

Jacques DUFRESNE (1941 -)

Philosophe, fondateur de la revue *CRITÈRE* et de l'Encyclopédie *l'AGORA*
(1985)

“La recherche médicale”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/
Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

à partir de l'article de :

Jacques Dufresne, "**La recherche médicale**". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 56, pp. 1125-1143. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 pp.

M. Jacques Dufresne (1941 -) est philosophe, le fondateur de la revue CRITÈRE et de [l'Encyclopédie l'Agora](#).

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 10 mai 2006 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : dufresne@agora.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

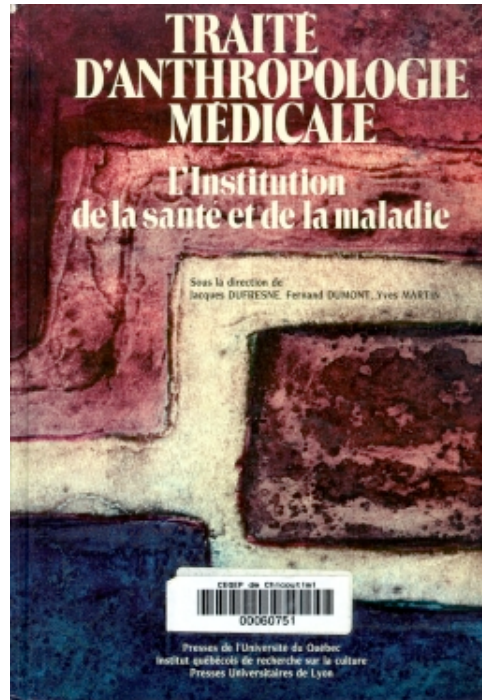
Édition numérique réalisée le 15 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Jacques DUFRESNE

Philosophe, fondateur de la revue *CRITÈRE* et de l'Encyclopédie *l'AGORA*

“La recherche médicale”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 56, pp. 1125-1143. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 pp.

Jacques DUFRESNE

Philosophe, fondateur de la revue *CRITÈRE* et de l'Encyclopédie *l'AGORA*

"La recherche médicale".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 56, pp. 1125-1143. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), 1985, 1245 pp.

Le 12 mars 1981, René Dubos, qui s'intéressait vivement aux progrès du présent traité, nous écrivait ce qui suit :

Quant à votre traité d'anthropologie médicale, j'en vois toutes les difficultés de l'organisation et pense que celle que vous avez adoptée est la plus raisonnable. Mais, de mon point de vue, il y manque quelque chose de grande importance - à savoir l'influence de l'opinion du grand public sur l'évolution de la recherche scientifique et sur la pratique médicale. Deux exemples suffiront à définir ma pensée.

a) Pendant tout le XIXe siècle, on a créé dans tous les pays de culture occidentale, d'innombrables laboratoires de recherche médicale - alors que rien d'applicable au traitement et à la prévention n'en sortait alors. *L'introduction à la médecine expérimentale* a connu partout un gros succès de librairie alors que Claude Bernard n'y faisait allusion à aucune méthode de traitement ! La foi du siècle des lumières en la science ?

b) À notre époque il est déjà devenu impossible pour des raisons économiques d'appliquer toutes les méthodes de prévention et de traitement qu'on pourrait utiliser. On parle partout d'imposer un *ceiling* aux dépenses médicales. Mais qui décidera de ce *ceiling* ou plutôt des constituants divers de ce *ceiling* ? Les médecins et hommes de science auront certainement leurs idées, mais je crois que les décisions seront prises en fin de compte par les administrateurs et les législateurs qui agiront sous l'influence de l'opinion publique. Faut-il s'occuper davantage des enfants, des vieillards ou de ceux qui font marcher les usines et les bureaux ? Les cancers sont-ils plus

importants que les maladies cardiaques, même s'ils tuent moins de gens ? Il me semble qu'il y a là un aspect de l'anthropologie médicale que les historiens ont négligé, mais auquel notre époque ne pourra pas échapper, et dont vous devriez discuter dans votre livre.

Peut-on rêver d'une meilleure introduction à un article sur la recherche médicale ? En ce domaine, la complexité est devenue telle que la seule façon de ne pas s'y égarer est de suivre un guide. Nous n'aurions pas pu trouver un guide plus autorisé que René Dubos, cet Européen américanisé, dont on a dit qu'il était le nouvel Hippocrate.¹ Quelques années avant sa mort, à la fin d'une longue carrière où il s'est consacré, avec un bonheur égal, aux sciences de la vie et aux sciences humaines, il a publié, en collaboration avec le docteur Jean-Paul Escande, un ouvrage intitulé *Chercher*² où il a consigné ses opinions sur la recherche. Le comité le plus prestigieux n'aurait pas pu faire une meilleure synthèse sur une question de ce genre, où il faut départager des avenues selon des critères qu'aucune donnée scientifique n'impose irrésistiblement à l'intelligence.

L'hypothèse de Dubos a, entre autres mérites, celui de nous aider à croire que tout effort pour éclairer l'opinion publique sur la recherche médicale n'est pas vain.

À l'intérieur de l'opinion publique, on peut distinguer une partie consciente, réfléchie, sans doute infinitésimale, et une partie inconsciente, sorte d'infrastructure constituée de tous les éléments - sociaux, culturels, économiques - qui déterminent la partie consciente. Ces deux parties entretiennent entre elles des rapports très complexes, étant tantôt en opposition, tantôt en continuité. Par exemple, il y a toutes sortes de forces obscures qui nous poussent à nier la mort et à vouloir la supprimer de fait. Une certaine opinion consciente, réfléchie, est l'écho de ces forces. Une autre opinion consciente s'y oppose toutefois, de sorte que l'acharnement médical, qui commande et inspire une part significative de la recherche, tend à perdre de l'importance.

¹ *Encyclopedia Universalis*, supplément 1980, p. 622.

² René DUBOS, Jean-Paul ESCANDE, *Chercher*, Paris, Éditions Stock, 1979.

Mais faire le départage entre ces deux niveaux d'opinion équivaut à tracer le contour de la liberté au milieu de tout ce qui la détermine. Le présent texte n'est pas le lieu d'une telle tâche. Notre but n'est pas d'étudier le fonctionnement de l'opinion publique en maintenant une distance critique qui interdit tout engagement, mais d'entrer dans le vif du sujet, qui est d'autant plus préoccupant que les pistes de recherche se multiplient tandis que les ressources disponibles pour les emprunter ont tendance à décroître. S'il faut être naïf pour aborder ainsi une question aussi complexe, nous avons au moins la consolation de partager cette naïveté avec les décideurs, qui doivent toujours faire, non seulement comme s'il était possible de se donner des critères, mais aussi comme s'ils les tenaient déjà.

La plupart des experts avec lesquels nous avons abordé le problème de la recherche médicale nous ont dit qu'ils appartenaient ou avaient appartenu à un comité chargé d'établir des priorités et qu'il était pratiquement impossible d'atteindre à un consensus satisfaisant. L'expression même de recherche médicale est mise en question. Certains y voient une incitation à associer la recherche sur la santé à la profession médicale.

Remarquons tout de suite que l'absence de critères est elle-même un critère, ou si l'on veut un jugement implicite en faveur du statu quo. À défaut de principe directeur, on est obligé de se rabattre sur une évaluation purement technique de la pertinence de la méthode proposée par rapport à l'hypothèse retenue. Une telle évaluation favorise les vieux routiers de la recherche, dont on sait qu'ils parviennent toujours aux résultats qu'ils se sont proposé d'atteindre, et qui sont devenus maîtres dans l'art de remplir des formulaires de demandes de subvention.

La seconde observation qui s'impose, c'est qu'il n'y aurait pas tant de comités de priorités s'il ne s'agissait que de dégager un consensus qui existe déjà dans l'opinion publique. Quand un consensus est réel, vivant, fort, il s'impose à l'insu de ceux-là mêmes à qui il s'impose, comme les idéologies, dont Maurice Lagueur ³ a rappelé que « celles

³ Maurice LAGUEUX, *Le marxisme des années soixante*, Montréal, Éditions HMH, coll. Brèches, 1983, p. 46.

qui fonctionnent efficacement comme idéologies se présentent à nous sous le déguisement d'un discours éminemment crédible ». Le débat actuel sur l'orientation de la recherche est lui-même la plus belle preuve de l'affaiblissement progressif du consensus antérieur basé sur la foi en une science ressemblant le plus possible à la physique classique.

La tâche consistant à préciser des critères est donc ambiguë. C'est un moindre mal auquel on se résigne à défaut d'être porté par un grand élan. Mais avant de s'y résigner tout à fait, on peut d'abord tenter de se ressourcer dans la foi nouvelle qui commence à naître des cendres de l'ancienne.

La science et le progrès ont déçu leurs adorateurs. Les cheminées, d'où sortait au XIXe siècle une fumée libératrice, crachent désormais des pluies apocalyptiques. On n'est plus tout à fait sûr de pouvoir corriger par de nouvelles prothèses adaptatives chacun des déséquilibres provoqués par les innombrables formes que prend la fuite vers l'avant.

La nostalgie de l'équilibre, de l'harmonie, ne pouvait que se répandre dans ces conditions. Après avoir joué un rôle déterminant dans la découverte des antibiotiques, Dubos a tourné ses pensées vers l'Arcadie et vers le rapport avec le cosmos tel que le concevaient les Cisterciens. La signification de cette conversion est claire. À défaut de pouvoir maîtriser la machine emballée, on peut repérer dans le passé et dans l'imaginaire des exemples d'équilibre et d'harmonie. Quand Illich présente la bicyclette comme le moyen de transport idéal, il participe à cette recherche d'un modèle fixe qui puisse devenir une source d'inspiration pour ceux que le progrès inquiète. La bicyclette peut être le meilleur exemple de ces solutions douces dont chacune, dans son domaine, constitue la clé de voûte d'un rapport harmonieux avec le monde.

Quoi qu'en disent les radicaux, de part et d'autre, il n'est ni possible ni souhaitable que l'une ou l'autre des deux tendances, la science créatrice de déséquilibre, ou la solution douce, gage d'équilibre, s'impose de façon exclusive. C'est la combinaison des deux qui constitue la nouvelle frontière.

Convaincus de la nécessité de cette combinaison, les plus grands esprits souhaitent depuis longtemps l'avènement d'une troisième culture, expression que C.P. Snow ⁴ a utilisée en 1964 pour désigner le lieu de la médiation entre le monde des sciences et celui de la littérature.

Dans *La nouvelle alliance*, Ilya Prigogine et Isabelle Stengers ⁵ ont repris la même expression en lui donnant le sens suivant :

Une troisième culture : c'est-à-dire un milieu où puisse s'engager l'indispensable dialogue entre la démarche de modélisation mathématique et l'expérience conceptuelle et *pratique* de ceux, économistes, biologistes, sociologues, démographes, médecins, qui essaient de décrire la société humaine dans sa complexité. Qu'un tel milieu intellectuel puisse se développer - et un obstacle majeur à ce développement se trouve levé dès lors que les sciences physiques ont les moyens de reconnaître la validité des problèmes qui occupent les spécialistes d'autres sciences - conditionne sans aucun doute la mise en oeuvre de nos ressources conceptuelles et techniques dans la crise contemporaine.

Il convient toutefois d'étendre le sens de cette expression de « troisième culture », d'élargir le lieu de médiation qu'elle désigne. Fernand Dumont nous invitait déjà à le faire dans *Le lieu de l'homme* ⁶, où il écrivait : « Ce qui fait défaut à la culture actuelle, c'est un ensemble de médiations neuves, tissées dans la vie quotidienne, entre la culture première - qui ne sépare pas le sens aperçu du sens vécu - et les extraordinaires réalisations de la culture seconde ».

C'est cet ensemble de médiations neuves que l'on pourrait appeler troisième culture. On peut dire que la culture première et la culture seconde, telles qu'elles sont présentées ici, coïncident avec la culture savante et la culture commune, même si tout n'est pas si simple en ré-

⁴ C.P. SNOW, *The Two Cultures and A Second Look*, Cambridge University Press, 1964, p. 70, Trad. franç. : *Les deux cultures*, Paris, Pauvert, 1968.

⁵ I. PRIGOGINE et I. STENGERS, *La nouvelle alliance*, Paris, Gallimard, 1979, p. 42.

⁶ Fernand DUMONT, *Le lieu de l'homme*, Montréal, Éditions HMH, 1969, p. 220.

alité. Dumont lui-même a repris ces distinctions ⁷ en montrant que la culture première peut être rattachée au milieu, à la vie quotidienne, tandis que la culture savante constitue un horizon. La maxime ou le geste qui partent du fond des âges de l'inconscient pour déterminer le présent font partie de la culture première. Les poèmes d'Homère font partie de la culture seconde, jusqu'à ce qu'ils soient intégrés, si la chose est encore possible, au point de remonter sans cesse à la conscience à la manière d'une chanson retenue sans avoir été apprise délibérément.

Il n'y a pas de notions plus adéquates que celles de culture première et de culture seconde pour désigner les deux fronts sur lesquels se développent aujourd'hui les pratiques médicales. Considérons par exemple ce qui se passe en obstétrique. Au cours des dernières années, la culture savante a progressé en ce domaine au point qu'on peut désormais prévenir des maladies en intervenant sur le fœtus. Mais, simultanément, on veut recréer les conditions affectives et environnementales de l'accouchement tel qu'il se pratiquait avant que la science et le pouvoir masculin ne s'en emparent. Autant il faudrait craindre le développement dans l'une de ces directions à l'exclusion de l'autre, autant un effort de synthèse paraît souhaitable.

Le domaine de la nutrition se présente sous le même jour. Le doute en ce qui a trait à la possibilité d'une alimentation savante applicable à tous les hommes s'est généralisé. Sans aller aussi loin que Ross Hume Hall ⁸, qui fait plus crédit à la tradition qu'à la science, la plupart des gens intéressés à cette question confirment, par leur théorie et leur attitude, l'opposition entre deux niveaux de culture. L'alimentation naturelle, sous toutes ses formes, de la plus doctrinaire à la plus hédoniste, constitue un monde de plus en plus distinct et de plus en plus important face au monde de la diététique scientifique. Mais il est clair que là aussi le salut est dans la médiation. Il n'y a peut-être pas de recherche plus intéressante et plus prometteuse que celle qui consiste à utiliser les techniques les plus perfectionnées d'analyse pour confirmer ou in-

⁷ Fernand DUMONT, dans *Questions de culture*, revue de l'Institut québécois de recherche sur la culture, vol. 1, Montréal, 1981, p. 17-34.

⁸ Ross HUME HALL, *Food for Nought, the Decline in Nutrition*, New York, Harper & Row, 1976.

firmer des intuitions appartenant à l'autre hémisphère culturel. Les recherches faites dans les années quarante pour découvrir des antibiotiques dans les plantes comme l'ail appartiennent à cette catégorie.

La dichotomie est pour l'instant moins visible dans le cas de l'éducation physique, mais tout indique qu'elle ne tardera pas à s'y préciser. Derrière les réserves qu'inspirent les techniques de dressage des athlètes contemporains, se profile la nostalgie de l'athlète naturel, comme Milon de Crotone ou Louis Cyr, qui pousse comme le chêne d'un village. L'anti-gymnastique et certaines formes de relaxation sont de toute évidence des efforts de médiation entre une culture physique savante, contrôlée, volontariste, et des mouvements spontanés comme ceux que favorisent les danses folkloriques et divers autres rituels.

La participation au développement de cette troisième culture est une tâche aussi enthousiasmante et plus riche de sens que la participation au progrès linéaire d'hier. Si cette brèche s'élargissait, il pourrait y avoir très bientôt, si ce n'est pas déjà le cas, un consensus sur les orientations fondamentales de la recherche. *Dans tous les domaines, on s'efforcerait d'accorder une égale importance aux deux niveaux de culture et on encouragerait de façon explicite les efforts de médiation.*

Les exemples déjà cités permettent d'entrevoir ce qui en résulterait pour l'obstétrique, l'éducation physique, la nutrition. Pour faire l'équilibre dans ce dernier cas, il faudrait, conformément à ce que préconise Louise Thomassin dans ce traité, favoriser l'approche écologique qui tient compte de toutes les dimensions de l'acte de manger, ce qui amènerait inévitablement une mise en question des pédagogies développées en fonction d'un savoir confiné jusqu'ici au biologique.

Même les recherches sur le cancer pourraient s'intégrer à ce modèle. Il faudrait, et on a d'ailleurs commencé à le faire un peu partout dans le monde, développer, à côté de la sphère biomédicale, une recherche qui tienne compte davantage de l'imaginaire et du support social.

Nous pouvons donc considérer la troisième culture comme le premier critère, ou mieux encore, comme la nouvelle frontière.

Ce premier critère, hélas ! n'est pas simple, mais si on tenait à tout prix à se donner des critères simples et à s'en inspirer on risquerait fort, pour les imposer, de devoir créer un climat intellectuel incompatible avec la liberté nécessaire aux chercheurs.

Le monde de la recherche sur la santé est devenu lui-même un écosystème si complexe qu'il faut l'aborder avec une méthode semblable à celle qu'Edgar Morin a tenté de définir pour les sciences de la vie en général. Cette méthode a inspiré à Hervé Le Bras le commentaire suivant, que nous faisons nôtre :

Méthode signifiait jusqu'ici simplification, schéma, réduction. La clarté de pensée exigeait en contrepartie le tranchant des catégories, l'appauvrissement du réel et le rétrécissement des causalités. Elle se payait parfois par le rétrécissement des différences.⁹

On peut dégager un deuxième critère de ces observations : le respect de la complexité. Tout projet de recherche devrait contenir des indications sur les rapports entre son objet et les principaux éléments du réseau à l'intérieur duquel cet objet se situe. Par exemple, un projet de recherche en génétique devrait contenir une dimension touchant les aspects éthiques et culturels du problème. Il est inacceptable que des chercheurs en ce domaine ignorent que, par le seul fait qu'ils aient choisi ce type de recherche, ils renforcent un certain courant de pensée que, bien entendu, leurs découvertes contribueront à faire déboucher sur des applications qui soulèveront des problèmes éthiques graves.

Fernand Seguin avait déjà formulé une variante de ce principe :

Le point de vue que j'adopte, a-t-il écrit, offre l'avantage de faire voler en éclats la fameuse causalité linéaire qui est la clé de voûte de presque toute la recherche biomédicale depuis Descartes, au profit d'une causalité en réseau, d'une causalité réticulaire beaucoup plus enrichissante... Au sein de la causalité réticulaire, les effets et les causes deviennent des figures interchangeables d'un ballet où l'esprit et la matière pourraient tous tour à tour porter les mêmes masques... La pensée linéaire, soeur jumelle de la pensée dualiste, mène tout droit aux fausses distinctions entre l'âme et le corps, entre la santé et la maladie. Elle débouche sur le processus cause-maladie-

⁹ Hervé LE BRAS, « Edgar MORIN et la Méthode », *Le Monde*, 19 déc. 1982.

remède-guérison, donc sur la médicalisation de la santé, avec toutes les conséquences que nous déplorons aujourd'hui ? ¹⁰

Les recherches épidémiologiques, notamment les recherches sur les risques rattachés au lieu de travail, peuvent être rattachées, selon Fernand Seguin, au pôle de la causalité réticulaire.

On devine les excès auxquels peut donner lieu une telle méthode. Le réseau le plus complet et le plus complexe étant l'univers dans sa totalité, le perfectionniste qui a choisi cette voie sera donc tenté de multiplier les variables à l'infini, au risque de déboucher sur des conclusions tenant compte de tant de facteurs qu'il deviendrait impossible d'en tirer des enseignements applicables. Comme l'a montré le professeur Thiessen ¹¹, à propos des recherches sur la pollution par le bruit, on peut, pour retarder l'application de mesures dont le simple bon sens fait apparaître la nécessité, exiger des études tenant compte de tant de facteurs, que le chercheur honnête n'aura ni le temps, ni les moyens de les mener à terme dans l'espace d'une vie.

Cet exemple nous conduit vers un troisième critère : l'évaluation. La complexité et la variété de la recherche sur la santé, d'une part, la rareté des ressources, d'autre part, nous obligent à développer des méthodes d'évaluation qui tiennent compte simultanément de la valeur scientifique des projets de recherche de même que de l'efficacité ou de l'efficience des applications qu'on en tire ou qu'on peut espérer en tirer. On doit aussi, bien entendu, mettre au point des méthodes d'évaluation applicables aux programmes déjà en place. On sera ainsi amené, inévitablement, à se préoccuper de la méta-évaluation ou de l'évaluation portant sur les méthodes d'évaluation elles-mêmes.

Les objets de préoccupation dans ce cas ne manquent pas. Chacun sait que les rituels de demandes de subvention donnent lieu à une inflation considérable. Pour satisfaire les exigences des organismes subventionnaires, qui attendent en général des résultats tangibles, les chercheurs ont multiplié des promesses qu'ils savaient ne pas pouvoir

¹⁰ Fernand SEGUIN, dans *Prospective et santé publique*, no 15, Paris, 1980, p. 13.

¹¹ G.J. THIESSEN, dans *Critère*, 5, Montréal, 1972, pp. 50-61.

tenir, ils ont même développé un double langage, le premier, inflationniste, à l'intention des organismes subventionnaires et des médias, le second, réaliste, pour leurs collègues. Cette tendance a été encouragée par les hommes politiques, par un Richard Nixon par exemple, qui, au début des années soixante-dix, imitant Kennedy qui avait promis la conquête de la lune dix ans plus tôt, promettait la victoire sur le cancer. Selon plusieurs observateurs, dont le docteur Jean-Paul Escande, la désaffection du public à l'égard de la médecine officielle et de la recherche qui s'y rattache, serait en partie attribuable à la déception consécutive à la surenchère. On peut juger de l'ampleur de cette dernière par ce commentaire d'Erwin Chargaff, sur les progrès récents de la médecine :

Les sciences se régulent elles-mêmes, c'est-à-dire qu'elles se sont créées une morale et un univers à elles, et ne vivent que pour elles-mêmes. Elles communiquent entre elles mais nullement avec l'extérieur. Ne parlons plus, sans rire, de progrès thérapeutique décisif, depuis Fleming qui a découvert la pénicilline par hasard. Je sais que le journalisme scientifique vit de l'idée que nous sommes au seuil de l'âge d'or de la médecine. C'est un mythe. La survie des enfants en bas âge s'est améliorée et les maladies infectieuses sont partiellement contrôlées. L'espérance de vie a augmenté, dit-on. Je viens de relire les *Mémoires de Saint-Simon*. Les personnages mentionnés font partie de la noblesse et ont presque tous en moyenne vécu soixante-dix ou quatre-vingts ans. Seules quelques femmes mouraient à la naissance de leur premier enfant. Il y a eu un progrès social, donc, mais pas médical, et apparemment les riches survivaient mieux à l'époque de Louis XIV qu'aujourd'hui. Je me demande si notre société industrielle n'a pas créé de nouvelles mortalités, liées en partie à l'air pollué que nous respirons. Il y a deux façons de survivre : l'une dans les statistiques, l'autre dans l'intellect. Notre survivance intellectuelle est misérable, parce que la plupart des gens sont des déchets. Cette déchéance vise aussi la médecine à tous les niveaux. Je ne crois pas que les médecins survivront en tant que profession libérale. On voit partout la tendance à l'étatisme et à la réduction au rôle de fonctionnaire. Nous aurons une médecine réglementée et probablement encore plus médiocre, qui sera encore moins apte qu'aujourd'hui à tirer parti des percées thérapeutiques s'il y en a jamais. ¹²

Le moins qu'on puisse souhaiter, c'est que les scientifiques, dans leur intérêt d'abord, mettent fin à leur double langage, conformément

¹² Erwin CHARGAFF, dans : Michel SALOMON (sous la direction de) *L'avenir de la vie*, Paris, Seghers, 1980, p. 181.

au souhait formulé par le docteur Jean-Paul Escande : « Ne faudrait-il pas plutôt, vis-à-vis du public, que les scientifiques soient parfaitement, je ne veux pas dire honnêtes, mais parfaitement informatifs ? »

Il faudrait qu'en retour les organismes subventionnaires reviennent à une conception plus élevée de la science, à une philosophie semblable à celle qui a caractérisé l'Institut Rockefeller à ses débuts et que René Dubos a présentée ainsi :

La philosophie était toute simple et on peut la résumer ainsi : « Il nous importe peu qu'on fasse jamais une découverte susceptible d'application pratique. Ce qui importe, c'est que les médecins et les savants apprennent à travailler ensemble, apprennent à faire des choses qui aideront à penser scientifiquement la médecine » ; et d'une façon très explicite les promoteurs de l'expérience ont dit : « Ce que nous voulons, c'est que l'on travaille sur des sujets qui illuminent scientifiquement le penser médical ».

C'était alors surtout les sciences exactes que l'on avait en vue et l'on a engagé des physiciens, des chimistes, des biologistes, des bactériologistes. Ce n'est que beaucoup plus tard que l'on a essayé d'introduire les sciences sociales. Je crois être tout à fait à la base de cette tentative. Permettez-moi de penser qu'il est tout de même nécessaire de mener de front l'étude de la médecine, des sciences exactes et des sciences humaines. C'est nécessaire si l'on veut que les bénéficiaires de tout cela soient en définitive les hommes. ¹³

Il est un autre méfait du double langage que la recherche sur l'évaluation et sur la diffusion de ses résultats pourrait contribuer à dissiper : le sensationnalisme d'une certaine médecine de pointe, lequel maintient les populations à un stade pré-critique, d'où l'on ne peut que sous-estimer les mesures peu coûteuses, bénéfiques pour l'ensemble des gens, dont les résultats ne sautent pas aux yeux, soit parce qu'ils sont d'ordre qualitatif, soit parce que leurs effets mesurables sur l'espérance de vie sont peu impressionnants.

Allons plus loin : il se pourrait que désormais les mesures préventives facilement généralisables suffisent tout juste à maintenir l'espérance de vie au niveau atteint, disons en 1980. Cela pourrait signifier

¹³ René DUBOS, Jean-Paul ESCANDE, op. cit., p. 88.

qu'elles sont inefficaces, mais cela pourrait aussi bien vouloir dire que sans elles il y aurait eu régression.

La principale fonction de la recherche sur l'évaluation et de l'évaluation elle-même est d'apporter sur ces questions un éclairage capable de contrebalancer dans l'opinion publique le caractère sensationnaliste des résultats obtenus au niveau individuel à l'aide de certaines techniques de pointe.

Nous rejoignons ici la position de Christian de Duve, prix Nobel de médecine. N'est-ce pas la recherche intéressée à des résultats sensationnels qui alimente le secteur de la technologie de moyen terme, laquelle n'a qu'une efficacité très limitée bien qu'elle soit responsable d'une part importante de l'accroissement des coûts de la santé ?

Je suis conscient de la gravité et de l'importance des choix à faire en matière de politique de santé et je suis concerné de très près par les problèmes de la recherche médicale. Quelles orientations faut-il privilégier ? Quelles stratégies adopter ? Ici je crois qu'on fait fausse route. On développe de plus en plus de technologie à la fois coûteuse et peu efficace. C'est ce que Lewis Thomas, qui est très éloquent à ce sujet, appelle des technologies de demi-mesure. Nos hôpitaux sont en train de ruiner le pays avec un appareillage de plus en plus sophistiqué, dont l'usage et l'entretien deviennent problématiques. Les budgets deviennent démesurés et nous allons vers la banqueroute. La société ne peut pas continuer à payer pour le genre de soins que l'on dispense actuellement dans les hôpitaux. Pourquoi ? Parce que ce sont des soins qui coûtent trop cher pour ce qu'ils apportent. Beaucoup d'auteurs l'ont écrit, mais le message ne passe pas. On continue à encourager le développement de ces technologies de demi-mesure. C'est ainsi que les reins artificiels, les greffes de coeur et toutes sortes d'autres techniques spectaculaires nous conduisent inexorablement à l'impasse. On a, par contre, à l'opposé, l'exemple classique d'une technologie simple qui répond bien aux problèmes et épargne des sommes considérables à la société, j'ai cité le vaccin contre la poliomyélite. Si on avait suivi en matière de polio une stratégie comparable à celle du rein artificiel, on aurait aujourd'hui des poumons d'acier de plus en plus perfectionnés branchés sur des ordinateurs. On aurait trouvé des prothèses électroniques pour aider les gens à utiliser des muscles qui n'ont plus d'innervation. De plus, on aurait ruiné le budget de la santé tandis que la vaccination contre la poliomyélite ne coûte pratiquement rien. Je suis parfaitement conscient que le choix d'une politique de soins et de priorités constitue un enjeu considéra-

ble mais tout dépend en fin de compte de l'orientation que nous voulons donner à la recherche. ¹⁴

Christian DE DUVE.

Nous avons ainsi dérivé vers un *quatrième critère*. On devrait maintenir un noyau important de recherche libre, gratuite, orientée vers le pur connaître plutôt que vers le faire.

Si nous employons ici des mots comme gratuit et libre au lieu du mot fondamental, c'est pour éviter qu'on associe trop étroitement la recherche désintéressée dont nous parlons à ce que dans les facultés de médecine on appelle les sciences fondamentales, comme la biochimie ou la microbiologie. Bien entendu, il doit y avoir une recherche gratuite à ce niveau, mais pas seulement à ce niveau.

La gratuité dont nous parlons suppose le retour constant au savoir gai, innocent, audacieux, à l'étonnement primordial, grâce auquel l'intelligence redécouvre à chaque instant que rien ne lui est interdit, que la seule limite à son droit de regard c'est celle que lui imposent sa propre structure et, si l'on peut dire, son propre instinct de conservation.

Qui aurait pu deviner que les intuitions de l'anthropologue Gilbert Durand concernant l'imaginaire deviendraient le fondement d'un test permettant de mesurer la prédisposition aux maladies psychosomatiques ? C'est grâce à la même gratuité, à la même liberté que la chronobiologie ¹⁵ a pu se développer. Cette discipline, sait-on jamais, ouvre peut-être une ère qui sera marquée par l'hygiène du temps, comme la précédente avait été marquée par l'hygiène de l'espace. Quand Hallberg a commencé ses travaux en chronobiologie, c'est tout juste si on ne s'est pas moqué de lui. Dans les années 1950, l'étude du temps n'était pas conforme à l'esprit du temps, notamment parce que, au début du moins, pour étudier la périodicité de certains phénomènes facilement observables, les appareils sophistiqués n'étaient pas indispen-

¹⁴ Christian DE DUVE, dans : Michel SALOMON, op. cit., p. 141.

¹⁵ *L'homme malade du temps*, ouvrage collectif, publié sous la direction d'Alain Reinberg, Paris, Stods, 1979.

sables. On ne voyait pas d'autre part à quels résultats thérapeutiques de telles recherches pouvaient aboutir.

Aujourd'hui, grâce au développement des sciences humaines et à un changement de mentalité difficile à circonscrire, on comprend les résistances qui furent opposées à la chronobiologie naissante. Rappeler l'existence d'une horloge biologique, c'était mettre en question les fondements d'une civilisation basée sur une manipulation de ce qu'on pourrait appeler le temps incarné, par opposition au temps abstrait et vide qui, en tant que cadre général de référence, est plutôt au service de la volonté de manipulation. Ce rappel d'une horloge biologique était d'autant plus suspect qu'au même moment, un mouvement de contestation, inspiré par les philosophies orientales, invitait les Occidentaux au respect de rythmes biologiques dont le statut épistémologique était loin d'être clair.

Les adeptes d'une vision plus douce du monde ne doivent toutefois pas se réjouir trop vite de ce que la chronobiologie soit devenue un secteur de pointe. Si le déblocage s'est produit malgré tout, c'est en grande partie parce qu'on a vu le parti qu'on pourrait tirer de la chronobiologie pour accroître le rendement du travail et l'efficacité des médicaments, dont on sait maintenant que leur action dépend des rythmes de certaines substances organiques. La chronobiologie peut donc servir à renforcer la vision dure du monde.

Incidentement, cette réflexion sur les conditions culturelles dans lesquelles se développe la chronobiologie confirme l'importance de l'un de nos premiers critères : le respect de la complexité. La réflexion sur le développement ou la croissance d'un secteur de recherche, phénomène que les sciences humaines peuvent éclairer, apparaît désormais comme une partie intégrante de la recherche elle-même. On devrait s'interroger sur les mobiles d'un chercheur qui n'aurait ni l'intérêt, ni la culture générale requises par une telle réflexion.

Notre cinquième critère a précisément trait aux mobiles du chercheur, qui doivent être élevés, même si la recherche entreprise est orientée vers le faire. Il est, quoi qu'on dise, tout à fait possible, du moins à qui n'a pas renoncé à son jugement, de distinguer le chercheur trop bien installé dans le système de celui qui est animé par un amour

authentique des êtres humains et un -désir réel de les soulager. Le modèle, à cet égard, est le docteur Semmelweiss, hélas ! méconnu par les historiens de la médecine, à qui Louis Ferdinand Céline, alias Louis Destouches, docteur en médecine, a consacré sa thèse de doctorat, qui incidemment est l'un des derniers chefs-d'oeuvre à la fois littéraire et scientifique dont puisse s'honorer le monde médical.

Semmelweiss, c'est ce médecin hongrois, oublié par la gloire, même s'il découvrit l'importance de l'asepsie quarante ans avant Pasteur. Vers le milieu du XIXe siècle, dans les grands hôpitaux européens, les femmes en couches mouraient des fièvres puerpérales dans des proportions atteignant fréquemment 30 ou 40%. Semmelweiss était consumé par la compassion que lui inspirait cette tragédie. Son impatience était d'autant plus vive qu'il se sentait tout près d'une solution. Son point de départ fut une comparaison entre le taux de mortalité dans deux salles d'accouchement, dont l'une était réservée aux sages-femmes et l'autre aux internes, lesquels faisaient aussi des dissections. Se conformant aux règles aujourd'hui codifiées des essais randomisés, Semmelweiss en vint à la conclusion que la main de l'accoucheur pouvait être la cause de l'infection. Auparavant, il avait noté qu'un de ses amis était mort d'une plaie qui s'était infectée quelques heures après une dissection. Il eut l'idée d'exiger que les accoucheurs se lavent les mains dans une solution de chlorure de chaux en passant de la salle de dissection à la salle d'accouchement. « Le résultat ne se fait pas attendre, écrit Céline, il est magnifique. Dans le mois suivant, la mortalité par puerpérales devient presque nulle, elle s'abaisse pour la première fois au chiffre actuel des meilleures maternités du monde : 0,23%. » ¹⁶

Divers facteurs, dont l'importance nous paraît aujourd'hui dérisoire, firent qu'on attendit quarante ans, et des millions supplémentaires de femmes mortes en couches, pour imposer le lavage des mains. Semmelweiss en devint fou et en mourut. Il avait déjà tout sacrifié à sa passion. Un autre grand médecin, Michaelis, s'était suicidé après avoir vu mourir, par sa faute, une femme qu'il aurait pu sauver. Il était arri-

¹⁶ L.F. CÉLINE, *Semmelweiss et autres écrits médicaux*, Cahiers Céline, no 3, Gallimard, 1977, p. 69.

vé à la même conclusion que Semmelweiss, mais avait stupidement négligé de se laver les mains.

Cette histoire exemplaire, dont on trouvera le détail dans l'article d'Hélène Laberge sur les conduites sexuelles, a une double importance. Elle nous rappelle que, dans la recherche, un mobile personnel tel que la compassion n'est pas un simple assaisonnement négligeable. Elle nous donne un exemple impérissable d'une recherche parfaitement réussie, parce qu'elle débouche sur un contenu indiscutablement efficace et immédiatement généralisable à un coût nul, et parce qu'elle procède de la compassion pour la souffrance humaine la plus tragique : celle des femmes mourant en transmettant la vie.

La même histoire nous indique en outre un *sixième critère*, en nous rappelant que *d'excellents résultats peuvent être atteints par une recherche appliquée, orientée vers le faire, ne nécessitant aucune infrastructure coûteuse*. Certes, c'est Pasteur, qui, par la théorie microbienne, a fait évoluer le public et le monde médical dans la direction indiquée par Semmelweiss, mais cela est accidentel en un sens. Cette situation, où l'explication scientifique de l'efficacité d'une mesure a précédé son application, est du côté de l'exception dans l'histoire de la médecine. Cette dernière étant un art voué à la santé des êtres humains, il ne faut ni s'étonner ni se scandaliser qu'il en soit ainsi. En conséquence, il faut toutefois limiter l'importance accordée à la recherche dite fondamentale de façon à pouvoir maintenir un secteur léger, dynamique, dont il ne faut sans doute rien attendre d'aussi miraculeux que l'asepsie, mais qui pourrait peut-être donner des résultats plus intéressants que les technologies de moyen terme dénoncées par Lewis Thomas.

Dans bien des cas, il conviendrait de briser des équations du genre recherche sérieuse égale équipement coûteux, égale résultats mesurables avec précision. Le père de l'anatomie, Vésale, était avant tout un dessinateur. Qui nous dit que le même talent mis au service de l'observation des dépressifs, par exemple, ou des alexithymiques ne pourrait pas devenir un outil très utile de diagnostic ? Ne faudra-t-il pas un surcroît d'esprit de finesse en ce domaine pour faire équilibre à l'ordinateur et pour le compléter ? Laissons encore une fois la parole à Dubos et Escande :

René Dubos :

Je crois qu'il faut réformer la philosophie scientifique, et admettre qu'il y a des tas de choses qu'on observe sans pouvoir les connaître dans leurs mécanismes intimes, mais qui pourtant doivent être étudiées. Il faut accepter de se satisfaire de l'observation globale, phénoménologique, en attendant que d'autres découvertes scientifiques permettent plus tard d'en approcher les mécanismes ; et pour ma part je juge essentiel d'étudier les rapports des phénomènes entre eux. À l'heure actuelle, je suis persuadé qu'en médecine on se prive d'un grand nombre d'éléments utiles parce que les scientifiques ne veulent s'occuper que de ce qui peut être approché par des mécanismes précis. Ce qui, du reste, du point de vue philosophique, n'est qu'une illusion !

Jean-Paul Escande :

En fait, les découvertes scientifiques les plus retentissantes ont toujours eu lieu à partir d'un phénomène global devant lequel on s'était étonné. Mais curieusement par la suite, on oublie, on dirait qu'on met un point d'honneur à oublier comment est née l'étincelle, comme si on en avait presque honte.¹⁷

Développant cette dernière idée en s'inspirant de Georges Canguilhem, Jean-Paul Escande rappelle dans *La deuxième cellule*¹⁸ l'importance de la recherche clinique pour la recherche fondamentale elle-même. Il fait même de la symbiose entre ces deux orientations les conditions de la réussite de la recherche sur le cancer. « Il faut, écrit-il, que les laboratoires s'ouvrent aux étonnés de la recherche clinique. À des individus, assez immatures au plan des connaissances biologiques, mais vers lesquelles ils se sentent emportés. En restant entre eux, les biologistes finiront par connaître les mêmes limites à leur aventure que celles des cliniciens : les pièges de la tautologie qui se résument à cela : je vais me poser une question simple à laquelle je vais répondre en sachant d'avance quelle est sa solution. »

¹⁷ René DUBOS, Jean-Paul ESCANDE, op. cit., p. 77.

¹⁸ Jean-Paul ESCANDE, *La deuxième cellule. Recherche sur la maladie appelée cancer*, Grasset, Paris, 1983, p. 82.

Cette allusion à un secteur léger *nous conduit à un septième critère : la recherche doit être décentralisée. Ici encore, l'opinion de René Dubos nous sera d'un grand secours. Dans Chercher, son interlocuteur, Jean-Paul Escande, dénonce les recherches en apparence avant-gardistes faites dans des laboratoires dont l'équipement n'est de toute évidence pas suffisant pour permettre un travail sérieux.*

Bien qu'il reconnaisse la gravité du problème, Dubos refuse catégoriquement la solution consistant à fermer les petits centres de recherche. « Je suis, dit-il, tout à fait partisan de la décentralisation ; je veux que beaucoup de gens puissent faire de la recherche, et j'ai très peur de voir, par exemple, la recherche sur le cancer se concentrer dans deux ou trois énormes institutions. » Il raconte plus loin pourquoi il prend plaisir à visiter les petites universités du Middle West :

Ce qui m'impressionne, c'est le nombre de jeunes gens à l'esprit très ouvert, de qui sortiront certainement les idées les plus originales, les plus inattendues. Alors que si vous allez à Harvard, ou à l'Institut Rockefeller, vous trouvez des gens admirables, mais qui sont déjà engagés dans une voie dont ils ne vont pas sortir. Si bien que moi, j'aime assez qu'on prenne le risque de gâcher un peu d'argent pour le donner à un jeune professeur de Clermont-Ferrand, parce que, à Clermont-Ferrand, se trouvent certainement une multitude de jeunes gens qui n'ont pas encore été incorporés dans la pensée officielle, et qui peuvent faire quelque chose de neuf.¹⁹

Ces considérations nous aideront à préciser *un huitième critère, relatif à la concertation nationale en matière de recherche*. La décentralisation, telle que la conçoit Dubos, constitue un espoir pour les petits pays comme le Québec. On pourrait, sans s'exposer au ridicule, sortir des universités comme celles de Rimouski ou de Chicoutimi de leur sous-développement en matière de recherche sur la santé. Incidemment, à Chicoutimi, il se fait des travaux intéressants en chronobiologie sous la direction du docteur Christian Poirel. D'autre part, un sociologue et historien, Gérard Bouchard, y dirige un grand projet où la démographie s'allie à la génétique pour établir l'étiologie de certaines maladies.

¹⁹ René DUBOS, Jean-Paul ESCANDE, op. cit., p. 55.

Il est d'autre part évident qu'on ne doit pas miser exclusivement sur les miracles locaux. Les pays comme le Québec doivent aussi se doter de quelques grandes institutions capables d'innover dans des domaines où l'infrastructure lourde est indispensable. Ils doivent surtout tirer profit des particularités de l'état de santé de leurs citoyens, de leur histoire et de leur géographie pour assurer un leadership dans des secteurs particuliers.

Pour ce qui est des conclusions à tirer de l'état de santé des Québécois en vue de la recherche, on peut s'en remettre à une étude récente du Conseil des affaires sociales et de la famille sur le recul de la mortalité. La conclusion de cette étude constituant un véritable programme de recherche, nous la reproduisons en annexe.

L'une des particularités de l'histoire et de la géographie du Québec, c'est l'homogénéité de la population francophone, laquelle peut être étudiée facilement à cause de la qualité des registres paroissiaux. Les études combinées de démographie et de génétique comme celles qui sont menées au Saguenay-Lac-Saint-Jean par l'équipe de Gérard Bouchard et de Claude Laberge et, pour l'ensemble du Québec par une équipe de Montréal dirigée par les démographes Jacques Légaré et Hubert Charbonneau, sont deux exemples intéressants de recherche adaptée aux conditions locales.

A cause de l'avantage que lui donne dans ce cas son système de santé, à cause notamment de ses C.L.S.C., le Québec aurait aussi intérêt à imiter des initiatives comme la concertation nationale sur le cancer qu'on vient de créer en France et que la revue *La recherche* a présentée ainsi :

Celle-ci doit donner la parole à toutes les parties concernées, en cessant de privilégier l'aspect exclusivement médical de la lutte contre le cancer. L'objectif avoué de la concertation est de dégager une « vision différente » de cette maladie, plus « réelle » que la vision technique, sur laquelle fonder une série de propositions à soumettre au ministère de la Santé. ²⁰

²⁰ *La recherche*, no 1108, février 1983, p. 144.

On sait aussi l'importance de la concertation mondiale. On connaît l'efficacité d'un dollar investi pour la santé dans un pays sous-développé par opposition à celle du même dollar investi dans un pays développé.

Les pays d'immigration - c'est le cas de la plupart des pays nordiques - pourraient s'intéresser prioritairement aux populations dont ils accueillent de nombreux représentants : les Haïtiens au Québec, les Algériens en France, etc. Une telle politique permettrait de tenir compte, dans le pays hôte, des particularités culturelles de ces minorités et de comparer ensuite ces particularités à celles du pays d'origine. De telles études trans-culturelles ne pourraient que bénéficier à l'ensemble de la recherche médicale.

C'est le moment d'ouvrir une parenthèse sur l'anthropologie médicale et de déboucher sur un neuvième critère. Les sciences sociales et environnementales sont reconnues dans le inonde de la santé depuis le XIXe siècle et même si leur fortune a été fluctuante, selon les temps et les lieux, on ne peut pas nier qu'elles aient eu une influence considérable : les nombreux régimes d'assurance-maladie en sont la preuve concrète. On peut dire la même chose de la psychologie, du moins de la psychologie d'inspiration mécaniste comme celle de Freud et des behavioristes. Mais, à quelques nuances près, toutes ces approches ne considèrent l'homme que sous un aspect horizontal : on prélève telle section de son milieu social, de son environnement, de son moi, et on se demande comment agir sur elle ici et maintenant.

La dimension verticale, les racines de l'homme dans les archétypes, les formes élémentaires de vie et de culture sont ainsi négligées. Cette dimension est pourtant le pendant culturel de l'évolution biologique. On sait également que la santé d'un Amérindien coupé de ses archétypes se détériore, quelque effort que l'on fasse pour l'aider à préserver ou à reconstituer son environnement physique et social. On sait enfin que même les Occidentaux les plus normalisés ont une âme qui peut se sentir dépaysée au point de vouloir émigrer vers des cultures primitives ou de vieux archétypes.

Non seulement une conception du monde ou une organisation sociale qui sépare l'homme des images primordiales de la vie n'est pas une civilisation, mais c'est en outre, à un degré croissant, une prison ou une étable. ²¹

Certains groupes ont pris cette pensée de Jung très au sérieux. Il existe en psychologie une école dont le credo central est la croyance en la valeur de la mythologie, et notamment de la mythologie grecque en tant que modèle et miroir de la psyché contemporaine. Fondée aux États-Unis par le poète philosophe Robert Bly, cette école est représentée au Québec par Ginette Paris qui écrivait dans *Le réveil des dieux* ces lignes qui rejoignent notre premier critère :

Apollon Alexikos (c'est-à-dire qui chasse la maladie) a apporté les lumières de la science dans une médecine jusque-là essentiellement chamannique. Mais pour qu'une médecine soit complète il faut, idéalement, un équilibre entre les deux approches de la maladie : il faudrait toujours pouvoir aller à Kos et à Éleusis et conserver l'une et l'autre forme de thérapie. La médecine scientifique est allée trop loin dans son mépris des thérapeutiques « du serpent » : ce 80% des maladies qu'on dit psychosomatiques ne sera jamais traité par la médecine « stainless steel et bistouri ». Le danger de la réaction est évidemment de rebasculer dans une médecine de sorcellerie, et le déséquilibre qui serait d'une nature différente persisterait ! Il y aurait avantage à rapprocher les deux médecines. Entre, d'une part les milliards investis dans les super-gadgets-électro-machins, l'orgie des contrôles superflus et d'autre part l'ignorance de l'âme des malades, il y a un déséquilibre manifeste. ²²

Il importe donc d'équilibrer l'horizontal par le vertical, l'étude des conditions extérieures et actuelles de l'existence humaine par une étude de l'homme en tant que tel et de l'homme dans sa culture, en prenant bien soin de dégager dans l'un et l'autre cas les invariants, c'est-à-dire tout ce qui peut nous aider à donner un contenu à l'expression de nature humaine. Voilà notre neuvième critère.

²¹ C.J. JUNG, *Les racines de la conscience*, Paris, Buchet-Chastel, 1971.

²² Ginette PARIS, *Le réveil des dieux*, Montréal, Éditions de Mortagne, 1981, p. 154.

On aurait tort de négliger dans cette étude l'anthropologie proprement philosophique sous prétexte que ses prétentions à l'universalité sont difficilement compatibles avec le relativisme qui fait presque partie de la définition de l'anthropologie scientifique. Si Victor Frankl a pu fonder une thérapie sur le besoin de sens tel qu'il s'exprime à travers les grandes philosophies spiritualistes, on peut penser que ces dernières, de même que l'ensemble du patrimoine littéraire dont elles font partie, constituent une ressource dont les effets sur la santé elle-même sont aujourd'hui sous-estimés.

On peut faire à ce sujet un pari analogue à celui de Pascal. S'il était vrai que l'homme ne s'accomplit que par l'amour surnaturel, non pas celui qui nie le corps, mais celui qui transcende le flux et le reflux des passions, ne serait-ce pas folie que d'ignorer une telle réalité dans le traitement de maladies - dont on dit qu'elles sont de plus en plus psychosomatiques - et ne conviendrait-il pas de parier en faveur de son existence même si on n'en a pas personnellement l'expérience ?

Nous débouchons ainsi sur un *dixième et dernier critère*. *Il importe d'encourager toutes les recherches qui permettront aux médecins de renouer avec la tradition humaniste dont ils sont issus, au même titre que de la tradition scientifique*. On leur demande d'être plus humains. Cela se traduit chez ces derniers par un idéal qui survit rarement aux premières années de pratique. Comment pourrait-il en être autrement ? Ces jeunes ingénieurs du corps connaissent ce qu'il y a de mécanique dans l'homme avec précision, mais de l'homme lui-même, de ses rêves secrets, de ses contradictions réelles, que savent-ils ? Or, ce n'est pas en lisant un manuel de microbiologie, c'est en lisant Sophocle, Racine, Shakespeare, Balzac, Tolstoï, qu'on apprend à le connaître, à le pénétrer, cet homme qui est devant soi et dont on se détourne, effrayé, non parce qu'on ne veut pas le regarder, mais parce qu'on ne sait pas quoi voir en lui.

Hier encore les médecins savaient écrire. Leur profession a donné à la culture d'expression française notamment plusieurs de ses grands noms : Céline, Duhamel, Ringuet au Québec, etc. Cet art si humain, si proche du regard et de la voix, a été complètement négligé ces dernières années au profit d'un bourrage de crâne dont il ne reste que bien

peu de choses après quelques mois de pratique. Un redressement s'impose de toute évidence.

La réinsertion dans les grands courants de la pensée universelle pourrait se faire par l'intermédiaire de l'histoire de la médecine, discipline à travers laquelle on peut rejoindre les grands courants civilisateurs, comme le professeur Ellenberger l'a très bien montré dans son histoire de la psychiatrie dynamique.

Pourquoi reste-t-on étranger à l'histoire de sa profession ? Par paresse, sans doute, mais aussi parce qu'on pourrait en tirer des leçons qui obligerait à l'humilité quant à sa propre efficacité et au scepticisme quant aux modes du jour. Cette incapacité d'assumer le passé ne témoigne-t-elle pas d'un manque d'assurance qui ne présage rien de bon pour le futur ? Quel peut être l'avenir d'une profession sans passé ?

ANNEXE

Jusqu'à présent, la hausse de l'espérance de vie était obtenue, en très grande partie, par la réduction de la mortalité infantile : on sauvait de la mort des enfants qui, de plus en plus nombreux, pouvaient parcourir les différentes étapes de la vie. Cependant, le gain en espérance de vie obtenu récemment résulte non plus seulement de la baisse de la mortalité infantile, mais aussi de l'allongement de la durée de vie aux âges adultes. Désormais, on sauve plus d'individus de la mort en bas âge, mais on leur donne également espoir d'une plus longue durée de vie au-delà d'un certain âge.

Le Québec connaît-il une évolution de la mortalité qui lui est particulière ? Si les fluctuations dans l'évolution de la mortalité se retrouvent également dans la plupart des pays industrialisés, il reste néanmoins que le Québec se singularise par certains traits, notamment par ses succès dans la réduction de la mortalité infantile, par sa forte mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans et par sa surmortalité masculine.

Malgré les progrès récents de l'espérance de vie pour l'ensemble de la population, des disparités persistent toujours entre les divers groupes socio-économiques, et entre les hommes et les femmes. Les groupes les plus défavorisés, que ce soit par le revenu, les ressources économiques, l'éducation, l'éloignement géographique des grands centres ou les services de toutes sortes, souffrent d'une surmortalité inacceptable dans un pays dit avancé. L'écart grandissant de la mortalité entre les hommes et les femmes démontre que le monde des hommes est très néfaste à la santé et qu'on n'a pas réussi à s'attaquer aux véritables causes de la surmortalité masculine. Malgré l'accès universel et gratuit aux soins médicaux, malgré les investissements dans le système de soins, on n'a pas réussi à égaliser les chances devant la mort. La réduction des inégalités doit se faire à un autre niveau, au niveau des modes de vie, des conditions de travail, des conditions socio-économiques ; etc.

L'évolution de la mortalité au cours de la dernière décennie redonne de l'espoir. Les causes de décès parmi les plus importantes, comme les maladies du coeur et les accidents, ont effectué un recul. On a réussi à faire baisser de façon appréciable les maladies ischémiques du coeur, ce qui a permis d'augmenter de façon significative les chances de survie des personnes d'un certain âge. De même, grâce aux mesures gouvernementales, les risques de mort par accident de véhicule à moteur se sont abaissés, ce qui a permis aux adultes, surtout aux plus jeunes, de connaître enfin un déclin de leur taux de mortalité. Ce sont là deux faits nouveaux caractéristiques de la dernière décennie. L'évolution de certaines autres causes apporte aussi de l'espoir. On a souligné la régression rapide de la mortalité par cancer du col de l'utérus, de même que la cadence décélérée de la hausse de la mortalité par cancer du poumon et par cirrhose du foie, chez l'homme. On n'en est pas encore à une victoire décisive. Cependant, les nouvelles tendances démontrent qu'il est possible d'influer même sur les causes les plus irréductibles, si l'on consent aux efforts nécessaires. Par ailleurs, la hausse de la mortalité par cancer du poumon, chez la femme, est fort inquiétante de même que le rapprochement des risques de décès par accident et par suicide des hommes et des femmes. Un trait commun caractérise les nouvelles tendances de la mortalité : les causes pour lesquelles l'évolution de la mortalité suscite de l'espoir, ou, au

contraire, de l'inquiétude, sont reliées de près au mode de vie, au comportement et aux habitudes de vie des individus. Des changements au niveau de ces facteurs pourraient amener un déclin encore plus marqué de la mortalité. ²³

Fin du texte

²³ Laurent ROY, *Le recul de la mortalité*, dossier du Conseil des affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec, avril 1983.