

Pouvoir et médecine

Contributions de la série d'événements
Medical Humanities 2017-2020

La double impasse de la critique technophobe et de la promotion technophile des technologies médicales, et comment tenter de la dépasser

Prof. Francesco Panese

Institut des Humanités en médecine (IHM), Université de Lausanne

Prélude

Dans une revue canadienne de médecine de famille, Serge Daneault, médecin spécialisé en soins palliatifs et professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, s'inquiète: «La souffrance des soignants est générée par la surcharge et par l'essoufflement qui en résulte, lequel crée un sentiment d'impuissance. [...] Les besoins des personnes malades sont complexes et parfois contradictoires. Cette complexité, difficile à saisir, requiert du temps, ce dont les médecins manquent. Alors, le but devenu inatteignable est abandonné et on se réfugie dans la technicité de l'activité médicale. Mais ce faisant, on nie, on écrase ses aspirations initiales. Cette négation prive de sens le soignant. La perte de sens est intimement liée à l'émergence de la souffrance qui, si elle n'est pas recon nue et accompagnée, peut dégénérer en des troubles pouvant conduire au suicide.»⁵¹

Cette inquiétude tragique qui considère la « technicité » comme le dernier refuge d'une pratique qui bute contre les difficultés d'une prise en charge efficace et sincère témoigne d'une tension récurrente au sein de la médecine: dès les années 1950, s'y opposent *technophilie et technophobie*, rejouant l'opposition mythologique entre la figure de « Prométhée libéré »⁵² et celle de la Chute d'Icare, emblème de la vaine ambition des humains à s'élever par la technique. Cette inquiétude témoigne aussi du fait que la médecine n'est plus un tout homogène – si elle l'a jamais été –, mais qu'elle est traversée des *différences*⁵³ dont le rapport à la technicité pourrait être l'une des lignes de partage. Nous aimerions suggérer qu'une manière d'éviter la double impasse de la technophobie et la technophilie est précisément d'interroger cette ligne de partage afin non pas de suspendre la critique, mais de la fonder

sur une compréhension claire des effets spécifiques de la technicisation de la médecine.

Critique de la technicisation de la médecine

La critique de la technique s'est affirmée dès la seconde moitié du XX^e siècle comme un genre à part entière. Face à la technicisation du monde, de nombreux auteurs dénoncent la « société technicienne » qui aurait succédé à la « société industrielle » analysée par Karl Marx. Jacques Ellul, par exemple, considérera l'empire de la technique comme « l'enjeu du siècle », marqué par la perte de sa maîtrise, laquelle met en péril l'idéal humaniste, et il dénoncera encore, trente-cinq ans plus tard, le « bluff technologique »⁵⁴. Cette vague critique touchera aussi la médecine. Dans les mêmes années, alors que s'affirment après la Seconde Guerre mondiale la biomédecine et son lot de technicité, doublés de la bureaucratisation de l'exercice médical, le psychiatre et philosophe Karl Jaspers dénonce l'érosion de l'idéal médical par la technique: « Comme les moyens médicaux n'appartiennent plus à l'individu et ne sont plus librement à sa disposition, l'action médicale est organisée à la manière d'une exploitation (*Betrieb*). Hôpitaux, caisses d'assurance maladie et laboratoires d'analyse s'immiscent entre médecin et malades. Le monde qui se déploie ainsi permet l'immense accroissement de l'efficacité de l'action médicale, mais il se tourne ensuite contre l'être même du médecin. Les médecins se transforment en rouages: en généralistes, en spécialistes, en médecins hospitaliers, en biochimistes, en radiologues. [...] Entre médecin et malades interfèrent des puissances auxquelles ils doivent se soumettre. La confiance d'homme à homme disparaît. »⁵⁵ Tout se passe ici comme si l'efficacité de l'action médicale – engendrée notamment par les succès des sciences de laboratoire et l'expansion de l'industrie pharmaceutique – avait pour conséquence la dénatura tion de la relation clinique. À plus d'un demi-siècle de

51 Daneault, Serge (2008): La notion du soignant blessé: Peut-elle être utile aux médecins de famille?, in: Canadian Family Physician 54(9), pp. 1223-1225.

52 Landes, David S. (2000): L'Europe technicienne ou Le Prométhée libéré. Révolution technique et libre essor industriel en Europe occidentale de 1750 à nos jours, Gallimard, Paris.

53 Berg, Marc et Annemarie Mol (éds.) (1998): Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies, Duke University Press, Durham.

54 Ellul, Jacques (1954): La Technique ou l'Enjeu du siècle, Armand Colin, Paris; Ellul, Jacques (1988): Le bluff technologique, Hachette, Paris.

55 Jaspers, Karl (1958/2006): Le médecin à l'âge de la technique, in: Po&sie 116(2), pp. 89-103, pp. 93-94.

distance, l'inquiétude du médecin canadien et la verve du psychiatre et philosophe semblent interpréter la même partition critique.

Plutôt que de prendre parti – suivant en cela le précieux conseil de David Bloor de rester agnostique et neutre lorsque l'on cherche à comprendre les controverses⁵⁶ –, on peut tenter de comprendre pourquoi et comment cette critique a pu surgir et s'installer si longuement au cœur des relations tendues entre l'exercice clinique de la médecine et sa technicisation croissante. Une manière de le faire est de déplacer le regard des effets supposés et/ou dénoncés de la technique vers l'exploration de ses modes d'existence.

Saisir les « modes d'existence des objets techniques » en médecine

Cette voie alternative a été très bien balisée par Gilbert Simondon, qui a situé sa réflexion au croisement de la philosophie de la technique, de la psychologie et de l'épistémologie⁵⁷, et ce, ironiquement, la même année que la critique de K. Jaspers. Selon G. Simondon, la technique n'engendre pas en elle-même une aliénation de l'humain, et par extension ici, des médecins; la critique de cette supposée aliénation découlerait plutôt d'une incapacité à saisir le « mode d'existence des objets techniques », soit leur fonctionnement effectif et leur *inscription dans des contextes concrets d'usage*. Il faut donc entrer dans les techniques pour comprendre leurs effets et éviter dans toute la mesure du possible les généralités.

On considérera tout d'abord que de la même manière que des objets techniques sont présents dans toute société⁵⁸ – de la simplicité apparente d'un silex à la complexité d'un algorithme informatique contemporain –, ils sont omniprésents dans tout système de médecine. Les problèmes évoqués par la critique reposent donc moins sur leur existence que sur leurs effets supposés. Ce déplacement est moins banal qu'il n'y paraît dans la mesure où il permet de focaliser l'attention sur la dimension *formative* des outils, des instruments et des technologies. En adoptant une posture constructiviste au plus près des pratiques observées, toutes les pratiques médicales comme tout geste clinique se révèlent être des « activités interprétatives à travers lesquelles les dimensions fondamentales de la réalité

sont confrontées, expérimentées et élaborées » ; autrement dit, « les activités de guérison façonnent les objets de la thérapie » et vice versa⁵⁹. Ceci a bien été mis en évidence par David Armstrong dans le cas de l'instrument princeps de la médecine moderne, le stéthoscope : « Ainsi, les différentes techniques cliniques que les médecins ont utilisées pour étudier le corps en tant qu'objet ne sont pas seulement les symboles d'une force répressive mais sont des composants de la chaîne de production par laquelle la réalité est créée. L'humble stéthoscope, inventé par René Laennec au début du XIX^e siècle, est simplement composé d'un tube en caoutchouc, d'oreillettes et d'une cloche, mais il fonctionne comme une pièce de machinerie complexe dans la construction des corps. Chaque fois qu'un stéthoscope était appliqué sur un patient, cela renforçait le fait que le patient avait un corps analysable avec des organes discrets et des tissus qui pouvaient avoir des lésions. »⁶⁰

Par extension, on peut faire l'hypothèse que toute nouvelle technologie contribue à reconfigurer des connaissances et des pratiques médicales, des relations cliniques, des stratégies thérapeutiques, des pratiques de santé et, plus largement, les relations entre la médecine et son contexte social plus global. Si l'on admet cette hypothèse, la critique technophobe comme la promotion technophile *in globo* des technologies médicales restent pauvres sur le plan analytique, même si elles peuvent bien sûr avoir des effets sur les opinions. Comme nous y invitent Alberto Cambrosio et Peter Keating – qui ont consacré de nombreux travaux aux dimensions et variations culturelles, sociales, politiques et pratiques de la biomédecine –, une manière de dépasser cette aporie est de considérer que toute innovation engendre des reconfigurations de l'« alignement »⁶¹ entre les conditions épistémiques, matérielles, cliniques et politiques de la recherche biomédicale comme de la clinique. On considérera aussi que le potentiel et le type d'ébranlement des innovations technologiques n'est pas le même de cas en cas. Ils diffèrent en effet en fonction des technologies médicales considérées et que l'on peut distinguer grosso modo en trois types idéaux : l'*augmentation perceptive* (du stéthoscope aux techniques de screening qui élargissent considérablement les échelles d'investigation), l'*optimisation des traitements* (du simple instrument chirurgical aux traitements moléculaires de plus en plus individualisés) et l'*assistance au jugement* (des métriques de monitoring

56 Bloor, David (1975) : A Philosophical Approach to Science, in: Social Studies of Science 5(4), pp. 507–517.

57 Simondon, Gilbert (1958) : Du mode d'existence des objets techniques, Éditions Aubier-Montaigne, Paris.

58 Leroi-Gourhan dira que « l'outil est une véritable sécrétion du corps et du cerveau des anthropiens ». Leroi-Gourhan, André (1964 et 1965) : Le geste et la parole (tome I : Technique et langage ; tome II : La mémoire et les rythmes), Albin Michel, Paris.

59 Good, Byron (1994) : Medicine, rationality, and experience, Cambridge University Press, Cambridge MA, pp. 66 et 99.

60 Armstrong, David (1994) : Bodies of Knowledge / Knowledge of Bodies, in: Jones, Colin et Roy Porter (éds.), Reassessing Foucault: power, medicine and the body, Routledge, London / New York, pp. 17–27 et 23–24.

61 Keating, Peter et Alberto Cambrosio (2011) : Biomedical Platforms. Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine, MIT Press, Cambridge MA.

ordinaire à l'intelligence artificielle en passant par la méthode de l'*evidence-based medicine* ou EBM). Rappeler cela, c'est rappeler aussi qu'il n'existe aucune clinique – quel que soit le système de médecine – qui ne puisse se passer d'« équipements », soit d'« objets intermédiaires [qui] matérialisent et transportent dans l'interaction une infrastructure invisible faite de standards, de catégories, de classifications et de conventions propres à un ou plusieurs mondes sociaux »⁶².

Dépasser le supposé grand partage entre « humanité » et « technicité »

Ce détour par les *science and technology studies* (STS) permet, je crois, de saisir – et peut-être dépasser – l'impasse d'une conception dualiste. Dans la ligne de l'analyse de l'ambiguïté de la modernité proposée par Bruno Latour⁶³, on peut avancer que le développement de la médecine moderne – de l'anatomoclinique à la biomédecine contemporaine – s'accompagne d'une sorte de refoulement de la manière dont elle fonctionne effectivement. Alors que les possibilités technologiques ont profondément hybridé l'humain et le matériel, imbriqué la relation de soins et l'objectification du patient et de la maladie, on y maintient par « purification » la fiction d'un grand partage, comme si relation clinique et relation technique relevaient de deux sphères séparées. Et c'est peut-être dans l'espace ouvert de cette séparation supposée que la critique tend à prendre l'ascenseur métaphysique au sens le plus littéral du terme, conduisant tant la critique technophobe que la promotion technophile à négliger les modes d'existence concrets des technologies en médecine. Une manière de sortir de cette impasse peut consister à étudier précisément leur dimension formative que nous avons évoquée, et de le faire de cas en cas en suspendant tout jugement moral a priori.

Dans les termes que Lev Vygotski a proposés il y a longtemps dans sa « philosophie de l'appareillage » d'inspiration socioconstructiviste⁶⁴, on pourra alors considérer que la performativité des technologies médicales réside tout autant dans *ce qu'elles font* (par exemple traduire la symptomatologie des patient-e-s dans un registre biomédical spécifique), que dans *ce qu'elles font faire* aux acteurs en présence, soit les actions qu'elles sont à même de susciter tant chez les clinicien-ne-s que chez les patient-e-s et même leurs proches. En abordant de la sorte

l'équipement de la relation clinique, on aperçoit que ce n'est pas forcément la « densité technicienne » qui éloignerait les clinicien-ne-s de leurs patient-e-s. Deux situations – un peu extrêmes nous l'admettons – peuvent illustrer ce point. Si la technicité de l'accouchement ne s'est pas beaucoup densifiée ces dernières décennies, on assiste à la montée en puissance des doléances pour « violences obstétricales » de femmes qui rapportent avoir vécu leur accouchement comme une épreuve douloureuse et dégradante⁶⁵. À l'autre bout du spectre, dans le domaine très technique de l'immuno-oncologie de précision⁶⁶, de nouvelles configurations entre le laboratoire et la clinique remodelent profondément les expériences des patient-e-s. Souvent traités dans le cadre d'essais cliniques, ceux-ci sont de plus en plus impliqués dans des « soins expérimentaux »⁶⁷ qui constituent à la fois un dernier espoir thérapeutique et une contribution à la recherche. Dans ce contexte, les patient-e-s contribuent de plus en plus aux étapes du processus de recherche, de la production de connaissances sur l'efficacité des traitements, leurs effets indésirables et leur pénibilité, et plus généralement la prestation de soins. On recourt alors notamment à des protocoles innovants tel l'*experience-based co-design*⁶⁸, une approche de recherche multidisciplinaire et participative qui s'appuie sur des méthodes qualitatives afin de comprendre et améliorer l'expérience des patient-e-s et des prestataires de soins de santé dans ces stratégies thérapeutiques techniques.

Cette brève réflexion un peu mosaïque ne vaut sans doute pas pour preuve de quoi que ce soit. Elle aura toutefois peut-être permis de (re)situer la place de la technologie, non pas comme « une tentative de faire face aux sentiments d'impuissance en médecine » – pour reprendre la question qui m'avait été posée –, mais comme une opportunité de penser les technologies médicales de manière constructive sans éviter la critique comme des cristallisations de configurations à la fois matérielles, épistémiques, sociales, économiques, politiques et morales dont les potentialités et les effets méritent d'être analysés en évitant la double impasse des postures technophobes ou technophiles dont le principal défaut est d'oblitérer l'hybridation et la dynamique de ces différents registres qui caractérisent la place de la technique en médecine.

62 Vinck, Dominique (2009) : De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière : vers la prise en compte du travail d'équipement, in : *Revue d'anthropologie des connaissances* 1(1), pp. 51-72.

63 Latour, Bruno (2006) : *Nous n'avons jamais été modernes*. Essai d'anthropologie symétrique, La Découverte, Paris.

64 Vygotski, Lev S. (1927/2010) : La signification historique de la crise en psychologie, La Dispute, Paris, pp. 159ss.

65 Bohren, Meghan A. et al. (2019) : How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys, in : *Lancet* 394, pp. 1750-1763.

66 Chiapperino, Luca, Nils Graber et Francesco Panese (2021) : Epistemic dwelling: precision immuno-oncology by design, in : *New Genetics and Society* 40(1), pp. 26-41.

67 Cambrosio, Alberto et al. (2018) : Extending experimentation: oncology's fading boundary between research and care, in : *New Genetics and Society* 37(3), pp. 207-226.

68 Donetto, Sara et al. (2015) : Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector, in : *The Design Journal* 18(2), pp. 227-248.