

Médecine : concilier l'art et la science.

Georges Eliot écrivait en 1871 que la profession médicale peut être la plus belle du monde parce qu'elle demande un échange plus que parfait entre la science et l'art, étant ainsi l'alliance la plus directe entre le concept intellectuel et le bien social. Mais depuis Hippocrate, il est clair que le médecin est amené au quotidien à concilier ses capacités et son jugement, c'est-à-dire la connaissance abstraite et la connaissance appliquée, et dans le vieux serment qui lui est attribué, Hippocrate dit : *"Le médecin doit appliquer ses capacités et son jugement à l'accomplissement de son art"*. Il évoque en outre la nécessaire humilité du médecin qui ne doit pas se croire omniscient ni omniscapable, doit savoir reconnaître la valeur des autres et ses propres erreurs et confier ses patients à plus compétent que lui, sans craindre de perdre sa réputation. *"Je ne me servirai pas du scalpel"* est-il dit dans le serment *"même chez les patients souffrant de la pierre, mais je céderai la place à ceux dont c'est la profession."*

En parcourant le traité des maladies internes attribué à Hippocrate, on ne peut qu'admirer les descriptions cliniques. Par exemple, l'une d'entre elles est très évocatrice de l'angine de poitrine : *"Ce patient ressent une douleur dans une partie de la poitrine et le dos, surtout lorsqu'il gravit une côte."*

Un autre cas décrit par Hippocrate concerne de toute évidence une insuffisance cardiaque congestive, peut-être un cœur pulmonaire au stade de décompensation droite : *"Cet homme"* dit-il *"a une respiration difficile en inspiration surtout, il a les pieds gonflés, ainsi que l'abdomen et le scrotum, une suffocation, des sueurs. Ses narines sont dilatées comme celles d'un cheval à la course, sa poitrine chante."* Et le vieux médecin grec ajoute que *"dans ce cas, une phlébotomie peut être bénéfique, mais*

que la maladie ne quitte le patient qu'à la mort". En lisant ces descriptions, on pourrait imaginer qu'Hippocrate connaît bien les maladies du cœur, mais dans ces deux descriptions, il ne soupçonnera jamais la responsabilité du cœur ; pour lui, comme pour la Toinette du malade imaginaire, *"c'est le poumon"*.

Galien, philosophe finaliste plus qu'expérimentateur, avait vu battre le cœur d'un enfant blessé, palpait le pouls de ses malades, mais n'avait rien compris à la circulation. Il affirmait que le sang passait du cœur droit au cœur gauche par de minuscules canaux traversant le septum. Il avait concocté une théorie abracadabrante, celle des trois esprits : l'esprit **naturel** qui a son siège dans le foie où le sang est produit, l'esprit **vital** localisé dans le cœur et l'esprit **animal**, émanation du cerveau. Cette théorie stupide aura cours jusqu'au XVI^{ème} siècle. Jusqu'alors, ceux qui penseront autrement seront condamnés, leurs livres seront parfois brûlés.

La complexité de l'art médical décourageait Montaigne : *"le médecin a besoin de*

trop de pièces, considérations et circonstances pour affecter justement son dessein. Il faut qu'il connaisse la complexion du malade, sa température, ses humeurs, son inclination, ses actions, ses pensées et ses imaginations. Il faut qu'il se réponde de circonstances externes : nature du lieu et conditions de l'air et du temps, qu'il sache en la maladie les causes, les signes et les jours critiques, en la drogue, le poids, la force, l'âge, la dispensation. Il faut que de toutes pièces et les sache proportionner et rapporter l'une à l'autre pour en engendrer une parfaite symétrie." L'on pourrait aujourd'hui ajouter à cette énumération le coût des soins, l'analyse critique des études cliniques et des publicités pharmaceutiques, la qualité de vie et les conditions éthiques.

Ambroise Paré avait accumulé une expérience considérable en accompagnant les armées de plusieurs rois de France. Il insiste aussi sur le fait qu'en médecine il faut prendre en considération la théorie apprise à l'école, l'expérience et sa propre pratique. En guise de préface à ses livres, ce barbier chirurgien a placé un sonnet dont un quatrain reprend le même thème.

"Ce livre maintenant que je mets en lumière

De mon art l'héritier contient tous les secrets

Que jadis bien au long les Arabes et les Grecs

Ont laissé par écrit à la race dernière."

Et il ajoute que la médecine est en constante évolution en ses deux composantes. "Les arts" dit-il "ne sont encore si accomplis qu'on y puisse faire addition, ils se parfont et polissent par succession du temps." Que voilà un raisonnement parfait, mais malgré cela Ambroise Paré, au XVIème siècle, restait imprégné des dogmes galéniques. Le cœur est pour lui l'organe essentiel " le premier vivant" dit-il "le dernier mourant ", "c'est le domicile de l'âme, fontaine et source de l'esprit vital". Il décrit la systole qui est une constriction et la diastole qui est une dilatation ; mais pour lui, le septum est troué en plusieurs endroits : le sang issu du ventricule droit va aux poumons uniquement pour les nourrir; si ce ventricule est plus petit c'est pour "qu'esprit et chaleur y soient mieux unis, car l'esprit vital est une substance moyenne entre le sang et l'air." Il décrit les valvules : les unes membraneuses, "s'ouvrent en systole pour laisser sortir le sang et l'esprit ; en diastole, elles se ferment," dit-il, "entièrement ou peu s'en faut" pour que les matières chassées au dehors n'y rentrent plus. "Les valvules charnues," dit-il "garnies de filaments s'ouvrent en diastole pour apporter sang et air et se ferment en systole pour retenir les matières en tout ou en partie." La valvule gauche, notamment la mitrale, n'a que deux valves "afin que l'orifice soit toujours en partie ouvert et que l'air puisse toujours s'y introduire en inspiration et en être chassé en expiration."

Il est encore plus étonnant chez Ambroise Paré de se pencher sur le livre qu'il a consacré à la peste, la maladie que Galien appelait la bête sauvage. L'admirable description des symptômes (bubons, charbons, flux de ventre, délire, frénésie, vomissements, langue sèche, noire, aride, regard hideux, teint plombé) contraste avec les conseils pour prévenir ce qu'il appelle "l'ire de Dieu" : éviter le vent du sud, ne sortir qu'après le coucher du soleil, éviter la fréquentation des femmes, surtout après le repas, et enfin, le bouquet, nourrir un bouc à la maison, de façon que l'air vicié par le bouc empêche l'entrée de l'air pestilentiel.

Si les médecines chinoises et indiennes étaient intimement mêlées à la philosophie, voire à la magie, à l'astrologie et à l'alchimie, en Europe, pendant de longs siècles la pratique médicale est restée empirique, irrationnelle, basée souvent sur des croyances populaires et sur une physiologie approximative et erronée, livrée aux charlatans et aux médocastres. Comme exemple, on peut citer tous les remèdes de bonne femme : utilisation des râpures d'ongles infusées dans du vin, de la cire des oreilles servant d'émétique, des qualités fébrifuges de la salive et du sang menstruel. Citons aussi l'abus des saignées, des clystères et des sinapismes et les élucubrations des magiciens, sorciers et alchimistes.

Byron a écrit que la lancette a versé plus de sang que l'épée. Paracelse dont la réputation était grande au XVI^{ème} siècle, se disait roi des arcanes et prétendait avoir inventé l'or buvable.

Il n'est pas surprenant que les médecins aient été à l'époque la cible des critiques, plaisanteries et sarcasmes des écrivains. Platon écrivait dans La République, "*qu'il n'appartient qu'au médecin de mentir en toute liberté puisque notre salut dépend de la vanité et de la fausseté de leurs promesses.*" Molière, dans le malade imaginaire, fustige les médecins : "*toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias*" dit-il "*qui vous donne des mots pour des raisons et des promesses pour des effets*". Et Voltaire, plus bref, s'exclame : "*le meilleur médecin est celui qui raisonne le moins.*" Casanova dit qu'il n'a jamais eu d'autre médecin que lui-même et que la médecine est un métier où le charlatanisme fait encore plus d'effet que dans celui d'avocat. Il faut toutefois signaler qu'à chaque coup de pied de Vénus qu'il décrit en détails dans l'histoire de sa vie, il consultait des médecins différents, voire des charlatans.

Mais tout n'était pas empirisme et fantaisie. C'est ainsi que les théories de Galien sur la circulation du sang ont été contestées dès le XII^{ème} siècle dans un manuscrit arabe récemment découvert. Servetius et Colombo se sont étonnés de la couleur différente du sang à l'entrée et à la sortie des poumons. Césalpino a décrit la grande et la petite circulation, ainsi que la circulation capillaire, qui était la clé de la physiologie de la circulation. Finalement William Harvey, médecin à la cour d'Angleterre, a publié en 1628 son livre "*Excitatio anatomico de motu cordis et sanguinis in animalibus*" et a décrit parfaitement la circulation.

La querelle s'est poursuivie longtemps. Il y avait encore au XVII^{ème} siècle, des médecins qui n'admettaient pas la théorie de Harvey et qui appelaient ses disciples "les circulateurs". C'est ainsi que les qualifie tout au moins Thomas Diafoirus dans "Le malade imaginaire". Descartes, dès 1637, prend le parti de celui qu'il nomme " le médecin anglais " et dans son " discours de la méthode ", il décrit " *l'enflement et le désenflement* " du cœur, c'est-à-dire la systole et la diastole et les " *onze petites peaux* ", qui sont les onze valves du cœur.

En 1760, Buffon, un étonnant visionnaire, prévoit la révolution que va déclencher la médecine expérimentale et il a cette phrase remarquable : "*Si quelque médecin faisait de l'art vétérinaire son principal objet, il en serait dédommagé par d'amples succès. Cette médecine ne serait pas si conjecturale ni si difficile que l'autre, sans compter la liberté de faire des expériences, de tenter de nouveaux remèdes et d'arriver à des connaissances dont on pourrait, par analogie, tirer des conclusions à l'art de guérir les hommes.*" Quelle remarquable prévision de ce que sera un siècle plus tard la médecine expérimentale !

Dans le domaine de la cardiologie, les découvertes vont se succéder : Stephen Haler, en 1733, mesure la pression artérielle en introduisant un long tube en verre dans la carotide d'un cheval ; Senac et Corvisart publient les premiers traités de maladies du cœur, décrivant les symptômes et la méthode de percussion, mais Corvisart estime que " *ces maladies du cœur sont si compliquées qu'il est douteux que l'on puisse un jour en faire le diagnostic avant la mort.* "

Heberden décrit l'angine de poitrine, sans trop savoir qu'elle est liée aux lésions des coronaires.

Laennec invente le stéthoscope en 1816, mais s'en sert surtout à ausculter le poumon.

C'est dans le courant du XIX^{ème} siècle que dans une optique déterministe, la médecine scientifique va se développer sous l'impulsion de Claude Bernard. Si lui-même n'a jamais pratiqué la médecine il a cette curieuse affirmation : "*la médecine n'est ni un art, ni une science, mais une profession comme l'agriculture*". C'est vraiment le contraire de ce que nous essayons de démontrer. Sa méthode est basée toutefois sur l'observation et l'expérience favorisée par la vivisection et la critique expérimentale : l'hypothèse est certes nécessaire pour grouper les faits, diriger les recherches et coordonner les résultats, mais elle ne doit jamais intervenir au cours de l'expérience afin de ne pas influencer l'observateur. Cette méthode expérimentale va entraîner les progrès énormes de la médecine moderne tout au long du XX^e siècle. C'est cette médecine basée sur l'évidence qui semble être redécouverte à notre époque, mais cette médecine comporte un risque de dérive insidieuse qui pourrait nous faire oublier que l'homme est, selon Jules Romains, d'une complexité inépuisable et d'une diversité imprévisible.

La dérive scientifique ou positiviste était annoncée dès la fin du XIX^{ème} siècle par le chimiste Berthelot qui n'hésitait pas à proclamer que "*La science est aujourd'hui en mesure de revendiquer la direction morale et matérielle des sociétés !*"

Il est inutile ici de décrire les progrès exponentiels de la science médicale au cours du XX^e siècle. Des maladies vont disparaître pratiquement ; l'imagerie médicale va se perfectionner ; les chirurgiens ne connaîtront plus de zones inaccessibles.

L'endoscopie s'applique au diagnostic puis au traitement.

On peut imaginer que de nos jours Schubert, Musset et Maupassant auraient été guéris de la syphilis, Chopin de la tuberculose, Balzac aurait peut-être bénéficié d'un remplacement valvulaire ; Roosevelt n'aurait pas eu la poliomyélite. Bien qu'on ne connaisse pas la cause précise de leur mort précoce, Shakespeare, Molière et Mozart auraient probablement vécu plus longtemps et l'on peut supposer que le patrimoine de l'humanité en aurait été enrichi. Mais évidemment, les syphilitiques d'hier auraient peut-être été les sidatiques d'aujourd'hui. Les guerres et les génocides de notre siècle ont fauché des vies prometteuses : on peut citer Charles Péguy, Alain Fournier, Guillaume Apollinaire, Federico Garcia Lorca, Martin Luther King, etc....

Le prochain siècle verra certainement des applications médicales de la biologie moléculaire et de la génétique et les techniques dont nous sommes aujourd'hui si fiers, telles la chirurgie coronaire, la chimiothérapie, la radiothérapie, les transplantations, paraîtront probablement aussi désuètes et imparfaites que ne le sont à nos yeux la chirurgie du baron Larrey, la physiologie de Pavlov et la médecine de Laennec. Nos hôpitaux paraîtront aussi démodés et inconfortables que les Hospices de Beaune.

Dès le milieu du XX^e siècle, des écrivains comme Georges Duhamel et Jules Romains et bien d'autres nous ont mis en garde contre une mécanisation et une déshumanisation de la médecine. Dans un petit livre oublié, intitulé "Hommes, médecins et machines", l'auteur de Knock écrivait : "*La médecine est vouée à garder certains caractères qui la distinguent essentiellement d'une science appliquée ou d'une technique industrielle. Il ne faut pas que nous allions vers une médecine de contremaître où il n'y aurait plus ni petit, ni grand médecin et où le clinicien rejoindrait les vieilles lunes.*" Et Georges Duhamel de surenchérir : "*La médecine exige une invention continuelle : jamais deux malades ne se ressemblent, même s'ils souffrent de la même maladie.*"

Le siècle prochain doit être celui d'une complémentarité harmonieuse entre une science médicale technique et prodigieuse et des équipes de médecins soucieuses du malade, être unique et complexe, dont la qualité de vie doit être préservée au cours des étapes du diagnostic et du traitement. La santé d'ailleurs, selon la

définition de l'OMS, n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi un état de bien-être physique, mental et social.

Dans la deuxième partie de cet exposé, je voudrais plaider pour que la médecine demeure un art à la fois dans le diagnostic, le traitement et l'abord du patient.

Le diagnostic tout d'abord : il ne doit pas s'afficher sur l'écran d'un ordinateur dans lequel on a introduit pêle-mêle les résultats d'une kyrielle d'analyses et d'examens techniques, prescrits selon un procédé approximatif et ressemblant un peu au bombardement en tapis, au "carpet bombing" qui était pratiqué pendant la seconde guerre mondiale. En effet, ce diagnostic doit être l'aboutissement d'une démarche raisonnée, dont les étapes se succèdent dans un ordre logique : tout d'abord un interrogatoire minutieux, aussi peu dirigé que possible, laissant la parole au malade et éventuellement à son entourage ; la façon d'interroger n'est pas indifférente. Je voudrais vous donner un exemple vécu, quotidien : lorsque vous voyez un patient qui a été opéré de pontage coronaire, il est important de savoir s'il conserve de l'angine de poitrine.

De même, il ne faut pas confondre dans l'interrogatoire la capacité et la réalité des faits. Si vous dites au patient : "*Est-ce que vous pouvez marcher vite ?*" ou : "*Est-ce que vous marchez vite ?*", ce n'est évidemment pas la même chose. Jules Romains, dans Knock, a exprimé ce fait d'une manière très amusante : rappelez-vous l'interrogatoire du tambour de ville par Knock, demandant s'il avait plus souvent cette douleur à l'estomac lorsqu'il avait mangé de la tête de veau à la vinaigrette et le malade lui répond : "*je n'en mange jamais*", puis après réflexion il dit : "*mais si j'en mangeais, je crois bien que j'aurais mal*".

Après l'interrogatoire, un examen clinique soigneux, ordonné et complet est bien entendu essentiel.

Actuellement, bien souvent, l'examen clinique est plus que rapide et notamment, pour les cardiologues. Le bruit du ventilateur de l'échocardiographe gêne l'auscultation.

Ce n'est qu'après cet examen que des hypothèses diagnostiques doivent être faites et qu'à ce moment là on pourra demander des investigations paracliniques ciblées.

L'épreuve d'effort, par exemple, qu'on demandera au patient suspect de maladie coronaire doit être prescrite dans un but déterminé ; elle est peu utile si l'on sait d'avance que le patient est bien portant, elle ne doit pas être utilisée rien que pour accumuler des renseignements et des données chiffrées sans trop se préoccuper du patient lui-même : ce sont les médecins qui tournent le dos au patient, notamment lorsqu'ils introduisent des données dans l'ordinateur. L'épreuve d'effort ne doit pas non plus être réalisée si l'on est sûr que le malade est coronarien, cela ne va pas nous apporter grand chose.

Ce cheminement s'effectue d'autant mieux que le médecin connaît son patient, son passé, son caractère anxieux, fanfaron ou négligent, qu'il l'a déjà soigné antérieurement et qu'il peut par exemple lui dire : *"vous avez la mémoire courte, Monsieur : vous m'avez déjà décrit ce symptôme il y a quelques années"*.

Ce n'est pas un bon médecin celui qui interroge à peine, ne permet guère au malade de s'exprimer, l'examine à la hâte, suit une première impression et s'empresse de prescrire un traitement symptomatique et des investigations parfois sophistiquées et qui ne sont pas dépourvues de désagrément et même de risque.

J'ai posé un jour la question à un jeune assistant : *"Est-ce que ce patient a une angine de poitrine ?"* et il m'a répondu : *"Je ne sais pas on n'a pas encore fait sa coronarographie."*

Dans ce même ordre d'idée, il y a un texte de Jules Romains qui est très typique, toujours dans ce petit livre que je vous ai cité : *"Pendant que la dame s'avance dans le bureau, un décrochage de souvenirs a déjà le temps de se produire chez le médecin et avec cette vitesse indescriptible qui est le propre de l'activité mentale s'enchaînent et s'engrènent des comparaisons, des rapprochements, des hypothèses. Elle a une drôle de tête... sa vieille mère morte d'une tumeur, m'avait dit qu'étant jeune elle avait fait une scarlatine... elle me fait penser à la tête qu'avait Madame X qui est morte à l'entrée du Carême."* Ce sont des données que l'on ne peut pas introduire dans un ordinateur !

Et bien entendu, nos universités doivent attacher une grande importance à l'enseignement de ces premières étapes du diagnostic et apprendre aux futurs médecins l'art d'interroger, d'inspecter, de palper, d'écouter, de conseiller, d'expliquer, de consulter la bonne littérature et de choisir les examens les plus utiles. Si la sécurité sociale valorisait mieux l'acte intellectuel, le médecin serait encouragé à passer plus de temps aux premières étapes du diagnostic et en serait récompensé.

Les spécialistes, aidés par une technologie de pointe, réalisent des merveilles : ils promènent leurs sondes dans les artères du cœur et les méandres du tube digestif, dilatent les sténoses, extirpent les calculs et les polypes, opèrent les cerveaux et les cœurs, éradiquent les cancers.

Le spécialiste doit intervenir en son temps dans la démarche diagnostique, de préférence à la demande du médecin de famille. Dans un conte connu, "Le docteur Akakia", Voltaire fait allusion à cette spécialisation exagérée : *"Que chaque médecin ne traite qu'une infirmité"* dit-il *"de sorte que si un homme a la goutte, la pierre, le dévoitement, mal aux yeux ou mal à l'oreille, il lui faudra payer cinq médecins au lieu d'un... bientôt on conseillera aux dévots d'avoir un directeur pour chaque vice."*

Même s'il lui est difficile de maîtriser l'immensité des connaissances médicales, s'il n'a que des moyens d'investigation simples et si les visites à domicile dans nos villes engorgées sont difficiles, l'omnipraticien doit rester l'interlocuteur privilégié du patient ; son travail est probablement plus efficace dans des maisons médicales, comme il en existe de plus en plus en Belgique, ne fut-ce que parce que cette structure en équipe favorise les échanges entre praticiens et assure mieux la continuité des soins.

La prescription des médicaments est un exercice difficile et qui exige beaucoup de connaissances, d'expérience et de bon sens ; il faut tenir compte des innombrables études cliniques, mais aussi du passé du malade, des intolérances, des interactions, des autres pathologies éventuelles et également du coût, tant pour le patient que pour la sécurité sociale.

Les firmes pharmaceutiques jouent un rôle très important dans la découverte, la commercialisation et les essais des médicaments. Les étapes sont longues pour qu'un médicament soit commercialisé, un grand nombre de molécules doivent être synthétisées avant d'en trouver une qui soit efficace, il y doit y avoir successivement des essais en laboratoire d'abord, sur préparation animale, puis sur animaux, puis sur des volontaires humains normaux, puis sur des patients. Ensuite le médicament doit être enregistré dans les divers pays et les commissions d'agrément sont difficiles comme la Food and Drug aux Etats-Unis, ce n'est qu'alors que le médicament peut être commercialisé.

Il est certain que les firmes pharmaceutiques, entreprises basées sur le profit, vont vouloir récupérer la mise. Elles financent des études multicentriques très coûteuses pour démontrer des différences légères entre leur médicament et une drogue de la même famille produite par une firme concurrente.

Les grandes études cliniques dont les résultats sont abondamment diffusés et commentés sont donc souvent des études orientées, mais parfois contradictoires, difficiles à comparer, parfois à la limite de la signification statistique, elles concernent le plus souvent une population sélectionnée, avec des limites d'âge et l'exclusion des pathologies associées. Elles ne prennent en général pas en considération le coût du médicament, les abandons de traitement, les interactions médicamenteuses, l'accoutumance et la qualité de vie.

Comment le médecin va-t-il appliquer les conclusions de ces études ? Et bien de façon quasi artisanale, dans un colloque singulier avec son patient et c'est là la grandeur et le paradoxe de la réflexion médicale.

Montaigne avait déjà pressenti les difficultés et les écueils de la prescription. *"Les médecins" dit-il "nous persuadent que de leurs ingrédients celui-ci échauffera l'estomac, cet autre rafraîchira le foie, l'un se charge d'aller droit aux reins, l'autre asséchera le cerveau, celui-ci humectera le poumon. Je crains infiniment*

que ces drogues mixées en breuvage perdissent ou échangeassent leurs étiquettes et troublassent leurs quartiers." Ce texte pourrait s'appliquer aux drogues conseillées après un infarctus du myocarde et si Montaigne devait écrire à ce sujet aujourd'hui, il pourrait dire : *"ce médicament diminue l'agrégation plaquettaire, cet autre prévient les arythmies, l'un est chargé de mettre le cœur au repos et de ralentir son rythme, l'autre prévient la déformation du ventricule, celui-là fait baisser le taux de cholestérol, celui-là dilate les artères. Je crains"* dirait-il *"que ces drogues mêlées, cumulent leurs effets, tant bénéfiques que non désirés ou agissent en des sens opposés."*

Il nous faut également parler des problèmes éthiques qui surgissent tout au long de la pratique médicale, qui sont de plus en plus nombreux et difficiles en cette fin de siècle et qui ne peuvent pas être résolus par des règles ou des dogmes, mais par des concertations dans des comités d'éthique, parfois à propos de cas individuels, mais aussi par le médecin agissant en son âme et conscience. Ces problèmes éthiques ne feront que se compliquer à l'avenir, ils concernent et concerneront les manipulations génétiques, la fécondation "in vitro", les essais thérapeutiques, l'euthanasie...

Dans l'art de guérir, il y a également un élément qui échappe à la quantification et à la systématisation : la qualité de vie. Une phrase de Montaigne met bien en évidence ce problème : *"Qui craint de souffrir, il souffre déjà ce qu'il craint. Depuis que je suis traité, je me sens malade."* C'est une boutade, mais qui montre bien ce problème de la qualité de vie. La meilleure définition me paraît celle de Calman : *"la qualité de vie est la marge qui existe entre les attentes et les résultats pour le malade, cette marge étant la plus étroite possible."*

C'est donc bien une notion relative, individuelle et purement subjective. Interviennent dans cette qualité de vie certes le handicap que constitue l'infirmité ou la maladie, la dysfonction qu'elle entraîne, mais aussi l'appréciation qui en est faite par le patient, l'angoisse qu'il peut en éprouver et sa condition socio-économique. Il est bien évident, par exemple, en ce qui concerne la fonction physiologique et occupationnelle, qu'un musicien est plus préoccupé par son ouïe qu'un philosophe, un fermier plus gêné par la dyspnée qu'un horloger ; Casanova n'avait pas la même joie de vivre que Bossuet. Pour donner des conseils judicieux, il faut bien entendu interroger le patient sur son travail, sa vie à la maison, ses hobbies, ses occupations de loisir, ses goûts alimentaires

En ce qui concerne le stade psychologique, il faut avoir une attitude raisonnable vis-à-vis de sa maladie. Ne pas vivre que pour elle comme Monsieur Purgon, le malade imaginaire, farci de drogues et de clystères, qui veut imposer à sa fille un mari médecin afin d'être mieux soigné lui-même. Ne pas suivre non plus la politique de l'autruche et vivre comme si la maladie n'existait pas.

Ce qu'on appelle l'interaction sociale est important. Si âgé et handicapé soit-on,

on éprouve le besoin d'être utile et de continuer à jouer un rôle, si modeste soit-il, dans la société et dans sa famille. La vie en société est faite d'échanges et basée sur la complémentarité ; si l'on ne fait plus que recevoir sans pouvoir donner, l'on se sent assisté, inutile. Le médecin a le devoir de montrer au patient que, quel que soit son âge et son handicap, il a toujours un rôle à jouer et peut être utile.

Les sensations somatiques sont un rappel constant de la maladie et comportent un élément d'anxiété ; il ne faut pas se contenter de prescrire des médicaments, des analgésiques, des opiacés, mais aider le malade à comprendre sa douleur, à l'évaluer, à apprendre à la supporter, à la domestiquer, et peut-être à la sublimer.

Enfin, la situation économique est un élément important de la qualité de vie : les patients n'en parlent pas volontiers, mais ils peuvent être préoccupés par les taux d'intérêt, les humeurs de la bourse, les menaces sur les retraites, les dépenses imprévues et les problèmes de leurs enfants...

Nous devons prendre en considération le comportement de l'entourage qui peut être inconscient ou indifférent ou surprotecteur : il n'est pas rare de rencontrer des épouses qui entretiennent l'angoisse et la dépendance d'un mari coronarien en le suivant de pied à talon, en lui prodiguant des conseils exagérés, en lui rappelant sans cesse sa condition et les risques qu'il court, en racontant à tout un chacun les épisodes de sa maladie. Le caractère du patient doit être pris en considération et il ne faut pas tenir le même langage à des téméraires, à des anxieux, à des fanfarons, à des scrupuleux ou à des inconscients.

En ce qui concerne le travail, il faudra bien entendu tenir compte du type d'activité mais également de l'environnement, des horaires, du chemin du travail parfois pénible, des relations avec les collègues et les chefs, du stress et de la fatigue que peuvent engendrer certaines occupations. Dans les conseils que l'on donnera pour les voyages, il faudra tenir compte du climat, de l'altitude, de la longueur des étapes, mais aussi de l'environnement médical. Par exemple, aux coronariens qui ont bénéficié récemment d'une angioplastie et qui sont à risque de récurrence, on conseillera de voyager en restant à portée d'un service de cardiologie compétent.

En ce qui concerne les activités de loisirs, une foule de conseils peuvent être donnés : si l'on veut jouer au tennis, il faut le faire avec des gens de son âge, les efforts isométriques doivent être évités chez les coronariens, ainsi que les efforts dans un environnement chaud et humide.

En ce qui concerne les activités sexuelles, leurs dépenses énergétiques ne dépassent habituellement guère celles de la vie quotidienne, mais des études ont toutefois mis en évidence une ischémie silencieuse dans certains cas, surtout lorsque les relations se déroulent avec un partenaire inhabituel ou plus jeune ou dans un lieu non conforme, probablement parce que l'angoisse, l'excitation, le

stress et le souci de la performance s'ajoutent à la prestation de base.

De même, les convictions religieuses des patients doivent être respectées et même encouragées. Des enquêtes ont montré qu'un des meilleurs prédicteurs de survie après chirurgie cardiaque, est le réconfort et la force donnée par des convictions religieuses et l'action de la prière sur la guérison. Les malades qui fréquentent les églises, les temples ou les mosquées ont des pressions artérielles plus basses et des taux moindres de dépression.

Dans un domaine moins spirituel, plusieurs travaux ont montré qu'un animal de compagnie, surtout un chien, constitue un facteur indépendant de survie à un an après infarctus du myocarde.

L'on conçoit bien que toute cette approche concernant la qualité de vie constitue un art et ne peut pas être chiffrée ni automatique. On a bien entendu essayé d'évaluer la qualité de vie, mais tous les outils qui ont été utilisés sont biaisés ou imparfaits : que ce soit les questionnaires, les interviews, les agendas, les narrations individuelles, que l'on utilise des tests de performances, des épreuves d'effort, le témoignage d'un observateur proche ou des mesures directes d'activité, un peu aberrantes parfois, comme la mesure objective de la sédentarité par l'enregistrement des mouvements de la plante du pied.

Des questionnaires ont été utilisés, ils ont notamment été mis au point par les firmes pharmaceutiques, pour prouver qu'avec leur drogue la qualité de vie était meilleure qu'avec la drogue du concurrent appartenant à la même famille et ayant les mêmes effets bénéfiques.

L'évaluation doit se faire par le colloque singulier avec le patient et son entourage, sans que certains domaines soient considérés comme tabou ou que des détails soient estimés négligeables ou mesquins. Il ne faut pas craindre d'aborder le problème de l'acné des jeunes filles, des rides de la dame mûrissante, les fiascos du Don Juan amateur, les pertes de mémoire et la constipation du grand-père, les affres du malade imaginaire. Le médecin doit rester l'ami, le confident du patient et de son entourage, s'intéresser aux goûts, aux activités et aux désirs et s'efforcer de réduire ce fossé entre attente et résultat, entre rêve et réalité.

Dans le siècle qui vient, le médecin devra être très vigilant pour que, malgré les progrès scientifiques annoncés et l'accès quasi illimité aux connaissances, la pratique médicale quotidienne fasse toujours appel au bon sens et aux qualités d'observation et de discernement et que le patient dans son caractère unique et complexe reste au centre des préoccupations et des débats.

Professeur R. Krémer