹³³ Umberto Eco, *Sémiotique et philosophie du langage*, Paris, PUF, collection Quadrige, 2013 (1984), chapitre 2.

¹³⁴ Gian Paolo Caprettini, « Peirce, Holmes, Popper », in U. Eco, T. A. Sebeok (dir), *Le signe des trois Dupin, Holmes, Peirce, op.cit.*, p.169

la première citation, qui permet de limiter le nombre des chaînes associatives possibles pour parvenir à une conclusion. Nous trouvons là un point de butée sur le rapport qu'on entretient avec la masse des données qui, dans le cas de la médecine, *a fortiori* à l'ère des *Big data*, dépasse nos capacités analytiques : il ne s'agit pas de tout savoir, c'est impossible, mais de savoir où c'est rangé, sous quel angle s'y plonger¹³⁵. Que ce soit dans le rapport aux faits, dans leur observation, ou dans le rapport au savoir, il s'agit donc d'avoir un point d'ancrage. Ce que Gian Paolo Caprettini résume joliment : « La pensée de Holmes (...) se donne dans les termes d'une complémentarité entre le *grenier* (le réceptacle) et la *loupe* (le phare). »¹³⁶

Raisonnement.

Mais comment naissent les hypothèses, qui articulent les faits singuliers au savoir, le local au global ? Où s'origine la « puissance de déduction » de Holmes ? Deux réponses à cela, qui nous font décoller. La première : dans ses moments de léthargie. La seconde : dans l'imagination. Voyons la première. Holmes est connu pour osciller entre l'esprit du limier suivant frénétiquement une piste et une rêverie léthargique, aussi importante dans son activité que l'action, dont elle est comme l'envers. « Dans son caractère singulier sa nature double s'affirmait alternativement et son extrême minutie et sa sagacité représentaient (...) une réaction de défense contre l'humeur qui le portait vers la poésie et la contemplation. La versatilité de sa nature le faisait passer d'une langueur extrême à l'énergie la plus dévorante ; et (...) il n'était jamais si réellement formidable que lorsque, à la fin du jour, il venait de passer des heures dans son fauteuil parmi ses improvisations et ses éditions en gothique. Alors l'appétit de la chasse s'emparait soudainement de lui, et son brillant pouvoir de raisonner se

¹³⁵ On pourrait aussi imaginer une typologie des cerveaux-greniers, des cerveaux-dictionnaires, par spécialité médicale – et voir dans lesquels apparaissent d'ailleurs les aventures de Sherlock Holmes.

¹³⁶ *Id., ibid.*, p. 164.

hissait au niveau de l'intuition. »¹³⁷ Autant l'observation est active, notamment dans les descriptions assimilant le détective à un chien de chasse¹³⁸, loupe à l'appui, autant le raisonnement ressemble plutôt à un état second, où la pipe et le tabac et le reste (musique et cocaïne) sont d'indispensables auxiliaires. T. A. Sebeok et J. Umiker-Sebeok l'ont rapproché¹³⁹ de ce que Peirce nomme le Musement¹⁴⁰, « une rêverie avec qualification », « un Pur Jeu » (6.458), « un exercice vif animé de ses pouvoirs, sans règles, à l'exception de cette véritable loi de liberté » (6.455). De façon plus prosaïque, je dirais simplement qu'il faut du temps, et une certaine liberté d'esprit – une jachère – pour réfléchir (que ce soit dans le cadre d'une enquête policière ou dans celui d'une enquête médicale)¹⁴¹.

¹³⁷ *La ligue des rouquins*.

¹³⁸ Pêle-mêle : dans *Une étude en rouge, Les hommes dansants, Le mystère de la vallée de Boscombe, Les plans de Bruce Patington, L'aventure du pied du diable, Le chien des Baskerville*. Une citation, pas meilleure qu'une autre, mais limpide : « Je suis un chien de chasse. » (*Une étude en rouge*)

¹³⁹ T. A. Sebeok et J. Umiker-Sebeok, « 'Vous connaissez ma méthode' Juxtaposition de Charles S. Peirce et de Sherlock Holmes », in U. Eco, T. A. Sebeok (dir), *Le signe des trois. Dupin, Holmes, Peirce, op.cit.*, p.50

¹⁴⁰ *Musement* en anglais, traduit à partir du vieux verbe français « muser », « rester le museau en l'air » au sens propre, puis, « perdre son temps à des bagatelles » (sens conservé dans musarder ou amuser) et « réfléchir mûrement à , s'appliquer à » (passé en anglais dans *to muse*, réfléchir) (in *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998, tome 2, p.2326). Une des étymologies retenues par le psychiatre et psychanalyste Michel Balat est que *musement* viendrait du même mot que *mu*et être muet, qui vient lui-même de museau, moue. En latin, être muet se disait faire *mu*. Il en dit : « le musement est lié à la mutité, c'est une fonction du silence » (in Balat, M. (2002), « Peirce et la clinique », *Protée*, 30(3), 9–24. <https://doi.org/10.7202/006864ar>).

¹⁴¹ Michel Balat (*ibidem*) rappelle encore qu'une première apparition du musement a lieu dans *Perceval ou le conte du Graal* de Chrétien de Troyes. Perceval, à la recherche du roi Arthur, trouve le musement en chemin. Il y a une oie blessée qui laisse tomber trois gouttes de sang sur la neige. Devant ces trois gouttes de sang, Perceval est non pas médusé ou stupéfait, il est en arrêt sur son cheval, appuyé sur sa lance, devant ces gouttes de sang, et là, il *muse*. Le verbe est de Chrétien de Troyes, en vieux français. Il muse sur ces gouttes de sang. Au loin, un chevalier du roi Arthur passe, le voit et retourne chez le roi pour annoncer la nouvelle. C'est un nommé Kex qui va chercher Perceval : le maladroit se précipite sur Perceval et lui intime de venir. Mais Perceval musait sur les gouttes de sang – c'est une activité à temps plein, on ne peut pas faire autre chose – et, *tout en musant*, il se bat avec Kex et le blesse. Ce dernier va se plaindre au roi Arthur et Gauvain propose alors d'aller chercher Perceval. Gauvain saisit qu'il se passe quelque chose de très important pour Perceval : ce n'est que lorsque les gouttes de sang ont fini par disparaître de la neige que Perceval peut être approché. Gauvain s'approche « en oblique », pour respecter ce musement, et amène Perceval chez le roi Arthur. Michel Balat fait du musement une fonction, utile pour la pratique clinique, qu'il décrit comme suit : « c'est une fonction dans laquelle le cours des pensées n'est pas dévié, il est lié à la perception, créé ou au moins soutenu par elle, et c'est un état continu, de base, quelque chose qui est en développement. Le musement, si on essaie de le saisir sur le plan phénoménologique, c'est ce qui arrive quand nous sommes dans le même état que Perceval : arrêté, un peu hors du monde. (...) Nous ne savons même pas que nous regardons, mais nous sommes *pris dans* nos pensées. » Le thème du sang dans la neige est repris sous le nom de « divertissement » dans *Un roi sans divertissement*, de Jean Giono.

La seconde réponse à présent : les spécialistes de logique et de sémiotique s'accordent sur le fait que le terme de déduction, pour désigner les raisonnements de Holmes, est impropre. Une déduction consiste à atteindre des conclusions particulières en partant de prémisses générales ; une induction renvoie au procès opposé ; les raisonnements de Holmes se basent sur un fait particulier et conduisent à un autre fait particulier, en passant par des chemins de longueur variable, ce qui les rapproche davantage de « l'abduction » de Peirce. En effet, la rationalité de Holmes a son centre dans une forme inférentielle. Mais l'induction repose sur un procès comparatif : c'est une comparaison de faits homogènes, d'échantillons d'une certaine classe ; de là, elle énonce des propriétés générales – ce qu'on fait, du reste, dans les études observationnelles. L'abduction au contraire est basée sur un fait unique, qui se présente parfois comme une énigme, quelque chose d'inexplicable ; à ce stade l'observateur avance une hypothèse, c'est-à-dire qu'il introduit une idée dans la réalité en se demandant si elle peut être démontrée. Face à des cas mystérieux, l'abduction est ainsi décrite par Gian Paolo Caprettini, dans l'article suscité : « x est extraordinaire ; toutefois, si y était vrai, x ne serait plus extraordinaire ; donc y est possiblement vrai. »¹⁴² Selon les propres mots de Sherlock Holmes : « C'est l'une de mes vieilles maximes, que lorsque vous avez exclu l'impossible, ce qui reste, aussi improbable soit-il, doit être la vérité. »¹⁴³ Peirce insiste sur le manque d'originalité de l'induction, en l'opposant au caractère novateur des hypothèses engendrées par abduction. Il décrit même une qualité particulière de ce type de raisonnement, qu'il rapporte à une émotion propre, faisant de l'abduction « un élément de type sensuel » par opposition à l'induction qui produit un élément « habituel » (2.643) : la

¹⁴² G.P. Caprettini, *op.cit.*, p.162

¹⁴³ *Le Diad me de B ryls*.

pensée n'est peut-être pas une catégorie, mais un affect, un *pathos* du *logos*¹⁴⁴. Cela rappelle le motif holmésien de l'imagination dont manquent malheureusement même les policiers doués : « L'inspecteur Gégory, à qui l'affaire a été confiée, est un officier extrêmement compétent. Si seulement il était doué d'imagination, il pourrait atteindre les sommets de sa profession. »¹⁴⁵ L'imagination a une puissance heuristique. Umberto Eco, analysant un exemple de « télépathie » de Sherlock Holmes, lisant dans les pensées de Watson avec une justesse proche de la sorcellerie dans *La boîte en carton*¹⁴⁶, montre comment elle est gouvernée par des critères esthétiques d'élégance¹⁴⁷. Ailleurs, analysant l'enchaînement de pensées qui conduit Holmes à inférer que Watson s'est rendu au bureau de poste de *Wigmore Street* pour envoyer un télégramme à partir du seul fait que celui-là ait eu un peu de boue rougeâtre sur le talon de sa chaussure¹⁴⁸, il montre comment le raisonnement suit en premier lieu un critère d'économie raisonnable (la rue en chantier plutôt que le voisinage) ; en second lieu un pari qui va à l'encontre des évidences : bien qu'il ait eu timbres et cartes postales en quantité sur son bureau, Watson s'est rendu à la poste parce qu'il voulait envoyer un télégramme. « Holmes a inventé une histoire. Il se trouva simplement que l'histoire possible était analogue à l'histoire réelle. »¹⁴⁹

¹⁴⁴ On pourrait rapprocher cela de ce que dit Dominique Meyer-Bolzinger dans l'ouvrage cité sur le moment où Sherlock Holmes, inscrit en creux dans le texte comme une transformation physique : un changement d'attitude, un allant soudain, un empourprement des joues, une lueur du regard, que Watson ne manque pas de remarquer.

¹⁴⁵ *Flamme d'Argent*.

¹⁴⁶ Umberto Eco, « Cornes, sabots, talons, quelques hypothèses sur 3 types d'abduction », in U. Eco, T. A. Sebeok (dir), *Le signe des trois. Dupin, Holmes, Peirce, op.cit.*, p. 244

¹⁴⁷ Umberto Eco, *op.cit.*, prétend qu'un même critère esthétique gouverna l'intuition copernicienne de l'héliocentrisme dans *De revolutionibus orbium coelestium* : « Copernic sentit que le système ptolémaïque était inélégant, manquait d'harmonie, telle une peinture dans laquelle le peintre représente tous les membres sans les composer en un unique corps. Dès lors, le soleil *devait être*, pour Copernic, au centre de l'univers, parce que seule cette disposition pouvait manifester l'admirable symétrie du monde créé. Copernic n'a pas observé la disposition des planètes comme Galilée ou Kepler. Il construisit un monde possible dont la garantie fut d'être bien structuré. » (p. 244, souligné dans le texte)

¹⁴⁸ *Le signe des quatre*.

¹⁴⁹ Umberto Eco, *op.cit.*, p.244

C'est le privilège des mondes fictifs que d'être vrais à *coup sûr*. D'aucuns ont pu reprocher au détective de s'emparer *in fine* du récit en faisant acte d'autorité – littéralement : en devenant l'Auteur, en imposant sa version des faits, au prix d'erreurs logiques et narratives qu'ils ne se sont pas fait faute de redresser¹⁵⁰, sans autre vérification que l'admiration de Watson et épigones, qui atteste de la réussite de Sherlock Holmes.

Cependant, l'impératif de vérification est inscrit dans le texte. « J'ai échafaudé sept explications séparées dont chacune couvrirait les faits tels que nous les connaissons. Mais la question de savoir laquelle est correcte ne peut être déterminée que par l'information fraîche qui sans aucun doute nous attend. »¹⁵¹ C'est sur ce point que Holmes se trouve en désaccord avec les représentants officiels de la police. A l'encontre apparemment de ce que nous avons dit plus haut sur la primauté de l'hypothèse, il déclare : « La tentation de former des théories prématurées sur la base de données insuffisantes est le fléau de notre profession. »¹⁵² Ce qui si souvent égare la police – et Watson – c'est d'adopter, prématurément dans l'enquête sur un crime, l'hypothèse qui a le plus de chance de permettre de comprendre les faits, ignorant les « détails » et refusant de prendre en compte les données qui ne soutiendraient pas leur proposition. Le résultat étant que, « insensiblement », ils commencent « par tordre les faits pour les faire coller à leurs théories, au lieu d'adapter les théories aux faits convenables »¹⁵³. Or, dit encore Holmes à Watson, qu'il met en garde : « Il n'y a rien de plus décevant qu'un fait évident »¹⁵⁴. « Une preuve circonstancielle est une chose très délicate (...). Elle peut sembler

¹⁵⁰ C'est le cas par exemple de Pierre Bayard dans *L'Affaire du chien des Baskerville*, *op.cit.*, avec une érudition, une insolence et un panache dans l'analyse qui donnent le sourire et le vertige.

¹⁵¹ *Les Hêtres-Rouges*. Dominique Meyer-Bolzinger compare cette opération de falsification, selon la terminologie de Popper (qui dit qu'une théorie peut être déclarée insatisfaisante ou fautive lorsqu'une des propositions dérivant de ses prémisses générales est contredite au cours d'une expérimentation) – à la pratique du diagnostic différentiel, en fait du diagnostic d'élimination.

¹⁵² *Le mystère de la vallée de Boscombe*.

¹⁵³ *Un scandale en Bohême*.

¹⁵⁴ *Le mystère de la vallée de Boscombe*.

pointer très directement vers une chose, mais si vous changez un peu de point de vue, il se peut que vous la trouviez en train de pointer d'une façon tout aussi inflexible vers quelque chose d'entièrement différent. »¹⁵⁵

Ici nous devons faire un aparté sur le signe pathognomonique : la quête de ce signe, DU signe, celui qui désignerait uniment la vérité, la preuve irréfutable en quelque sorte – est à la fois une tentation et une utopie. On pourrait même avancer que le même état d'esprit a présidé à la naissance de l'expertise médicale et du roman policier. Tentation de savoir à coup sûr, d'un seul coup d'œil – et utopie sémiologique étriquée, puisqu'elle ruine l'investigation : qu'y aurait-il à chercher si tout était désigné ? Plus d'hésitation, plus de mystère. Pourtant, elles persistent, tentation et utopie (les chiffres de sensibilité et de spécificité mettent en question la pertinence de ces signes désormais), dans la formation médicale, à travers une série de noms propres immémoriaux, de noms quasi mythologiques, dont l'évocation, si elle se perd, parce qu'elle se perd, rappelle les grandes heures de la médecine clinique et couvre de gloire celui qui a su voir, et chez qui s'entretient ce savoir séculaire : signe de Köplik, signe de Lhermitte, signe de Babinski, figures de Lichtenberg¹⁵⁶. C'est Watson, ce sont les policiers, ce sont les jeunes médecins qui *croient* en ce régime de la preuve irréfutable. Pour Watson, la réalité se caractérise par une alternance claire entre zones de probabilité et zones de mystère. Lorsque la réalité des preuves circonstancielles suggère par elle-même une explication, lorsque le compte rendu est correct parce qu'il y a une reconstruction probable, Watson considère cela comme la fin de l'enquête, sans davantage chercher à expliquer certains détails encore irrésolus. Par contraste, il apparaît impuissant dans la zone où commence le mystère, parce qu'il ne peut pas se concentrer sur les broutilles qui permettent

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ Formes arborescentes pouvant apparaître transitoirement sur la peau de personnes foudroyées.

à Holmes de résoudre l'énigme. Peut-être au fond est-ce là ce que la plupart d'entre nous, médecins, faisons : nous acceptons une certaine marge d'incertitude dans notre savoir, mais pas la possibilité d'un non-savoir. Pour Watson, soit le local a sa propre explication – une preuve irréfutable, soit il se perd dans un chaos de preuves circonstancielles où ses seules actions possibles sont des hypothèses improbables et contradictoires (comme celles de l'inspecteur Bardle dans *La crinière du lion*, sur les marques rouges qui lacèrent le dos de la victime, que nous avons déjà mentionnées, et qui visent à expliquer un détail unique, strictement local, non relié au contexte). Si l'on suit la définition que donne Gian Paolo Caprettini du mystère, « un changement soudain d'une situation globale à une situation locale »¹⁵⁷, on peut dire que Watson est le personnage des questions globales (qui est le coupable ?) et Holmes celui des questions locales (quelle preuve circonstancielle doit être valorisée ?). « Par conséquent, les 'petits faits' sont la clé de la relation local/global dans la stratégie [cognitive] de Sherlock Holmes » conclut-il¹⁵⁸.

Si donc c'est une erreur « capitale »¹⁵⁹ de théoriser avant de disposer de suffisamment de preuves (sinon toutes), ce n'est pas que les faits, avec leur langage univoque, imposent la seule interprétation plausible – au contraire : c'est justement qu'ils sont multivalents. Qualifier un élément de fait revient à dire qu'un *signe* (naturel) a déjà été une fois pour toutes transformé en *symptôme* (lequel dénote déjà un certain sens). Cela ne devient possible que dans la phase finale de l'enquête. Dans une histoire policière, deux limites empêchent de considérer un

¹⁵⁷ G.P. Caprettini, *op.cit.*, p.167

¹⁵⁸ *Id.*, *ibid.* A ce propos, je pense pour ma part à une consultation fabuleuse de dermatologie où un de ces petits faits a modifié le cours des choses, suscitant à la fois le mystère et sa résolution : une patiente consultait pour la prise en charge d'une dermite radique suite à un cancer du sein. La découverte lors de l'examen physique d'une toute petite lésion papuleuse de la paume de la main, translucide et déprimée, difficile à voir, a fait songer, en accord avec les antécédents personnels et familiaux de la patiente, à un syndrome de Cowden, syndrome génétique prédisposant à certains cancers (dont le cancer du sein). Celui-ci a été confirmé chez la patiente, sa mère et sa sœur. Je reproduis en annexe la photographie de cette lésion qu'a bien voulu me confier le Pr Dan Lipsker.

¹⁵⁹ *Une étude en rouge.*

signe comme un fait : les liens contextuels, qui jettent sur lui des lumières différentes, et la possibilité de la simulation, de la fabrication intentionnelle de la preuve. Et voici Dr House et sa légendaire paranoïa.

Dans le cadre d'une réflexion sur la pensée conjecturale, nous nous sommes autorisés, au-delà de l'occasion biographique et historique, à comparer Sherlock Holmes à un médecin à partir de sa façon de procéder dans la conduite d'une enquête : soit en examinant les faits, en les articulant à un savoir par un raisonnement que nous avons, avec l'appui de spécialistes de sémiotique, qualifié d'abductif – c'est-à-dire d'une certaine façon librement associatif. C'est un drôle de médecin que nous avons portraituré : attentif au bizarre, à ces détails qui ne sont pas consignés (et donc à ce titre, capable de les intégrer, comme nouvelles entités, dans des formes narratives), avec une vigilance de limier aux aguets, qui s'autorise cependant des plages de flottement nécessaires, et dont le savoir apparaît à la fois troué et ordonné. Qu'est-ce qui, dans ce portrait, a donné prise à ce que nous serions enclin d'appeler, dans la suite de notre propos, « un mythe épistémologique » ? Je crois que c'est ce pouvoir de création de mondes textuels possibles, « textuellement vraisemblables » – textuels renvoyant à une distinction d'U. Eco¹⁶⁰ – et son succès pratique non démenti (la coïncidence avec le monde réel), sans autre vérification complémentaire que la certification fournie par l'admiration de tous. Dans la vraie vie, rappelle Eco, non sans humour, « les détectives sont rémunérés par la

¹⁶⁰ « J'entends par 'texte' une série cohérente de propositions, liées ensemble par un sujet ou un thème commun. (...) En ce sens (...) la séquence d'événements examinés par un détective peut être considérée comme un texte. » Umberto Eco, *op.cit.*, p. 232. Et d'ajouter, en substance, un peu plus loin, que le médecin aussi évolue dans « un univers textuel donné ». Ailleurs, sur le Zadig de Voltaire, mais on peut remplacer Zadig par le détective ou le médecin : « Les diverses constatations visuelles que Zadig fournit peuvent représenter soit une série discontinue, soit une séquence cohérente, c'est-à-dire un texte. Reconnaître une série comme une séquence textuelle signifie trouver un thème textuel (...) qui établit une relation cohérente entre des données (...) encore disjointes. (...) Fréquemment, on ne sait pas si le thème que l'on a découvert est ou non le 'bon', et l'activité d'interprétation textuelle peut conduire à des actualisations sémantiques différentes et conflictuelles. Cela prouve que chaque interprète d'un texte fait des abductions parmi les nombreuses lectures possibles d'un texte. » (p. 240)

société pour leur audace à parier (...), alors que les scientifiques [le sont] pour leur patience mise à vérifier leurs abductions. (...) Ni Galilée, ni Peirce n'ont eu de reconnaissance sociale durant leur vie, et il pourrait y avoir une raison épistémologique à de telles mésaventures. Ainsi, (...) [s'il] y a au moins un point sur lequel Peirce et Conan Doyle (...) ne racontent pas la même histoire, [c'est que le second] fait le récit de l'infaillibilité, [et le premier] celui de la faillibilité humaine. »¹⁶¹

SHERLOCK HOLMES, MYTHE EPISTEMOLOGIQUE

Partant du constat d'une situation critique, fondée sur un hiatus entre l'image que se font les médecins de leur métier et ce qu'il devient effectivement, le philosophe Alexandre Klein, enseignant à l'Université de Laval au Canada, se propose d'explicitier les mythes médicaux, ces représentations idéalisées du savoir et du travail médical autour desquelles s'est constituée la profession médicale moderne, afin de penser à nouveaux frais cette crise de l'identité médicale. Dans un article intitulé « La figure du bon médecin », il souligne « l'importance de ce qu'il convient d'appeler des 'mythes épistémologiques' dans le processus moderne de professionnalisation de la médecine »¹⁶²; ceux-ci témoignent de ce que la rationalité médicale comporte, dans sa constitution théorique de connaissance pure, puis de connaissance appliquée, une dimension symbolique. Il se fonde sur le concept de professionnalisation, entendu, à la suite du sociologue Richard Wittorski¹⁶³, comme le processus de formation d'une profession dans la sphère publique et la construction d'une

¹⁶¹ U. Eco, *op.cit*, p. 248

¹⁶² Alexandre Klein, « La figure du bon médecin », *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2236> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2236

¹⁶³ R. Wittorski (dir.) (2008). *La professionnalisation, Savoirs*, 17, p. 11-38.

identité professionnelle propre, passant par : la constitution scientifique d'un savoir théorique ; des résultats thérapeutiques ; un cadre politique et juridique ; et une dimension rhétorique et symbolique, par laquelle les médecins convainquent la société de leur efficacité. Il montre d'abord comment, en deçà de ses résultats et applications pratiques, le savoir médical en soi, par sa nature propre de savoir du vivant, a une influence symbolique profonde sur l'opinion publique, « envoûtante » écrit-il, contribuant à son acceptation. S'appuyant sur l'ouvrage du médecin et philosophe François Dagognet, *Philosophie biologique*¹⁶⁴, il détaille alors les deux mythes épistémologiques que sont :

- celui du savoir anatomo-pathologique, liant substrat matériel (lésion) et fonction, qu'a longuement décrit Michel Foucault dans *Naissance de la clinique*, dont il pointe la continuité avec le bon sens et le rôle d'ancrage dans une exigence de transparence, puissants moyens de persuasion (qui masque le décalage entre la vie biologique et la vie phénoménologique);
- le médecin savant et moral, appelé de ses vœux par Claude Bernard à la fin de son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* : « [U]n médecin praticien accompli doit non seulement être un homme très instruit dans sa science, mais il doit encore être un homme honnête, doué de beaucoup d'esprit, de tact et de bon sens »¹⁶⁵ - tact dont il rappelle, à la suite de Georges Canguilhem, qu'il n'est, dans une perspective positiviste, qu'un dispositif temporaire avant l'avènement définitif de la médecine scientifique¹⁶⁶, de même que la figure du médecin scientifique et moral n'est

¹⁶⁴ François Dagognet, *Philosophie biologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1955.

¹⁶⁵ Claude Bernard, *Introduction à la médecine expérimentale*, (1865), Paris, Nouvel Office d'édition, 1963, p.330

¹⁶⁶ Le physiologiste expérimental, dont C. Bernard défend l'avènement, « n'est pas un homme du monde, c'est un savant, c'est un homme saisi et absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit : il n'entend plus les cris des animaux, il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir » (*Id., ibid.*, p.170)

qu'une fiction heuristique répondant à une stratégie de formalisation du savoir scientifique et de conquête de l'opinion.

Ainsi, ces deux figures idéalisées du savoir et de la pratique, unifiées sous celle du « bon médecin », ont eu pour but d'assurer l'adhésion du corps politique et social aux exigences d'autonomie de la profession médicale. Mais il y a plus : elles opèrent au sein même du corps médical, en garantissant sa cohésion, en rassurant le médecin de la justesse et de l'importance de sa propre pratique. L'image du médecin à la fois efficace, car dépositaire de la science médicale, et humain, car praticien à la moralité irréprochable, est au cœur de la représentation que se fait le médecin de son travail comme d'une mission, d'un sacerdoce. Elle fonde ce que le psychiatre d'origine hongroise Michael Balint a appelé « la fonction apostolique », décrivant ainsi la manière dont le médecin « s'administre au patient »¹⁶⁷ - et l'on pourrait dire à lui-même, « jouant ainsi au docteur ». Alexandre Klein conclut son article par cette phrase : « Par le biais de la fonction apostolique, la figure mythique du bon médecin, que soutient l'envoûtant rationalisme visuel du substrat, apparaît bien comme le moteur du processus essentiel à la professionnalisation, de persuasion des différents acteurs – le médecin, le malade, le politique et le citoyen – de la validité des promesses émises par la médecine scientifique. » Où l'on voit comment se mêlent épistémologie et symbolique.

A notre tour, nous nous proposons d'analyser Sherlock Holmes comme une figure mythique du savoir : s'il nous est difficile de dire qu'elle intervient dans un processus de professionnalisation du corps médical (tel que ce mot a été défini plus haut), au moins peut-

¹⁶⁷ Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, (1957), Paris : Payot, 1988, trad. J.-P. Valabrega, p.242

on émettre l'idée qu'elle nourrit des imaginaires particuliers¹⁶⁸, et surtout, qu'elle continue d'agir, à travers l'avatar du Dr Grégory House, dans la série éponyme déjà citée.

Nous considérons ces deux figures côte-à-côte comme un mythe, au sens que lui donnait Claude Levi-Strauss¹⁶⁹, celui de la connaissance réussie (et en ce sens épistémologique) : à coup sûr d'un côté (Holmes), à tout prix de l'autre (House), dans un régime de partage limpide du vrai et du faux. Ce que cette connaissance cristalline et d'extraordinaire est assumé chez le premier, fondant son statut positif de superhéros ; et mâtiné de zinzinerie, de procédés douteux, de propos inacceptables dont la fonction est peut-être de rendre plus ordinaire l'extraordinaire – selon la thèse du sociologue Hervé Glévarec et du philosophe Thibaut de Saint-Maurice qui décrivent comme suit le héros des séries télévisées : un personnage attachant¹⁷⁰ et hyperréel¹⁷¹, en en faisant la clé du succès de ces dernières. Que le médecin soit un détective extraordinaire – mais qu'il soit aussi un malade comme les autres : voilà ce que propose le personnage du Dr Grégory House, à ce titre plus figure mythologique que

¹⁶⁸ Je cite Pierre Bayard, dans l'ouvrage déjà mentionné sur Sherlock Holmes : « tout psychanalyste sait à quel point la vie d'un sujet peut être influencée et même modelée, parfois jusqu'au tragique, par un personnage de fiction et les identifications qu'il suscite. » (*op.cit.*, p.119)

¹⁶⁹ « Le mode du discours où la valeur de la formule *Traduttore traditore* tend pratiquement vers zéro », in *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958, p.232

¹⁷⁰ Dans un article paru dans *Le Débat*, Paris, Gallimard, n°94, mars-avril 2017, pp.181-191, intitulé « Elargir la vie : les séries contemporaines », les auteurs opposent le rapport d'attachement au rapport d'identification et l'inscrivent dans une pratique d'habitude (celle qui attend le soir l'amateur à la fin de sa journée de travail, dans un temps interstitiel, entre deux activités, avant, après, pendant), de consommation (impliquant, disent-ils, plaisir et légèreté), de familiarité voire d'amitié avec les personnages de fiction (« Je voudrais presque qu'ils existent pour pouvoir (...) passer un peu de temps avec eux » dit un spectateur que les auteurs citent).

¹⁷¹ L'hyperréalisme des séries contemporaines est dû au fait qu'elles « produisent un réel, soit parce que ce qui est représenté est envisageable pour leurs spectateurs, soit parce qu'elles comportent des indices d'un contexte connu de tous. (...) [Elles] sont une manière de se donner des représentations partagées sur les préoccupations actuelles, l'insécurité (les séries policières), des problèmes de santé (les séries hospitalières), des problèmes de société (les séries judiciaires). En [les] suivant, le téléspectateur a l'occasion de s'habituer à un aspect de la vie qui pourrait le concerner un jour » (*op.cit.*, p.189). L'hyperréalisme des séries télévisées, à l'origine de l'addiction qu'elles suscitent, viendrait de ce qu'elles montrent non plus l'extra- mais l'infra-ordinaire, ce que Georges Perec appelait de ses vœux : « Comment parler de ces 'choses communes', comment les traquer plutôt, les débusquer, les arracher à la gangue dans lesquelles elles restent engluées, comment leur donner un sens, une langue : qu'elles parlent enfin de ce qui est, de ce que nous sommes. Peut-être s'agit-il de fonder enfin notre propre anthropologie : celle qui parlera de nous, qui ira chercher en nous ce que nous avons si souvent pillé chez les autres. Non plus l'exotique, mais l'endotique. » (in « Approches de quoi ? », *L'Infra-ordinaire*, Paris, Ed. du Seuil, 1989, p.11)

mythique. Mais il y a plus : ces images de connaissance accomplie entérinent le fait que la raison raisonnante s'accompagne de froideur, non comme un revers, mais comme sa face la plus diurne – idée banale sans doute : mais qui met à mal le mythe bernardien du savant vertueux. Le savant est, comme le disent certains malades des médecins, « tellement extérieur ».

Ainsi, la misogynie de Holmes trouve son fondement dans un besoin théorique : se prémunir contre les passions, en particulier les passions les plus tendres, pour préserver l'efficacité de son esprit. La preuve *ex negativo* est donnée dans *Un scandale en Bohême* où, troublé sans doute par le personnage d'Irène Adler, il oublie de soumettre un détail anodin au même examen auquel il s'astreint habituellement, au prix d'une erreur. Dr House s'en tient quant à lui à sa devise « les gens mentent » (« *people lie* ») et par voie de conséquence aux stricts faits, quitte à enfreindre la vie privée des gens, maltraiter ses collaborateurs, et souvent mal se comporter avec les patients.

Si donc Sherlock Holmes et le Dr House peuvent constituer des mythes épistémologiques c'est, d'une part parce qu'ils excluent l'idée même de ne pas savoir, dans une même mise en scène de la fureur de savoir sous forme de la chasse/paranoïa, d'autre part parce que le régime pratique ne les concerne pas, la règle de conduite issue de leurs conclusions ratiocinantes n'appartient guère à la fiction – malgré des effets de réel de part et d'autre (assurés hors-champ par la police et la justice dans un cas, par les petites mains des assistants dans l'autre). A ce titre, il peut paraître contestable de construire une représentation de la clinique médicale sur un mythe qui est décorrélé de la pratique. Cependant, elle répond à une conception de la santé comme un droit, elle est le visage de « la rationalité d'en haut sous la dépendance de la rationalité d'en bas », pour reprendre les mots de Georges Canguilhem: « Des siècles durant, l'activité du médecin avait été la réponse à la prière de l'homme frappé par le mal. Elle est

devenue une exigence de l'homme qui refuse le mal. Cette conversion de l'imploration en revendication est un fait de civilisation, de nature politique autant que scientifique. Dans les sociétés industrielles, les hommes acceptent difficilement que certaines maladies donnent occasion aux médecins d'avouer leur impuissance, et les médecins acceptent difficilement qu'on puisse les croire incapables de relever un défi. »¹⁷²

Aussi, si dans *Le Pont de Thor*, on lit, adressé à Sherlock Holmes : « Vous êtes comme un médecin qui veut connaître tous les symptômes avant d'établir un diagnostic »¹⁷³, aujourd'hui, un patient m'interrogeant sur la nature de ma spécialité conclut pour lui-même : « vous êtes comme un détective qui cherche à rassembler tous les indices pour trouver la solution » (*sic*). Que s'est-il accompli dans ce retournement ? La question n'est plus : Sherlock Holmes eût-il fait un bon médecin ? Mais : le médecin est-il un bon sherlock-holmes ? De nombreuses situations institutionnalisées nous mettent en position jouissive de détective : les cas cliniques hebdomadaires du *New England Journal of Medicine*¹⁷⁴, ou ceux des Printemps de la Médecine interne, justement couronnés du prix Dr House¹⁷⁵. Or je me demande dans quelle mesure se joue, dans ce retournement, dans cette conception du savoir à tout prix, de la réponse

¹⁷² Georges Canguilhem, « Puissances et limites de la rationalité en médecine », *op.cit.*, p. 399

¹⁷³ *Le Pont de Thor*.

¹⁷⁴ Sous la rubrique du *Case Record of the Massachusetts General Hospital*, qui se présente comme une mise en scène de l'intelligence à partir de la description d'un cas, où foisonnent toutes sortes d'informations, la sélection synthétique par l'expert des symptômes-clés, l'épuisement des diagnostics potentiels jusqu'au dernier, et enfin le lever de rideau final, renforcé par un pseudo-dialogue entre l'expert et les médecins qui lui soumettent le cas, dialogue qui tient lieu de clause et qui évoque les mondanités de Sherlock Holmes en fin de nouvelle. Ou sous celle du *Clinical Problem-Solving*, où l'on suit pas à pas, indice après indice, la démarche exclusive du médecin-enquêteur. Voilà deux ans que je les lis assidûment : je n'ai jamais vu un médecin se tromper. Borges voyait juste, la forme moderne du fantastique, c'est l'érudition.

¹⁷⁵ Instaurés il y a 25 ans, cette « école du diagnostic » met en scène des médecins expérimentés, qui, devant les plus jeunes, se prêtent au jeu du coup sûr, après les avoir égarés. Elle respecte un cahier des charges respectable : des cas difficiles (de beaux cas énigmatiques qui constituent ce que l'on appelle des histoires de chasse), l'exemplarité, une pédagogie par l'analogie et l'humour. Justement : ce sont ces mises en scène et ce ludisme qui pointent peut-être vers un à-côté de la certitude.

obligatoire, de la connaissance sans reste, quelque chose du passage des sociétés disciplinaires aux sociétés de contrôle dont nous avons parlé dans la partie précédente. A la remarque qui lui est faite plus haut, le détective répond d'ailleurs, sur un ton de défi et de menace, qui dit aussi que l'obstacle à la solution ne peut venir que du dehors : « Exactement. (...) Et seul un malade qui voudrait abuser son médecin dissimulerait quelques-uns de ses symptômes. » - où l'on entend le célèbre « *People lie* », « Les gens mentent », du Dr House, répété à l'envi comme une règle de jugement. Il faut du soupçon pour produire de l'enquête, et c'est sa naïveté qui fait accepter à Watson des solutions sans examen approfondi, ou céder à la tentation des solutions absurdes et des folles conjectures. Le soupçon est donc un aiguillon de l'intelligence – mais, poussée à bout, sa logique veut qu'au terme de l'enquête il trouve quelque chose : le médecin paranoïaque résout le doute dans la certitude. Et cette certitude peut prendre la forme d'une sémiologie défensive qui disqualifie les patients comme « manipulateurs », à la recherche de « bénéfices secondaires », « hystériques », « *border lines* ».

Ainsi, Sherlock Holmes, communément connu pour être le champion de la déduction, devient le nom mythique de la transformation de l'activité diagnostique induite par les *Big data*, ces données dont le volume dépasse l'entendement et dont le défrichage nécessite des algorithmes d'intelligence artificielle – par une coïncidence révélatrice, c'est par le nom du médecin Watson qu'est appelé un de ces logiciels. Un exocerveau en somme. L'extraordinaire de sa méthode se prête à une conception computationnelle de la pensée médicale¹⁷⁶, avec

¹⁷⁶ « Computation » est un terme très large qui regroupe toute activité informatique (« computer » le verbe dit avec un accent français, désigne dans le jargon des informaticiens le fait de lancer un programme, de déclencher une série de calculs. Et c'est bien sûr le terme anglais pour dire ordinateur). Le *deep learning*, à l'origine des

pour horizon le spectre de l'effacement du médecin¹⁷⁷, celui de la « nouvelle médecine sans médecin ni malade » que prédisait G.Deleuze dans l'article déjà cité sur les sociétés de contrôle.

La question se pose alors : quel est le reste de ces algorithmes ? Et au médecin, ni savant ni bienfaiteur, que reste-t-il ? L'ordinaire. Watson.

WATSON

Watson, comme dans les nouvelles de Conan Doyle, aura moins d'honneur que Holmes. C'est moi, pourtant, c'est nous, la masse des internes et étudiants en médecine, les idiots du service.

Watson est un idiot de service. A la fois serviteur et élève, comme dans le *topos* littéraire et philosophique du couple maître-esclave, selon une relation hiérarchique qui n'évolue guère (contrairement par exemple à Sancho Panza, serviteur célèbre, qui, dans *Don Quichotte de la Manche* de Miguel de Cervantès, s'émancipe de son maître et prend avantage de sa folie), subordonnée à une gamme de nuances, qui va de la cordialité et de l'intimité à une exploitation autoritaire non exempte d'une forme de sadisme, même vague et atténuée¹⁷⁸.

logiciels d'intelligence artificielle, est une méthode semi récente d'apprentissage (de conception et d'architecture de programmes informatiques) : il s'agit de laisser le logiciel « apprendre » des données, c'est-à-dire en pratique confronter ses hypothèses, ses paramètres, à des échantillons de données. A le faire suffisamment de fois, il parvient à corriger ses paramètres qui finissent par converger vers une meilleure prédictibilité.

¹⁷⁷ Déjà annoncée, dans sa fonction pathique, dès les années 1980 par le philosophe et médecin François Dagognet : « grâce aux nouvelles technologies médicales, le médecin devra renoncer à ses rôles archaïques de confident, de prêtre consolateur, ou même de simple observateur attentif » (*in Philosophie de l'image*, Paris, Vrin, 1986, p. 9), cette disparition du médecin, dans sa fonction logique, fait l'objet de nombreux éditoriaux dans de grandes revues médicales ces deux dernières années.

¹⁷⁸ Dans *Le Détective agonisant*, outre l'angoisse de la maladie de Holmes, Watson doit supporter l'amertume de ses insultes : « Après tout, vous n'êtes qu'un praticien généraliste ayant une expérience très limitée et des qualifications médiocres » lui dit-il.

Son personnage est pourtant essentiel dans l'économie du récit : « conducteur de lumière » comme dit de lui Holmes lui-même¹⁷⁹, il rend possible une articulation hiérarchique du savoir, dans laquelle il occupe manifestement la place la plus humble – autorisant Dominique Meyer-Bolzinger à proposer, dans une perspective historique, une interprétation qui court sur une ligne de tension entre médecine de quartier et médecine spécialisée, médecine ordinaire et médecine géniale¹⁸⁰. Il offre, jusque dans sa persévérance dans l'erreur (d'une enquête à l'autre, on ne le voit guère progresser), ce point d'appui dialectique qui permet à Sherlock de sherlocker (cette fonction est particulièrement visible chez les seconds du Dr House), « rien [n'éclaircissant] autant un mystère que le fait de l'exposer à quelqu'un d'autre. »¹⁸¹ C'est parce que Watson se trompe que Sherlock Holmes explique, ses interrogations et ses relances sont une « pierre à aiguiser. »¹⁸²

Mais il est également le narrateur des aventures et, à ce titre, c'est à lui que Holmes doit son éternelle notoriété¹⁸³. Piètre enquêteur, il est un bon chroniqueur. En quoi est-ce essentiel ? L'un explique, l'autre raconte : mais c'est celui qui est médecin pour-de-vrai qui raconte ! Peut-être sont-ce là les deux faces d'une même activité. Malgré le mépris jeté, dans le texte même, sur tout ce qui est *littérature* (Sherlock Holmes reprochant mille fois à Watson son goût pour le romanesque, le sensationnel, le sentimental, l'eau-de-rose, la dramatisation : en somme, tout ce qui n'est pas scientifique¹⁸⁴), Watson héroïse en quelque sorte la narration. Non seulement petite main de Holmes, il est l'émissaire de l'Auteur dans le texte. Mais en

¹⁷⁹ « Vous n'êtes peut-être pas une lumière par vous-même, mais vous êtes un conducteur de lumière. Certaines personnes dépourvues de génie personnel sont quelquefois douées du pouvoir de le stimuler. Mon cher ami, je vous dois beaucoup ! » (*in Le Chien des Baskerville*).

¹⁸⁰ Dominique Meyer-Bolzinger, *op.cit.*, p. 50

¹⁸¹ *Flamme d'argent*.

¹⁸² *L'Homme qui rampait*.

¹⁸³ Seules quatre nouvelles du *Canon* holmésien ne sont pas narrées par Watson.

¹⁸⁴ De l'avis de Holmes, Watson devrait « se confiner dans les faits et les chiffres » (*in L'Aventure du soldat blanchi*) sans quoi c'est comme s'il introduisait « une histoire d'amour dans la cinquième proposition d'Euclide » (*in Le Signe des quatre*).

déléguant sa fonction d'Auteur au personnage de Watson, A. Conan Doyle se taille un drôle de portrait : celui d'un Auteur aveugle, témoin partiel, qui, non omniscient, raconte *a posteriori*, en rapportant non des faits bruts, mais des récits de faits. Ce qui, certes, a pour effet de produire un récit véridique, en donnant à imaginer l'au-delà des mots, les à-côtés de l'histoire, le *hors-récit* ; mais dévoile en même temps, comme constitutionnels, l'arbitraire du récit, les biais qu'imposent toute trame narrative, toute circonscription d'énigme. La « déformation » due aux « scotomes, angoisses, inhibitions » de l'observateur, à « l'enchevêtrement de ses (...) préjugés », fait partie de la méthode d'approche de l'objet observé¹⁸⁵.

Pour ce qui m'importe (ce que les aventures de Sherlock Holmes disent de notre métier), je retiendrai de Watson trois fonctions, imbriquées les unes aux autres : mettre au jour la dimension rhétorique de la solution ; incarner le non-savoir, voire l'insu du savoir et le plaisir de ne pas savoir ; enfin, je l'ai déjà dit : raconter.

Concernant la dimension rhétorique de la résolution d'énigme, qu'elle soit judiciaire ou médicale, entendue, avec Aristote, avec Roland Barthes¹⁸⁶, comme art d'extraction en vue d'une délibération convaincante : on l'a vu, la solution finale proposée par Sherlock Holmes, réservée à la fin du récit, ne souffre pas, dans l'économie de la narration, de contradiction. Dans l'organisation hospitalière, le diagnostic est aussi un moment rhétorique : le public à convaincre est le diagnosticien lui-même – il doit se persuader pour agir –, ses pairs, le malade.

¹⁸⁵ Pour reprendre les mots lumineux du psychiatre Georges Devereux, dans l'introduction de son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, [1994], Flammarion, Champs essai, 2012, p. 12.

¹⁸⁶ Roland Barthes, « L'ancienne rhétorique », *Communications*, 16, 1970. pp. 172-223.

Le Professeur, comme le grand détective, par son éthos, parce qu'il parle en dernier, en dernier recours, a autorité. Mais il y a plus : dans cette perspective on peut rapprocher le diagnostic d'une « performance », au sens que la philosophe et helléniste Barbara Cassin lui donne quand elle étudie la sophistique. Elle écrit : « *Epideixis* est le nom (...) par lequel Platon désigne le discours suivi d'un (...) Gorgias, par opposition au dialogue par questions et réponses qu'affectionne Socrate. Quelque chose comme une « conférence », une « prestation », une « performance » (...), tant l'orateur donne de sa personne. Le mot est fait sur *deixis*, l'acte de montrer, index tendu, mais il se différencie du terme philosophique courant, *apodeixis* ou « démonstration » [par lequel] on fait en sorte que le phénomène devienne objet de science, de « logique ». (...) *L'epideixis* est l'art de montrer « devant » et de montrer « en plus », suivant les deux grands sens du préverbe. (...) Le supplément de *deixis* qu'est *l'epideixis* parvient ainsi à faire virer le phénomène en son contraire, à en faire apparaître un autre, comme un lapin du chapeau : le phénomène devient l'effet de la toute-puissance du *logos*. »¹⁸⁷ Le discours fait être, et c'est pourquoi son sens ne peut être appréhendé que dans l'après-coup, au vu du monde qu'il a produit. L'effet produit sur l'auditeur n'est qu'un de ses effets-monde possibles. De là découle la conception du *logos-pharmakon*, remède, drogue, poison, charme, colorant, tanin, lessive, selon les sens déclinés par le dictionnaire¹⁸⁸, par opposition au régime du *logos-organon* dont avec Aristote nous avons hérité comme du régime normal. D'un côté donc, le pouvoir et l'effet ; de l'autre, le dévoilement et l'adéquation : le *pharmakon* n'est pas lié à la vérité, mais à l'interprétation. Le

Pr Jean-Christophe Weber, interniste, dans une communication qu'il a bien voulu me

¹⁸⁷ Barbara Cassin, *Jacques le Sophiste*, *op.cit.*, pp.91-93

¹⁸⁸ Et Barbara Cassin, qui décidément ne manque pas d'humour, écrit : « le discours comme remède, le langage comme drogue, le rapport comme poison, la définition comme charme, le mot comme colorant, le terme comme tanin et le raisonnement comme lessive : on devrait se donner un instant le droit rigolard de tout entendre. » (*op.cit.*, p.83)

transmettre¹⁸⁹, a étudié les questions liées à une conception du diagnostic comme moment rhétorique : le régime des preuves, traces corporelles mais aussi éléments de discours sur lequel fait fonds l'histoire de cas, et la difficulté liée à leur recueil, « tendu entre le perceptuel et le conceptuel, qui leste les sens d'une théorie interprétative » ; la possibilité de penser, à côté des données observées et des raisonnements, l'ethos et les affects des protagonistes, qui, pour être « les écueils potentiels de la rationalité pratique, [sont] aussi la base de l'efficacité et de l'acuité du diagnostic » ; un régime inattendu de partage de la charge rhétorique, où le médecin et le patient se découvrent tour à tour orateur et auditeur l'un de l'autre. En résulte une vision du diagnostic comme « persuasion réussie », qui fait droit à ce qui est rejeté comme irrationnel dans la conception d'une médecine enfin scientifique : la part du vraisemblable, du contingent, de l'influence, du pathos. « Ce qu'on attend, ce n'est pas la vérité, mais une conviction suffisante pour agir, une vraisemblance suffisante. La prise de décision thérapeutique se fait souvent sans que le diagnostic soit complètement établi. (...) En régime pratique, le savoir du médecin recouvre plutôt ce qu'il croit savoir, ce dont il est persuadé, que ce qu'il peut prétendre légitimement savoir dans les conditions épistémologiques de la science. » Watson a cette fonction-là : il est le médecin-auditeur.

Ajoutons : médecin-auditeur-non spécialiste, ou médecin comme auditeur non spécialisé. Par opposition au grand Détective supposé savoir, il est celui qui ne sait pas, celui qui reconnaît ne pas savoir, voire : celui dont la fonction est de ne pas savoir. Quelle est cette fonction ? Dans l'environnement hospitalier, on peut dire qu'elle est soignante : l'externe, l'interne

¹⁸⁹ « Faire un diagnostic en médecine interne. Fonction et champ de la rhétorique », Communication à Bruxelles dans le cadre du colloque international sur les « Usages et fonctions de la rhétorique » qui s'est tenu du 16 au 18 mai 2013.

parfois, les infirmiers, les aides-soignants sont les destinataires de confidences qui participent de l'élaboration d'un diagnostic, la source de petits gestes et de petits mots (bavardage) dont la nature est d'entretenir une « ambiance », un milieu chaleureux et vivant, qui soigne autant qu'il doit être l'objet de soins¹⁹⁰. Dans cette perspective la fonction soignante est collective, elle appartient autant à Watson, voire plus à Watson qu'à Sherlock Holmes. Le diagnostic, comme le soin, est une question écologique, en plus d'être une question intellectuelle¹⁹¹.

Mais nous l'avons évoqué plus haut, la fonction de l'idiot est aussi d'entretenir le discours de l'autre : soit dans un rapport d'admiration comme dans le cas de l'élève et du maître, soit dans un rapport critique comme dans le cas des Persans de Montesquieu, soit dans un rapport d'auteur, au sens où il autorise l'émergence d'un discours narratif dont la place est à définir. Si l'enjeu véritable est l'expérience vitale de la maladie plutôt que sa nomination (selon l'idée psychanalytique que la demande du patient au médecin excède la guérison), alors le médecin n'est en rien spécialiste de cette expérience qui ne peut se dire qu'à la première personne. La fonction médicale, sa spécialité propre, sera de créer les conditions pour qu'elle puisse s'énoncer¹⁹². Dans cette perspective, la crédulité de Watson, sa capacité à croire sur parole, sans crainte d'être dupe est une façon d'accepter que ce discours ne se situe pas, pas seulement en tout cas, dans le registre logique du vrai. Ainsi, être un médecin crédule ou un médecin soupçonneux définit le rapport que l'on entretient à la théorie, à la médecine comme

¹⁹⁰ C'est toute la réflexion autour de l'organisation de la vie quotidienne qu'a nourrie la psychothérapie institutionnelle, à partir des travaux de François Tosquelles, et mise en place dans un lieu d'accueil comme le château de La Borde. Elle comporte une analyse des conditions de travail, une critique des rapports hiérarchiques institutionnalisés, une sensibilité aux « entours » : comment favoriser l'initiative, l'inventivité dans sa dimension singulière, et non sur commande comme à travers les « programmes thérapeutiques » ? Comment faire en sorte qu'un sourire par exemple puisse s'adresser, pas un sourire d'hôtesse d'accueil, mais le sourire du chat de Lewis Carroll, un sourire qui fait irruption, qui se détache, qui soit hors du temps, de l'espace, du cadre ?

¹⁹¹ Pour paraphraser le sous-titre de l'ouvrage de la philosophe des sciences allemande Katrin Solhdju, *L'Épreuve du savoir. Propositions pour une écologie du diagnostic*, *op.cit.*

¹⁹² Je brode ici autour de termes employés par Jacques Lacan dans sa conférence : « La place de la psychanalyse dans la médecine », *op.cit.*

science. Jean-Christophe Weber plaide pour « une clinique du malentendu », soit l'adaptation d'une clinique propre « à l'opacité inhérente à toute situation qui engage des êtres parlants. C'est une limitation sévère à l'ambition de faire science. Mais c'est une condition de possibilité de la pratique. »¹⁹³

Enfin, Watson, en tant que narrateur médecin, me permet d'énoncer cette chose toute banale : à savoir que la médecine est une pratique narrative. Être médecin, c'est raconter des histoires, c'est s'en laisser conter, dans tous les sens de cette expression. De même que les nouvelles sont conçues comme un feuilletage de récits, délégués à divers témoins, rassemblés par Watson, de même un diagnostic peut être conçu comme un récit de récit, une interprétation d'interprétation, élaboré à partir de la traduction initiale des symptômes livrés en langue profane par le patient dans le cadre du colloque singulier, à partir du dispositif dialectique qu'est l'équipe soignante dans le cadre d'un colloque pluriel. Aussi, et c'est l'idée que nous voudrions soutenir dans les pages qui vont suivre, peut-être est-il impossible d'opérer, dans le cas d'un diagnostic, la séparation entre le fait et la fiction. Non que la dimension fictive du fait médical - sa dit-mension - soit un argument contre sa scientificité¹⁹⁴ : c'est précisément parce qu'il s'agit d'*arte-facts* spéciaux, ambitieux sur le plan logique, technique et éthique, que ces faits doivent être tenus non pour moins effectifs, mais pour hypereffectifs, en quelque sorte, efficaces¹⁹⁵. Comme l'a montré Bruno Latour dans *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*¹⁹⁶, ceux qui vénèrent les fétiches ne sont pas

¹⁹³ Jean-Christophe Weber, « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale », *Revue des Sciences Sociales*, 2013, n° 50, p.109

¹⁹⁴ Sans compter que la vérité scientifique a elle-même une histoire...

¹⁹⁵ Je reprends ici les développements proposés par Katrin Solhdju, dans son livre intitulé *L'Épreuve du savoir. Propositions pour une écologie du diagnostic*, op.cit., Deuxième partie, Troisième site : « Disqualifications », p.119 et sq.

¹⁹⁶ Bruno Latour, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Paris, 2009, Les Empêcheurs de penser en rond.

aveugles à l'artificialité de leurs objets de culte. Et en cela, ils sont en mesure de nous apprendre une posture qui célébrerait ces artefacts en tant que tels, leur efficace située dans un contexte expérimental défini, et, partant, leurs limites. Considérer un diagnostic comme une fiction signifiante – ou, pour l'écrire comme Jacques Lacan, comme une *fixion*¹⁹⁷, mais rapportée à un instant donné, avec la conscience que le temps, l'évolution, peut l'arracher à sa fixation – c'est déplacer son évaluation de l'aune de la vérité à l'aune du sens. Qu'est désormais un bon diagnostic ? Et comment y parvenir ? Comment enseigner la façon d'y parvenir ? Ces questions, je me les suis posées concrètement très tôt au cours de mon internat, face à des conclusions cliniques très différentes devant un même patient, partant, des décisions hétérogènes – et pourtant, une issue similaire. Il me semble que ce qui avait été envisagé en pédagogie avec les tests de concordance de scripts, désormais abandonnés, à savoir la confrontation des chemins narratifs empruntés par un groupe d'experts et par des étudiants face à une même situation clinique, rendait visible, et possible cette multiplicité. Et permettait, en régime d'incertitude (étant exclues des situations caractérisées, appelant des raisonnements « sous-corticaux » et des décisions immédiates), de substituer à l'idée du diagnostic vrai, celle du diagnostic juste.

Je reviens à Watson, disciple indécrottable de Holmes – lequel s'adresse à lui, *texto*, « avec l'air d'un professeur de médecine s'adressant à ses élèves »¹⁹⁸ - pour poser une question qui m'importe : qu'est-ce qu'un maître ? On l'a dit, Watson n'apprend rien. Mais peut-être que du maître, on ne peut, comme Watson, que relater les hauts faits : on n'en tire pas leçon, on n'en tire pas un manuel. Il fait sentir, il inspire, il fait toucher ou voir : bref il rend plus percevant, il rend visionnaire. Ce n'est pas intellectuel. C'est de l'ordre de l'affect, et de l'affect

¹⁹⁷ Jacques Lacan, « L'Étourdit », *Scilicet*, n°4, Paris, Seuil, 1973, p. 39

¹⁹⁸ *Le Signe des quatre*.

léger, par opposition aux affects lourds dont nous parlions dans la première partie. Cela pourrait porter le beau nom d'amitié. Dans l'organisation pédagogique qu'est la clinique, c'est le compagnonnage. Le Maître est quelqu'un, il incarne un savoir, il le fait descendre dans une pratique. Il n'y a pas de répétition pure possible, il n'y a de transmission que par différence. Comme l'écrit encore Jean-Christophe Weber, « le savoir des disciplines indicielles (...) se fonde sur des subtilités peu formalisables, il suppose une pratique répétée, assidue. Il n'est réellement acquis que dans sa mise en oeuvre, ce qui suppose un apprentissage, un exercice continu : l'expérience se forge par l'expérience, et nulle part ailleurs ni autrement. »¹⁹⁹

Nous en avons terminé avec ce portrait du médecin Watson, du médecin en Watson, qui s'est voulu un éloge de l'idiotie. En somme Sherlock seul ne saurait faire un bon médecin : c'est Sherlock avec Watson, c'est Watson avec Sherlock.

Cependant, pour parfaire ce tour des personnages du roman policier, manquent l'évocation du coupable – l'énigme, la maladie, et celle de la victime – le patient. Ils font l'objet des deux parties suivantes.

¹⁹⁹ Jean-Christophe Weber, « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale », article cité, p.105

ENIGME

C'est l'histoire de deux rabbins. L'un est en apprentissage chez l'autre. Un jour, une femme vient consulter le rabbin-maître, à propos d'un rêve qui la taraude : elle rêve d'un arbre en fleurs dont l'une des fleurs, blanche, éclatante, grossit, grossit, grossit jusqu'à occuper tout le rêve. Elle veut savoir ce que ce rêve signifie. Le rabbin-maître lui dit qu'il va réfléchir, lui propose de repasser le lendemain. Le jour dit, la dame s'entend révéler la signification de son rêve : « Vous allez avoir un enfant ». Neuf mois plus tard, elle met au monde son troisième enfant.

Le temps passe. Le rabbin-maître tombe malade. Son disciple prend la relève.

La même dame le consulte à son tour, au sujet d'un rêve qui la taraude : elle voit un arbre qui, malgré la pluie et le soleil, malgré les ébats des printemps du monde, ne pousse plus de feuilles, dont les branches cassent une à une. Elle veut savoir ce que le rêve signifie. Le rabbin-disciple lui dit qu'il va réfléchir, lui propose de repasser le lendemain. Le jour dit, la dame s'entend révéler la signification de son rêve : « Vous allez mourir. » Elle meurt.

Le rabbin-disciple, excité, ahuri, court au chevet de son maître : « J'avais raison ! ». Et le maître de lui répondre : « Non. Tu l'as tuée. »²⁰⁰

De même, les enquêtes de Sherlock Holmes s'inaugurent, c'est encore Dominique Meyer-Bolzinger qui le souligne, comme une consultation : un quidam vient exposer au détective-

²⁰⁰ Je n'ai pas de source écrite pour cette histoire. C'est mon ami Martin Roth, psychiatre de son état, qui me l'a racontée.

consultant les bribes d'une énigme à résoudre. Et l'énigme, faisons rouler le mot dans la bouche, c'est une histoire, et c'est une intrigue (quelque chose qui accroche), et c'est un mystère qui appelle un dévoilement, une résolution.

Quelle serait, pour notre propos : la médecine, la transposition de l'énigme du roman policier ? Ou pour le dire plus frontalement : quel est l'objet de notre métier ? On l'a dit avec Georges Canguilhem dans la première partie de ce travail, pour parvenir à sa fin dernière, qui est l'efficacité d'un traitement, la médecine a dû opérer une réduction de son objet, du malade vers la maladie, et s'adjoindre le concours de sciences qui étaient étrangères à cette fin²⁰¹.

Mais : passée au fil de l'angoisse, que nous avons présentée, également au début de ce travail, comme affect-maître, coextensif de l'expérience du médecin qui se doit de diagnostiquer juste et de soigner juste, avec la mort comme horizon dernier, dans le roman criminel comme dans la médecine, alors la question de l'objet propre de la médecine devient vertigineuse. Dans cette partie, je voudrais interroger, à l'aune de ce que j'ai déjà suggéré çà et là, l'objet et la finalité de l'acte médical :

- qu'est-ce qu'un diagnostic ? Combien de diagnostics vrais, avérés, faux, loupés, incertains, non faits dans une vie de médecin ?
- qu'est-ce qu'une maladie ?
- qu'est-ce qu'une interprétation ?

Alors, oui, elles nous entraînent, ces questions, sur le terrain de la psychanalyse et de ce que nous appelons, nous les somaticiens, des troubles fonctionnels, ou des troubles somatoformes – mais je n'irai pas sur ce terrain, j'irai le moins possible car il serait nécessaire de faire usage d'une ample littérature à ce sujet que je ne maîtrise pas – non, je voudrais

²⁰¹ Georges Canguilhem, « Le statut épistémologique de la médecine », *op.cit.*

continuer à suivre les traces que l'on recueille dans le cadre d'une enquête médicale, traces de discours et traces du corps, pour approcher, sur le fil du vrai, du faux, du fictif, ce qui peut être une définition du métier que j'ai choisi : faiseuse d'histoires.

Reprenons.

Que nous dit la petite histoire présentée plus haut en exergue ? Que le rabbin-maître et le rabbin-disciple avaient raison ? Que le rabbin-disciple est aussi bon que le rabbin-maître ? Que les rabbins, comme les médecins, ont des réponses à beaucoup de choses – parfois même avant que la question ne soit posée : je pense à ces statistiques effarantes sur le temps de parole dévolu au patient qui entre en consultation de médecine²⁰². Qu'il faut se méfier de l'interprétation comme d'un pouvoir qui clôt, qui tue ? Peut-on envisager un diagnostic médical autrement que comme :

- une solution, une réduction *ad unum*, un bouclage du savoir, acquis dans un midi de l'esprit, midi étant l'heure où le soleil ne jette plus d'ombres ?
- un événement fixé dans le temps, un événement qui fait date, marquant l'entrée du patient dans un récit prédéterminé qu'est l'histoire naturelle d'une maladie ?

Nous savons tous, médecins, qu'il existe des situations qui nous somment de réfléchir sur nos hésitations, nos repentirs, plutôt que sur nos certitudes. Ce sont celles où le diagnostic se dérobe, relégué dans le « rien » : « Vous n'avez rien. » Rien qui signifie surtout que nous n'en voulons rien savoir – ce qui est quand même un drôle d'envers à cette passion de savoir que nous avons décrite chez Holmes/House : en matière de diagnostic qui se dérobe au savoir médical déjà constitué, c'est plutôt à un désir de ne pas savoir que l'on assiste. Ce « rien »

²⁰² La parole du patient est coupée en moyenne au bout de 18 secondes, chiffre que l'on trouve par exemple dans cette fiche de l'HAS sur l'écoute active : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

énonce peut-être simplement la partition des objets de la médecine, des faits saillants et des faits insignifiants, du champ du visible et du reste, lorsqu'elle s'est constituée en science, ou simplement, disons, dans la logique de Michel Foucault encore, en discours. L'« observation » du malade, discipline sur laquelle les étudiants étaient jugés quand ils passaient leurs « cliniques », c'est la mise en place du discours médical. Ce texte consignait ce qui a été observé recueille tout ce qui est énonçable en termes médicaux et écarte ce qui ne l'est pas. Mais ce qui est rejeté, on n'en parle même pas. L'observation est en quelque sorte une observance de l'« ordre du discours », pour reprendre le titre qu'a donné Michel Foucault à sa leçon inaugurale au Collège de France²⁰³.

Or ce rien, ce reste, ce rejet du discours, insiste, on le sait, nous agace, nous *excède*, au sens littéral et au sens figuré du verbe. Ces situations, celles qui font achopper notre savoir, sont celles qui requièrent le plus particulièrement de nous, que ce soit d'un point de vue scientifique (la description de nouveaux tableaux cliniques par exemple), que d'un point de vue soignant, le maintien d'une pluralité de réponses possibles : une porte ouverte à la consultation d'après, au symptôme d'après, un devenir. Une abstinence du diagnostic.

Giovanni Morelli, chez qui Carlo Ginzburg décèle la naissance du paradigme indiciaire²⁰⁴, était médecin et s'intéressait à la peinture : à la question des faux en peinture. Dans un petit livre d'Yves Bonnefoy, *La Stratégie de l'énigme*²⁰⁵, il est question d'un tableau mystérieux, *La Flagellation du Christ* de Piero della Francesca, peint en 1455, qui a suscité une fièvre interprétative, au point que Carlo Ginzburg y trouva l'occasion de mettre à l'épreuve la forme

²⁰³ Michel Foucault, *L'Ordre du discours*, Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970, Paris, Gallimard, 1970.

²⁰⁴ Carlo Ginzburg, « Signes, traces et pistes. Racines d'un paradigme indiciel », article cité.

²⁰⁵ Yves Bonnefoy, *La Stratégie de l'énigme*, Paris, Galilée, 2006

même de l'enquête historique²⁰⁶. Le sujet du tableau, celui qu'annonce son titre, est relégué au second plan, derrière des personnages qui se tiennent tout au bord, tout près de nous, mais qu'on peine à identifier et dont on s'explique mal la présence. Ils sont trois, d'âges différents, et le plus jeune, diaphane, blond, le regard au loin, nus pieds, semble absent, parmi les anges peut-être. Des hypothèses sont évoquées, aucune n'emporte complètement la conviction. C'est alors que le poète, Yves Bonnefoy, avance : les commentateurs se sont arrêtés à des points obscurs, ils en ont perçu la résistance, évidemment ils en ont été stimulés (le mystère appelle l'enquête), mais ils ne se sont pas attachés dans ces énigmes à leur caractère d'énigme. L'obstacle à la réflexion est son objet même, dit le poète. « Ne pas comprendre permet de voir. Permet d'accéder dans le voir distrait et superficiel de la pratique ordinaire – [prise] par ses entreprises à (...) court terme, celles (...) de la signification, justement – à un second niveau où peut se faire entendre la musique infuse dans ce qui est. Voir, à ce plan, pour écouter, en somme. »²⁰⁷ « Et je fais donc l'hypothèse qu'il y a dans la *Flagellation* non seulement des énigmes, mais une stratégie de l'énigme »²⁰⁸ : celle d'un « suspens de la signification au profit d'un regard accru sur la donnée naturelle en son évidence immédiate »²⁰⁹. De l'analyse d'Yves Bonnefoy, nous retenons ceci : « l'excès de la réalité sur l'intelligible »²¹⁰, manifeste « par intensité accrue des couleurs, des formes, autrement dit par silence »²¹¹. Pour voir les choses, il faut les regarder comme si elles étaient dénuées de sens : comme des énigmes. Cependant, ajoute le poète, faire silence est devenu de plus en plus difficile, le monde, devenu un monde d'objets, et non plus de choses, est un

²⁰⁶ Carlo Ginzburg, *Enquête sur Piero della Francesca : le « Baptême », le cycle d'Arezzo, la « Flagellation » d'Urbino*, Paris, Flammarion, 1983

²⁰⁷ Yves Bonnefoy, *op.cit.*, p.33

²⁰⁸ *Id., ibid.*, p.34

²⁰⁹ *Id., ibid.*, p.36

²¹⁰ *Id., ibid.*, p.42

²¹¹ *Id., ibid.*, p.66

monde de bruit, de bruit sans fond. Il prend à témoin le peintre Edward Hopper cette fois-ci : « Le motel anonyme, moins qu'un arrêt sur la route de nulle part. Ses parois resserrées, la commode vide, et la reproduction qui pend au-dessus, tout cet oublié déjà en lieu et place de la salle de la *Flagellation*, elle si subtilement construite, espace où le divin (...) est supplicié mais ne souffre pas, car une harmonie s'est établie par degrés (...) : quelle allégorie, cette différence des deux scènes, des changements qui ont eu lieu et vont continuer dans la société occidentale ! »²¹²

Je voudrais montrer ce que cette stratégie de l'énigme a à voir avec la « mise entre parenthèses », ou la mise en silence, du savoir à quoi Georges Canguilhem invite comme accomplissement de la rationalité médicale²¹³, et avec l'accueil, ou la mise sur écoute des « petits faits » de Sherlock Holmes, des traces, des déchets, qui fondent les savoirs indiciars. Si l'on suit l'intuition d'Yves Bonnefoy, ce que les patients-qui-n'ont-rien nous mettent sous le nez, ce en quoi ils font cas²¹⁴, c'est justement en leur caractère d'énigme. Qui sait ce qu'ils veulent, au juste ? Stratifions encore : et si l'objet de notre travail, de diagnosticien, de thérapeute et de soignant, n'était pas seulement la découverte, le dévoilement de la maladie derrière les symptômes, mais tout ensemble (diagnostic et soin) la réponse à la demande, supportée par le corps, du patient ? C'est à ce point que l'enquête diagnostique échoue, ou éclot dans une « clinique du malentendu », pour paraphraser le titre d'un article déjà cité de Jean-Christophe Weber, où le malentendu (le mensonge, l'erreur, la tromperie) serait constitué non comme un objet de notre pratique (comme dans la psychanalyse par exemple), mais comme un de ses éléments. Et l'interprétation revient de force et de droit, au sens où le médecin interprète la demande du malade. Jean-Christophe Weber écrit encore, ailleurs : si

²¹² *Id., ibid.*, pp.70-71. Ce sont les dernières phrases du livre.

²¹³ Georges Canguilhem, « Puissances et limites de la rationalité en médecine », *op.cit.*

²¹⁴ Du latin *cado, cadis, cadere, cesidi, casum* : tomber. Ce qui nous tombe dessus, en somme.

« le médecin est confronté (...) à une énigme diagnostique, [elle est] d'emblée plus touffue que sa seule résolution dans le savoir, puisque se [mêle] à la situation de maladie éventuelle, la demande. »²¹⁵ En effet, quelle est cette demande ? Qu'est-ce que le demandeur sait de ce qu'il veut ? qu'est-ce que le médecin en comprend ou veut en comprendre ? Quel jeu - au sens de flou, au sens de dynamique, au sens de mouvement, au sens d'espace - s'institue entre les deux ? Le corps comme objet médical n'est jamais qu'une partie du corps : un corps médié par notre savoir, nos techniques, un corps préconçu, « une modalité désincarnée du corps »²¹⁶. Certes il offre un champ de jeu (au sens de divertissement), de découvertes, d'énigmes, d'enquêtes à élucider. Mais au fond ce sont des histoires simples. « Le savoir du médecin sur le corps est un savoir circonscrit »²¹⁷. On pourrait même contester l'existence réelle de ce corps médical, corps du patient présenté à la médecine, le décrire comme un fait construit pour une certaine efficacité, au titre des faits scientifiques, dans le dispositif de la clinique tel que l'a décrit, encore une fois, Michel Foucault : « La clinique n'est pas un instrument pour découvrir une vérité encore inconnue ; c'est une certaine manière de disposer la vérité déjà acquise et de la présenter pour qu'elle se dévoile systématiquement. »²¹⁸ Un art de la présentation, un théâtre. Or tout ce qui fait vie, c'est-à-dire aussi la mort, dont la maladie est l'empreinte d'après Georges Canguilhem²¹⁹, mais encore : le désir, le plaisir, la dépense, l'ambivalence, le désir de mort, la souffrance, etc., tout cela n'est pas l'objet de notre savoir même s'il est parfois l'objet de la demande du patient.

²¹⁵ Jean-Christophe Weber, « Traiter quoi, soigner qui ? », in *Cahiers philosophiques*, 2011/2, n°125, p.13. Article disponible en ligne à l'adresse suivante: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-7.htm>

²¹⁶ *Id.*, *ibid.*, p.12

²¹⁷ *Id.*, *ibid.*, p.12

²¹⁸ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op.cit.*, p.59

²¹⁹ « Une façon de commencer à devenir inorganique » écrit-il en citant la correspondance de Sigmund Freud, in « Les maladies », in *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.48. Ou encore : « la mort est dans la vie, la maladie en est le signe », p. 47.

C'est ici que se glisse la distinction faite par le philosophe italien Giorgio Agamben dans le premier tome de son cycle *Homo sacer* entre *bios* et *zoe*, *bios*, entendu comme forme de vie prise dans une réalité sociale, langagière, politique, *zoe*, « la vie nue », le simple fait de vivre, commun à tous les êtres vivants, la vie purement biologique²²⁰. La question de l'objet propre de la médecine devient alors : quel corps ? quelle vie ? ou le corps en sa double vie ? Non seulement le corps du patient, particulièrement, en ces situations mal codifiées et mal acceptées de souffrance sans maladie (fibromyalgie, hystérie, etc.), mais le corps du médecin, en ses croyances, en sa fatigue, en ses refus, en ses dégoûts, débordent le fait médical de la maladie. Et la maladie elle-même n'est pas que cet objet disposé sous nos regards, présenté, représenté, cerné par nos dispositifs. On l'a dit : elle est un fait corporel qui essaie de se dire dans la consultation, et un fait de langage qui est autre et toujours en-deçà du fait corporel. Elle est composite.

La question devient alors : comment faire place à notre non-savoir (sur le *bios*) tout en exerçant notre savoir légitime sur la *zoe* ? Comment être à la fois sachant et ne sachant pas, dans la même fonction ? Watson et Holmes ?

Cette question interroge notre rapport, celui des patients, celui de la société à la certitude diagnostique exigible, ainsi que son corollaire, l'action thérapeutique, qui se durcit au gré des avancées technologiques. « L'espoir ou la croyance d'épuiser toute la vérité d'une situation dans sa signature moléculaire »²²¹ a jeté le discrédit sur le jugement clinique : « l'usage des biotechnologies peut être ressenti par le médecin comme la manière la plus directe, la plus probante, de rendre effectif le voisinage de sa pratique avec la science. »²²² Mais envisager l'acte médical comme un acte de parole, et non seulement pour focaliser le regard du savant

²²⁰ Giorgio Agamben, *Homo Sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil, 1997, p. 9

²²¹ Jean-Christophe Weber, article cité, p.13

²²² *Id.*, *ibid.*

sur telle ou telle région du corps, revient à rétablir, en matière de soin, l'objectivité indépassable de la subjectivité. Nous définissons la pratique clinique comme une médecine qui donne à parler. A la limite, la qualité de malade n'est même pas nécessaire, il suffit qu'il y ait un symptôme physique, quelque chose du corps « qui ne va pas. » L'énigme, en l'occurrence la maladie, devient ce qui fait parler le patient, et, dans le même temps, ce qui fait taire le médecin. Ce serait cela le « propre » de la médecine : une stratégie de l'énigme, une stratégie du silence, une économie de la parole et de l'écoute, l'accueil d'un homme, d'une femme qu'il faut laisser parler, en ses symptômes physiques qui prennent une dimension non seulement langagière mais narrative. Au soupçon du Dr House, qui met en branle la machine à chercher, nous préférons le suspens de Canguilhem, ou de Bonnefoy, qui met en branle la machine à parler. L'« observation », l'œil se font écoute. Entente. Le « rien », le reste de nos lois est moins ce qui demande à être compris, que ce qui demande à être entendu. « Que les oreilles vous servent d'yeux. »²²³

Au fond, Jacques Lacan ne dit pas autre chose quand il souligne que l'originalité de la fonction médicale est dans le mode de réponse à la demande, surtout dans un régime de la faille épistémo-somatique, caractérisé par la faille entre le savoir scientifique sur le corps et le corps en sa « vraie nature »²²⁴.

Evidemment il ne s'agit pas de renoncer à la science. La médecine, c'est banal de le dire, a deux légitimités en somme : scientifique et...comment dira-t-on : humaniste ? Mais le sens de cet adjectif, à la suite de nombreux travaux philosophiques sur l'humanisme et le post-humanisme, sur ce que les camps concentrationnaires nazis ont fait de l'homme, s'est brouillé. Un soupçon est jeté sur l'homme-universel qu'il porte. Ce qu'il subsiste d'humanisme dans la

²²³ Himère, *Discours*, X, cité par Barbara Cassin, *Jacques le Sophiste, op.cit.*, p.59

²²⁴ Jacques Lacan, « La place de la psychanalyse dans la médecine », texte cité, p.6

médecine, telle qu'elle s'enseigne dans les universités ou au lit du malade, mériterait une étude minutieuse pour savoir ce qu'on désigne. Ethique ? Mais je partage en partie les analyses de certains sociologue et philosophe allemands, qui voient dans la bioéthique, après la disqualification de la morale, une « béquille » de la médecine contemporaine, un « tranquilisant » qui, malgré ses bonnes intentions, agit comme un renforcement des pouvoirs en place²²⁵. J'avais jadis essayé de montrer, dans un travail dont je n'assumerai pas aujourd'hui toutes les formulations, comment l'éthique médicale est congruente au capitalisme pharmaceutique, à un régime spécifique de production de la preuve médico-scientifique et à un ensemble de textes et de procédures administratifs²²⁶. Empathique ? Mais là encore je suis embarrassée à l'usage de ce mot, dont le sens n'est pas clair : est-ce un affect ? est-ce un concept ? qu'est-ce que cette capacité à ressentir ce que ressent autrui tout en distinguant nettement le mien du sien, que l'on a érigé comme pilier de la relation médecin-malade ? Soyez empathiques mais pas sympathiques. Mais pas compatissants. Comme si on était à ce point transparents à nous-mêmes ! Qu'est-ce que ce sentir avec sans éprouver ? Une technique en fait ? Une façon de montrer au patient que l'on a compris. Quelque chose de l'ordre de la démonstration. Quelque chose que l'on pourrait enseigner alors.

Pour l'instant je dirai juste pratique, au sens d'un usage, d'un métier, d'un travail – travail dont le psychiatre Christophe Dejours, qui s'est fait fort d'en établir la psychopathologie contemporaine, dit qu'il est « la mauvaise conscience de la science », désignant par là la tendance des scientifiques à occulter tout ce qui relativise le statut des connaissances, met en

²²⁵ Analyses de Niklas Luhman et Petra Gehring, citées et traduites par Katrin Solhdju, *in L'Épreuve du savoir*, *op.cit.*, pp.137-138.

²²⁶ Marie Bismut, « Eléments pour une étude épistémologique de l'éthique médicale », Mémoire de Master 2 d'Éthique médicale, soutenu en 2006 à l'Université Paris 5, sous la direction de Jean-Christophe Coffin.

défaut la prédictibilité, nécessitant une adaptation, un bricolage. « L'accomplissement » de la rationalité médicale²²⁷ nécessite de tenir ces deux légitimités.

Y a-t-il une méthode pour tenir les deux ? Jacques Lacan dit, je l'ai déjà cité : « C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale. » Jean-Christophe Weber suggère d' « opter pour une certaine indifférence dans l'exercice de la fonction qui nous requiert, une certaine abstention dans le service des biens », pour ménager, écrit-il « une place au désir »²²⁸. Je propose qu'un de ces modes de réponse soit la narration, ménager place aux récits, comme lieu des liens et des attachements, du commun entre le médecin et le patient. Holmes ne fait rien d'autre que proposer une histoire à celui qui est venu lui en raconter une. Le chef de service lors de la visite hebdomadaire des patients propose lui aussi, sur des questions cliniques épineuses, un autre point de vue, une autre façon d'entendre l'histoire, de lire le tableau clinique. On peut ainsi décrire, dans le dispositif médical hospitalier, différents niveaux de lecture, ou de traduction : la première histoire, telle que la livre le patient ; la restitution de l'anamnèse, par voie orale ou écrite, par l'externe à l'interne, par l'interne à ses pairs, à ses supérieurs, à l'équipe soignante, qui inaugure la mise en boucle des récits ; la restitution d'une histoire au patient, qu'on peut qualifier d'acceptable à un instant donné, et qui est le diagnostic ; enfin, l'écho, dans les consultations qui suivent, de cette histoire, dans ce que s'en diront le patient et son médecin, et qui peut être considéré comme l'empreinte discursive de l'efficacité ou de l'inefficacité thérapeutique.

²²⁷ Selon le mot, déjà cité, de Georges Canguilhem, in « Puissances et limites de la rationalité en médecine », *op.cit.*, p.408

²²⁸ Jean-Christophe Weber, « Traiter quoi, soigner qui ? », article cité, p.28

Ecouter des histoires c'est mon « p'tit fil » comme dirait Lacan, que je me suis trouvé dans ce rapport de concernement avec cette chose problématique, qui m'est donnée quand je reçois un patient²²⁹. Une façon de faire, d'envisager les choses, le métier, la relation, une technique, un truc, qui ne prétende pas susciter « le choc intuitif de la vérité », mais s'éprouver, à l'usage ; servir.

Je constate que c'est l'expérience, l'ancienneté qui autorise un médecin à émettre des doutes ou à admettre son ignorance : à reconnaître la mise en défaut de son savoir sans que ce soit un aveu d'échec ou la fin de quelque chose, de même qu'au théâtre on accepte d'un vieil acteur, on s'en émeut même, (comme le dévoilement du dispositif théâtral lui-même, comme le surgissement de la vie derrière le masque), qu'il ait un oubli, qu'il bafouille, alors qu'on ne le pardonne pas à un jeune (médecin ou acteur).

Je pense, mais c'est une hypothèse, qu'une réflexion institutionnelle peut permettre d'organiser les meilleures conditions d'émergence de cela.

Je suis convaincue, et ce depuis mon externat, et ce depuis mes études de philosophie²³⁰, que « laisser parler », se laisser « raconter des histoires », dans tous les sens de ces deux expressions (c'est-à-dire aussi accepter le baratin, accepter les *mensonges*, ne pas chercher à savoir *la vérité*), est, sinon une méthode, du moins un sésame pour y arriver.

Je suis convaincue (ce en quoi ce n'est peut-être pas une méthode) que ça ne marche pas à tous les coups : qu'une vie médicale est tissée de moments où « ça marche » et de moments

²²⁹ Jacques Lacan, « Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre à Ste-Anne », prononcée le 10 novembre 1967. Texte disponible sur le site de l'école lacanienne de psychanalyse, sous le titre : « Petit discours aux psychiatres », p.6 : <http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1967-11-10.pdf>

²³⁰ La voix caverneuse de Deleuze expliquant Spinoza : « Nul ne sait ce que peut le corps » (intégralité des cours prononcés à l'Université de Vincennes disponible sur le lien : <https://m.soundclub.com/user-375923363?utm>). Dans ce « nul » et dans cette « potentialité » peut être investie notre modestie devant la demande.

où « ça résiste ». Nous sommes nous-mêmes, médecins, des sujets non transparents et aux raisons insondables.

Ce que j'entends par « laisser parler », ou par « histoire », je vais l'exposer de ce pas dans la partie qui suit, au travers notamment d'une théorie du roman policier comme « récit impossible²³¹ ».

Je voudrais juste ajouter ceci : sans l'avoir jamais, je crois, explicité, il me semble que Michel Foucault, dans sa pratique de l'archive²³², dans sa façon d'exhumer les voix et les vies des hommes infâmes, ne faisait pas autre chose que mettre en récit le savoir. « La vie des hommes infâmes » est un texte publié en janvier 1977 dans une revue littéraire, *Les Cahiers du Chemin*²³³. C'est à l'origine une préface destinée à une anthologie de notices sur l'enfermement qui finalement ne paraîtra pas et une introduction à une collection de documents d'archives qui ne verra pas le jour. Il peut être considéré comme un texte séminal, puisque Foucault reviendra régulièrement sur ces « légendes des hommes obscurs » : en publiant *Herculine Barbin, dite Alexina B.* (1978) ; en écrivant, en collaboration avec l'historienne Arlette Farge, *Le Désordre des familles : lettres de cachets des archives de la Bastille au XVIIIe siècle* (1982) ; dans *Folie et Dérison : Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), que hante Mathurin Milan, « mis à l'hôpital de Charenton le 31 août 1707 » par sa famille « pour promener son pauvre esprit dans des routes inconnues, et (...) se croire capable des plus grands emplois »²³⁴; sans oublier *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...* (1977). Si je prends la peine de détailler cela, c'est que dans l'intérêt que porte

²³¹ D'après le titre de l'ouvrage du critique littéraire Uri Eisenzweig, *Le récit impossible*, Paris, Christian Bourgois Editeur, 1986.

²³² Archives définies par lui comme « l'existence accumulée des discours » (in « Sur les façons d'écrire l'histoire », 1967, *Dits et écrits*, op.cit., 48, p. 595)

²³³ Repris dans *Dits et écrits*, op.cit., 198, pp. 237-253.

²³⁴ Michel Foucault, 1977, *Dits et écrits*, op.cit., 198, p. 237

Foucault à l'infamie s'écrit une autre histoire que le grand récit national. Et s'invente une nouvelle écriture de l'histoire (scandaleuse pour les tenants d'une vision traditionaliste de cette discipline), dans un compagnonnage étroit avec la littérature. A la littérature revient de « dire le plus indicible – le pire, le plus secret, le plus intolérable, l'éhonté »²³⁵, et ce tout-dire la transforme en « détentrice des secrets indiscrets »²³⁶ de tous les savoirs, dans une homophonie entre infime et infâme. Car la question qu'il pose en direction du droit, des rapports du droit et de la littérature, à partir de cette « énorme masse documentaire »²³⁷ qu'il mobilise pour évoquer les vies infâmes, masse composite de plaintes, dénonciations, ordres, rapports, lettres de cachets, etc., dont « le narratif excède le point de droit en discussion »²³⁸ – cette question peut se poser au médecin et à la médecine : quel est le statut de ces récits que nous recueillons et que nous produisons dans notre pratique quotidienne, qui eux aussi excèdent largement la question scientifique du diagnostic ? Dans quelle mesure l'existence de ces récits subvertit l'opération à la fois scientifique et de qualification que constitue un diagnostic ? Je n'ai pas de réponse à cela, évidemment, juste l'impression que l'accueil de ces récits dans notre pratique, la perméabilité à la dimension narrative nous destitue un peu de notre maîtrise. Et écrivant cela, je me situe à côté de cette question qui me taraudera toujours, et dont la réponse est évidemment connue : vaut-il mieux être un médecin respectueux qui se trompe ou un malotru génial dans l'ordre techno-scientifique ? Le savoir à maîtriser reste un impératif. Mais en soulignant la part narrative de notre métier, je m'interroge sur les rapports insus, ou volontairement coupés – à son insu de son plein gré comme dit la célèbre

²³⁵ Michel Foucault, 1977, *Dits et écrits, op.cit.*, 198, p. 252

²³⁶ Michel Foucault, 1967, *Dits et écrits, op.cit.*, « Sur les façons d'écrire l'histoire », 48, p. 620

²³⁷ Michel Foucault, 1977, *Dits et écrits, op.cit.*, 198, p. 246

²³⁸ Selon la formule de l'historienne Anne Simonin, dans le chapitre dédié à l'Infamie de l'ouvrage collectif *Michel Foucault. Un héritage critique*, sous la direction de Jean-François Bert et Jérôme Lamy, Paris, CNRS Editions, 2014, p. 165.

formule idéologico-pragmatique –, entre la médecine conçue comme science dure, la médecine formalisée, et sa place dans « le grand murmure des discours qui se tiennent »²³⁹, dans une histoire globale des narrations, dans une histoire des systèmes d'interprétation. Et même : dans quelle mesure la conscience de la part herméneutique dans le rapport pratique à la théorie médicale est-il propre à la médecine interne comme spécialité critique ? Je m'interroge sur la porosité des disciplines : quelle différence entre médecine et histoire ? médecine et philosophie ? médecine et littérature ? La différence dépend, je crois, du niveau d'intimité tolérable et toléré entre le médecin et la langue qu'il parle, qu'il entend, qu'il lit, qu'il écrit. Ou, pour le dire autrement : du positionnement subjectif de chacun dans une pensée de la médecine selon d'autres paradigmes (historique, philosophique, littéraire) que seulement biologique et technique.

Attention : travaux.

En effet : dans ce que j'appellerais volontiers ses fictions de savoir, construites sur une attention aux discours d'en bas, à « un ensemble de matériaux qui ont été déposés au cours du temps sous formes de signes, de traces, d'institutions, de pratiques, d'œuvres, etc. »²⁴⁰, Michel Foucault déjouait également, je crois, l'ordre du discours : il dissolvait là de fait la figure de l'Auteur en tant que faisant autorité, maître du discours, celui qui a le dernier mot; mais également en tant que détenteur final du sens, en tant que détenteur du « sens véritable », en tant que maître du « projet » du discours²⁴¹. Par où nous revient l'idée d'interprétation, dont il dit, s'appuyant sur les œuvres de Nietzsche, Marx et Freud, qu'elle se caractérise

²³⁹ Michel Foucault, 1967, *Dits et écrits, op.cit.*, « Sur les façons d'écrire l'histoire », 48, p. 624

²⁴⁰ Écrit-il en 1967, soit plus de dix ans avant l'article qu'on dit inaugural de Carlo Ginzburg sur le paradigme indiciaire (*Dits et écrits, op.cit.*, « Sur les façons d'écrire l'histoire », 48, p. 614).

²⁴¹ Michel Foucault, 1967, *Dits et écrits, op.cit.*, « Sur les façons d'écrire l'histoire », 48, p. 620.

notamment par sa primauté sur le signe, l'absence de « réel » à interpréter, de signifié originel²⁴².

Ni détective, ni auteur, ni maître : quelle fonction retenir du médecin au terme de cette partie sur l'énigme, conçue comme histoire où se noue une vérité à dévoiler, à déchiffrer, à commenter ? Nous avons essayé d'inquiéter un peu les différents termes de cette définition : histoire, vérité, dévoilement. Je voudrais reprendre la petite histoire du début pour proposer ceci : médecin-interprète ou médecin-interprétant (comme il existait des rangées de spécialistes de la lecture, de la traduction et de l'interprétation, à côté de l'énigme délivrée par l'Oracle, dans l'art divinatoire antique), ou encore médecin-traducteur, selon les mots du rabbin Delphine Horvilleur, définissant son métier²⁴³.

Traduire : les théoriciens de la traduction²⁴⁴ distinguent le verbe allemand *dolmetschen*, souvent traduit par « interpréter » mais au sens d'interprétariat plutôt qu'interprétation, communiquer au plus vite la chose sous les mots, produire l'unité de l'être sous la différence des langues, réduire le multiple à l'un. La traduction issue de *dolmetschen* est un simple truchement, un échange immédiat, univoque : on échange les mots comme on échange de

²⁴² Michel Foucault, 1967, « Nietzsche, Freud, Marx », *Dits et écrits*, 46, p. 600. Il oppose d'ailleurs herméneutique et sémiologie. « Une herméneutique qui se replie sur une sémiologie croit en l'existence absolue des signes : elle abandonne la violence, l'inachevé, l'infinité des interprétations, pour faire régner la terreur de l'indice. (...) Au contraire, une herméneutique qui s'enveloppe sur elle-même entre dans le domaine des langages qui ne cessent de s'impliquer eux-mêmes (...). »

²⁴³ « Un traducteur reconnu pour son érudition, pour sa capacité à faire le pont entre un récit sacré et un récit singulier », dit-elle dans l'émission « Une journée particulière » animée par Zoé Varier du 3 mars 2019 sur France inter, avec, ajoute-t-elle, la conscience banale mais nécessaire de la part de transformation, voire de réinvention, qu'il y a dans tout exercice de traduction, l'obligation « d'accepter dès le départ que vous ne comprenez pas la langue de l'autre », même si c'est la même langue. Ce point, celui de la non-compréhension, est d'ailleurs le seul « fait » de cette herméneutique fragile qu'ont tenté de déployer certains penseurs à travers le fait de parler *une* langue, entre autres (Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jacques Derrida, Jacques Lacan), par opposition, dit la philosophe Barbara Cassin dans de nombreux ouvrages, à *la* langue de l'être qu'est le *logos* grec et cet allemand heideggerien, « plus grec que le grec ».

²⁴⁴ Friedrich Schleiermacher, *Des différentes méthodes du traduire*, §209-210, tr. A.Berman, Paris, Seuil, collection « Points bilingues », 1999, pp.34-35

l'argent. Et le verbe *übersetzen* : comprendre que les différentes langues produisent des mondes différents dont elles sont à la fois les causes et les effets. « Si je pense dans une langue et j'écris 'le chien court derrière le lièvre dans le bois' et veux le traduire dans une autre, je dois dire 'la table en bois blanc enfonce ses pattes dans le sable et meurt presque de peur de se savoir si sotté' » dit Pablo Picasso, drôlatique, cité par la philosophe Barbara Cassin²⁴⁵. Le monde commun est alors quelque chose comme un principe régulateur, une visée, non un point de départ.

Revenons : Delphine Horvilleur fait même, dans un de ses sermons, du bégaiement de Moïse, l'homme à la parole entravée désigné porte-parole de son peuple, du décalage entre parole et écoute, le ressort de l'humour juif²⁴⁶ et le paradigme de l'exercice d'exégèse. Le malentendu devient la condition de l'énigme, le malentendu fait parler, il est le support, la chance de la traduction, laquelle est infinie. L'énigmatique diagnostic est non seulement ce que l'on ne sait pas encore mais que l'on sait déjà dans l'ordre du savoir constitué, mais également ce qu'on ne veut pas savoir : ce qui rend la traduction difficile, ce qui est « intraduisible » : « ces troubles, ces confusions, ces auras de sens, ces symptômes sémantiques ou syntaxiques qu'on ne cesse pas de (ne pas) traduire »²⁴⁷ - par opposition à l'intraductible comme critère du vrai.

²⁴⁵ Barbara Cassin, *Eloge de la traduction*, Paris, Fayard, 2016, p.27. L'humour, le jeu, la farce, elle l'évoque ici ou là sans vraiment le développer, semblent inscrits dans ce geste de traduction, en tant qu'il est second.

²⁴⁶ Elle raconte par exemple cette blague : dans le désert, les Hébreux demandent à Moïse vers quel pays il les emmène, quelle est cette Terre promise où coule le lait et le miel. Moïse indique une direction en disant : « Ca... Ca... Ca... ». Les Hébreux se mettent immédiatement en route vers Canaan mais quand ils aperçoivent la terre et son environnement hostile, ils se tournent vers Moïse perplexes, et Moïse leur répond : j'ai dit « Ca...Ca... Canada, et pas Canaan. »

²⁴⁷ Barbara Cassin, *op.cit.*, p.24, p.54.

Dans l'émission citée, Delphine Horvilleur conclut, ce qui me semble résonner avec l'historiette du début, sur la responsabilité du rabbin-traducteur, et j'ajouterais du médecin : faire une « traduction de vie plutôt qu'une traduction de mort »²⁴⁸.

²⁴⁸ « Une journée particulière », émission citée.

EN/QUETE

Enigme : intraduisible. Médecin : traducteur.

Soit²⁴⁹.

Mais, dira-t-on, la traduction, ce n'est quand même pas la même chose que l'histoire, qu'une histoire.

C'est vrai. Avec l'histoire, on se situe un cran en-dessous.

Un cran en-dessous de l'opération herméneutique, on se situe du côté de l'impur, du trafic, du bidouillage, de l'usage, de la pratique. Je veux dire par là que les lois de l'interprétation ne s'appliquent pas forcément, pas à tous les coups, dans le passage de l'histoire que le patient nous raconte, les histoires qu'on se raconte entre soignants, l'histoire qu'on restitue aux patients.

C'est vrai aussi de l'histoire de la médecine et de ses concepts : comme en traduction il y a l'histoire de la lettre, l'histoire des textes dans leur trajet pour arriver à nous (la philologie, la critique textuelle) ; comme en philosophie il y a l'histoire des idées, qui reformule les descriptions, les faits, en termes de politique, de stratégie de la raison, d'idéologie, de généalogie – de dispositif²⁵⁰ ; en médecine, faisons l'histoire des diagnostics. Que gagne-t-on

²⁴⁹ Ici je me figure ces énigmes diagnostiques que nous soumettent ceux qui n'ont « rien », rien de recensé dans le livre de notre savoir constitué, comme des miroirs déformants, des miroirs sorcières de nos diagnostics vrais, grands et beaux. Comme dans un tableau peint par Salvador Dali, *Cygnés se reflétant en éléphant* (huile sur toile, 1937, collection particulière), le cygne qui se reflète dans l'eau bordée de troncs d'arbres tordus devient éléphant. Du diagnostic-cygne au diagnostic-éléphant, il y a du grotesque : tel est l'effet souvent que nous retenons de ces cas. Si la traduction est le passage d'une représentation de la réalité à une autre, en langues, d'une langue à l'autre (et ici en intra-linguistique), on peut imaginer une réverbération d'un récit sur le mur d'une autre langue, comme dans le dispositif analytique. Et il y a plus d'une traduction parce que les mots, non seulement pris un par un, mais pris ensemble dans une phrase, dans un texte, dans un contexte, présentent durablement des équivoques formant des combinatoires douées de sens. La question devient alors : quelle est la bonne traduction, ou, nous le verrons, la meilleure.

²⁵⁰ Décrit comme suit par Michel Foucault : « des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir et supportés par eux. » (*in* « Pouvoir et savoir », 1977, *Dits et écrits, op.cit.*, 216). Il y va d'une fonction critique

à écouter-interpréter l'histoire de la médecine, doctrinale, avec une oreille obstinée et philologique ? Que fait-on au vrai du diagnostic quand on lui accole, sinon lui substitue, le diagnostic raconté ? C'est ce que je propose d'appeler enquête et d'écrire en/quête : ce travail de tâtonnement qui met le doigt sur nos hésitations, nos silences, nos repentirs, nos corrections et qui permet de lire les intentions, soulignant, comme la philologie pour les textes, le type de consistance des opérations interprétatives : construction intellectuelle et culturelle, fixation (fiction-fixation) de texte. La traduction ne se décrit correctement qu'au pluriel (il y a plusieurs traductions possibles), et les traductions sont mesurées par l'intérêt qu'elles présentent. Gilles Deleuze ouvre le relativisme en situant la vérité à sa place : « Les notions d'importance, de nécessité, d'intérêt sont mille fois plus déterminantes que la notion de vérité. Pas du tout parce qu'elles la remplacent, mais parce qu'elles mesurent la vérité de ce que je dis. »²⁵¹

Relativisme, grands dieux ! Le mot est jeté. Mais alors on ne fait plus de « science » ? Il y a une haine unanime du relativisme, philosophique, religieuse, politique, et même chez l'historien Carlo Ginzburg à qui nous avons attribué la paternité du paradigme indiciaire, qui cherche à tracer, à maintenir cette frontière fine entre récit de fiction et récit historique, au nom de la scientificité de la discipline historique. Je n'entrerai pas dans l'examen polémique des raisons qui font du relativisme l'ennemi à abattre. J'introduirai simplement, avec Protagoras, porte-parole historique des relativistes, cette idée que le relativisme ouvre sur la thérapeutique : une pensée du cas, une pensée du « meilleur pour », une pensée du « dédié ». Je le cite, tel que Platon l'évoque dans la bouche de Socrate²⁵² dans le dialogue *Théétète* : « Moi je dis que

essentielle : remettre à sa place d'universel construit ce qui s'autoproclame comme donné. En même temps le dispositif est actif : il est un espace d'élaboration de concepts.

²⁵¹ Gilles Deleuze, *Pourparlers*, Paris, Minuit, 1990, p.177

²⁵² Platon, *Théétète*, 166b-167e, traduction Barbara Cassin, dans *Eloge de la traduction*, op.cit., pp.155-156

la vérité est comme je l'ai écrit : mesure est chacun de nous des choses qui sont et des choses qui ne sont pas, et pourtant chacun diffère de l'autre un millier de fois par le fait même que pour l'un ceci est et apparaît, pour l'autre cela. La sagesse et le sage, il s'en faut de beaucoup que je nie leur existence : j'appelle « sage » celui qui, pour l'un de nous, transformant ce qui paraît et est mauvais, fait en sorte que cela paraisse et soit bon. Il faut opérer la transformation d'un état à l'autre, car l'un des états est meilleur que l'autre. C'est ainsi que, dans l'éducation par exemple, on doit faire passer d'un état moins bon à un état meilleur ; or le médecin produit cela par des remèdes, le sophiste par des discours. D'une opinion fausse, en effet, on n'a jamais fait passer personne à une opinion vraie (...). Mais on fait que sous l'effet d'un état utile on passe à des opinions utiles, représentations que certains, par manque d'expérience, appellent vraies, mais que j'appelle moi meilleures les unes que les autres, en rien plus vraies. Quant aux sages, mon cher Socrate (...), pour les corps je les appelle médecins, pour les plantes, agriculteurs. (...). Et que ce sont les orateurs sages et bons qui font que, pour les cités, ce soit les choses utiles au lieu des nuisibles qui paraissent être justes (...). Ainsi, il y a des gens plus sages que les autres sans que personne ait d'opinions fausses, et toi, que tu le veuilles ou non, tu dois supporter d'être mesure. »

Protagoras fait passer de l'opposition binaire vrai/faux, au comparatif : « meilleur ». Le principe du meilleur pour. On comprend que l'on peut viser non la Vérité avec un V majuscule, l'Idée platonicienne qui fait triompher le philosophe-roi, mais un « plus vrai ». Non pas un absolu mais un comparatif. Plus précisément encore, selon une idée chère à Barbara Cassin, encore elle : un « comparatif dédié », dédié au cas par cas, bref : clinique (comme on dit traitement personnalisé). Le « plus vrai » est un « meilleur pour » ; le meilleur est défini comme « le plus utile », le mieux adapté à la personne, la situation. Le comparatif dédié est un relativisme bien compris, qui prend en considération une singularité contextualisée. Cela

définit à mes yeux la bonne médecine, non pas l'absolument bonne, mais la « meilleure » possible – à côté de la médecine « bon genre », « normale » : scientifique, dure. Il y a un nécessaire écart de la théorie à la pratique, et le praticien est celui qui doit supporter cet écart. Aussi, je voudrais proposer que l'enquête diagnostique, le diagnostic conçu comme un récit, comme une histoire qui circule, comme le travail de la fiction à l'intérieur d'une vérité, fabriquant ainsi quelque chose qui n'existe pas encore – avec comme perspective, ou comme méthode sous-jacente l'idée d'intraduisible – que le récit soit la pensée par cas de la médecine, la *mesure* de la vérité, qui articule subjectif et objectif, individuel et général, empirique et scientifique²⁵³. C'est l'opérateur du relativisme en médecine. Et aussi, pour moi, une manière de continuer à bouger, pas mort, entre scientificité hégémonique et deshumanisation impuissante. De même qu'il y a plus d'une traduction possible, et plus d'une bonne traduction possible, de même il n'y a pas de route unique pour, non pas arriver à, mais faire, au sens actif, un diagnostic. Le médecin est, étymologiquement parlant, pirate²⁵⁴.

Non, nous ne sommes pas si loin de Sherlock Holmes et de Watson.

Je dois en quelque sorte à un ouvrage de critique littéraire et d'histoire de la littérature, paru en 1986 chez l'éditeur Christian Bourgois et désormais introuvable, de m'avoir mise sur la piste de ce qui est écrit là. Cet ouvrage, c'est M. François Hoff, ancien Professeur de lettres classiques et Président de la société d'Holmésologie française²⁵⁵, qui me l'a fait découvrir et

²⁵³ L'ethnologie, l'anthropologie, la sociologie (à travers les *verbatim*) ont fait place aux récits dans leur méthodologie.

²⁵⁴ Les mots « pirate » et « expérience » ont une racine grecque commune. Être pirate en clinique, c'est être empirique, emprunter des routes non connues – comme en mer.

²⁵⁵ La définition la plus sommaire de l'holmésologie donnée par la Société Sherlock Holmes de France (SSHF) sur son site est la suivante : « l'ensemble des recherches savantes et inutiles consacrées aux soixante récits de Sir Arthur Conan Doyle rapportant les aventures de Sherlock Holmes, [dont] le noyau dur [est] constitué par la théorie loufoque selon laquelle Sherlock Holmes n'est pas un personnage fictionnel mais un être ayant réellement existé, ainsi que tout son univers. Les récits du docteur Watson sont lus, considérés et interprétés comme des récits factuels dont il est l'auteur. (...) Le jeu pratiqué par les holmésologues consiste à s'installer à l'intérieur du contexte fictionnel et à parler de ce qui est vrai d'après l'histoire. Il s'agit de faire semblant de croire que ce que dit l'histoire est vrai. (...) Le principe méthodologique (...) est bien sûr d'y appliquer les méthodes de Sherlock Holmes lui-même : l'observation des détails énoncés au sein des récits et l'inférence à partir de ceux-ci.

prêté. Qu'il soit ici remercié. Il s'intitule *Le récit impossible*, est signé d'Uri Eisenzweig. Il s'agit d'un texte foisonnant dont je résumerai l'argument principal comme suit : le récit « vrai », celui du mort, manque et c'est cette « vacance narrative »²⁵⁶ qui est au principe de la production littéraire spécifique qu'est le roman policier, récit dit en ce sens « impossible » par nécessité. Ou pour le dire autrement : le récit du crime doit à la fois être absent pour que se déploie celui de sa recherche (l'enquête) et présent, pour que la solution ne soit pas arbitraire. Plus le mystère est réel (c'est-à-dire les indices absents) plus la solution est impossible (ou ses éléments incohérents par rapport au récit qui y mène). Et *vice versa* : s'il y a une solution possible c'est qu'il n'y a pas de mystère. De cette condition narratologique²⁵⁷ première déroulent plusieurs caractéristiques du récit dit de détection (traduction de l'anglais *detective story*) :

- sa nature palimpsestique, la juxtaposition, ou la superposition de récits alternés, plus ou moins continus, plus ou moins complémentaires : « L'histoire policière s'ouvre (...) archétypalement sur un narrateur authentique qui a vécu (la victime) et qui laisse face à face celui qui sait, mais qui se tait (le criminel), et celui qui ne cesse de parler de ce qu'il ne comprend précisément pas (le narrateur). Elle se [termine] (...) avec la consécration du Grand Détective, qui sera d'autant plus grand qu'il aura mieux remplacé la voix narratrice dont l'extinction est l'objet de l'enquête. »²⁵⁸ Où l'on

Les holmésologues pratiquent ainsi des recherches systématiques et argumentées qui se veulent claires, précises et minutieuses. Ils appliquent la rigueur de l'érudition critique dans leurs enquêtes sur l'ensemble de l'univers holmésien. Ces études biographiques, chronologiques, topographiques, allient généralement l'humour au sérieux. » (article « L'Holmésologie, 1 : Définition », décembre 2012, rédigé par Benoît Guilielmo).

²⁵⁶ Uri Eisenzweig, *Le récit impossible*, Paris Christian Bourgois, 1986, p.98

²⁵⁷ La narratologie est une discipline qui étudie les mécanismes internes d'un récit, lui-même constitué d'une histoire narrée. On doit son élaboration au critique littéraire français Gérard Genette (en particulier dans *Figures III*, 1972).

²⁵⁸ Uri Eisenzweig, *op.cit.*, p. 117. Je souligne.

retrouve plusieurs motifs que nous avons pu évoquer, concernant la relation médecin/patient : le récit anthropophage, prendre la place du mort ;

- sa méta-narrativité : l'indécision factuelle initiale de l'histoire à raconter (le crime) est prise en charge par l'histoire racontée (l'enquête). Ou encore : l'exposition méthodologique, – comme en médecine, comme dans les enquêtes en sciences humaines – , fait partie intégrante du récit ;
- la mise en oeuvre de plusieurs logiques : logique binaire cognitive classique, logique narrative. A ce titre le récit de détection peut se lire comme une « énigme », avec son aboutissement, sa « solution » logique (laquelle a souvent un effet déceptif, de l'ordre plutôt de la dissolution) ; ou comme un texte, avec sa cohérence narrative, et ses figures narratologiques propres (paralipse et paralepse²⁵⁹) qui réussissent l'exploit d'en dire à la fois trop et pas assez ; faire feu d'une palette la plus large possible de logiques dessine un Janus de la connaissance où savoir et raconter sont liés ;
- enfin, sa dimension à la fois ludique et critique : en constituant la difficulté à représenter la réalité comme principe narratif – « un genre dont toute la raison d'être (...) tourne précisément autour de l'impossibilité de raconter la vérité » dit Uri Eisenzweig²⁶⁰ –, soit en contestant le parangon des Belles Lettres à savoir le roman réaliste, le roman policier a été défini comme une littérature de second ordre, une catégorie romanesque non littéraire. Son mode de fonctionnement tant sur le plan de la production, de la réception que de la distribution (en séries) est celui du jeu, entendu comme frivolité, futilité. Or ce contrat littéraire thématise justement ce que

²⁵⁹ Paralipse : « rétention d'une information logiquement entraînée par le type de focalisation narrative adopté » ; paralepse : « information excédant la logique du type adopté » (in G. Genette, *Figures III*, Paris, 1972, pp. 93-4, pp. 211-213)

²⁶⁰ *Op.cit.*, p.29

l'institution critique a voulu voir en lui : ce qui n'est pas de l'écriture, ce qui n'est pas de la littérature. Bref : un « mauvais genre » assumé.

Voilà résumées les idées sur lesquelles ma réflexion fait fond, et à partir desquelles, peut-être, formuler ce qu'est une enquête, y compris dans certains des aspects que ce genre a pris dans les sciences humaines²⁶¹ : un récit de récit, une interprétation d'interprétation, que je qualifierais volontiers de « seconds » (parler en second, avoir le second mot, et même, plus justement, le deuxième, plutôt que le dernier) ; fondé sur des objets incertains, anecdotiques même, qu'il faut constituer ; lesquels sont mis en relation – autre sens du mot relatif – selon des approches, des associations diverses, pas forcément systématiques, parfois aventureuses (et nous avons tenté de dresser le portrait de Sherlock Holmes en ce sens, à rebrousse-poil de l'image d'omniscience qui lui est accolée) ; qui propose, enfin, une représentation acceptable de la réalité – et derrière l'adjectif acceptable, j'entends à la fois le caractère relatif, le caractère temporaire, le caractère procédural de ce récit et la possibilité qu'il soit contredit. Une vérité-résultat par opposition à une vérité-origine. D'où l'écriture : en/quête, qui évoque le mouvement, le verbe par opposition au substantif, l'acte par opposition au résultat. Enfin, j'aime cette idée que ce soit mauvais genre. Dire que le médecin est quelqu'un qui raconte des histoires, cela fait de lui, très strictement, un barbare. Celui qui blablate : nommé ainsi par son blablabla inintelligible, par opposition à l'homme doué de, du *logos* (*la* langue). Où l'on retrouve le bègue (*balbus* en latin), le babil, le bavardage, Babel, la pluralité des langues. Ici encore, c'est du rapport de l'expérience à la langue de la théorie qu'il s'agit.

²⁶¹ Je renvoie à ce titre à « l'enquête à propos d'enquêtes » que le sociologue Luc Boltanski a menée dans un gros ouvrage qu'il qualifie de préparatoire, intitulé *Enigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais », 2012, où il met en lien le développement de deux genres littéraires particuliers – le roman policier et le récit d'espionnage - avec celui des sciences humaines et en particulier la sociologie.

Aussi, je dirais que l'histoire est une clinique du cas. De même que les textes se fabriquent les uns à partir des autres, comme un feuilletage, retissant d'autres textes ; de même qu'apprendre à lire, c'est plonger dans cette épaisseur de langue et de culture ; de même je dirais que prendre en charge un cas, c'est reconnaître le palimpseste d'un diagnostic, dans ses différences et ses répétitions, dans ses étrangetés.

Je poserais donc que le diagnostic peut être conçu comme une histoire : une histoire partagée (avec les patients, avec les pairs), non close, temporaire, prise dans le mouvement du temps – celui du patient, celui du médecin, celui de la maladie, celui du savoir : une histoire à suivre. Une histoire dite, et non écrite, comme le sont les grandes narrations de l'humanité, les *Mille et Une nuits*, « cette femme-fable qui triomphe d'un homme pensant »²⁶², *l'Illiade*, *l'Odyssée*. Une « matière ». Un « corpus ». La culture médicale, comme la culture littéraire, ce ne sont pas uniquement des livres, des auteurs, des textes. « Les auteurs meurent, les textes tombent dans l'oubli, les livres disparaissent. Les matières non. Elles circulent, elles sont réappropriées, digérées, transformées, reproduites, republiées. »²⁶³ Le diagnostic est une matière en ce sens qu'il n'est justement pas un livre et qu'il n'a pas d'auteur, ce qui est un défi à notre intelligence et à nos habitudes. Cette matière peut cristalliser dans des manuels. Et devenir science. Comme la matière des *Mille et Une nuits*, ces histoires qui circulent de l'Inde à Bagdad en passant par la Perse, se sont rassemblées au Moyen-Age pour intégrer le patrimoine culturel arabe grâce à ceux que Jorge Luis Borges appelle les *confabulatores nocturni*²⁶⁴. Le diagnostic est une matière que nous confabulons avec les patients, ni tout à fait littéraire, ni tout à fait linéaire : une fiction – et non une fixation, même si certains patients demandent à être fixés,

²⁶² Lionel Ruffel, *Trompe-la-mort*, Lagrasse, Verdier, 2019, p.50

²⁶³ *Id.*, *ibid.*, p.43. Lionel Ruffel est professeur de littérature à l'université Paris 8 et co-fondateur du Master de création littéraire.

²⁶⁴ Jorge Luis Borges, « Les traducteurs des *Mille et Une nuits* », *Œuvres complètes*, éd. Jean-Pierre Bernès, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », vol.I, 1993

intégrés, réintégrés, dans leur vie d'avant, leur fonction... En quelque sorte, on « fictionne » de l'histoire à partir d'une réalité scientifique qui la rend vraie.

Quel intérêt, pour reprendre l'étalon de Gilles Deleuze, à proposer une telle conception de notre métier ? Pour le plaisir des histoires, d'abord. Après, théorisons : les *Mille et une nuits* confrontent deux sœurs à deux frères, lesquels, ayant exploité toutes les ressources de l'intelligence, ne voient d'autre solution que l'extermination des femmes et la fin du monde. C'est dans ces circonstances de « peste », que les deux femmes inventent un scénario pour repeupler le monde, en commençant par le peupler d'histoires. « Shéhérazade a compris la seule chose qui vaille d'être comprise : *homo sapiens* est une fable inventée par *homo narrans* »²⁶⁵. Bernard Victorri, chercheur en théorie du langage, propose, dans un article ancien²⁶⁶, cette hypothèse séduisante : ce qui a sauvé notre espèce de l'extinction qu'ont subie les autres *sapiens*, c'est la fonction narrative, par opposition à l'intelligence, qui se fait contre l'instinct de survie du groupe (dit l'article en substance). La fonction narrative est entendue comme faculté mimétique et faculté de faire apparaître ce qui n'existe pas dans le présent de l'expérience²⁶⁷. Je sais, dit par exemple une narratrice archaïque, que dans une tribu voisine, dans un temps qui n'est pas le nôtre, la violence s'est déchaînée et a conduit à la dévastation. Cette dévastation pourrait bien nous guetter. Et ce disant, la narratrice installe un espace de pensée collective, un monde autre que l'ici et maintenant, un monde de l'ailleurs, un monde anaphorique. Un monde de représentation, de fiction, de narration. Elle nous fait entrer dans « l'humanité littéraire. »²⁶⁸ La narration (Watson) est conçue comme

²⁶⁵ Lionel Ruffel, *op.cit.*, p.30

²⁶⁶ Bernard Victorri, « Homo narrans : le rôle de la narration dans l'émergence du langage », in *Langages*, 2002 n°146, pp. 112-125

²⁶⁷ On dit que la maladie « parle », « se met à parler ». Elle était absente, la voilà présente. Seule une narration peut expliquer comment l'absence devient présence, non la logique.

²⁶⁸ Lionel Ruffel, *op.cit.*, p.53

l'antidote de l'intelligence (Sherlock Holmes). Les savoirs passent, les *Mille et Une nuits* restent, recueillant une donnée anthropologique.

Or n'est-on pas aujourd'hui dans un moment d'extinction et de survie ? Ne craint-on pas de rejoindre Néandertal ? N'est-on pas devant la menace de la mort de l'hôpital public ?

Envisager notre métier du point de vue narratif, du point de vue de celui qui écoute et qui parle, comme une pratique du cas au cas par cas, ce n'est pas, ce n'est plus très scientifique. Dans un livre d'histoire magnifique qui se lit comme une rêverie, Romain Bertrand fait le portrait de trois naturalistes, Alfred Russel Wallace (1823-1913), géographe, explorateur, anthropologue, biologiste ; Louis Tinayre (1861-1942), peintre ; et enfin Tom Harrisson (1911-1976) – ornithologue, explorateur, journaliste, soldat, guérillero, ethnologue, conservateur de musée, archéologue, réalisateur, et écrivain, dit sa notice biographique – qui, chacun selon son *goût* et en des temps différents, ont constitué l'immense masse de savoir sur laquelle s'adosent les sciences dites du vivant. Du dernier, le plus proche de nous – qui, pour l'anecdote, avait excavé un des plus anciens crânes d'*Homo sapiens* jamais trouvés en Asie du Sud-Est –, il décrit comme son éclectisme lui a valu le discrédit de l'institution scientifique en train de se constituer. « En soumettant à un même régime de description une saisissante variété d'êtres et de choses – peuples, volatiles, tessons, tortues –, Tom agissait tel un praticien généraliste d'« histoire naturelle » du XIXe siècle, et ce alors même que l'époque était aux spécialisations académiques. On ne pouvait plus, en 1950, être anthropologue et zoologiste, c'est-à-dire non seulement parler des hommes et des oiseaux, mais encore parler d'eux de la même manière, au nom d'une même méthode »²⁶⁹, et avec un style qui « traitait

²⁶⁹ Romain Bertrand, *Le Détail du monde. L'art perdu de la description de la nature*, Paris, Seuil, 2019, p.230

des choses de la science avec les mots du romancier. »²⁷⁰ Taxé d'*amateurisme*, il est l'un des pères, pourtant, de la sociologie, praticien d'une « histoire naturelle qui ne séparait pas radicalement l'étude des humains de celle des non-humains, non plus que l'analyse des comportements de celles des milieux. »²⁷¹ Être scientifique ce serait maîtriser le savoir (en faire l'inventaire, non l'inventer, dans une pensée plus ardue qu'hardie) et en parler la langue. L'un des pontes de l'anthropologie à l'Université de Cambridge, *Sir* Edmund Leach, exaspéré par le fouillis de ses notations sur les Murut et les Kelabit, lui avait asséné : « Pour l'amour de Dieu, soyez précis et statistique. »

Je ne suis pas scientifique. Je défends le parti de l'amateurisme, du goût et de l'amour, – dont c'est, je l'ai déjà dit, l'étymologie – , de la pratique généraliste et singularisante contre la pratique spécialiste.

Le goût est une faculté théorique esthétique, d'après Emmanuel Kant, mais surtout politique, d'après Hannah Arendt²⁷². A ce titre, il n'est pas universel, il s'éduque : telles sont les « humanités », toujours, comme par définition, menacées ; telle est la *paideia* des Grecs, à la fois culture de l'âme et apprentissage scolaire. En médecine, cela a un nom, cela s'appelle la clinique, considérée ici comme un art moyen, au sens mathématico-éthique, un art médiocre, par rapport à la Science, un art du milieu, où s'entend à la fois le *in medias res* et le « milieu » comme environnement – et que Jean Oury, je le redis, avait appelé « l'ambiance à l'hôpital », d'un terme bien banal, qui désignait la dimension pathogène pour celui qui s'y trouve de l'institution hospitalière, et combien celle-ci nécessite d'attention. En souscrivant à la thèse

²⁷⁰ *Id., ibid.*, p.231

²⁷¹ *Id., ibid.*, p.233

²⁷² « Serait-ce que le goût compte parmi les facultés politiques ? » se demande-t-elle dans « La crise de la culture », in *La Crise de la culture*, trad. Barbara Cassin, Paris, Gallimard, collection « Folio essais », 1998, p. 275

de Romain Bertrand, énoncée dès le prologue comme suit : « si nous ne savons plus aimer les êtres naturels, c'est que nous ne savons plus les nommer »²⁷³, je propose de remplacer l'empathie, qui est l'alpha et l'oméga de la relation à l'autre dans le soin, par l'amour des histoires, l'amour de la langue, l'hospitalité aux récits. La traduction, histoire et langue, est un opérateur de distanciation et d'amour. A cette conception de l'amour des histoires et des langues, il faut attacher l'idée, dit Wilhelm von Humbolt, lui aussi grand naturaliste et « généraliste » du XIXe siècle, que « la traduction porte en soi une certaine coloration d'étrangeté, mais la limite où ceci devient un indéniable défaut est très facile à tracer. Tant qu'on ne sent pas l'étrangeté mais l'étranger, la traduction a atteint son but suprême. »²⁷⁴ L'amour en traduction se situe donc entre deux pôles : pas assez et trop d'étranger (c'est l' « étrangeté »).

Et faire hospitalité c'est, dans cette magnifique homonymie du grec et du français, être tout à la fois accueillant et accueilli, « hôte », indépendamment des catégories du vrai/ du faux, du sujet/de l'objet, du maître/de l'élève, du sachant/de l'ignorant.

Arrivée à ce point je ne peux pas ne pas penser, et ne pas l'écrire, même si cela n'a plus rien à voir avec Holmes et Watson, qu'on ne peut être aujourd'hui médecin sans penser à eux : les étrangers, les migrants, la Méditerranée. C'est sans doute trop engagé pour un travail universitaire, et je n'irai pas plus loin mais voilà : à travers cette question des récits, à travers ces demandes de patients qui ne relèvent pas de la médecine dans sa dimension scientifique (le « rien ») mais qui insistent du côté du corps, je ne crois pas qu'il soit absurde d'essayer,

²⁷³ Romain Bertrand, *op.cit.*, p13

²⁷⁴ Wilhelm von Humboldt, « Introduction à *l'Agamemnon* » dans *Sur le caractère national des langues et autres écrits sur le langage*, Paris, Seuil, collection « Points bilingues », 2000, p.39, cité par Barbara Cassin, *Eloge de la traduction*, *op.cit.*, pp. 187-188

avec une idée et une pratique minuscules comme la mienne, de contrer une complexité économique-politique réelle²⁷⁵.

Marie Cosnay est écrivain, professeur de français, de latin et de grec au collège, et accompagne ce que l'on appelle des mineurs isolés²⁷⁶. Elle écrit un blog sur Médiapart, dont l'une des chroniques, en date du 5 février 2018, s'intitule « Faiseuse d'histoires ». Des histoires, voici ce qu'elle écrit : « Plus que le rapport à la vérité, je garantissais le rapport aux gens que j'aimais. Il y avait plus de vérité dans le fait de produire sous forme d'une histoire un événement (...) que dans le passé de l'événement, quel qu'il fût. Il y avait plus de vérité dans le moment présent de raconter, parce que justement c'était un moment présent. »

Souscrire à cette idée que la clinique est narration et un rapport d'amour aux histoires permet d'en proposer la même définition que celle que Barbara Cassin donne de la traduction : « un savoir-faire avec les différences. »²⁷⁷

Et d'ouvrir sur une « éthique » au sens étymologique : un lieu de vie, espace et temps. Espace : le lit, la chambre - chambre d'observation, chambre d'écoute : le séjour - , le couloir – oui, oui le couloir : le passage. On dit : « pas les couloirs ». Mais le couloir c'est *le* lieu de la traduction par excellence, du commentaire, de l'anecdote, qui est l'essentiel (le détail), en tant que lieu anecdotique, lieu interstitiel, lieu « entre », lieu non autorisé. Espace : distance, comme dans le recueil *A distance* de l'historien Carlo Ginzburg, qui détermine l'importance du point de vue en histoire, en historiographie²⁷⁸. Espace : zone de traduction, l' « entre »-deux. Temps : celui

²⁷⁵ On peut définir les symptômes physiques de l'état de stress post-traumatique comme l'articulation d'une souffrance physique à l'indicible d'une expérience traumatique, ce qui pose en pratique clinique des questions de traduction (et de travail avec les interprètes), de conflits entre récits (récit d'exil, simplifié et commode pour l'asile, et le récit du reste, ce qui va avec le drame mais ne l'est pas complètement, le contient et le dépasse, ce qui est impossible à dire).

²⁷⁶ Elle est à l'origine du collectif « J'accueille l'étranger ».

²⁷⁷ Barbara Cassin, *Eloge de la traduction*, *op.cit.*, p.52

²⁷⁸ Carlo Ginzburg, *A distance. Neuf essais sur le point de vue en histoire*, traduction Pierre-Antoine Fabre, Paris, Gallimard, collection « NRF », 2001.

de l'entretien, qu'on peut écrire et entendre de mille et une façons (entre conjonctif, entre invitatif, entre, tiens) ; celui de la consultation d'après, de l'évolution, mesure de la vérité.

« Et toi, il te faut supporter d'être mesure ».

Cela paraît « élémentaire ». Mais comme dit Sherlock Holmes, commentant une énigme qui vient de lui être soumise : c'est « une de ces affaires très simples qui sont tellement difficiles »²⁷⁹. Je dirais même plus, par référence à Barbara Cassin et à la sophistique, présente dans ce travail au titre de la secondarité, de la barbarie, du signifiant, du relativisme, je dirais : sophistiqué.

²⁷⁹ *Le mystère de la vallée de Boscombe.*

CONCLUSION

Je fais le plus beau métier du monde.

Il coche toutes les cases : politique, sociale, intellectuelle, sentimentale.

Cocher toutes ces cases résonne avec l'idée que je me fais de la médecine, et donc avec la façon dont je fais de la médecine.

Cette idée demeure floue et, si je suis honnête, je n'ai jamais su ce que j'entendais exactement par ce mot, « médecine », comme pour « littérature » d'ailleurs, sinon un attachement indéfectible à quelque chose de grand, qui me dépasse et me fait vibrer.

Ce mot désigne à la fois des choses très matérielles : des corps des objets des supports des acteurs des pratiques, et des choses magiques : des génies, des alchimistes, des mercenaires, de la nuit, un contact avec un savoir immémorial. Une chambre d'intensité. La médecine est à la fois affaire de matérialités et affaire de sorcellerie. Comme la littérature.

Mais tout conspire à détruire le métier et le lieu. Et c'est à partir de cette précarité qui s'installe, dans l'hôpital, dans les relations professionnelles, dans les relations avec les patients que j'ai conçu ce travail, tout entier dirigé vers l'idée de faire place à la médecine dans une histoire des narrations. De travailler, à côté du corps malade ou du corps souffrant, non pas le corps parlant comme peut le faire la psychanalyse, mais, peut-être plus banalement, le corps narrant, la condition narrative, comme condition partagée des médecins et des patients, comme condition à partir de laquelle la médecine se déploie.

Ce travail n'est rien d'autre qu'une réflexion, parmi d'autres, sur le statut épistémologique de la médecine, la tension qui l'entaille entre singulier et général, la nature du discours qu'elle constitue, de la vérité qu'elle engendre – dont j'ai voulu, sans mettre en cause sa scientificité, faire entendre la polysémie, le caractère « relatif » – , la mutation des données en cours, sa qualité de métier, de savoir-faire, d'expérience, tous liés au nombre de cas traités au cas par cas.

J'ai essayé de décrire à pas menus, par le petit bout de la lorgnette, par les sens, les affects hospitaliers tels qu'ils ont traversé une interne au cours de l'apprentissage de sa discipline, à l'ère néolibérale : en commençant par l'angoisse, affect-maître ; puis de l'angoisse à la méthode, pour paraphraser le titre d'un ouvrage de Georges Devereux, le but avoué de ce travail était de retrouver du plaisir à la pratique, une pratique vivable et vivante.

J'emprunte, pour donner une idée de mon horizon, au sociologue Luc Boltanski la simplicité des mots qu'il a pour narrer l'aventure des *Actes de la recherche en sciences sociales*, aventure qui fonde la sociologie critique, en rupture avec les tenants de la sociologie universitaire

officielle : « Oui, on pouvait travailler, presque tout le temps travailler, tout sacrifier au travail et, d'un même geste, rire, aimer, détruire, construire, se promener, veiller, boire, jeûner, dormir ; croire que la science invente et qu'elle est politique ; croire à la science et ne pas y croire ; croire à la politique et ne pas y croire ; croire en nous-mêmes et ne pas y croire du tout. Être le plus sérieux du monde et se moquer, non pas de tout, mais de presque tout. De tout ce qui nous empêchait de vivre. Oui, on se moquait du monde. Car on pensait, dur comme fer que, tel quel, il ne pourrait plus se tenir, tel qu'il avait tenu jusque là, avec Etats, écoles, usines, polices, bordels, armée, guerres, juges, colonies, patronat, folie, et le malheur du travail productif, et le sérieux des chefs, des responsables, parfois criminels mais toujours d'élite. »²⁸⁰

Ces mots aujourd'hui sont redevenus inacceptables, héritiers du « Fais ce que voudras » de frère Jean, fondateur de l'abbaye, rabelaisienne et fictive, de Thélème. Il est beaucoup plus consensuel de s'autoriser du personnage, certes fictif mais bien réel dans le champ symbolique, de Sherlock Holmes et de ses aventures, pour parler de notre objet.

Pourtant, le portrait que nous avons dressé de lui est à l'image de ce que dit le poète Rainer Maria Rilke de la renommée : « cette somme de tous les malentendus qui s'amassent autour d'un nom. »²⁸¹

²⁸⁰ Luc Boltanski, « Rendre la réalité inacceptable », in *La Production de l'idéologie dominante*, Demopolis, 2008, p.11

²⁸¹ Cité par Stefan Zweig, *Le Monde d'hier. Souvenirs d'un Européen*, Paris, Le Livre de poche, traduction de Serge Niemetz, 2019 (1982 pour la traduction française).

Notre question de travail supposait une équivalence entre l'enquête policière et l'enquête diagnostique. Résoudre un diagnostic équivaldrait à résoudre une énigme. L'enjeu étant de s'entendre autour de ces termes : énigme, diagnostic.

Nous avons décrit la méthode d'investigation du grand détective à partir d'une interrogation : est-il vraiment scientifique ?, reconduisant la partition entre science dure et science indiciaire, fondée sur les « petits faits », les traces involontaires, ces choses inaperçues que le regard domestiqué (par une éducation, un habitus, un savoir) laisse hors champ. Cette partition n'ôte rien à la rigueur de la démarche, malgré un savoir que nous avons décrit comme irrémédiablement troué, et une méthode de sélection et de combinaison des indices (critères de description et outils pour le faire) qui reste une gageure : dans l'ordre de la fiction, elle relève des moments de flottement essentiels du musement, et de l'envol de la logique de l'abduction.

Dans l'idée de proposer une vision renouvelée du dispositif clinique, nous avons essayé de relever cette gageure en suivant deux fils, inspirés par le personnage de Watson :

- celui de la secondarité, celui de l'idiotie, celui du retrait, celui du médecin qui n'est pas le détective justement et renvoie de ce fait l'énigme, non à une vérité première mais à une plainte à entendre ;
 - celui de la narration, où savoir et raconter sont deux faces d'une même activité, où le diagnostic s'élabore comme une histoire, un récit de récit, un récit partagé à deux, à trois, un récit écologique, dont la véracité est livrée à l'après-coup, à la vérification du temps : une vérité-résultat, une « varité » comme dit Jacques Lacan, une vérité variée.
- D'un point de vue théorique, comment défendre cela sans être taxé d'anti-

scientificité ? En citant, ce que nous avons fait ici ou là, des travaux reconnus sur l'impureté de la science ; en reconduisant la question de l'objet de la médecine : une intervention technique efficiente sur un symptôme dont la pathogénie est bien définie ou une attention au patient, à ses modes de narrations, et aux nôtres qu'ils croisent ; en soutenant qu'on ne peut pas passer scientifiquement du corpus de la médecine fondée sur les faits probants à la conduite à tenir pour un patient donné : il n'y a pas de pont logique entre les deux, c'est même de la rigueur scientifique que de le savoir. Et c'est là que la médecine se fait à notre corps défendant, dans un feuilletage entre les connaissances théoriques, l'expérience clinique, le moment, le tréfonds intime : là que peut prendre forme l'idée du diagnostic comme récit partagé. Et de la médecine interne comme la spécialité qui ne prend pas la question médicale au pied de la lettre²⁸².

Ces deux fils ont un effet critique, en un sens sophistique : délimiter les hiérarchies et les prééminences, restaurer l'amitié au sens large (compagnonnage, pédagogie, relation maître-élève, « ambiance » institutionnelle, référentiel théorique), introduire du relatif, du relationnel, du singulier ; et en un sens littéraire : « un composé de rigueur [avec ses techniques reproductibles et anonymes, pourvu qu'elles soient transmises] et de disponibilité réflexive (libre de toute astreinte systématique) », d'après la belle formule de Jean Starobinski²⁸³.

²⁸² Ce qui nous a autorisé à écrire *Enquête diagnostique* par opposition à l'enquête policière, dont la question est univoque. Certes il y a des bouts de la médecine qui sont univoques, y compris parmi les cas qui échoient à l'interniste. Mais ce ne sont pas de ces bouts-là que nous avons parlé.

²⁸³ Jean Starobinski, « La relation critique », 1967, in *La Relation critique*, Paris, Gallimard, collection Tel, 2014, p. 53

Le diagnostic peut alors être conçu comme une aventure, à la fois intellectuelle et narrative, à l'image de celles des deux compères fabuleux, le grand détective et le médecin-narrateur, et sa justesse, plutôt que sa véracité, située à la croisée de la logique et de la pratique, dans le partage et la circulation des histoires. On pourrait dire, avec grandiloquence et bienséance universitaire, qu'elle ouvre sur une pensée éthique, à condition de définir l'éthique de façon terre-à-terre, comme le commun de ces deux dimensions que sont l'espace et le temps, comme le commun suscité par la relation narrative. Ou sur une pensée esthétique, entendue comme attention aux formes, aux modes, aux styles de vie, dans ce glissement très contemporain me semble-t-il de l'éthique vers l'esthétique, autour de la notion pivot de souci²⁸⁴.

La médecine, et en particulier la médecine interne, cette auberge espagnole, cette auberge de Thélème, se retrouve une parmi les sciences humaines, au sens des humanités, généraliste et singulariste à la fois, poreuse à différents discours, différentes sciences dit Canguilhem, non pas somme de ces sciences, mais positionnement subjectif parmi elles. Le style, justement, pourrait être défini comme ce positionnement-là. Et la traduction, cet entre-deux, son paradigme.

Mais alors, alors, dira-t-on : Sherlock Holmes aurait-il fait un bon médecin ? J'étais partie avec l'idée que non, bien sûr. Non parce que fat. Non parce que ras-le-bol des génies. Non parce que la rationalité n'est pas tout. Non parce que les conséquences de ses diagnostics nous sont inconnues. Non parce que ses réponses sont univoques. Non parce qu'*Homo*

²⁸⁴ Et peut-être, c'est une hypothèse qu'il faudrait travailler, autour d'une série d'articles de Michel Foucault que j'aurais tendance à rassembler, intitulés « A propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du savoir en cours », 1983, *Dits et écrits, op.cit.*, 326 et 344 ; « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté », 1984, *Dits et écrits, op.cit.*, 356 ; « Une esthétique de l'existence », 1984, *Dits et écrits, op.cit.*, 357.

sapiens. Non parce qu'*Homo* tout court. Mais finalement, oui : parce que génial, au sens qu'il définit lui-même : « qui se donne du mal. »⁶ Parce que savant, chasseur, pirate, inventeur (au sens étymologique : qui voit ce qui passe inaperçu). Parce que bricoleur : quand le génie se fait ingéniosité, et l'objet de notre métier se voit transformé, histoire contre corps maladie plainte. Oui, parce que Watson. Parce que Shéhérazade. Parce que second, idiot, barbare, sophiste, sophistiqué.

Un médecin-dinosaure aussi, fin-de-siècle, amené à disparaître, à l'ère des *Big data* et des algorithmes prometteurs, dans les figures minuscules du savoir, les volutes de fumée de sa pipe et les recoins de sa mansarde cérébrale – ou à résister, à se fondre dans *Watson*, ce logiciel d'intelligence artificielle dont le nom emprunté au médecin-narrateur prend soudain une nouvelle dimension, à s'emparer de ces données tous azimuts, formes extrêmes de l'indice, pour les transfigurer en morceaux temporaires de mémoires, d'imaginaires, de fictions, ouverts à tous les usages, et à ce titre ensauvagés par rapport à l'entreprise de domestication scientifique ou littéraire.

Jean-Christophe WEBER
 Professeur
 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Nouvel Hôpital Civil
 Service de Médecine Interne
 Tél. 03 69 55 10 12 - Fax 03 69 55 18 34
 Email : Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr
 Strasbourg, le 08 juillet 2019

Le président du Jury de Thèse, Professeur Jean-Christophe WEBER.....

VU et approuvé

Strasbourg, le 09 JUL 2019.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

⁶ « On dit que le génie consiste à savoir se donner infiniment de mal », in *Une étude en rouge*.

« Pour écrire un seul vers, il faut avoir vu beaucoup de villes, d'hommes et de choses, il faut connaître les animaux, il faut sentir comment volent les oiseaux et savoir quel mouvement font les petites fleurs en s'ouvrant le matin. Il faut pouvoir repenser à des chemins dans des régions inconnues, à des rencontres inattendues, à des départs que l'on voyait longtemps approcher, à des jours d'enfance dont le mystère ne s'est pas encore éclairci, à ses parents qu'il fallait qu'on froissât lorsqu'ils vous apportaient une joie et qu'on ne la comprenait pas (c'était une joie faite pour un autre), à des maladies d'enfance qui commençaient si singulièrement, par tant de profondes et graves transformations, à des jours passés dans des chambres calmes et contenues, à des matins au bord de la mer, à la mer elle-même, à des mers, à des nuits de voyage qui frémissaient très haut et volaient avec toutes les étoiles – et il ne suffit pas de savoir penser à tout cela.

Il faut avoir des souvenirs de beaucoup de nuits d'amour, dont aucune ne ressemblait à l'autre, de cris de femmes hurlant en mal d'enfant, et de légères, de blanches, de dormantes accouchées qui se refermaient.

Il faut encore avoir été auprès de mourants, être resté assis auprès de morts, dans la chambre, avec la fenêtre ouverte et les bruits qui venaient par à-coups.

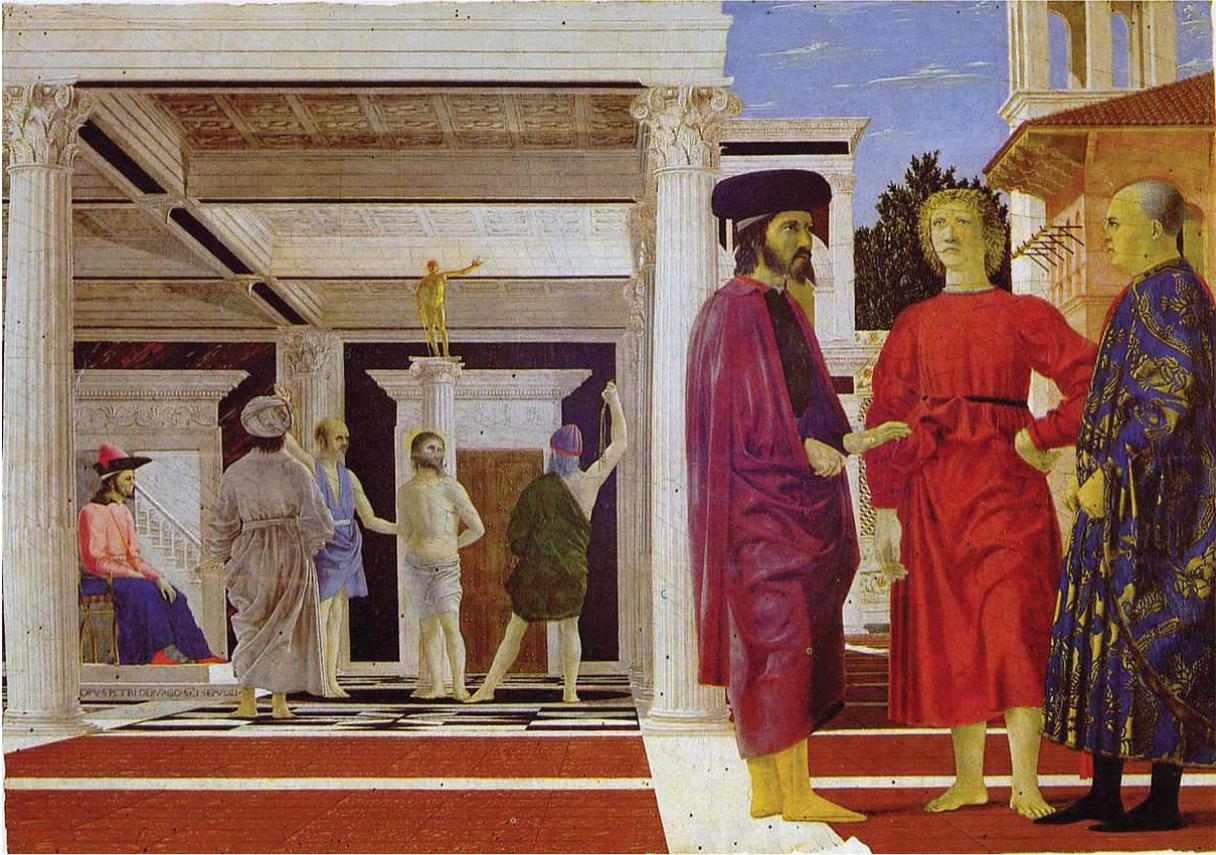
Et il ne suffit même pas d'avoir des souvenirs. Il faut savoir les oublier quand ils sont nombreux, et il faut avoir la grande patience qu'ils reviennent. Car les souvenirs ne sont pas encore cela. Ce n'est que lorsqu'ils reviennent en nous sang, regard, geste, lorsqu'ils n'ont plus de nom et ne se distinguent plus de nous, ce n'est qu'alors qu'il peut arriver qu'en une heure très rare, au milieu d'eux, se lève le premier mot d'un vers. »

Rainer Maria Rilke, « Pour écrire un seul vers », *Les Cahiers de Malte Laurids Brigge*

ANNEXES



Lésion papuleuse de la main. Syndrome de Cowden. Crédit photographique : Pr Dan Lipsker



Piero della Francesca, *La Flagellation du Christ* (tempera sur bois de peuplier, 1455, Urbino, palais ducal, Galerie Nationale des Marches)



Salvador Dalí, *Cygnes se reflétant en éléphant* (huile sur toile, 1937, collection particulière)

BIBLIOGRAPHIE

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Seuil, 1997.
- AGAMBEN, Giorgio. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. Paris : Payot Rivages Poche/Petite Bibliothèque, 2007.
- ARENDT, Hannah. *Ecrits juifs*. Paris : Fayard, 2011.
- ARENDT, Hannah. *La Crise de la culture*. Paris : Gallimard, collection « Folio essais », 1998.
- BALAT, Michel. « Peirce et la clinique ». *Protée*, 2002, 30(3) : 9–24.
<https://doi.org/10.7202/006864ar>.
- BALINT, Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1988 (1957).
- BARTHES, Roland. *Critique et vérité*. Paris : Editions du Seuil, collection Points Essais, 1999 (1966).
- BARTHES, Roland. « L'ancienne rhétorique ». *Communications*, 16, 1970 : 172-223.
- BARTHES, Roland. *Leçon*. Paris : Editions du Seuil, collection Points Essais, 2015 (1978).
- BAYARD, Pierre. *L'Affaire du chien des Baskerville*. Paris : Editions de Minuit, collection Double, 2010 (2008).
- BERNARD, Claude. *Introduction à la médecine expérimentale*. Paris : Nouvel Office d'édition, 1963 (1865).
- BERT, Jean-François, Jérôme Lamy. *Michel Foucault. Un héritage critique*. Paris : CNRS Editions, 2014.
- BERTRAND, Romain. *Le Détail du monde. L'art perdu de la description de la nature*. Paris : Seuil, 2019.
- BOLTANSKI, Luc. *La Production de l'idéologie dominante*. Paris : Demopolis, 2008.

BOLTANSKI, Luc. *Enigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*. Paris : Gallimard, collection « NRF Essais », 2012.

BONNEFOY, Yves. *La Stratégie de l'énigme*. Paris : Galilée, 2006.

BORGES, Jorge Luis. *Œuvres complètes*. Paris : Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », vol.I, 1993.

BRUNEAU, Isabelle, Emmanuel Didier, Julien Prévieux. *Statactivism. Comment lutter avec des nombres*. Paris : La Découverte, 2014.

CANGUILHEM, Georges. *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris : Vrin, 1994.

CANGUILHEM, Georges. *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil, 2002.

CASSIN, Barbara. *Jacques le Sophiste. Lacan, logos et psychanalyse*. Paris : EPEL, 2012.

CASSIN, Barbara. *Eloge de la traduction*, Paris : Fayard, 2016.

CHAMPY, Florent. *La Sociologie des professions*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

CHOMSKY, Noam, Edward Herman. *La fabrication du consentement : De la propagande médiatique en démocratie*. Paris : Agone, 2008 (1988).

CONAN DOYLE, Arthur. *Sherlock Holmes*. Paris : Robert Laffont, collection Bouquins, 2009 (1987).

COREN, Michael. *Conan Doyle*. Londres : Bloomsbury, 1995.

CROW, R.S. « Peripheral neuritis in myelomatosis ». *British Medical Journal*, 6 octobre 1956 : 802-805. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2035359/pdf/brmedj03175-0029.pdf>

DAGOGNET, François. *Philosophie biologique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1955.

DAGOGNET, François. *Philosophie de l'image*. Paris : Vrin, 1986

DELEUZE, Gilles. « Qu'est-ce que l'acte de création ? », conférence donnée à la FEMIS le 17 mai 1987. <https://contemporaneitesdelart.fr/gilles-deleuze-quest-ce-que-lacte-de-creation/>.

DELEUZE, Gilles. « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle ». *L'Autre journal*, n°1, janvier 1990.

DELEUZE, Gilles. *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie 2*. Paris : Les Editions de Minuit, 2006 (1980).

DELEUZE, Gilles. *Pourparlers*. Paris : Les Editions de Minuit, 1990.

DERANCOURT C, Devos P, Moore N, Rouvillain J-L. « Modèle de valorisation des publications médicales scientifiques : le logiciel SIGAPS ». *Ann Dermatol Vénérologie*, 9 juin 2014 ; 141(8-9) : 531-5

DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, Champs essai, 2012 (1994).

DUJARIER, Marie-Anne. *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris : La Découverte, 2017 (2015)

ECO, Umberto. *Sémiotique et philosophie du langage*. Paris : Presses universitaires de France, collection Quadrige, 2013 (1984).

ECO, Umberto, T. A. Sebeok. *Le signe des trois. Dupin, Holmes, Peirce*. Liège : Presses Universitaires de Liège, collection Clinamen, 2015 (1984).

EISENZWEIG, Uri. *Le récit impossible*. Paris : Christian Bourgois Editeur, 1986.

FALISSARD B, Révah A, Yang S, Fagot-Largeault A. « The place of words and numbers in psychiatric research ». *Philos Ethics Humanit Med PEHM*. 18 nov 2013 ; 8 :18

FEHER, Michel. « Retour vers le futur proche ». *Vacarme*, 2010, n°2

FEHER, Michel. « S'apprécier, ou les aspirations du capital humain », *Raisons politiques*, 2004/4, n°28 : 11-31

FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. Paris : Gallimard, collection Quarto, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, collection Quadrige, 2003 (1963).

FOUCAULT, Michel. *L'Ordre du discours*. Paris : Gallimard, 1970.

GINZBURG, Carlo. *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire*. Lagrasse : Verdier/poche, 2010.

GINZBURG, Carlo. *Enquête sur Piero della Francesca : le « Baptême », le cycle d'Arezzo, la « Flagellation » d'Urbino*. Paris : Flammarion, 1983.

GINZBURG, Carlo. *A distance. Neuf essais sur le point de vue en histoire*. Paris : Gallimard, collection « NRF », 2001.

GINZBURG, Carlo. *Le fil et les traces. Vrai faux fictif*. Lagrasse : Verdier, 2010.

GLEVAREC, Hervé, Thibaut de Saint-Maurice. « Elargir la vie : les séries contemporaines ». *Le Débat*, Paris, Gallimard, n°94, mars-avril 2017 : 181-191.

GOTMAN, Anne. *L'hospitalité*. Paris : Seuil, 1999. *Le Sens de l'Hospitalité*. Paris : PUF, 2001.

GRANGER, Bernard, Frédéric Pierru. *L'Hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier*. Paris : Le Cavalier bleu éditions, 2012.

GRENOUILLET, Corinne, Catherine Vuillermot-Febvet. *La langue du management et de l'économie à l'ère néolibérale. Formes sociales et littéraires*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg, collection « Formes et savoirs », 2015.

GUIBERT, Jessica. « Je deviens médecin ». *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, octobre 2012, n°59.

HIPPOCRATE. *De l'art médical*. Paris : Garnier-Flammarion, collection Le Livre de poche, 1994.

ISRAEL, Lucien. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson, 2011 (1976).

KLEIN, Alexandre. « La figure du bon médecin ». *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014.

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2236> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2236

LACAN, Jacques. « La place de la psychanalyse dans la médecine ». Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière », 1966, Cahiers du collège de Médecine. www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php.

LACAN, Jacques. « Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre à Ste-Anne », 10 novembre 1967. <http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1967-11-10.pdf>

LATOUR, Bruno, Steve Woolgar. *La Vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris : La Découverte, 1988.

LATOUR, Bruno. *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2009.

LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Quadrige Essais Débats », 2008.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale*. Paris : Plon, 1958.

Mc CEARNEY, James. *Arthur Conan Doyle. La Table ronde*, 1988.

MEYER-BOLZINGER, Dominique. « Sherlock Holmes et la médecine. La méthode clinique du détective ». *Temps noir. La Revue des littératures policières*. Nantes : Editions Joseph K., n°6, 2002 : 84-111

MEYER-BOLZINGER, Dominique. *La méthode de Sherlock Holmes. De la clinique à la critique*. Paris : Editions Campagne Première, 2012.

OGIEN, Ruwen. *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*. Paris : Albin Michel, 2017.

PEREC, Georges. *L'Infra-ordinaire*. Paris : Editions du Seuil, 1989.

PIGEAUD, Jackie. *Poétiques du corps. Aux origines de la médecine*. Paris : Les Belles lettres, collection L'Ane d'or, 2008.

POPPER, Karl R. *La connaissance objective : une approche évolutionniste*. Paris : Flammarion, collection Champs, 2009.

POUCHELLE, Marie-Christine. *L'Hôpital Corps et Ame, Essais d'Anthropologie Hospitalière*. Paris : Seli Arslan, 2003. « Postures guerrières de la médecine », 2^e journée Guerre et Médecine, 7 février 2004. <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/guerre-et-medecine/actes2004.php>

RODIN, Alvin, Jack Key. *Medical Casebook of Doctor Arthur Conan Doyle, From Practitioner to Sherlock Holmes and Beyond*. Malabar, Florida: R.E. Krieger Publishing Company, 1984.

ROUX, Julie. *Inévitablement (après l'école)*. Paris : La fabrique éditions, 2007.

RUFFEL, Lionel. *Trompe-la-mort*. Lagrasse : Verdier, 2019.

SCHLEIERMACHER, Friedrich. *Des différentes méthodes du traduire*, tr. A.Berman. Paris : Seuil, collection « Points bilingues », 1999.

SCHWARTZ A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. « An educational intervention for contextualizing patient care and medical students'abilities to probe for contextual issues in simulated patients », *JAMA*, 2010, 304(11) : 1191-1197.

SOLHDJU, Katrin. *L'Épreuve du savoir. Propositions pour une écologie du diagnostic*. Editions Ding ding dong, 2015.

STAROBINSKI, Jean. *La Relation critique*. Paris : Gallimard, collection Tel, 2014 (1967).

STEICHEN, Olivier. *De la médecine d'observation à la médecine factuelle. Histoire critique de l'evidence-based medicine*. Paris : Editions Hermann, 2018.

VEGA, Anne. *Une Ethnologue à l'Hôpital*. Paris : Editions des Archives Contemporaines, 2000.

VERNANT, Jean-Pierre, Marcel Détiene. *La Mètis ou les ruses de l'intelligence*. Paris : Flammarion, 1974.

VICTORRI, Bernard. « Homo narrans : le rôle de la narration dans l'émergence du langage ». *Langages*, 2002, n°146.

WEBER, Jean-Christophe. « Faire un diagnostic en médecine interne. Fonction et champ de la rhétorique », Communication à Bruxelles dans le cadre du colloque international sur les « Usages et fonctions de la rhétorique », 2013.

WEBER, Jean-Christophe. « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale ». *Revue des Sciences Sociales*, 2013, n° 50 : 102-109.

WEBER, Jean-Christophe. « Traiter quoi, soigner qui ? ». *Cahiers philosophiques*, 2011/2, n°125. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-7.htm>

ZWEIG, Stefan. *Le Monde d'hier. Souvenirs d'un Européen*. Paris : Le Livre de poche, traduction de Serge Niemetz, 2019 (1982 pour la traduction française).

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : _____ Prénom : _____

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

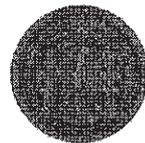
Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A _____, le _____

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BISMUTPrénom : Marie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours
en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Strasbourg, le 07/01/19

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.