

**La médecine comme techné :
tactique du geste, éthique du tact.**

Jean-Christophe Weber

Laboratoire Ethique et pratiques médicales, Institut de Recherches

Interdisciplinaires sur les Sciences et la Technologie (IRIST),

Université de Strasbourg, France

Service de médecine interne des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Faculté de médecine, Université de Strasbourg.

Jean-christophe.Weber@chru-strasbourg.fr

Actes du colloque *L'homme sémiotique*, Namur, avril 2010

Résumé : Les gestes de soin du médecin ne se résument pas aux actes qui mobilisent la dextérité longuement éprouvée du thérapeute. Il faut y inclure les gestes rituels de la consultation qui contribuent à façonner son espace narratif et les interactions subjectives qui s'y déroulent ; les gestes incorporés de l'habitus médical qui construisent une manière propre à la profession d'écouter le discours de la plainte, d'ausculter le corps, de supporter le transfert, d'ordonner des remèdes : jonctions de gestes et de paroles. L'ensemble de ces gestes réalise un nouage de fils hétérogènes, matériels et sémiotiques, au service d'une raison pratique finalisée par le soin.

Le modèle de la *techné* nous semble propice à faire cohabiter ces hétérogènes plutôt que d'opposer stérilement la science contre l'art, la technicité contre la relation soignante, les savoirs certifiés contre l'expérience personnelle. La *techné* ne disqualifie aucun des « ingrédients » nécessaires : des connaissances certifiées, une implication subjective, une inventivité qui prend appui sur les savoirs tacites, incorporés par une longue familiarisation avec l'objet du travail, le jugement réfléchissant ; la construction de soi, etc..

Ce modèle permet de mettre l'accent sur le savoir-faire requis, qui est traitement du particulier : le tact logique et le raisonnement pratique spécifient ce qui est à l'œuvre, et permettent de situer l'éthique de cette pratique non comme une normativité qui s'y applique, mais comme la vertu qui s'y déploie.

En faisant jouer les tactiques contre les stratégies, et le tact contre l'application des procédures, on peut penser les gestes de la pratique médicale (mais aussi de toute pratique soignante ou éducative) comme l'expression irremplaçable et irréductible d'un savoir-y-faire. Se tenir là est non seulement une manière d'habiter son métier, de l'exercer avec bonheur, mais aussi une modalité de résistance à la culture de l'évaluation, du projet, du rendement, principal déterminant de la vague de *burn-out* chez les professionnels du soin.

Mots clés : Pratique médicale ; Technê ; Tact ; Ethique.

Roland Barthes (1985) proposait que les successeurs de Saussure aient imposé « sémiotique » au lieu de « sémiologie » pour ne pas favoriser la confusion avec la sémiologie médicale. Dans ce texte, il sera question de médecine, considérée dans son exercice concret, donc en tant que pratique plutôt que comme discours¹. Le cadre d'analyse est celui d'une pensée de la pratique médicale envisagée comme *techné* (τέχνη). Nous tentons de comprendre² comment se tissent un certain nombre de fils, tous indispensables (quoique hétérogènes) à l'exercice d'un métier qui se spécifie d'une position³. La position médicale est une modalité particulière de réponse à une demande, demande qui s'origine majoritairement d'un achoppement perçu dans le corps. Ici, nous en déplaçons quelques aspects propres à la décrire comme un ensemble de gestes – qui nouent corps et parole- orientés par une tactique, ce qui permet d'envisager non seulement ses performances sémiotiques, mais aussi de quelle éthique elle relève prioritairement : tactique du geste, éthique du tact.

La **tactique**, par opposition à la stratégie⁴, renvoie aux manières de faire qui ne peuvent pas compter sur une frontière qui permettrait de les considérer comme une totalité visible de l'extérieur. Ainsi le médecin est pris dans son acte, il ne peut isoler ses gestes à l'extérieur de soi, ni calculer toutes les forces en présence dans la position surplombante du stratège. Les tactiques renvoient aux arts de faire, bien plus qu'à l'application mécanique ou machinale d'un savoir extérieur à la situation⁵. Bien sûr, le discours médical, celui des traités de médecine peut être considéré comme une somme évolutive de sciences appliquées (selon les mots de Canguilhem⁶), mais cette définition n'est pas appropriée à la praxis⁷.

La tactique renvoie aussi aux savoirs tacites : une part en est réductible et dans certaines conditions peut être explicitée, mais une part reste irréductible à l'explicitation et c'est pourquoi, dans la médecine comme dans les métiers de soin, du social ou de l'éducation, nous avons à faire à des processus qui prennent du temps pour se mettre en place et s'apprendre. Aucune batterie

¹ L'auteur de ces lignes exerce la médecine interne dans un hôpital universitaire de province. Sont admis dans le service tous les malades nécessitant d'être hospitalisés, principalement en provenance du service d'accueil et des urgences.

² Sans ignorer les points aveugles du regard d'un chercheur qui étudie une pratique qui est la sienne.

³ Ce choix s'appuie entre autres sur Lacan et Foucault : « 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 » (Lacan 1966a). Le « domaine propre » de la médecine est « délimité par la demande du malade, sa douleur, ses symptômes, son malaise » (Foucault 1994).

⁴ Cf. Michel de Certeau. « La stratégie est le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un 'environnement' ».

⁵ Les comités de concertation pluridisciplinaire réunis pour donner des avis thérapeutiques, notamment en cancérologie, s'approchent d'une position stratégique, mais le médecin clinicien qui met en œuvre les propositions des « stratèges » reste au mieux un « tacticien ».

⁶ « Le moment semble donc venu de traiter, hors de tout rappel historique, du statut épistémologique de la médecine et de déterminer en quoi (...) elle peut être dite *une science appliquée ou une somme évolutive de sciences appliquées* ». Cf. Canguilhem (1994b), p.423.

⁷ Cf. D. Folscheid.

d'instructions ne parvient à se substituer à l'expérience directe, qui suppose de la répétition et des tâtonnements⁸. C'est une *hexis* (disposition acquise qui rend habile à agir) ou un *habitus* qui se mettent en place⁹. Les savoirs tacites échappent à tout ce qui se nomme aujourd'hui « démarche qualité » ou « évaluation des pratiques professionnelles ». L'opacité est celle aussi du praticien vis-à-vis de sa propre activité. Il ne peut expliciter totalement ce qu'il fait, ni décrire toutes les conditions qui en permettraient la reproductibilité, sans même parler de la garantir. Ceci devrait suffire à ruiner toute prétention à considérer les soignants comme interchangeable et les pratiques comme formalisables dans des protocoles, des logigrammes, etc. Certes on peut distinguer des pratiques stabilisées voire standardisées¹⁰. Cependant, dès lors que la situation est complexe, ou simplement inédite, imprévue, une part de ce qui est requis ne peut avoir été stabilisé. La pratique doit être taillée sur mesure, et ajustée à son objet. Or cet objet sollicite toujours des plans multiples et entrecroisés : science, technique, droit, déontologie, communication, parole, pouvoir, psychologie, économie, politique etc., qu'il est impossible de saisir avec le recul du stratège. Le savoir pratique à l'œuvre est donc pour une grande part, d'ordre tactique.

Il y a aujourd'hui un affrontement au sujet de la rationalité médicale et on peut schématiser deux positions extrêmes : l'une qui trouve nécessaire et suffisant de fonder la médecine sur des faits prouvés (*evidence based-medicine*), l'autre qui considère que c'est un régime complexe et incertain mis au service de l'art de guérir. En fait, c'est une opposition sur la suprématie de la stratégie sur la tactique. Il est évident qu'il s'agit, chaque fois que c'est possible, de s'appuyer sur des faits prouvés et éprouvés (on ne réinvente pas toute la pratique à chaque geste) mais on ne peut non plus méconnaître que la preuve ne suffit pas à la pratique et que la décision médicale articule des données hétérogènes. Le devoir d'assistance, le devoir de réponse à la demande, amène à des transgressions par rapport à la science. Même si on admettait que la médecine est au service de la restauration des normes (il faudrait s'expliquer longuement là-dessus), les normes sont toujours relatives à la relation entre un individu particulier et son milieu de vie. Il y a donc quelque chose d'irréductible à la connaissance objective qui se trouve caché dans la médecine, alors même qu'elle fait chemin vers la science.

⁸ Par exemple, pour réussir l'auscultation cardiaque, ce qui est écrit dans les livres ne suffit pas, mais à un jeune étudiant qui dit qu'il n'y arrive pas, bien qu'il suive les instructions des livres, le tuteur peut lui communiquer comment faire pour distinguer les bruits du cœur des bruits respiratoires, comment entendre différents sons surajoutés, etc. Ce savoir tacite cesse alors de l'être, et peut être réduit. Toutefois, celui qui apprend ne saurait se dispenser de passer du temps à ausculter, pour incorporer ce savoir pratique.

⁹ Cf Resweber 2006

¹⁰ Leur extension se décrit comme transfert des acquis. Mais même là, l'opacité, le tacite, font que ce transfert est ralenti, qu'il faut ajouter le temps nécessaire à l'appropriation.

La tactique est la sorte de maniement qui convient au geste. **Le geste**, en médecine, couvre bien sûr un éventail plus vaste que les mouvements ordonnés et finalisés réservés à quelques-uns¹¹. Il y a aussi les gestes rituels de la consultation qui est rencontre inaugurée par deux personnages aux rôles socialement convenus¹², les gestes spécifiques du métier, c'est-à-dire une certaine manière de scruter et d'interroger la réalité, d'aborder – en auscultant et palpant- le corps malade, pour finalement transposer¹³ une expérience vulgaire en tableau clinique (c'est ici la place de la sémiologie médicale) qui oriente la suite des gestes dans une geste thérapeutique, impliquant des prescriptions, des ordonnances, des interventions. Ces gestes sont pour une part lentement incorporés dans l'habitus médical. Il faut aussi inclure métaphoriquement le geste de la raison¹⁴, - ici raison pratique surtout- mais surtout il ne faut pas omettre d'inclure le geste de la parole même. Si certains croient pouvoir disqualifier les paroles échangées au profit de la technicité en leur réservant la place d'un accessoire ou d'un supplément d'âme, c'est par pur aveuglement. La parole est omniprésente en médecine. La médecine baigne dans la narrativité¹⁵, ce qui mériterait aussi d'être démultiplié, puisqu'y cohabitent un langage technique ou savant et un langage vulgaire, la communication et l'équivoque, etc., et qu'on peut aussi légitimement interroger l'économie des échanges symboliques, l'érotique du transfert, les rapports de pouvoir et de domination, l'éthique voire l'esthétique du bien dire.

Le bain narratif de la pratique n'éloigne pas cependant du **corps**. La médecine s'occupe du corps. Toutefois, le corps auquel elle a affaire est davantage le *Leib*, corps affecté et conjoint à l'âme (ou à la psyché, la parole, la pulsion, selon les coordonnées théoriques auxquelles on se réfère), quand bien même le praticien voudrait ne viser que le *Körper*¹⁶, le corps machinique, ce qui est rigoureusement impossible. C'est, même pour Descartes, à cause d'un corps mal disposé, qui forme un quasi-unum avec l'âme, qu'il faut une médecine¹⁷. Il pourrait y avoir une stratégie du

¹¹ On pense notamment au chirurgien qui opère, ou au radiologue interventionniste qui débouche une artère avec un petit ballonnet gonflable, au réanimateur du Samu qui ressuscite un mourant avec les gestes qui sauvent, au rhumatologue qui fait une manipulation vertébrale...

¹² Les personnages médecin et malade se rencontrent dans un certain rituel ; il y a aussi cette gestuelle du contact, gestes dans l'interaction soignante : les froncements de sourcils, la moue réprobatrice, le clin d'œil séducteur.

¹³ Non sans difficultés, notamment quand l'expérience du symptôme offert par le malade ne fait pas signe au médecin.

¹⁴ Le dictionnaire en ligne *Trésor de la Langue Française Informatisé* propose cette phrase de J de Maistre en guise d'exemple : « Le doute ressemble à ces mouches importunes qu'on chasse et qui reviennent toujours. Il s'envole sans doute au premier geste de la raison... ».

¹⁵ Il convient de souligner qu'un des moments les plus importants dans la clinique est cette phase qui précède l'examen physique : exposé de la plainte, anamnèse, interrogatoire. Le malade est invité à faire une narration de soi. Michel Foucault, en évoquant les technologies de l'aveu, a mis l'accent sur les points délicats de ces pratiques (Foucault 2004).

¹⁶ « Tout corps, physique ou humain, relève, dans l'optique cartésienne, de la catégorie du *Körper*, alors que la perspective phénoménologique donne vie, pourrait-on dire, au *Leib* » (Schneider)

¹⁷ dans le *Discours de la Méthode*, au chapitre VI : « l'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes que s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusques ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher ».

Körper parce qu'il y a une science évolutive du Körper (même si elle est loin d'être achevée), il n'y a qu'une tactique du Leib, et cette tactique se concrétise dans une clinique, conçue non pas comme instrument pour découvrir une vérité encore inconnue, mais comme dispositif organisé pour dévoiler une vérité en quelque sorte pré-construite¹⁸. Toutefois, cet appareillage laisse des restes et c'est tout l'art d'une *techné* bien rodée que de les accommoder et de faire place à ces scories. Comment configurons-nous le dispositif de la consultation¹⁹, en vue de quels dévoilements ? Pour y laisser advenir quelles vérités du corps ? La faille épistémo-somatique²⁰ qui se creuse entre le corps calibré par la science et le corps éprouvé du malade ne peut que s'élargir du fait du découpage du savoir médical en spécialités de plus en plus étroites : le corps saisi par la médecine n'est plus tant un organisme qu'une collection incomplète de multiples systèmes de fonctionnement partiels²¹.

Le Leib vient au jour de la consultation en grande part par la parole²². Si le corps est d'abord donné comme « unité » par l'image dans le miroir, c'est le langage qui permet de dire « ce corps est le mien », et c'est en le disant que ce corps est constitué comme un fait : il est un, le mien, parce que je le dis²³. Mais aussi, pas de parole sans corps, pas de *lalangue* sans corps. *Lalangue* en un seul mot, manière d'indiquer l'idiosyncrasie dans l'usage de la langue, et de distinguer ce qui du langage n'est pas que communication²⁴. D'un autre côté, jamais le discours ne peut restituer l'intégralité de l'expérience, de l'éprouvé du corps ; nul ne peut communiquer l'état d'un organe en exprimant la souffrance qu'il provoque. Le vouloir-dire de la parole n'offre aucun accès direct au réel de la maladie par exemple, et c'est pourquoi la médecine, si elle est une pratique narrative, n'est pas que cela. Le vivant est un être pris dans la parole qui ne peut jamais tout entier y

¹⁸ Ce qu'a écrit Foucault de la clinique en tant que dispositif d'apprentissage branché sur l'hôpital semble pouvoir être étendu à la clinique en tant que modalité théorico-pratique de l'exercice médical : « 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 » (Foucault, 1963).

¹⁹ Ce qui revient à questionner : la place de la parole, le statut du savoir, l'accueil de la demande, le transfert, etc. (Weber 1999).

²⁰ « Permettez-moi d'épingler plutôt comme faille épistémo-somatique, l'effet que va avoir le progrès de la science sur la relation de la médecine avec le corps » (Lacan, 1966a).

²¹ Inutile de dire que le malade y trouve encore moins son compte, et s'en trouve davantage encore dépossédé. Canguilhem situait la limite de la rationalité médicale dans la subjectivité de l'expérience corporelle vécue par le malade (Canguilhem, 1994a). L'approche alternative dite globale ou « bio-psycho-sociale » qui pourrait lui ménager un espace n'est souvent qu'un leurre, puisqu'elle n'accueille de la subjectivité corporelle que ce qui se prête à l'objectivation par des échelles ou des questionnaires (Weber, 2004).

²² Si tout organe est susceptible de procurer excitation et jouissance locale, cette économie pulsionnelle est donnée dans la langue.

²³ « Rien que lui [le symbolique] n'isole le corps à prendre au sens naïf, soit celui dont l'être qui s'en soutient ne sait pas que c'est le langage qui le lui décerne, au point qu'il n'y serait pas, faute d'en pouvoir parler » (Lacan, 2001, p.409).

²⁴ « Et ce qu'on sait faire avec lalangue dépasse de beaucoup ce dont on peut rendre compte au titre du langage » (Lacan, 1975, p.127).

advenir²⁵. A l'autre pôle, le langage assure à l'être parlant une marge au-delà de l'ordre du vivant²⁶. Entre corps et parole il y a donc à la fois aliénation et coupure. Hans Carstorp, personnage de *La montagne magique* (Mann), prononce ces mots : « Lorsque le cœur bat de lui-même, pour ainsi dire sans rime ni raison, et comme de son propre chef, je trouve cela étrangement inquiétant, (...) c'est à peu près comme si le corps allait son propre chemin ». L'imagination et les mots tentent de rendre compte d'un réel qui échappe. Le réel est « ce corps dont le battement et la pulsation échappent trop évidemment à mon contrôle »²⁷.

Quelle conséquence pour la médecine ? Le corps auquel elle a affaire est celui qui participe du réel, du symbolique et de l'imaginaire, et pas uniquement le corps réel. Si « la science gagne sur le réel en le réduisant au signal, [mais] elle réduit aussi le réel au mutisme »²⁸. Ce qui achoppe dans le réel se reflète néanmoins dans le symptôme, est investi par la pulsion et par la langue. Le réel à quoi la médecine s'affronte est un homme qu'il faut laisser parler. Le symptôme, la plainte, la demande, sont énoncés dans une parole singulière, qui témoigne d'une prise du corps par le langage, de l'érotisation des lieux corporels, de la position subjective dans le fantasme. Mais ce qui pourrait être saisi comme une herméneutique médicale ne débouche pas sur un procès infini du sens (Barthes). La pratique médicale convertit le signifié en problème thérapeutique et l'intrusion de l'opérateur est une sortie hors de ce procès sans fin.

Dès lors, pas plus la science de l'organisme que la philosophie du soin ne peuvent suffire à penser l'action médicale. Le cadre opérant est plutôt celui de la *techné*, « modèle original d'une articulation entre le savoir et la pratique, où celle-ci n'est pas seulement l'application de celui-là mais sa condition même » (Lombard).

Il faut posséder le savoir sur les maladies et leurs remèdes, mais l'essence de la médecine ne s'accomplit que dans la pratique du soin. La *techné* se règle sur l'objet : même s'il a une connaissance du bien en soi qu'est la santé, le médecin n'exerce la médecine que sur des cas particuliers²⁹, en se guidant selon les circonstances³⁰. On ne l'apprend et ne l'acquiert qu'en la pratiquant : ceci nécessite des efforts, une pratique assidue³¹. La pratique de la *techné* suppose des décisions précédées de délibération, parce que les choses qu'elle traite peuvent être modifiées par l'action et parce que leur issue particulière ne peut être précisée à l'avance³². Une bonne

²⁵ Lacan, 1966c

²⁶ Lacan, 1966b

²⁷ Lacan, 1960

²⁸ Lacan, 1953.

²⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1097a.

³⁰ ibidem, 1104a.

³¹ ibidem, 1103a.

³² ibidem, 1112 a et 1112b.

délibération n'est pas une science (on n'a plus à chercher quand on sait), n'est pas la finesse intuitive (qui se passe de raisonnement), mais la rectitude à distinguer le but à poursuivre, les moyens à employer, et le moment dans lequel il faut agir³³. La *techné* est une opération pratique qui témoigne d'un savoir-faire spécifique ajusté à l'objet dont on prend soin. Elle exige de l'habileté (donc une tactique du geste), une inventivité bricolée. Elle est perfectible, susceptible d'être améliorée³⁴ on n'en a pas fini de soigner son travail (pratique assidue).

On appellera alors **éthique** la sagesse de cet art pratique. Une question de type moral, au sens le plus large du terme (englobant éthique et morale), est en effet une question « qui se rattache à l'interrogation d'un acteur : que dois-je faire, en définitive et tout bien considéré, pour agir au mieux »³⁵? En médecine, la question est donc celle du bon médecin³⁶. La sagesse de l'action c'est celle qui est associée à l'orientation du geste, à son but, sa visée. L'action, le geste, doivent viser juste. Bien sûr il doit y avoir une réflexion théorique sur cette justesse dans l'action médicale, c'est-à-dire sur la finalité de l'acte. C'est alors une réflexion théorique sur une matière pratique. Mais ici c'est surtout la raison et la sagesse pratiques qui nous intéressent, c'est-à-dire celles qui concernent l'acteur lui-même dans son action³⁷. On a longtemps opposé, en médecine comme ailleurs, l'éthique de conviction et l'éthique des responsabilités. Aujourd'hui on opposerait une perspective déontologique (ou morale des devoirs) et une perspective conséquentialiste (qui examine la moralité d'une action non pas selon les principes, mais selon ses conséquences effectives ou prévisibles)³⁸. Or le problème réellement pratique de l'acteur, c'est de savoir ce qu'il doit faire concrètement, et les tourments de sa conscience ne sont pas forcément un guide pratique. Ce qui permet au médecin d'évaluer ses devoirs, ce n'est pas la vérité de la présence dans la loi de tel interdit ou de tel commandement, mais c'est plutôt la valeur respective des différentes fins légitimes qu'il doit concilier en la circonstance.

Pour beaucoup de médecins, le raisonnement éthique consiste à inférer des jugements particuliers à partir de principes généraux. Vincent Descombes oppose à ce qui reste un raisonnement théorique sur ce que l'agent doit faire, le « raisonnement pratique véritablement pratique » qui débouche sur une action, et non sur une opinion de ce qu'il convient de faire. Le

³³ *ibidem*, 1142b.

³⁴ Ce n'est pas du génie, c'est d'ailleurs le piège à éviter quand on parle de tact au sens d'une disposition quasi naturelle.

³⁵ Descombes p.412.

³⁶ L'expression « un bon médecin » doit garder un sens épais pour être réellement intelligible, un sens qui ne dissocie pas fait et valeur, parce que faits descriptifs et valeur morale ne sont pas dissociables dans une pratique qui est ordonnée à être bienfaisant envers autrui, en mettant en œuvre un savoir et des techniques. Les questions pratiques seront donc aussi des questions morales, et vice-versa.

³⁷ Cette partie doit beaucoup à Descombes

³⁸ Voir Ogien et Tappolet.

point de départ n'est pas la règle générale mais la chose visée³⁹. Le moment délicat d'une délibération éthique est donc de bien exprimer, de bien expliciter toutes les fins visées dans les prémisses, ce qui suppose une certaine perspicacité, laquelle s'affine par la répétition de l'effort de délibérer.

Ce dont la tactique est la logique, ce dont les gestes sont les moyens, ce dont l'éthique est l'expression formelle, peut être nommé **tact**. Le tact c'est le sens du toucher, dans sa définition savante, mais, pour approcher des autres significations données par le lexicographe⁴⁰, le tact c'est un toucher délicat. En médecine, il y a du toucher au sens physiologique : proximité du corps dans l'examen clinique. Mais aussi l'opportunité du *kairos*⁴¹, le bon moment du geste, de la parole, du jugement rapide mais sûr : le tact rassemble toucher empirique et temporalité opportune, l'habileté technique, l'esthétique du doigté et la dimension érotique de la pudeur. Pour Michel de Certeau, le savoir faire, entre pratique et théorie, implique une esthétisation du savoir, qu'il nomme tact⁴².

Pas de place réelle ici pour le don, l'intuition, la science infuse, ou une mystique justifiant l'arbitraire. Si ce qui a été incorporé à force de répétition peut donner l'impression d'être quasi-intuitif, le tact n'est pas un fourre-tout destiné à être la mesure suprême dans la conduite du traitement. Et il ne faut pas oublier Claude Bernard. Dans son *Introduction à la médecine expérimentale* il écrit contre le tact quand celui-ci est mis en avant pour nier la science : il favorise la paresse, l'ignorance et le charlatanisme⁴³. Mais la faute véritable c'est d'élever le tact à la hauteur de la preuve. Le tact selon nous ne vient pas à la place des savoirs certifiés, c'est plutôt la façon dont ces savoirs vont être articulés, en situation, aux autres composantes de la *techné*.

³⁹ Descombes s'appuie sur Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1140b : « Le principe de l'action morale, quelle qu'elle soit, est toujours la cause finale en vue de laquelle nous nous déterminons à agir ».

⁴⁰ Cf *Trésor de la Langue Française Informatisé*.

⁴¹ Par exemple « il a manqué de tact » se dit d'une intervention inopportune

⁴² De Certeau p.110.

⁴³ « J'ai souvent entendu des médecins à qui l'on demandait la raison de leur diagnostic répondre : je ne sais pas comment je reconnais tel cas, mais cela se voit ; ou bien quand on leur demandait pourquoi ils administraient certains remèdes, ils répondaient qu'ils ne sauraient le dire exactement, et que d'ailleurs ils n'étaient pas tenus d'en rendre raison, puisque c'était leur *tact médical* et leur intuition qui les dirigeaient. Il est facile de comprendre que les médecins qui raisonnent ainsi nient la science. Mais, en outre, on ne saurait s'élever avec trop de force contre de semblables idées qui sont mauvaises non seulement parce qu'elles étouffent pour la jeunesse tout germe scientifique, mais parce qu'elles favorisent surtout la paresse, l'ignorance et le charlatanisme. Je comprends parfaitement qu'un médecin dise qu'il ne se rend pas toujours compte d'une manière rationnelle de ce qu'il fait et j'admets qu'il en conclue que la science médicale est encore plongée dans les ténèbres de l'empirisme ; mais qu'il parte de là pour élever son tact médical ou son intuition à la hauteur d'un critérium qu'il prétend ensuite imposer sans autre preuve, c'est ce qui est complètement antiscientifique. » La citation se trouve dans la troisième partie « applications de la méthode expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie », au chapitre III.

Kant parle du « tact logique », comme de la façon qu'a la réflexion de se représenter l'objet sous différents angles et d'en dégager un résultat correct sans pour autant être consciente de la totalité des actes qui se produisent à l'intérieur de l'esprit⁴⁴. Il est plus prudent selon Kant de s'orienter selon ces principes de détermination du jugement « inscrits dans l'obscurité de l'âme humaine » que selon des principes « étudiés et artificiels ». Ailleurs il distingue l'illusionniste du funambule⁴⁵. L'illusionniste peut réussir le tour s'il connaît le truc, alors que le funambule ne peut réussir à marcher sur la corde du seul fait de connaître les lois de la pesanteur. Il a besoin d'un tact qui recompose ses mouvements au fur et à mesure qu'il avance sur la corde. Il a l'intelligence de la corde et du corps⁴⁶. On tient là une distinction entre science et *techné* : la science permet de passer directement du savoir au pouvoir. Ce qu'on a le pouvoir de faire dès lors qu'on sait ce qui doit être fait ne rentre pas dans la constitution de l'art/*techné*. Seul « ce que l'on n'a pas aussitôt l'habileté de faire du simple fait qu'on le connaît de la manière la plus parfaite relève de l'art »⁴⁷. Par exemple, on peut connaître les règles de bonne pratique de l'annonce d'une maladie grave sans avoir la moindre habileté concrète dans cette annonce, de même que suivre la recette ne suffit pas pour réussir le plat. D'une façon générale, le pouvoir théorique de la médecine ne peut être transformé immédiatement en pouvoir pratique.

La tactique du geste était aussi bien ruse, visée de ses propres fins. Elle partage des traits de la *métis*, telle que l'ont étudiée Détiene et Vernant. Mais quand il s'agit du soin, de l'autre, la tactique du geste est orientée par le tact, visée éthique du geste adressé à l'autre dans le soin. En faisant jouer les tactiques contre les stratégies, et le tact contre l'application des procédures, on peut penser les gestes de la pratique médicale (mais aussi de toute pratique soignante ou éducative) comme l'expression irréductible d'un savoir-y-faire, qui est synthèse jamais programmable entre les facultés (raison, entendement, imagination, sensibilité) au service de l'inventivité du geste opportun⁴⁸. Se tenir là est non seulement une manière d'habiter son métier, de l'exercer avec bonheur⁴⁹, mais aussi une modalité de résistance à la culture de l'évaluation, du projet, du rendement, principal déterminant de la vague de *burn-out* chez les professionnels du soin (Maslach *et al.*). L'éthique de cette pratique n'est pas une normativité qui s'y applique, mais la vertu qui s'y déploie.

⁴⁴ Kant, *Anthropologie*, § 6.

⁴⁵ Kant, *Critique de la faculté de juger*, § 43.

⁴⁶ Voir le commentaire de ce passage de Kant par Resweber (2003).

⁴⁷ Kant, *Critique de la faculté de juger*, §43. "Und da wird auch das, was man *kann*, sobald man nur *weiß*, was getan werden soll, und also nur die begehrte Wirkung genugsam kennt, nicht eben Kunst genannt. Nur das, was man, wenn man es auch auf das vollständigste kennt, dennoch darum zu machen noch nicht sofort die Geschicklichkeit hat, gehört in so weit zur Kunst".

⁴⁸ Cf Resweber (2003)

⁴⁹ Le plaisir associé à la pratique incorporée est bien décrit par Bourdieu (2003).

Ainsi, cette pratique funambule de la médecine s'appuie sur une corde tressée de nombreux fils. Pratique narrative ; il en découle un certain nombre de conséquences, qui tiennent à la nature de la parole et du langage, et de l'entrelacs que représentent ses fonctions et ses usages. Il faut que le médecin se situe par rapport à la demande, en tant qu'elle se rapporte au besoin et au désir. Pratique corporelle, elle n'atteint l'organisme qu'à travers un corps vécu, affecté, jouissant, pulsionnel. Et c'est le corps affecté du médecin qui accomplit les gestes de la pratique. Pratique non sans savoirs, mais savoirs hétérogènes, les uns certifiés par la science, les autres tacites et incorporés. Pratique pas sans pouvoir, mais la puissance pharmacologique des molécules est liée à celles de la parole et du transfert, et l'ensemble est indissociable des jeux du pouvoir biopolitique.

Références

Aristote (1992) *Ethique à Nicomaque*. Traduction J Barthélemy St Hilaire. Paris : Le livre de Poche.

Barthes R. (1985) « Sémiologie et médecine », In R Barthes, *L'aventure sémiologique*. Paris : Seuil.

Bernard C. (1966) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Garnier-Flammarion.

Bourdieu P. (2003) *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil (coll. Points).

Canguilhem G. (1994a) « Puissance et limites de la rationalité en médecine », In G Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris: Vrin, pp. 392-412.

Canguilhem G. (1994b) « Le statut épistémologique de la médecine », In G Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris: Vrin, pp. 413-428.

De Certeau M. (2002) *L'invention du quotidien, volume I, Les arts de faire*. Paris : Gallimard (coll. Folio).

Descartes R. (2002) *Discours de la méthode*. Paris : Vrin.

Descombes V. (2007) *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*. Paris : Seuil.

Detienne M. et Vernant J.-P. (2009) *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*. Paris : Flammarion (coll. Champs/essais).

Folscheid D. (1996) « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Laval théologique et philosophique* 52 (2), pp. 499-509.

Foucault M. (1963) *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.

Foucault M. (1994) « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », In M Foucault, *Dits et écrits tome III*. Paris : Gallimard pp. 40-58.

Foucault M. (2004) *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France 1977-1978*. Paris : Gallimard/Seuil.

Kant E. (1984) *Critique de la faculté de juger*. Traduction A Philonenko. Paris : Vrin.

Kant E. (1993) *Anthropologie du point de vue pragmatique*. Traduction A Renaut. Paris : Flammarion.

Lacan J. (1953) *Discours de Rome et réponse aux interventions*. Texte disponible en ligne sur le site de l'Ecole Lacanienne de Psychanalyse <http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan50.php>.

Lacan J. (1960) *Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse*. Texte disponible en ligne sur le site de l'Ecole Lacanienne de Psychanalyse : www.ecole-lacanienne.net/documents/1960-03-10.doc.

Lacan J. (1966a) « La place de la psychanalyse dans la médecine. Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière », *Cahiers du collège de Médecine* pp. 761 - 774. Texte disponible sur le site de l'Ecole Lacanienne de Psychanalyse : <http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php>.

Lacan J. (1966b) « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien », *Écrits*. Paris : Seuil.

Lacan J. (1966c) « Position de l'inconscient », *Écrits*. Paris : Seuil.

Lacan J. (2001) « Radiophonie », in J Lacan, *Autres écrits*. Paris : Seuil.

Lombard J. (2006) « Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 3-2006, Soins et éducation (I), Sources et attendus philosophiques. <http://leportique.revues.org/document876.html>.

Mann T. (1997) *La montagne magique*. Paris : Fayard.

Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001) « Job burnout », *Annual Review of Psychology* 52, 397-422.

Ogien R. et Tappolet C. (2009) *Les Concepts de l'éthique. Faut-il être conséquentialiste ?*. Paris : Hermann.

Resweber J.-P. (2003) « Le soin : affaire de *techné* et de tact », in JP Resweber (dir.) *Les gestes de soin*. Metz : Editions du Portique (coll. Cahiers du Portique), pp. 85-103.

Resweber J.-P. (2006) « Hexis, habitus, habitualité », in JP Resweber (dir.) *Hexis et habitus*. Metz : Editions du Portique (coll. Cahiers du Portique), pp. 9-23.

Schneider M. (1998). « Eprouver le passage », *TTR : traduction, terminologie, rédaction*, 11 (2), pp. 55-72.

Weber J.-C. (1999) « La psychanalyse au cœur de la médecine », *Le Coq-Héron* n°158, pp. 23-31.

Weber J.-C. (2004) « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », in *Transhumances V, Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*. Namur : Presses Universitaires de Namur, pp. 281-294.