

PLACE DE LA PERSONNE EN MÉDECINE PERSONNALISÉE : APPORT CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

*PERSON-CENTERED MEDICINE WITHIN PERSONALIZED
MEDICINE: CRITICAL VIEWS FROM PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY*

Armelle GRENOUILLOUX*

RÉSUMÉ

La médecine personnalisée (médecine prédictive, e-santé, données massives...) progresse vite, le discours sociétal et les espoirs qu'elle suscite plus encore. Même si le terme recouvre divers ordres de réalités, le concept de personne alimente la demande d'accompagnement, de reconnaissance des particularités individuelles dans les soins.

De quels outils la psychiatrie se dote-t-elle aujourd'hui pour penser le recours imminent à une médecine personnalisée qui s'attache à la personne ? Face aux avancées technico-scientifiques, nous répondrons à cette question à partir de l'actualisation de l'attitude critique de la psychiatrie phénoménologique. Cette interrogation, épistémologique et éthique, prend place dans l'espace entre savoir et faire, cet espace du savoir-faire non accessible à la machine.

MOTS-CLÉS

Médecine personnalisée, Médecine de la personne, Phénoménologie, Epistémologie, Ethique, Savoir-faire.

ABSTRACT

Personalized medicine (predictive medicine, e-health, big data...) moves forward quickly; social comments and expectations for this medicine move even more quickly. Even if it includes several levels of meanings, the concept of person makes one wait for personalized accompaniment, individual support while being cared for.

What kind of tools does psychiatry develop in order to set a place for person-centered care within personalized medicine? Facing technical-scientific progress, we will answer this question from the contemporary critical attitude led by phenomenological psychiatry. Such an interrogation, with its epistemological and ethical parts, takes place in between knowing and doing, the know-how space unreachable to machine.

KEYWORDS

Personalized medicine, Person-centered medicine, Phenomenology, Epistemology, Ethics, Know-how.

* Psychiatre Docteur en Philosophie Chercheur associée Centre François Viète Nantes



INTRODUCTION

Le médecin soigne et le malade, dans le meilleur des cas, guérit. Le médecin pourra appliquer « le plus contemporain des savoirs » soutenu par « la plus attentive empathie », la nature, le fléau de la balance individuelle de vie et de mort, saura lui faire rendre raison.

Le « plus contemporain des savoirs » c'est aujourd'hui la médecine personnalisée. Ce vocable de la fin des années 1990, devenu depuis, entre autres, médecine des 4P (préventive, prédictive, participative et personnalisée) ou encore médecine de précision, connaît toujours des acceptions multiples. L'usage le plus répandu correspond à la médecine moléculaire génomique ou plus récemment, avec la prise en compte de l'épigénétique et de l'exposomique, postgénomique(1). On trouvera aussi, sous le même terme de médecine personnalisée, référence faite aux algorithmes d'aide à la décision médicale, aux développements de la e-santé, aux progrès de l'imagerie médicale ou même encore à la recherche sur les cellules souches. Le traitement algorithmique des 10^9 ou 10^6 data, c'est-à-dire le niveau *big* ou *fat*, aujourd'hui encore rarement disponibles en santé, produit des corrélations « pour en extraire des faits nouveaux ou de nouvelles relations entre les faits » [13] c'est-à-dire de nouveaux modèles. De cette nouveauté comme souvent dans les sciences, surgit l'idéalisation d'un Progrès qui ferait se dissoudre inéluctablement toute la médecine antérieure, sa clinique, ses savoirs, ses techniques, dans la médecine dite personnalisée.

A rebours d'un tel discours, nous allons interroger la place possible de cette nouvelle médecine au sein même de la médecine actuelle dans sa tradition de « colloque singulier » soucieux de la personne. Nous adopterons pour cela l'attitude critique (au sens philosophique) de la phénoménologie psychiatrique en ce qu'elle ouvre à l'examen des rapports entre théories, techniques et pratiques. Une telle interface met en jeu la notion particulière qu'est le savoir-faire clinique, celui-là même qui fait encore évoquer aujourd'hui la médecine comme un art, difficilement accessible à la machine. Partant donc des pratiques nous irons vers les théories pour revenir enfin à la clinique, tant il est vrai que la rencontre thérapeutique, par définition interpersonnelle, reste à la fois le *terminus a quem* et le *terminus ad quo* de la médecine.

EN PRÉAMBULE

Pourquoi cette recherche ? Si les avancées de la médecine personnalisée sont aujourd'hui relativement concrètes en

cancérologie et vis à vis de certaines maladies rares(2), plus hétéroclites quand il s'agit d'aide à la décision médicale ou de e-santé, bien qu'elles soient présentées comme ruptures voire parfois comme révolution depuis cette vingtaine d'années, elles n'ont donc au total pas eu à ce jour l'impact clinique global promis. Les critiques parlent même d'un *buzzword*, terminologie phare voire écran susceptible d'occulter des intérêts marchands ou politiques [24, 38]. Mais l'ensemble de ces observations établit, en même temps, la réalité de l'introduction de nouvelles techniques numériques et de leur influence sur les démarches de soins comme sur les représentations sociales. Il est donc d'ores et déjà de la responsabilité de l'ensemble des acteurs (professionnels du soin, chercheurs, politiques, citoyens) de clarifier leurs modes de construction, champs d'application, modalités d'usage dans l'intérêt des personnes.

Pour ce faire, il s'agit de tenir ensemble, à tout le moins, les nouveaux apports d'une médecine dite personnalisée (*Personalized medicine*) dans son équivocité même et la médecine de la personne (*Person-centered medicine* ; terminologie sur laquelle nous reviendrons), ici au sens de l'écoute de la personne singulière, peut-être dès lors équivalente à cette « plus attentive des empathies » que nous annonçons plus haut. Mais alors, pour ne pas caricaturer cette dichotomie, parfois reprise comme l'opposition du *Cure* et du *Care*, il faudra appréhender au travers même de la médecine personnalisée ou sans doute plus largement du biologique, la spécificité du vivant humain puis, de là, de chaque personne singulière notamment comme être-malade.

Comment donc ? Faire ainsi dialoguer sciences naturelles et sciences humaines revient à tout à la fois expliquer et comprendre, c'est-à-dire, comme le montre Daniel Andler, à se placer dans un « cycle indéfini d'approximations successives, où la saisie partielle des éléments, ou (...) des moments, alterne avec des représentations provisoires de la totalité »(3) [2]. C'est donc là la méthode que nous allons adopter (dans cette étude programmatique) et qui nous permettra, en questionnant certains des pré-requis de la clinique, de rejoindre ce qu'Anne Fagot-Largeault nomme une démarche « localiste » (qui appréhende les sciences *in vivo*). Non pas « localiste générale » telle qu'elle voudrait établir les traits communs aux différentes sciences concernées, mais bien « localiste régionale » au sens de l'étude des rapports susceptibles de s'établir ici entre les sciences impliquées et la clinique [2].

(1) Voire bientôt méta-génomique, c'est-à-dire prenant en compte le génome des microorganismes constituant le microbiote propre à chacun.

(2) Dans des dimensions prédictives et parfois curatives.

(3) C'est-à-dire selon une herméneutique post-diltheyienne.

Sur ce chemin exploratoire, la psychiatrie nous paraît pouvoir jouer un rôle didactique qui pourrait aussi, peut-être, l'aider à évoluer elle-même. Pour ce faire, les principes de l'attitude phénoménologique⁽⁴⁾ séculaire en psychiatrie nous paraissent pertinents. Cette attitude pose en effet les bases de l'examen épistémologique de ce que Tatossian nommait d'après Habermas les « pré-jugés, les présupposés a-prioriques essentiels (...) » des savoirs. Tatossian porte cette interrogation, « historique et descriptive de l'évolution et de l'état actuel des sciences » [42], au niveau de la structuration fondamentale de la psychiatrie. Il interroge à la fois son tribu aux sciences de la nature, sciences empirico-analytiques pour Habermas, qui suivent le modèle hypothético-déductif de la science traditionnelle (auquel on peut peut-être ajouter aujourd'hui le modèle des *big data* nous y reviendrons), mais aussi la référence revendiquée par la discipline aux sciences historico-herméneutiques d'Habermas centrées sur la communication du sens [45].

Nous allons donc interroger les nouveaux enjeux de la médecine, à partir de cette coexistence paradigmatique de médecine biologique et de médecine de la personne en psychiatrie telle que la critique la « phénoménologie du psychiatrique » [28, 40].

DES PRATIQUES

Explication et compréhension ; faits et valeurs ; la personne

Forte d'une posture de « relativisme partiel »⁽⁵⁾, la psychiatrie soucieuse d'éviter de « s'aliéner dans des mystifications », hier « de l'inconscient ou du troisième ventricule » [11], aujourd'hui de l'EBM, demain des *big data*, compose au quotidien avec tout à la fois l'explication et la compréhension. Ainsi, peu modifiée au fil des décennies par l'*explication* naturelle et les preuves, la psychiatrie leur fait cependant une place : celle – importante – des prescriptions médicamenteuses, celle – limitée – de l'imagerie cérébrale et aujourd'hui des stimulations transcrâniennes, celle – insuffisante – des outils de remédiation cognitive. Par ailleurs, la psychiatrie fait montre d'une grande richesse en termes de *compréhension* du sujet, du psychisme, de la personne incarnée mais aussi de la rencontre thérapeutique. Cette

spécificité peut-elle être soutenue, améliorée ou au contraire menacée par l'usage, par exemple, des algorithmes d'aide à la décision ? Aujourd'hui, la bipartition « explication compréhension », également présente dans d'autres proportions en médecine, se situe en contrepoint du discours présentant la nouvelle médecine personnalisée. En effet celle-ci soit ne laisse à l'explication qu'une place annexe avec des schémas thérapeutiques produits par le traitement algorithmique des données massives et dits « sans diagnostic », soit à l'inverse se situe dans un prolongement de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) selon un traitement dont on ne sait encore s'il est surtout empirico-inductif ou abductif⁽⁶⁾, produit des « inférences à la meilleure explication ». Sans prétendre trancher ici dans ce débat de spécialistes dont nous ne sommes pas, soulignons que cette complexité technique fait aussi, de toute façon, abstraction de la compréhension. Que ce soit les avancées du dialogue EBM/VBM (*Values based medicine*) voulant refonder depuis quinze ans toute décision de soin sur « des faits et des valeurs » [16] ou encore les courants du *Whole Person Care* et de Médecine de la personne qui sont également ignorés de ces nouveaux modèles.

Et c'est précisément là, cristallisé autour de la polysémie du terme de personne, que surgit le débat sur ce que Xavier Guchet nomme « l'apparente incommensurabilité du « personnel-moléculaire » et du « personnel-subjectif » [24]. Or c'est là où la phénoménologie du psychiatrique a toujours soutenu la coexistence de l'explication, c'est-à-dire la connaissance partielle des étiologies et/ou des mécanismes, et la compréhension, c'est à dire la saisie du sens des phénomènes. Soit au cœur de la rencontre thérapeutique.

La rencontre thérapeutique : structuration et place du savoir-faire

La phénoménologie du psychiatrique a mis en évidence les deux temps constitutifs de la rencontre thérapeutique. Un premier temps dit perceptif ou intuitif du diagnostic qui précède un temps inférentiel [42]. Ce dernier rassemble les éléments syndromiques pour conduire à une entité diagnostique répertoriée⁽⁷⁾ dans un ensemble nosographique ou classificatoire statistique où coexistent, en toute hétérogénéité disons-le, maladies, troubles et syndromes, diversement rapportés à la

(4) Apparue durant la première moitié du XX^e siècle avec, entre autres, Jaspers, Binswanger, Minkowski, la psychiatrie phénoménologique s'est poursuivie en France avec Lanteri-Laura, Tatossian, Ey, prolongeant l'arrière-plan philosophique initial lié à Husserl, Heidegger, Scheler par la référence à Merleau-Ponty ou encore à Ricœur.

(5) Ni relativisme absolu ni dogmatisme.

(6) Selon la formule de Peirce.

(7) Nosographie classique et classifications standardisées ayant trouvé leurs limites, des travaux récents plus qualitatifs et plus dimensionnels telle la Classification Française des Troubles Mentaux [10] fourniront peut-être de nouvelles bases, à moins que l'usage de RDoC ne s'impose comme parfois annoncé [14].



sérotonine, au refoulement ou à l'hippocampe cérébral [29]. Or, ainsi que l'ont montré des études empiriques [4], le plus souvent cette inférence ne se déroule que peu, le diagnostic se décidant sur ce que Rumke nomme « le sentiment du précoce » (l'exemple canonique est celui de l'étrangeté ressentie face à la psychose). Ainsi le praticien « semble reconnaître la maladie *dans* ou *avec* le symptôme plus que *par* le symptôme et effectuer une opération globalisante de type gestaltiste plutôt qu'une inférence de raisonnement » [45] (8).

Tatossian illustre remarquablement la structuration de cette pratique, que Guyotat d'après Levi-Strauss nommait « bricolage », telle qu'elle produit un discours mixant sémiologie et psychopathologie, pensée étiologique et herméneutique : « Un confus et un maniaque peuvent être également agités, un délirant et un homme sain d'esprit peuvent croire des choses fausses et même absurdes, un schizophrène et un être normal peuvent être pareillement retirés sur eux-mêmes. Il s'agit à chaque fois de la même chose et de choses différentes, et, à la vérité, le psychiatre clinicien s'il en reste à son expérience spontanée et immédiate perçoit la différence plutôt que la similarité (...) » [41]. A ce repérage de la différence, s'ajoute une discrimination de l'essentiel et de l'accessoire ainsi « (...) dans la manie l'excitation est accessoire alors que l'essentiel est la façon d'être du maniaque par rapport au monde ambiant » (*op. cit.*). Ce primat de l'intuition et de l'expérience sur la part inférentielle (préséance qui existe également pour le praticien expérimenté en médecine somatique) a produit le meilleur et le pire(9).

L'étape intuitivo-perceptive du diagnostic est pourtant destinée à rester primordiale. En effet c'est celle qui pose les bases d'une herméneutique, c'est-à-dire qui donne au sens la priorité sur le symptôme tout en garantissant, au moins un peu, la pluralité au sein de la médecine psychiatrique. Sous réserve de la structurer plus avant (*cf. infra*), la valorisation de cette étape nous paraît de plus indispensable pour négocier au mieux pour le patient le tournant numérique. En effet, elle fonctionne d'ores et déjà à côté de la médecine des étiologies, en tant que médecine des susceptibilités individuelles et des corrélations, comme la médecine personnalisée. Elle permet d'appréhender un choix de données émanant du patient singulier et, d'une part, de les articuler avec

un ensemble de théories et connaissances (données hétérogènes destinées à augmenter en nombre, notamment – nous ne ferons que le citer – avec le traitement algorithmique de données textuelles [1, 15]) d'autre part de le comparer à un groupe de référence, une typologie, ce que cherche à faire la médecine personnalisée. Ce faisant elle vise à dérouler la démarche thérapeutique en comprenant la réalité de la personne, son expression, son style biologique et personnel dans un sens si ce n'est attendu en tout cas acceptable, *in fine*, par celle-ci, comme y enjoint la médecine de la personne.

Nous en venons maintenant à préciser le mode d'articulation entre l'usage implicite de la/des théories de référence du praticien et la pratique, là où le sens thérapeutique de la rencontre doit faire coïncider l'hétérogénéité des données avec la singularité de la personne : cette articulation théorico-pratique relève de ce que Lanteri-Laura nomme d'après Bourdieu une « théorie de la pratique » [26]. La « théorie de la pratique » du praticien ne constitue pas une sorte de niveau élémentaire d'un savoir commun », « quelque degré zéro de théorisation », elle ne s'apprend pas mais se transmet comme une attitude, laquelle va se décliner sous forme de « savoir-faire » [21, 22]. C'est le savoir-faire qui attribue lors de chaque rencontre singulière une valeur de vérité aux savoirs théoriques comme aux résultats machiniques et détermine les options thérapeutiques. A cet égard les « traitements sans diagnostic » et les « inférences à la meilleure explication » vont donc exiger du praticien d'être formé à l'évaluation du « meilleur » issu de la machine et porté à l'aune de la congruence avec le style, le vécu du patient, de son vécu d'être-malade, c'est-à-dire de maintenir un savoir-faire suffisamment bon. Au sein de ce savoir-faire, la continuité des implicites qui organisent le temps intuitif et la cohérence de la rencontre restent garanties par deux questions régulatrices présentes avant le tournant numérique : « que puis-je prétendre savoir objectivement de ce qui est pathologique chez ce patient ? », question épistémologique, et « en quoi cette personne estime-t-elle être malade ? », autre forme de « qu'est-ce que ce patient me dit de ce qu'est pour lui « aller bien » et qu'il espère recouvrer ? », question éthique.

Autant d'éléments, qui nous amènent en prolongeant l'analyse (et sans doute le clin d'œil kantien) de Tatossian, à situer la phénoménologie psychiatrique qui les a mis en évidence à une place et une fonction « critique de la raison théorico-pratique psychiatrique » [23] dont l'intérêt est aujourd'hui confirmé voire renouvelé par les avancées techniques.

(8) Le phénomène (au sens grec de « ce qui apparaît ») ainsi perçu par l'intuition et l'expérience, est moins que le symptôme puisqu'il ne permet pas d'inférer l'existence d'une maladie mais il est aussi bien plus que le symptôme puisqu'il « comporte indissolublement le constituant et le constitué, la manifestation externe et sa condition transcendante de possibilité » [36, 45].

(9) Faux-négatifs et faux-positifs ainsi qu'us et abus parfois dramatiques selon les climats socio-politiques.

Mais cette critique appelle, entre autres(10), en arrière-plan de l'usage régulé du savoir-faire, la clarification, également indispensable à la médecine, des fondements théoriques impliquant sciences naturelles et sciences humaines, dont nous allons questionner (trop) rapidement deux aspects : l'unité biologico-personnelle spécifique au vivant humain et la question du normal et du pathologique.

DES THÉORIES

Unité biologico-personnelle ; du normal et du pathologique, éléments pour une nosologie

Xavier Guchet montre comment « l'empilement des « -omiques »(11) [et] (...) les approches à finalité totalisante du type de l'exposomique dans sa version extrême » [24], font courir le risque d'aboutir à une nouvelle vision mécaniste du vivant « utopique » voire « dystopique ». Il explique aussi comment cette conception se trouve battue en brèche par les résultats de cette médecine elle-même qui montrent « une sorte de résistance, de récalcitrance du vivant, (...) comme une normativité biologique (...) » [op. cit.](12).

Un tel constat fait indéniablement écho à la lecture de l'interface du biologique et du personnel présentée par la phénoménologie. Confortant le passage du « Je suis » au « Je peux » de Merleau-Ponty [32], prolongeant l'« organicisme critique » de Lanteri-Laura [25] par la prise en compte de l'organisme comme totalité, la phénoménologie psychiatrique a montré que la vie humaine pouvait se comprendre comme celle d'une unité biologico-personnelle où biologique et personnel sont intriqués : ils « n'ont pas d'autonomie mais représentent les deux faces d'une même réalité » [5, 7, 18, 19]. La personne toujours déjà à la fois « incarnée dans son histoire de vie *et* incorporée dans ses fonctions vitales », son corps organique *Körper* inclus dans son corps vécu/ chair *Leib*, se comprend aussi pour Merleau-Ponty comme « inhérence du soi au monde ou du monde au soi, du soi à l'autre et de l'autre à soi » [33]. Et dans cet « espace de liberté » (*Spielraum*) [34] de la suture visible-invisible, de la marge connaissable-inconnaissable des

phénomènes biologiques et personnels intriqués, réside précisément l'irréductibilité du vivant au mécanisme observée aujourd'hui au sein même de la médecine moléculaire.

En effet, pour la phénoménologie, le vivant humain déroule une histoire spécifique faite de subjectivité narrative constituante et de régularités hétéronomiques. Cette histoire suppose la sélection de *valences* des vécus incarnés, répulsives et attractives, renouvelées, évolutives, inscrites dans les fonctions vitales qui vont venir sélectionner les disponibilités et comportements ultérieurs à partir de la sollicitation des divers niveaux de mémoires biologiques et personnelles. En cela les valences sont donc toujours déjà en lien, d'influence réciproque, avec le déroulement de l'histoire intérieure de la vie, permettant l'établissement de *valeurs* [17, 18, 19], allant des motivations aux désirs en passant par l'orientation des affects jusqu'à la construction des valeurs éthiques. Le chainage « *phusis-logos-histoire* » [32] mis en acte par cette boucle reliant valences et valeurs semble à la fois apporter le maillon manquant à la médecine personnalisée pour penser la continuité du personnel moléculaire et du personnel subjectif et répondre à la question qu'elle se pose « de l'activité par laquelle un vivant confère une signification à son milieu » [24]. Ce qui nous amène à la question du normal et du pathologique.

Selon l'approche phénoménologique de l'unité biologico-personnelle, tout état pathologique est compris comme différent *en nature* (et non en degré) [20] de l'état de santé car intrinsèquement et simultanément *altération* du corps (modification des valences) et *aliénation* du psychisme (perturbation des valeurs). Ce sont là les bases d'une nosologie au sens exact, et souvent méconnu, de discours sur ce que c'est que d'être malade, biologie et personne. Selon cette nosologie phénoménologique, le pathologique est défini ici comme l'expression d'une « perte de pouvoir-être » ou « perte de pouvoir-être-autrement » [43](13), perte aujourd'hui comprise comme biologico-personnelle, vis-à-vis de laquelle le patient singulier avec son histoire sélective de valences et de valeurs est sa propre norme. Une telle nosologie vient donc éclairer la question de la « récalcitrance du vivant » au mécanisme telle qu'elle se pose périodiquement dans les sciences et que la médecine personnalisée, dans sa version la plus radicale, tente de ne pas prendre en compte. Face à ce déni, récurrent dans l'histoire des théorisations mécanistes du vivant, la nosologie phénoménologique

(10) Une réflexion socio-politique serait évidemment nécessaire

(11) Génomique, protéomique, transcriptomique, métabolomique... en lien avec le séquençage de l'ADN.

(12) Ainsi la construction de nouveaux biomarqueurs issus de la post-génomique touche-t-elle ses limites, deux patients porteurs de biomarqueurs similaires pouvant réagir différemment à un traitement ciblé, faisant toujours déjà ressurgir, on pourrait dire vivre, la question de la personne [24].

(13) La perte de pouvoir-être que Blankenburg déclinait en perte de « pouvoir-se-comporter autrement » et de « pouvoir-éprouver autrement » a été étudiée dans ses modalités intrinsèques ou extrinsèques notamment pour différencier les champs de la psychiatrie et de la santé mentale, approcher la quotidienneté du « vivre avec la maladie » [20].



fait précisément place à un pré-requis fondamental de toute approche du vivant, biologie et personne, différenciant aussi l'homme de l'animal, pré-requis non pas descriptible (*beschreibbar*) mais, comme le rappelait Tatossian, « ascriptible » (*zuschreibbar*), c'est-à-dire assignable, attribuable, ce pré-requis est un concept non accessible à l'expérimentation scientifique, à la preuve comme à la machine, c'est celui de liberté/non-liberté.

Retour à la pratique : de l'usage d'une typologie et d'un diagnostic intégratif

C'est bien sur la clinique qui nous permet de reposer la question de la liberté. Au sein des grandes monographies de la psychiatrie phénoménologique ont en effet été relevées des régularités d'expression de la perte de liberté, des styles d'être-malade. Si les observations princeps étaient essentiellement psycho-comportementales c'est en ménageant une place à la temporalité, la spatialité ainsi qu'aux aspects expressifs du corps [4, 17]. Binswanger en a décrit les inflexions existentielles [6] et Erwin Strauss le caractère historiologique [39]. De ce qui apparaît ici comme une herméneutique du « sens existentiel de la corporéité » (Fedida), on connaît la « fuite des idées » (maniaque) de Binswanger, « la perte de l'évidence naturelle » (psychotique) de Blankenburg, on se souvient du concept de « normativité pathologique » du *Typus melancholicus* de Tellenbach(14) tandis que Zutt et Kulempkamp nous ont appris à distinguer le « corps porteur » du « corps en apparition ». Ce sont là des « expériences du phénomène comme caractère d'être de la présence humaine » [4].

Pour leur repérage, les styles de présence au monde (qui connaissent, comme dit, des différences, des traits essentiels et accessoires) sont rassemblés cette fois par leurs similitudes, en sous-groupes aux limites floues et analogiques(15) formant des types, soit une typologie. Comme l'indique Tatossian, destinés à être appréhendés dans l'étape perceptive du diagnostic, ces items resteront restreints en nombre(16). Cette typologie soutient un diagnostic de type probabiliste et non déterministe. Ici le typologique n'est pas équivalent à du populationnel avec sa moyenne et l'écart à la norme du laboratoire n'est pas ce qui qualifie la maladie : chaque type d'expression de perte de pouvoir-être est le fait d'un être-au-monde-malade avec son style biologique et personnel qui vont

« fonctionner comme repères dans l'organisation des données de la réalité » [44].

Ces travaux sur l'unité biologico-personnelle partis des investigations psychosomatiques en dialogue avec la psycho-neuro-immunologie, les stress chroniques, l'endocrinologie [18, 19] sont portés au-delà de l'étude de quelques maladies jusqu'à un mode d'approche global de l'intrication du biologique et du personnel en médecine (incluant la psychiatrie). En intégrant aujourd'hui les plus récents acquis de la biologie [37] parmi lesquels ceux de la médecine personnalisée selon des modalités aujourd'hui à déterminer, ce mode d'approche donnerait à chaque dimension du biologique sa juste place dans l'étude d'un vivant comprenant valeurs, valences, normes personnelles. La continuité recherchée face au « personnel subjectif » ne se poserait plus en termes de « personnel moléculaire », ni même de « personnel post-génomique » mais bien de « personnel biologique ». Pour éviter autant « la génétisation » des discours médicaux (...) » dénoncée par Antoinette Rouvroy [38] comme « survalorisant le caractère prédictif » de la médecine moléculaire que, sur un autre plan, « la chimère de l'examen complet » identifiée de longue date par Lanteri-Laura [30], un nouveau cadre de pensée faisant place aux nouveaux outils semble donc utile voire nécessaire. Confirmant en psychiatrie et sans doute en médecine, l'évolution du modèle bio-psycho-social vers un modèle intégratif, la phénoménologie de l'être-malade pourrait reprendre le dialogue critique esquissé voici plus d'un quart de siècle par Tatossian avec les promoteurs d'un modèle prototypique(17) en psychiatrie devenu aujourd'hui *Person-centered Integrative Diagnosis (PID)* de la *Médecine de la Personne (Person-centered medicine)*(18). Le PID, en lien avec les apports critiques de la phénoménologie, est-il destiné à fournir les nouvelles bases cliniques d'une médecine (incluant la psychiatrie) centrée sur la personne et sachant faire sa juste place aux données biologiques et aux techniques ? L'identité de la psychiatrie des décennies de la technologie numérique aura à se saisir d'outils soutenant sa spécificité parmi lesquels le PID peut indéniablement tenir une place privilégiée.

(14) Qui « ne peut pas ne pas être bon père, bon mari, bon travailleur ».

(15) Cf. L'« air de famille » décrit par Wittgenstein

(16) En effet, « si la reconnaissance des entités diagnostiques est de nature originellement perceptive et expressive, le nombre de ces entités est forcément faible. On peut difficilement concevoir quelques centaines de « styles de vie » différenciables » [43].

(17) Au premier rang desquels Juan Mezzich [44], fondateur du mouvement international de Psychiatrie de la personne [35].

(18) *Proche des mouvements du Whole Person Care et des travaux sur les valeurs* [23], le PID retient un sens englobant du terme de diagnostic, fait place aux aspects de maladie comme aux aspects de santé, aux facteurs de risque et de protection internes et externes, aux expressions-narrations (« formules idiographiques ») du patient et de son entourage ainsi qu'à la narrativité et à l'empathie du praticien.

CONCLUSION

Le grand médecin grec Alcméon déclarait « les hommes ne sont pas en mesure de faire se rejoindre la fin et le début, c'est pourquoi ils doivent mourir ». Comment conclure alors ce propos sur l'articulation théories-techniques-pratiques et la préservation de la place de la personne et du soin inter-personnel au début du XXI^e siècle médical ?

Puisqu'aussi bien, comme le disait Lanteri-Laura « Dans la Jérusalem céleste du savoir achevé et après l'Apocalypse, quand nous saurons tout et que l'enfant caressera l'œil du basilic, théorie et pratique s'identifieront et la théorie des pratiques ne se distinguera plus des théorisations ; en attendant une théorie des pratiques fonctionne et nous pouvons essayer d'en préciser le contenu » [25]. C'est ainsi qu'à partir de l'attitude critique phénoménologique de la raison théorico-pratique psychiatrique, nous avons tenté de fournir quelques pistes de réflexion pour que chacun, acteurs et chercheurs, s'engage à penser la régulation des avancées biotechniques en médecine. Régulation du choix des données pertinentes pour le traitement numérique. Régulation de la composition et du choix des algorithmes(19) ; on connaît dans les domaines où ils sont usités les nombreux biais méthodologiques et erreurs « déraisonnables » [9, 13]. Régulation du niveau de pertinence (valeur de vérité ?) des nouveaux modèles et des nouvelles données ; comment imaginer, par exemple, un clinicien dire à un patient qu'il a « une probabilité de 12% d'exprimer une maladie schizophrénique dans les années à venir ? » [3]. Régulation de la place des objets connectés : une chose est d'étudier avec les patients à risque suicidaire l'intérêt d'autoriser un accès soignant à leur messagerie, une autre est d'exiger de la population de renseigner son exercice physique par des mesures connectées pour avoir droit à des soins remboursés.

Nous avons aussi rapidement rappelé que l'ensemble de ces régulations, éthiques, politiques, juridiques permettant le choix de nouveaux cadres méthodologiques appelait un travail sur les présupposés théoriques (unité psychosomatique, spécificité du vivant humain, être-malade...) absent du débat actuel mais aussi que la compréhension restait une composante fondamentalement nécessaire à l'écoute de la personne dans une clinique première faisant à la technique sa juste place. Là où cette médecine dite personnalisée, toute précision égale par ailleurs, ne nous confèrera pas l'immortalité(20), pas de condamnation ici, mais bien de

(19) Prescriptifs, comparatifs, prédictifs ; destinés à l'aide à la décision ou à la prédiction ou à la thérapeutique.

(20) Contrairement à ce que les projets trans-humains, post-humains, vers lesquels elle commence à être convoquée peuvent annoncer.

l'espoir et de la confiance. Loin de voir dans la médecine moléculaire le passage des sociétés disciplinaires dénoncées par Foucault aux sociétés de contrôle décriées par Deleuze [31], nous voudrions faire confiance à la sagesse des hommes, notamment la *phronésis* sagesse pratique, morale et politique, enjeu de coopération dite aussi prudence. A la sagesse des psychiatres aussi sans doute – si tout continue de n'aller pas trop mal et qu'ils dépassent leurs querelles intestines – : ils useront toujours face aux nouvelles données comme face aux précédentes de la *mètis* grecque. La *mètis* est à la fois « intelligence inventive » permettant de créer « une réponse à un problème dont on ne connaît pas la solution » et « intelligence courbe, c'est-à-dire ne suivant pas les voies bien tracées du raisonnement logique et ne se transmettant pas », celle là même qui permet de plus une « endurance face à l'échec » [12] Faire confiance à la psychiatrie phénoménologique sûrement... pour autant qu'elle continue d'étoffer avec rigueur son corpus critique mais aussi d'être enseignée !

Que peuvent donc enfin espérer, dans ce contexte, les patients-usagers de la part des professionnels de psychiatrie ? Qu'ils ne se contentent pas de sourire de ceux qui attendent de la science « le passage des ténèbres à la lumière, de l'erreur à la vérité » [29] mais, quittant aussi l'illusion d'un savoir atemporel, qu'ils s'impliquent dans la réflexion sur les usages responsables des nouvelles technologies préservant la place de la personne. Et que cela les aide à faire évoluer leur savoir-faire de « *jardiniers de la folie* » tel que décrit dans les années 90 (Zarifian), cultivant la dépendance et la fascination de l'altérité malade, en savoir-faire – selon le mot d'Agnès Bousser, ancienne patiente, médiatrice de santé et animatrice d'un Groupe d'Entraide Mutuelle – de « *jardiniers de résilience* » [8]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Abbé A., Grouin C., Zweigenbaum P., Falissard Br. Text mining applications in Psychiatry : a systematic literature review. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2016 Jun ; 25 (2) : 86-100. doi: 10.1002/mpr.1481. Epub 2015 Jul 17.
- [2] Andler D., Fagot-Largeault A., Saint-Sernin B. : *Philosophie des sciences*. Paris : Folio-Essais 2002.
- [3] Big data et pratiques biomédicales. *Les Cahiers de l'Espace Ethique Région Ile de France*. n°2, septembre 2015, Laboratoire Distalz.
- [4] Azorin J.M. Position du psychiatre phénoménologue par rapport aux névroses et aux psychoses. *Confrontations Psychiatriques* : n°37 Epistémologie et psychiatrie, 1996 : 197-218.
- [5] Barbaras R. : « Le vivant comme fondement originnaire de l'intentionnalité perceptive » in *Naturaliser la*



- phénoménologie ; essai sur la phénoménologie contemporaine et les sciences cognitives. Paris : CNRS-communication, 2002 : 682-696.
- [6] Binswanger L. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud*. Paris:Gallimard, coll. « TEL » ; 1970.
- [7] Binswanger L. : « Fonction vitale et histoire intérieure de la vie » [1927] in *Introduction à l'analyse existentielle* ; Paris : Minuit, 1971.
- [8] Bousser A. *Résilience en santé mentale et groupes d'entraide*. Paris : L'Harmattan; 2012.
- [9] Cardon D. *A quoi rêvent les algorithmes ? Nos vies à l'heure des big data*. Seuil, La République des Idées : 2015.
- [10] *Classification Française des Troubles Mentaux. Correspondance et transcodage CIM10*. Dir. Garrabé J. Kammerer Fr. Rennes : Presses de l'EHESP 2015
- [11] Daumezon G., Lanteri-Laura G. : Signification d'une sémiologie phénoménologique. *L'Encéphale* 1961 ; 5 : 478-511.
- [12] Dejours C. Le soin en psychiatrie entre souffrance et plaisir. In : *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Paris : ERES, 2010, p. 399-417.
- [13] Delort P. *Le big data*. Paris : P.U.F. Que sais-je ? 2015.
- [14] Demazeux St., Pidoux V. Le projet RDoC La classification psychiatrique de demain ? *Médecine/Sciences* n° 8-9, vol. 31, août-septembre 2015 : 792-6.
- [15] Falissard Br., Revah A. Yang S., Fagot-Largeault A. La place des mots et des chiffres dans la recherche psychiatrique. *Philosophie, éthique et sciences humaines en médecine* 2013, 8: 18. Doi: 10.1186/1747-5341-8-18.
- [16] Fulford B., Peile Ed., Carroll H.: *La clinique fondée sur les valeurs*. Paris : Doin 2017.
- [17] Grenouilloux A. La psychiatrie phénoménologique du XXI^e siècle ; psychosomatique et nosologie. *Evol psychiatr* 2005, 70 : 311-322.
- [18] Grenouilloux A. Comprendre et expliquer ; psychosomatique ou corporéité. *Synapse* 2005, 212 :19-24.
- [19] Grenouilloux A. « Pour une théorie de la pratique. A propos de l'abord phénoménologique de l'unité psychosomatique » *Nervure Journal de Psychiatrie* n°1 Tome XX, 1^{re} partie février 2007 p.14-17 et 2^e partie mars 2007 p.11-13.
- [20] Grenouilloux A. Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI^e siècle ? *L'Information psychiatrique* 2010, 86 : 135-43.
- [21] Grenouilloux A. Lever le voile sur la « princesse lointaine », est-ce possible ? A propos de la théorie de la pratique. *L'Information psychiatrique* 2013, 89 : 63-71.
- [22] Grenouilloux A. Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie. *Ethique et santé* 2015,12 :130-137.
- [23] Grenouilloux A. Psychiatrie phénoménologique, médecine de la personne et big data. *A paraître Ann Méd Psychol*, 2017.
- [24] Guchet X. : *La médecine personnalisée, un essai philosophique*. Paris : Les Belles Lettres 2016.
- [25] Lanteri-Laura G. Esquisse d'un organicisme critique. *Regard, accueil et présence. Mélanges en l'honneur de Georges Daumezon*. Toulouse, Privat, 1980 : 343-367.
- [26] Lanteri-Laura G. Introduction critique à une théorie des pratiques. *Actualités Psychiatriques*, 1980, 8 : 15-27.
- [27] Lanteri-Laura G. : « La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique* 1982 ; 47, 2 : 423-469.
- [28] Lanteri-Laura G. Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986 : 895-906.
- [29] Lanteri-Laura G. : *Psychiatrie et connaissance*. Paris : Sciences en situation, 1991.
- [30] Lanteri-Laura G. Introduction générale *L'Evolution Psychiatrique* Avril-juin 2005, vol.70 n°2 : 219-247
- [31] Macheray P. *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*. Paris : La fabrique Editions, 2009.
- [32] Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la Perception*. Paris : TEL Gallimard 2005 [1945].
- [33] Merleau-Ponty M. *La Nature ; Notes de cours du Collège de France.1956-1960*. Paris: Seuil 1994.
- [34] Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible*. Paris : TEL Gallimard [1964] 2001.
- [35] Mezzich J.E. et al. Le diagnostic en psychiatrie de la personne. *L'Information Psychiatrique*, 2011 ; 87 : 247-52.
- [36] Naudin J., Henry J.M., Azorin J.M. : « Les objets de la psychiatrie » in *Dictionnaire de Concepts*, Y.Pélicier dir. Paris : L'Esprit du temps 1997.
- [37] Psychiatrie et immunologie *L'information psychiatrique* 2016/10 (Volume 93).
- [38] Rouvroy A. « Génétisation et responsabilité : les habits neufs de la gouvernance néolibérale » in Hervé C. et al. *Génétisation et responsabilités*. Paris : Dalloz, 2008 : 111-120.
- [39] Strauss Erw. *Du sens des sens*. Grenoble : Millon-Krisis 2000.
- [40] Tatossian A. *La phénoménologie des psychoses*. L'Art du Comprendre 1979 ; 97(hors-série Juillet)
- [41] Tatossian Arth. Symptôme et maladie en psychiatrie, sur les présupposés de la psychopathologie quantitative. *Psychologie médicale*, 1981, 13, 6 : 879-881.
- [42] Tatossian Arth. Pratique psychiatrique et phénoménologie. In P.Fedida. dir. *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris Echo-Centurion ; 1986 : 123-31.
- [43] Tatossian Arth. Qu'est-ce que la clinique ? *Confrontations Psychiatriques* 1989, n°30 : 55-61.
- [44] Tatossian Arth. Classification psychiatrique et phénoménologie. *Revue internationale de Psychopathologie*, n°2/1990 : 271-289.
- [45] Tatossian Arth. La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie ? *Confrontations Psychiatriques* 1996 ; 37 :177-195.