Geneviève CHARVET-BARRET est médecin anesthésiste au Centre Hospitalier Saint Joseph et Saint Luc de Lyon.

Geneviève CHARVET-BARRET

L'imagerie médicale en question

S'il est un domaine où l'envahissant progrès des images est réellement bienvenu, c'est bien celui de la médecine. L'imagerie médicale est devenue, en finalement très peu de temps, quelques décennies tout au plus, un merveilleux serviteur de la santé de l'homme : un incontournable moyen de diagnostic, et même, pour certaines affections, un précieux apport thérapeutique. Il y a donc d'abord lieu de saluer cet avènement avec beaucoup de reconnaissance, et de se réjouir abondamment de la surenchère exponentielle des possibilités techniques de l'imagerie. La médecine ne pourra jamais être assez opératoire, assez scientifique, assez performante, bien sûr… Néanmoins, aucune technicité ou efficacité ne peut tenir lieu d'humanité, de proximité, de respect. Ni de sens. Ce dont le malade - comme tout le monde, et même un peu plus - a tout principalement besoin.

Échographie et diagnostic prénatal

S'il faut partir de l'observation d'un exemple, celui qui vient d'abord à l'esprit est naturellement le plus délicat, parce qu'à la fois particulier et « sensationnel », propre à jeter le trouble bien plus que l'éclairage, c'est l'échographie obstétricale. Désormais indissociable de la pratique de l'obstétrique, elle apporte des renseignements dont plus personne ne songerait à se passer : détermination du nombre de fœtus, de l'âge gestationnel, examen du placenta et du liquide amniotique, enfin (« et surtout » pour le grand public) étude du fœtus, de sa croissance, de sa vitalité, de sa morphologie, et diagnostic prénatal, c'est-

à-dire dépistage de certaines malformations, celles qui seraient « visibles ».

La France est le seul pays à assurer la prise en charge de trois échographies au cours de la grossesse. Pourtant le rythme de surveillance demandé par certaines femmes enceintes ou pratiqué par certains gynécologues est d'une échographie par mois. Et ceci sans parler des cabinets spécialisés qui proposent maintenant des échographies supplémentaires en 3D, de pure convenance, commerciales, pour réaliser et emporter de belles images souvenirs qui vont représenter les premiers éléments de l'album photo de bébé.

Tout le monde[1], parents et médecins, semble ainsi très friand d'échographie ! Pour l'obstétricien, ce sont des données anatomiques précises, des mesures, des arguments qualitatifs aussi, indispensables pour orienter la surveillance de la grossesse et le déroulement de l'accouchement. Et pour la future mère, c'est souvent un temps émotionnellement intense : quoi de plus profondément joyeux et bienfaisant que la contemplation de la manifestation de la vie ! Ainsi, la première fois qu'on « entend » le cœur du bébé – avec le clignotant qui scintille sur l'écran –, la révélation tangible de cette autre vie indépendante de soi, qui est déjà là alors même que le ventre n'est pas encore arrondi du tout. Ou plus tard, cette découverte, éventuellement partagée en couple, la tête, les membres, les mouvements, « c'est comme pouvoir approcher un peu le mystère, l'entrevoir derrière un voile »…

1. Ou presque : cf. le point de vue de Jean DIETZ, à la suite de cet article (Ndlr).

… à moins que tout ne bascule et dérape, pour les uns et les autres, parce soudain apparaît un doute sur la normalité du fœtus :

- Du côté médical, le taux moyen des malformations que l'échographie peut détecter est de l'ordre de 1,5 % ; ce qui veut dire que sur les 5 000 grossesses qu'un gynécologue suit en moyenne dans sa carrière, il y aura statistiquement 75 diagnostics potentiels de malformation fœtale (soit 2 cas par an), qui se répartiront aléatoirement entre plusieurs centaines de syndromes tous plus rares les uns que les autres[2]. Autrement dit, le plus souvent, l'échographie n'apporte pas de diagnostic tout de suite, mais un doute seulement, à partir duquel pourtant le médecin

2. Évaluations citées dans « Échographie obstétricale et responsabilité médicale », Pr. I. NISAND, http://pro.gyneweb.fr

doit trancher entre se taire (et prendre le risque de sous-estimer un pronostic de handicap), ou le dire (et prendre le risque de déclencher une tempête, d'ébranler jusqu'à faire pratiquer une IMG - Interruption Médicale de Grossesse - non justifiée). La priorité moderne du principe d'autonomie, la simple loyauté envers quelqu'un qui consulte le professionnel pour son expertise (sinon pour quoi d'autre ?), font qu'il est devenu bien difficile de ne pas dire, ou tout au moins de ne pas diriger vers un deuxième avis… Et c'est ainsi que de colombe, l'échographie – et l'échographiste avec – devient oiseau de mauvais augure.

- En face, du côté des futurs parents, le doute sur la normalité fait brutalement voler en éclats le rêve indéfiniment recommencé de l'enfant parfait, c'est-à-dire, au fond, de l'enfant sans défaut, en fait, de l'enfant « comme les autres », celui qui ne se ferait pas distinguer par une anomalie. Désormais, il ne s'agit plus pour les parents d'apprendre, après coup et par étapes progressives dans le temps, à vivre avec un « enfant différent », mais de décider, ici et maintenant, si oui ou non ils acceptent de vivre cette souffrance annoncée, et s'ils l'acceptent non seulement pour eux, mais aussi, encore plus inimaginable, pour l'enfant à venir…

Il ne s'agit plus pour les parents d'apprendre à vivre avec un « enfant différent », mais de décider, ici et maintenant, s'ils l'acceptent.

À partir de cet ébranlement terrible, interviennent de multiples éléments troubles, qui peuvent se conjuguer pour faire glisser vers l'IMG :

- L'échographie introduit une dimension virtuelle qui fait écran entre la mère et l'enfant : Le fœtus observé, évalué, normé est mis à distance, il peut ne plus être intégré. À la limite, ce n'est plus le temps de la vie (l'observation et l'appropriation des modifications du corps, le cortège des « petits signes » associés à la grossesse, la perception des mouvements du bébé…) qui rythment la grossesse, ce sont les séances d'échographie !

- L'image échographique permet d'évoquer le diagnostic, mais la médecine ne peut décrire intégralement l'évolutivité dans l'avenir, ni ne sait proposer de traitement correspondant. Hiatus inacceptable.

- D'ailleurs, là où personne n'hésite à déployer des trésors d'ingéniosité et de travail pour sauver la vie d'un nouveau-né (même « prématurissime », moins de 1 000 g à la naissance), beaucoup estiment que c'est passer la limite, faire de l'acharnement, que de chercher à traiter un fœtus malade.

- C'est que ce fœtus a, dans l'inconscient collectif, un statut particulier, aux contours nébuleux, il est le commencement du tout pareil, mais aussi l'autre étrange et le pas encore ; alors, derrière l'annonce d'une anomalie fœtale, il existe régulièrement, informulées, des représentations de monstres et autres gargouilles qui peuplent l'imaginaire de nombreuses mythologies, où ils ont fonction souvent de « punition » et de revanche des dieux sur l'homme prométhéen.

- Inversement, la naissance d'un enfant porteur d'une anomalie est l'occasion de multiples remises en questions, parmi lesquelles il y a désormais aussi celle-là : « Ne pouvait-on pas le savoir avant ? », et on observe un glissement de l'affliction au sentiment d'injustice, de préjudice subi (cf. le cas Perruche)[3] : si l'échographiste avait mieux fait son travail, on aurait pu avoir recours à l'IMG !

- En défense et réponse, la médecine peut trouver alors logique de redoubler d'efforts pour détecter toutes les anomalies possibles, et d'annoncer en détail tous les éventuels signes d'appel, afin d'éviter les procès en responsabilité si elle méconnaît un handicap, ou le sous-estime. L'important est de « ne pas être pris en défaut de diagnostic ». Ainsi, la crainte des médecins de cas de faux négatifs rejoint la panique compréhensible des parents, dans l'apparente sagesse du « ne pas prendre de risque », qui fait passer outre l'éventualité de faux positifs (IMG non justifiée, c'est-à-dire « mort par précaution ! », selon l'expression de Didier Sicard[4]), et il y a convergence d'intérêt en faveur de l'avortement (dit ici « thérapeutique », formule pour le moins discutable, parce que c'est justement faute de thérapeutique qu'on fait l'avortement !).

En somme, il n'est pas si étonnant que ça que les professionnels du diagnostic anténatal soient en tête du hit-parade des affaires médicales portées devant les tribunaux : l'échographie offre dans le même temps au médecin et à la femme enceinte

3. En 1982, la Maman de Nicolas Perruche est atteinte de la rubéole alors qu'elle est enceinte. Son enfant risque de naître avec de graves lésions auditives, oculaires, cardiaques et mentales. Madame Perruche demande un diagnostic, mais les résultats des laboratoires ne concordent pas. Une erreur est commise dans la vérification, conduisant la Maman à renoncer à l'IMG, et Nicolas à présenter le syndrome de Gregg redouté. En janvier 1992, le praticien et le laboratoire sont jugés responsables de l'état de santé de Nicolas, et condamnés. L'arrêt Perruche prononcé par la cour de cassation en novembre 2000 avalisait l'indemnisation de l'enfant. La loi du 4 mars 2002 mit fin à la jurisprudence de l'arrêt Perruche en stipulant (art. 1) que *Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.* Pour en savoir plus, voir http//sos-net.eu.org/medical/perruche.htm (Ndlr).

4. Didier SICARD, *La médecine sans le corps,* Plon, 2002, p. 41. **Il n'est pas question ici de remettre en cause la possibilité d'IMG, mais seulement de mettre en garde contre les risques de dérives du dépistage prénatal**. Le nombre des IMG pratiquées en France est stable depuis 2002, autour de 6.000 par an. L'exemple le plus emblématique est celui de la trisomie 21 : on estime qu'on en arrive à 75% de cas dépistés et « traités », et inversement, des « anomalies chromosomiques » sont invoquées dans 33,8% des IMG. ; 43,5% des IMG font suite à un diagnostic de malformation, et au-delà, les pathologies invoquées sont multiples. 91 propositions d'IMG (1,5%) ont été refusées par les parents en 2004. (La Croix ; 28.02.07, d'après les données de l'Agence de la Biomédecine.) A noter

qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de contrôle a posteriori des lésions réelles du fœtus, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun moyen d'évaluer la pertinence de l'IMG, autrement dit la proportion d'IMG non justifiées, éthiquement « discutables »...

une « monstration », un savoir partiel mais immédiat sur une pathologie : quelle qu'elle soit, même non majeure, ou bien encore imprécisée, elle est le doute - redoutable - qu'il y ait des conséquences sur le devenir. Tout se passe comme s'il y avait un « tout savoir tout de suite », et cette violence survient dans une grossesse, où il n'est question en principe que de lente maturation nécessaire pour passer de l'enfant imaginaire à l'enfant réel. Au lieu de quoi, la brutalité de l'image empêche tout le travail de filtre, de réflexion, de cheminement, nécessaire au médecin comme aux parents. Une violence qui ne peut qu'exploser !

Le remède ou le poison ?

Voilà donc brossée, à gros traits, une mise en question de l'échographie obstétricale. Tout se passe comme pour le « pharmakon » des anciens, tout à la fois remède et poison, trésor et boîte de Pandore, parce qu'elle semble être en capacité de piéger dans ses logiques propres, et de fasciner jusqu'à suspendre tout jugement chez ses spectateurs. L'imagerie médicale en général est de la même manière capable du meilleur, mais aussi du pire, selon l'usage, les circonstances, et certaines logiques en cascade imprévues. Puisque nous entrons ici délibérément dans le rôle de l'avocat de l'accusation, ouvrons la liste des critiques possibles :

- L'imagerie ferait écran au patient : ce qu'elle donne à voir, ce sont des images et des chiffres, une virtualité qui semble prendre la place du malade examiné ; le corps souffrant n'a plus droit de cité, il est transféré sur écran scintillant, la plainte n'est vraiment entendue que si elle se traduit sur l'image (en « tumeur », en « sténose », en « fracture »…), les éléments quantifiables sont privilégiés, contrôlés car contrôlables, et de là ils occupent le devant de la scène, au détriment de l'examen du corps (le regard, le toucher, l'auscultation), de l'écoute des ressentis, de la patiente reconstitution de l'histoire… de la parole et de la rencontre « d'homme à homme »[5].

5. Les anglo-saxons parleraient ici du « face to face, F2F » ; et en ligne d'horizon, il est incontournable de fixer Lévinas, et sa façon de déployer la présence dans le visage de l'autre...

- L'image serait ainsi volontiers complice de la tyrannie du nombre : l'homme contemporain a une image de lui de plus en plus paramétrée, quantifiée, normée par la médecine, qui le constitue de l'extérieur ; ce qui est vrai et juste, c'est ce que di-

sent de lui les instruments de bord. Le fait de montrer et mesurer court-circuite tout recul, et on rabat l'interprétation ou l'argumentation sur le quantitatif.

- L'imagerie médicale aurait tendance à se parer des attributs de la totalité : une visibilité ne se réfute pas par des arguments. Chose vue, affaire entendue, il y a un verdict de l'image, et la tendance que l'on a à « croire ce que l'on voit » lui donne, par rapport aux autres données (d'exploration, d'observation, de dialogue, de réflexion, etc.), une plus value qu'elle est loin de mériter ; elle redouble l'autorité de l'événement par un terrorisme de l'évidence. Comme si l'image était le tout de la chose, et faisait discrètement passer à la trappe les autres paramètres et aspects de la situation du malade. C'est-à-dire ni plus ni moins que la réalité, l'épaisseur complexe du réel.

Il y a un verdict de l'image, elle redouble l'autorité de l'événement par un terrorisme de l'évidence.

- L'image semble pouvoir faire tomber le temps en syncope : elle est le « tout, tout de suite », diagnostic et destin sont confondus, elle explose la durée pour la rabattre sur l'instant, elle impose la loi de l'immédiateté, l'essentiel cède la place à l'urgence.

- De glissement en glissement, elle contaminerait les acteurs, de part et d'autre de l'écran, d'une étrange déshumanisation : pour le médecin, la tentation vient de privilégier inconsciemment le résultat technique sur ce qu'il signifie : de viser « une belle image », derrière laquelle la personne qui est en face s'éprouve dépossédée de ce qui la constitue et l'exprime, elle n'est dans le regard de l'autre que l'image d'elle-même. Et pour l'examiné, derrière cette diablerie de « n'avoir d'yeux que pour l'image », il y a une sidération de la personne ; tout se passe comme si le malade était renvoyé non à un dialogue avec lui-même, mais avec son ombre portée. Comme si l'important était moins d'être quelqu'un que d'être le bon acteur de son image.

- Ainsi, pour l'un et l'autre, l'image est un dangereux « ça va de soi », derrière lequel il ne s'agit plus seulement de s'informer avant de décider – démarche légitime -, mais de risquer de céder à ce rêve inavoué de défausse, d'esquive devant la gravité d'un choix, de dérobade devant l'impératif d'énonciation.

L'image, à la limite, permet de sauter l'étape de la décision et tout ce qu'elle implique de subjectivité ; puisqu'elle appartient à l'univers de l'évidence, elle permet de congédier le doute, le questionnement, la réflexion, la responsabilisation, elle ouvre la possibilité de remplacer par un pur automatisme (un « professionnalisme » froid) la pesanteur intimidante de l'intime conviction[6].

6. Expression empruntée à Jean-Claude GUILLEBAUD, *La force de conviction*, Seuil, 2005.

- Parce que s'il ne s'agit plus que de parfaire l'image, corriger l'image, normaliser l'image, traiter la manifestation quantifiable de la maladie et non pas le malade, on est entré dans le règne absolu des processus et des mécaniques, il n'est plus besoin ni même envisagé de choisir une direction, ou de définir un objectif. Les moyens deviennent leur propre fin, et dans le même temps, la pénible étape de la réflexion et de la remise en question se trouve éludée.

- Dès lors, l'imagerie médicale peut se trouver prise dans l'auto-emballement : en développant ses techniques et ses réalisations toutes « encore plus sensationnelles » les unes que les autres, elle fait ce que font toutes les puissances, elle s'inscrit subrepticement dans les mentalités pour exciter ce que Hegel appelait « le mauvais infini », que l'on peut aussi résumer dans la formule « plus il y en a, plus il en faut ». Le succès ne tarde pas à passer pour un échec s'il n'est pas relayé par de nouveaux succès. Un harcèlement qui est motivé bien sûr par le désir de progrès et de victoires sur la maladie, mais qui subit aussi l'aiguillon de l'essor des techniques dans tous les secteurs de l'industrie, de l'esprit de compétition, des pressions économiques ou même commerciales, et aussi des rhétoriques qui sacralisent l'individu et son besoin, bref, tout un réseau de motivations qui ne sont pas toutes « pures et limpides », et apportent aussi leurs lots de logiques propres et pièges possibles. La médecine subirait là, comme bien d'autres domaines de la connaissance, une terrible rétrogradation insidieuse en une techno-science « moderne » plus préoccupée par ses résultats exploitables que par l'ambition de connaître la maladie pour traiter le malade. La question des fins disparaît dans la technique au profit d'une pure et simple reddition à l'idéal de fonctionnement et de performance. L'obsession de la maîtrise technique peut l'emporter sur le dessein de soigner l'homme[7].

7. Constat fait et magistralement exprimé par de nombreux auteurs, Cornélius Castoriadis, Michel Serres, Edgar Morin, Jürgen Habermas, Jacques Ellul, Jean-Claude Guillebaud…

- En bout de chaîne, et pour mettre un tout dernier trait à ce noir tableau, citons Baudrillard : « Quand le monde, ou la réalité, trouvent dans le virtuel leur équivalent artificiel, ils deviennent inutiles. […] Quand tout peut être chiffré dans des codes numériques, le langage devient une fonction inutile. Quand tout se passe entre terminaux interactifs sur l'écran de la communication, l'Autre est devenu une fonction inutile. Or, qu'en est-il de l'Autre quand il a disparu ? »[8]

8. Jean BAUDRILLARD, *L'échange impossible,* Galilée, 1999.

Spectateur de l'image ou acteur de la réalité ?

Ainsi, l'outil qui doit aider malade et médecin à « voir » pour prendre une décision ajustée serait devenu insidieusement un pseudo-maître qui aide à ne pas voir, à ne pas entendre, et à escamoter la place de la responsabilité ?

Pour autant, il n'est pas question de bouder le progrès des images, et encore moins d'en refuser les conquêtes ! Personne ne peut songer sérieusement à renoncer aux innombrables avancées diagnostiques et thérapeutiques qu'ont permis les nouvelles techniques d'imagerie médicale. Le choix n'est pas d'accepter la techno-science ou de la rejeter, mais « seulement » de la réinstaller à hauteur d'homme, et à son service.

Il s'agit, tout en tirant parti de ses bienfaits, de dompter cette tendance « sauvage » à la technologisation et la marchandisation du soin ; de reprendre la main, replacer ce « processus sans sujet »[9] sous la conduite éclairée de ses utilisateurs (la communauté des soignants et des soignés délibérant ensemble, c'est-à-dire en fait la société tout entière) ; réintroduire la priorité absolue de humain, en quelque sorte en remettant « un pilote dans l'avion », démocratiquement, et à tous niveaux.

9. Cf. Bernard GALAND, *Le manifeste du sujet*, éd. Le bord de l'eau, 2007.

La liste des glissements pervers qu'opère la séduction de l'image que nous venons de dessiner permet de désigner des pistes de travail : il faut reprendre le contrôle des opérations là où la « machination » profite d'une peur, d'une faiblesse, d'un automatisme, d'une démission ; débusquer ces aiguillages indus et remettre en question les attitudes, les croyances, les désirs inavoués qui les supportent. C'est un travail sur les mentalités bien plus que sur les images qu'il convient d'encourager, afin que les

« techniciens » et les « spectateurs » redeviennent pleinement acteurs de part et d'autre de l'écran.

Il faudrait ainsi réinterroger les « ça va de soi » décrits plus haut en pentes savonneuses. Citons pêle-mêle : le primat actuel de l'objectivation sur la perspective, de l'immédiateté sur la durée, de l'information visuelle sur l'analyse, du quantitatif sur le qualitatif, des affects sur la rationalité argumentative, du désir sur l'endurance, de la technique sur la rencontre, du particulier sur l'universel, du spectacle sur la réflexion, de la preuve sur le mystère, des automatismes sur l'action, bref de l'image sur le regard, la parole et l'esprit… Nous choisirons de commencer seulement le chemin par l'exploration de deux ou trois pistes.

▪ Réinstaller un questionnement et un contrôle à chaque étape, n'est-ce pas opposer, face au chant des sirènes, comme une pédagogie de l'incertitude ? Ainsi, il serait souhaitable que la médecine se déprenne de la démangeaison de la certitude. Loin d'aller contre la science, elle serait bien avisée de réintroduire dans ses pratiques un doute systématique, cette interrogation critique dont l'esprit scientifique a de tout temps fait sa règle d'or[10]. « Après tout, il serait extravagant que le scepticisme méthodique, historiquement érigé en principe par la science, soit applicable à tous les objets qu'elle étudie, mais jamais à elle-même ! »[11]

En pratique, il s'agit de contourner un double piège : la tentation du seul discours rigoureux de type anglo-saxon, qui apporte des preuves, des mesures, des images, des recettes « validées », des arguments irréfutables[12], parce qu'issus d'une science d'autant plus triomphante qu'elle est factuelle, méthodique, dénuée d'affects, indépendante. Médecine arrogante, apparemment sûre d'elle-même (en fait plus probablement sur la défensive devant la montée de l'intrusion du Droit dans son domaine ?) et qui remplace la présence par la preuve. Et la tentation de la seule empathie plus ou moins paternaliste, qui se perd dans la subjectivité et fait louvoyer entre les chiffres, les images, les traitements en fonction de telle ou telle personnalité ou circonstance.

Il faut bien sûr conjuguer et non opposer ces deux dimensions, « scientiste » et « humaine », parce que sans la rationalité de l'approche humaniste, la science reste vide ; mais sans la

10. Ainsi Descartes fondait l'entreprise scientifique sur et par l'usage systématique du doute, suspension de la démarche et sa mise à la question, afin de l'éprouver, d'en mesurer l'adéquation et la justesse... Ou ainsi que le rappelaient quelques pères fondateurs de la médecine, « Le grand principe expérimental est le doute, le doute philosophique qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative. » (Claude Bernard).

11. Jean-Claude GUILLEBAUD, op. cit., p. 344.

12. Cf. les recherches de l' « *evidence based medecine* », la prégnance croissante des « *guide line* », ces arbres décisionnels de « conduite à tenir » en prêt à porter, la multiplication des « références opposables », des « conférences de consensus », des rédactions de « protocoles » et « procédures », celles des « démarches qualité » en particulier…

rationalité scientifique, la réflexion sociale reste aveugle[13] ! Se tenir sur la crête entre ces deux bords n'est pas, à mon sens, un travail de maîtrise comme celui du funambule, mais tout au contraire une suspension de la maîtrise qui donne, au sein de la démarche scientifique, place et même priorité à l'écoute du malade. Un « doute », une humilité de base, un élan en forme de recueillement, un instant d'appréhension et de reprise, bien légitime avant d'avoir à prendre souci et soin d'un autre. Temps de pause multiples, au cours de la démarche médico scientifique, pendant lesquels il serait profitable de réécouter les anciens adages du bon sens clinique : « Écoutez le malade, il vous donne le diagnostic ! », ou encore « Que faut-il dire au malade ? Il faut le lui demander ! », « Quelle décision prendre ? Lui le sait ! »

▪ Il serait souhaitable, inversement, que la société se déprenne de la démangeaison de la garantie. Et la « pédagogie du doute », que nous souhaiterions voir revenir dans la médecine, serait, pour tous, à décliner en « éducation aux risques ». Dans la culture contemporaine, une fatalité vaincue se métamorphose en possibilité. Puis la possibilité, état instable s'il en est, se durcit en exigence et se revendique bientôt comme un droit. Un droit implique des acteurs qui le font respecter. Le médecin devient-il cet acteur ? C'est ainsi qu'en médecine, on serait passé en quelques années de l'obligation de moyens[14] à une quasi-obligation de résultats.

▪ Mais un point fondamental, assez peu évoqué dans le grand public, est que le cœur de la science est incertitude, quelque chose sur lequel on peut porter un degré de certitude, mais seulement un degré. Croire que la médecine progresse, c'est faire le pari qu'une grande partie de nos représentations est partielle, fausse, et que l'on pourra les améliorer demain. La réalité est toujours complexe et rebelle, et notre ignorance est un constat toujours renouvelé plutôt qu'une donnée éradiquable !

Cette question de l'incertitude – autrement dit celle des « risques » laissés par ce qui n'est pas sûrement maîtrisé ou prévisible – est actuellement souvent posée entre le médecin et le malade, ou entre la médecine et la société (sous forme de remise en question de la confiance par exemple, de

Cette question de l'incertitude est intrinsèque à l'activité même du scientifique.

13. « Slogan » adapté de Ulrich BECK, *La société du risque*, Aubier, 1986, p. 55.

14. C'est en 1936 avec l'arrêt Mercier rendu par la Cour de Cassation que la nature contractuelle du lien qui unit le patient à son médecin a été établie : « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins «. Se limitant à l'époque à une obligation de moyens de la part du médecin, il a depuis été réévalué à de nombreuses reprises.

redéfinition profonde des relations médecin-malade, et surtout de montée de la judiciarisation de la médecine…), alors qu'elle est à poser d'abord – et surtout ? – au sein de la biologie et de la médecine, elle est intrinsèque à l'activité même du scientifique.

Ici, par exemple, il faut rappeler que chaque image est subjective, elle n'est qu'un point de vue, elle est variable selon la manière de l'enregistrer, de la sélectionner ou non parmi des centaines possibles, de la mettre en relief, en gros plan… Et que nos rapports avec le visible et l'invisible demeurent, quoi qu'on en veuille, d'échange et d'interprétation ; pour extraire de l'image son signifiant, il faut encore et toujours retrouver le pouvoir de voir, l'implication du regard, l'éveil, la curiosité, la capacité de l'analyse et du décryptage… toutes étapes qui comportent une part incompressible de faillibilité.

Une image n'est pas un outil anti-doute, elle n'est qu'un élément du dossier, elle ne dédouane pas de la réflexion, de la mise en lien et en perspective, elle laisse intacte la nécessité de déployer toutes les questions[15]. En fait, ce qu'elle peut faire de mieux, ce n'est pas tant de nous informer, que de nous inviter à le faire, ailleurs et autrement. Ce qui laisse entière la question de l'existence de risques résiduels à gérer ou assumer, et donc de l'impossibilité de garanties parfaitement étanches.

15. Pour en donner une illustration concrète parmi tant d'autres, une des premières bonnes questions à poser, est : « Faut-il la pratiquer, cette image ? » En fait, tant d'examens sont faits et refaits sans nécessité, comme on « print » sur l'imprimante, sous des pressions fallacieuses qu'il conviendrait de débusquer…

Il serait utile de porter le débat sur ce qui est généré par le fait d'en demander ainsi « toujours plus ». Il y a, heureusement en France, un droit aux soins (et il reste encore du travail à faire pour le faire appliquer en toutes circonstances), mais il est souhaitable que l'anarchie des désirs individuels qui rêvent d'exploiter les pouvoirs de la biologie, ou d'obtenir réparation aussi pour ce qui, il n'y a pas si longtemps, était simplement considéré comme « mauvaise fortune », n'aille pas jusqu'à revendiquer un droit à la santé, parce que la pression ainsi induite sur la médecine la dénature.

▪ Au-delà, après avoir décollé de nos fausses aspirations à certitudes, il faut passer à l'action, – la fameuse « prise de contrôle » –, et c'est l'occasion de découvrir en fait une démission fréquente, une tendance assez générale à l'esquive, à la défausse, à l'irresponsabilité, qui étouffe souvent dans l'œuf les initiatives et peut cantonner dans les protections misanthropes ou

les revendications hargneuses : « Ce n'est pas moi ; je n'étais pas là ; je suis le radiologue, je ne peux rien dire, vous verrez avec le clinicien ; je ne pouvais pas savoir ; c'est Untel qui m'a dit de… (ou : c'est le docteur qui l'a dit) ; je n'avais pas de consigne ; j'ai des contraintes économiques ; ce n'est pas de mon ressort ; c'est le protocole ; c'est la société qui veut ça, ou c'est l'institution, l'administration, le règlement, etc. » Il y a banalisation de ces désengagements de la responsabilité au profit d'une dilution et d'un renvoi perpétuel aux « autres », le plus souvent abstraits, à la machination, à l'État, au « monde mal fait ».

Et ce « renvoi de la responsabilité s'accompagne du renvoi de la culpabilité, comme si une responsabilité ne pouvait sonner que comme une possible mise en examen. Étrange paradoxe du mot *respondere* qui signifie se porter garant, s'engager, véritable présence à autrui, et qui est devenu un gibier de potence potentiel.[16] » Alors l'action médicale, l'examen d'imagerie par exemple, est désormais encadrée de « précautions » multiples, parfois frileuses et défensives[17], « on se couvre », à la limite, l'image n'est quelquefois plus motivée que par ce souci-là. En somme, on en arriverait à faire, au nom de la responsabilité, des actes irresponsables (= sans responsable, c'est « la loi » qui décide).

Pour certains, cela va même plus loin encore : non seulement « je » ne suis pas responsable, mais même « la société m'en doit ». Un essayiste faisait ce portrait acidulé : « Le citoyen contemporain est contradictoirement individualiste et sécuritaire, son slogan pourrait être « Fichez moi la paix, occupez vous de moi », il voit l'État (ici le Système de Santé) comme une instance familiale qui doit le protéger, le réparer quand il en a besoin, sans le limiter dans ses moindres fantaisies.[18] » « On » attendrait tout « des autres », pour demeurer commodément en pleine irresponsabilité…

Alors la « reprise du contrôle » semble pour l'instant assez compromise dans ces conditions ! Il est à craindre pourtant que l'image ne reste souveraine tant que ne sera pas réinstallée « aux commandes » une vraie responsabilisation individuelle de tous ceux qui l'utilisent. Dans le sens initial du mot responsabilité, c'est-à-dire un « doute » sur les conséquences de nos actes.

* * *

16. Didier SICARD, *La Médecine sans le corps*, p. 240.

17. Cf. le fameux « principe de précaution », initialement principe d'action, (« adoption de mesures effectives et proportionnées » selon la loi Barnier de 1995), qui peut se dévoyer en replis attentistes ; la séquence légale information-consentement qui peut se dévoyer en « avertissements » et en « papiers à signer » ; la « traçabilité » et les « contrôles systématisés », particulièrement chronophages, qui grignotent sur le temps du soin…

18. Pascal BRUCKNER, « Les paradoxes du progrès », éditorial de la publication mensuelle de l'Espace Éthique de l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris), janvier 2006.

Bien des philosophes l'ont souligné, la meilleure fonction de l'image est d'être symbole. Étymologiquement, symboliser (syn = avec et bolein = lancer) signifie « lancer en accord » ; que l'image soit lancée en accord, fidèlement, avec ce qu'elle représente. « Ne jamais interpréter une radio sans la confronter à l'examen clinique et l'histoire du malade », disait la règle des cliniciens d'antan : malade et image, les deux moitiés non séparables de la démarche diagnostique… Vieilles lunes ? Pas tant que ça ! Si l'image prend son autonomie, est placée au rang de technique souveraine, elle se met en position de « dia » (contre, en opposition), et devient une représentation « dia-bolique » (lancée en travers), c'est-à-dire réalisée en désaccord total avec la réalité qui l'a vue naître.

Mais je suis optimiste. Je crois que la démocratie peut reprendre la main face à la techno-science qui dia-bolise l'image, qu'une remise à plat des fausses évidences est bel et bien à l'œuvre, même si, comme d'habitude, nul ne connaît « le jour et l'heure » du changement des mentalités collectives… Il y a de tels frémissements contestataires dans la levée des « nouveaux usagers » de la Santé, dans leurs revendications à être acteurs au sein du système, leur organisation en mouvement ; il y en a eu dans les récents Etats Généraux de la Santé ; il y en a au long de certains *chatt* santé sur le Web ; dans l'organisation, encore trop confidentielle, de « conférences de citoyens », à la suite de l'exemple scandinave ; dans la multiplication des instances « éthiques » dans le monde de la Santé et ailleurs ; dans la montée de protestations conniventes aussi dans d'autres domaines scientifiques que la médecine, au travers de certains des courants dits « post-modernes »… À suivre !

La démocratie peut reprendre la main face à la techno-science.

Geneviève CHARVET-BARRET