

Introduction

À première vue, la médecine est étrangère à la philosophie, parce que la première cherche à guérir, ou au moins à soulager la souffrance, tandis que les philosophes analysent et systématisent des idées très générales, telles que celles de réalité, de connaissance, de vérité et de bien. Dans *De l'ancienne médecine*, Hippocrate (430-420 avant J.-C.) mettait en garde contre la philosophie. Toutefois, on peut considérer qu'il ne rejetait que les errements des présocratiques, en particulier des pythagoriciens, qui avaient fortement influencé ses précurseurs. Un demi-millénaire plus tard, son grand disciple Galien considérait que «le meilleur docteur est aussi un philosophe».

En fait, la médecine a toujours été saturée de philosophie, ne serait-ce que parce que les médecins ne peuvent pas s'empêcher d'utiliser des idées générales, telles que celles de réalité et de vérité. Voyons comment tout médecin contemporain «philosophe» pendant une consultation de routine. Quand le patient apparaît, le médecin considère comme acquis qu'il est un être réel (*réalisme ontologique*) qui vient demander de l'aide, ce que le docteur est prêt à lui accorder au meilleur de ses possibilités, en accord avec les préceptes d'Hippocrate (*humanisme*). Pour découvrir ce qui le fait souffrir, le médecin commence par lui poser certaines questions, tandis qu'il admet tacitement qu'il peut y comprendre quelque chose (*réalisme épistémologique*), et aussi qu'il peut faire quelque chose pour l'aider (*optimisme praxéologique*).

Ainsi, le médecin contemporain ne croit pas que les maladies sont envoyées par une divinité en punition des péchés, ou par un sorcier par simple méchanceté, et il considère la médecine comme un *ars vivendi* [art de vivre] et non pas comme un *ars moriendi* [art de mourir]. En outre, il sait que la mort est la fin naturelle de la vie, et non la punition de Dieu pour le péché originel d'Adam. En bref, le médecin moderne adopte tacitement une vision du monde séculière, et se fonde sur la biologie plutôt que sur la théologie. Toutefois, revenons au cabinet du médecin.

Les réponses du patient aux questions initiales du médecin peuvent susciter des questions supplémentaires, ainsi qu'un examen de l'histoire clinique du patient, qui de nos jours n'est plus qu'à un clic de distance – un fait ambigu, parce qu'il en découle que le médecin regarde plus l'écran que la personne. Mais, loin de croire tout ce que le patient lui dit, le médecin peut en douter partiellement (*scepticisme méthodologique*). Et il essaiera de traduire en *signes*, ou *indicateurs objectifs*, les *symptômes* que ressent le patient – par exemple, des douleurs au niveau des lésions. Une telle traduction de sensations en marqueurs biologiques révèle une vision *naturaliste* de la maladie, c'est-à-dire la thèse selon laquelle les symptômes de maladie sont les corrélats subjectifs d'un processus corporel morbide. Pour procéder à de telles interprétations, le médecin peut avoir à utiliser des éléments de la technologie médicale, depuis l'humble stéthoscope jusqu'à l'appareil perfectionné d'IRM (imagerie par résonance magnétique). Et nous n'oublierons pas qu'il n'existe ni organes isolés ni patients dans un vide social (*systémisme*).

Tandis que le médecin absorbe la série de données pertinentes pour le problème médical qu'il traite, il continue à former, évaluer, rejeter et remplacer des suppositions savantes (des hypothèses à propos de la nature de la maladie et de ses causes possibles). En zigzaguant entre les données et les hypothèses, finalement il en arrive aux conjectures qui lui semblent les plus plausibles à la lumière de ses connaissances et de son expérience, ainsi que des données qu'il vient de collecter.

Ces hypothèses sont des propositions conditionnelles de la forme «Si la patiente montre le signe ou l'indicateur objectif *S*, alors il est possible qu'elle souffre du trouble *T*». Excepté dans le cas des maladies nouvelles, les conjectures de cette sorte ne sont pas improvisées, mais on les trouve dans la littérature médicale standard. Et ce ne sont pas des règles arbitraires ni simplement empiriques, mais elles sont basées sur la recherche médicale, en particulier les essais cliniques contrôlés. Et c'est là une particularité de la pratique médicale contemporaine : elle doit beaucoup plus à l'expérimentation qu'à la dissection, et au travail de laboratoire sur des animaux vivants qu'à l'étude pathologique *post-mortem*.

Pour trouver laquelle de ses hypothèses est la plus vraie, ou au moins la plus plausible, le médecin réfléchit à ce qu'elles impliquent, et il se prépare à les évaluer. Avec un peu de chance, les réponses à ces questions vont confirmer l'une de ses hypothèses. Sinon, il va demander des tests utilisant des outils de diagnostic avancés, tels

que les analyses de sang et les rayons X. En principe, le processus de diagnostic continue jusqu'à ce qu'une réponse claire (mais néanmoins faillible) soit atteinte, et qu'une prescription puisse être rédigée.

En diagnostiquant tout comme en prescrivant, le médecin contemporain applique tacitement le postulat selon lequel la recherche scientifique est le meilleur outil pour atteindre à la connaissance des faits. C'est le postulat du *scientisme*, formulé pour la première fois par Condorcet à la veille de la Révolution française de 1789. En d'autres termes, notre docteur rejette tacitement non seulement les conceptions magico-religieuses, mais aussi l'intuitionnisme, l'apriorisme, l'empirisme aveugle et le scepticisme destructeur inhérent au constructivisme-relativisme postmoderne, selon lesquels il n'y a pas de vérité parce qu'il n'y a pas de monde réel là dehors.

En bref, notre médecin met en pratique la maxime *Apprend avant d'agir* (c'est la maxime de la théorie scientifique de l'action, l'alternative rationnelle au pragmatisme et au marxisme). Dans les cas complexes, tels que ceux qui sont traités par les oncologues, les immunologistes et les psychiatres, les résultats du traitement seront autant de données additionnelles utilisées pour réviser à la fois le diagnostic initial et le traitement correspondant. Ainsi le patient se double d'un cobaye expérimental.

De telles révisions sont indiquées non seulement quand le diagnostic se révèle erroné, mais aussi quand le système immunitaire du patient fait défaut, ainsi que lorsqu'un nouveau médicament a été utilisé, dont l'efficacité n'a pas encore été testée rigoureusement, ou dont les effets secondaires sont encore mal connus¹. Ainsi donc, le médecin responsable pratique la règle qui nous enjoint de douter et de recommencer quand quelque chose tourne mal. Cette règle philosophique, le *scepticisme méthodologique*, ne doit pas être confondue avec le scepticisme radical ou systématique, qui rejette toute possibilité de jamais atteindre à une quelconque certitude, pas même concernant la rotondité de la Terre ou la cause de la grossesse.

Enfin, le médecin rencontre parfois des problèmes moraux. Les plus difficiles sont ceux relatifs au début et à la fin de la vie, tels que : «Doit-on mener à son terme une grossesse avec un fœtus présentant un défaut génétique sévère?», «Sauver ou ne pas sauver le nouveau-né fortement prématuré, qui n'a aucune chance de mener une vie

1. C'est ici que les pratiques immorales de certaines compagnies pharmaceutiques se font douloureusement sentir.

normale?», «Prescrire ou non un traitement qui promet peu et coûte beaucoup?», «Prolonger ou non la vie d'un patient en phase terminale qui ne peut plus jouir de la vie, et encore moins aider les autres à vivre?» Dans des cas semblables, le médecin et son patient, ainsi que ses plus proches parents, devront choisir entre une philosophie morale traditionnelle et l'éthique humaniste condensée dans la maxime *Jouis de la vie et aide à vivre*.

En somme, le bon médecin, contrairement au chamane ou au praticien d'une médecine «alternative», adopte, souvent involontairement, un système philosophique complet, qui comprend: 1° une ontologie matérialiste (bien que non physicaliste) et systémiste (bien que non holiste), 2° une épistémologie rationaliste, réaliste, sceptique et scientiste; et 3° une théorie de l'action fondée sur la science et sur une éthique humaniste.

C'est la philosophie que pratique le médecin s'appuyant sur la science, mais pas nécessairement celle qu'il proclame ou enseigne. Pour vérifier ce diagnostic, imaginons un médecin qui en viendrait à rejeter l'une des trois composantes listées ci-dessus. Par exemple, un médecin spiritualiste, comme un adepte de l'homéopathie (dont le fondateur prétendait qu'un remède est d'autant plus puissant qu'il contient moins de matière); un antiréaliste, qui soutient que les maladies ne sont pas des troubles biologiques mais des constructions sociales ou que la médecine standard est une invention de la Grande Industrie Pharmaceutique; un anti-humaniste, comme les médecins qui ont expérimenté sur les détenus des prisons, des camps, ou sur des paysans sans méfiance; ou ceux qui s'opposent au système de santé publique. Qui pourrait leur faire confiance? Le public devrait se protéger non seulement des délinquants médicaux et des charlatans, mais aussi des politiques sanitaires antisociales et des philosophies malsaines. *Philosophia sana in ars medica sana*.