ser ses salariés à un empoisonnement qui, de façon certaine, aura une partie d'entre eux. Et, conformément à la doctrine, le décret prévoit que l'on ne pourra exposer un salarié à ce risque « sans une attestation du médecin du travail constant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux exposant à l'inhala tion de poussières d'amiant... ». Il s'agit à l'évidence d'une conception dégradée de la prévention médicale. Et pourtant, son caractère profondément choquant n'apparaît pas aux responsables du système. En 2001, un décret prévoit à nouveau que l'on ne pourra exposer un salarié à des produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction sans un certificat de non contre-indication signé par le médecin du travail. Des centaines de médecins protestèrent auprès du gouvernement, soulignant qu'il est aussi absurde de demander un certificat que d'obtenir une pneumologique à certifier l'absence de contre-indications à l'usage du tabac. Le décret sera cependant publié. Attaqué devant le Conseil d'État, le ministère du Travail défendra ce certificat en l'assimilant à ceux que produisent les médecins généralistes pour les vaccinations ou pour le sport. De tels arguments montrent que, malgré la montée des exigences de prévention au cours des trois dernières décennies sous la pression conjuguée de l'opinion publique et de l'uniformisation européenne, le risque professionnel est, aujourd'hui encore, assimilé par les responsables à la contrepartie inéluctable d'une activité bénéfique.

Jusqu'à cette affaire, ce type de disposition était d'ailleurs aussi défendu, du côté des victimes, sous l'angle juridique de la réparation. En effet, dans la mesure où le médecin est censé avoir sélectionné une population exempte de susceptibilité personnelle – qu'il s'agisse d'une fission n'entre pas ici en ligne de compte –, les pathologies professionnelles qui surviennent dans cette population seront sans contexte possible attribuable à l'employeur. La focalisation sur l'aptitude médicale est, ici, la contrepartie logique d'un système centré sur la réparation.

Dans son arrêt du 9 octobre 2002, le Conseil d'État a donné raison au ministère du Travail : le médecin du travail doit détecter les personnes qui présentent un risque particulier et il dispose pour cela « de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique ». Derrière cette conception de la santé par sélection des populations se dessine à nouveau le vieux fantasme eugéniste d'un homme standard dépourvu de fragilités...

**Un système en bout de course**

Au tournant du millénaire, ce système craque de toutes parts. L'impossibilité de s'en tenir au système rigide des tableaux a conduit, en 1993, à l'ouverture d'une deuxième voie : les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. L'apparition, dans le droit commun, d'un droit à indemnisation complète en l'absence de faute rend intenable le caractère partiel de l'indemnisation des pathologies professionnelles. L'uniformisation européenne impose l'introduction, dans le droit français, des exigences de prévention développées chez nos partenaires. Enfin, en affirmant, le 28 février 2002, que tout employeur est tenu à une obligation de résultat en matière de sécurité au travail, la Cour de cassation a torpillé la théorie du risque professionnel qui constituait la base du système. Toutes ces évolutions favorables à la reconnaissance et à la prévention des pathologies professionnelles interviennent cependant à un moment où la mobilisation et la sécurité réduisent la visibilité des atteintes à la santé du travail, où nous voyons resurgir les tentations eugénistes et où les capacités de l'action collective comme de l'intervention des pouvoirs publics reculent. L'avenir est donc très ouvert.


Philippe DAVIET

**Maladies émergentes ; Stress ; Toxicologie ; Travail ( Médecine du).**

**PRONOSTIC**

On peut donner au terme « pronostic » au moins deux sens différents. D'une part, le pronostic est ce qui arrive ou arrivera réellement au patient, c'est-à-dire la réalité objective, ou pronostic véritable. La notion de « pronostic véritable » renvoie à ce qu'on appelle parfois « l'histoire naturelle », ou « l'évolution clinique » d'une maladie : il s'agit d'un phénomène biologique. Chez un patient, le pronostic véritable n'est connu avec certitude qu'après coup, c'est-à-dire rétrospectivement, après qu'il s'est réalisé. D'autre part, on appelle également « pronostic » l'impression du médecin sur ce qui va se produire – c'est-à-dire la réalité subjective, ou pronostic anticipé. Le pronostic anticipé – que j'appelle « pronostication » et qui est ce qui m'intéresse ici – est un phénomène à la fois social...
et médical. Il comprend tour à tour les actes médicaux consistant à établir et à communiquer le pronostic, à prévoir et à prédire l'évolution aussi bien que l'issue de la maladie.

Prédir l'issue d'une maladie qui peut être mortelle n'est jamais anodin ni sans importance pour le médecin aussi bien que pour le patient. Que va-t-il se passer ? L'issue sera-t-elle fatale ou non ? De quel type de mort s'agira-t-il ? Quand survivra-t-elle ? Dans quelle mesure la thérapie peut-elle modifier l'issue de la maladie ? Comment doit-on annoncer cela au patient ? Dans leurs pronostics, les médecins sont confrontés à certains des aspects les plus graves, les plus difficiles, les plus lourds de charge émotionnelle et les plus importants que puisse comporter la pratique de leur profession. Bien souvent, dans les cas très sévères, l'état clinique du patient comme le patient lui-même exigent un pronostic, et pourtant, dans le même temps, la situation semble souvent défier tout pronostic. Il arrive fréquemment que ce que le médecin sait avec certitude - à savoir, que le traitement ne peut guérir la maladie ou que le patient va mourir - n'apporte aucun réconfort au patient ou au médecin. La pronostication engendre ainsi souvent un sentiment d'ignorance, d'impuissance, de tristesse, de culpabilité ou de peur.

Néanmoins, lorsque, face aux patients, les médecins prétendent ne pas « pouvoir » prédire l'avenir, ils occultent une distinction importante entre leur incapacité à prédire et leur résilience à le faire. Les médecins eux-mêmes ne savent pas toujours distinguer entre l'une et l'autre lorsqu'ils sont en présence d'un patient. Mais la différence entre ces deux possibilités est importante car elles n'ont ni les mêmes origines ni les mêmes implications. Une partie du problème provient du fait qu'il est possible d'établir une prédiction relative à la mort d'un patient - sans même parler de sa communication - et que, par conséquent, les médecins y répugnent. Pourtant, lorsque ces derniers ne parviennent pas à établir une prédiction, c'est la qualité des soins médicaux donnés au patient qui peut en pâtir. Ainsi, faute d'un pronostic, ou lorsque celui-ci est inexistant sans raison, les médecins peuvent être conduits à soumettre des patients gravement malades à des traitements inutiles ou, à l'inverse, à les priver des traitements qui leur seraient bénéfiques. De plus, les patients privés des informations pronostiques cruciales peuvent faire de mauvais choix lorsqu'ils approchent de la fin de leur vie.

La pronostication est donc une partie essentielle de la médecine. Les patients cherchent souvent à obtenir des informations pronostiques auprès des médecins, et les médecins, comme les patients, ont besoin de celles-ci pour choisir entre différentes thérapies, ou pour prendre tout autre décision clinique ou personnelle. Cependant, l'une des principales observations que l'on peut faire au sujet de la pronostication est qu'en dépit de son importance cruciale - et c'est en quelque sorte un paradoxe - elle est souvent implicite. De plus, elle est généralement absente aussi bien de la théorie que de la pratique médicale.

La pronostication est l'un des trois moyens complémentaires par lesquels les médecins peuvent comprendre et contrôler (au sens large) la maladie d'un patient : ils peuvent l'identifier, l'éliminer ou prédire son évolution. Le diagnostic, la thérapie et le pronostic sont les trois moyens par lesquels les médecins se confrontent à la maladie, aussi bien qu'ils le font intellectuellement, et grâce auxquels ils témoignent de la maitrise qu'ils en ont. En dépit de leurs liens évidents, les médecins ne contiennent pas moins à les distinguer dans leurs présentations de cas, leurs notes, leurs manuels et leur réflexion. De ces trois façons de comprendre la maladie, le diagnostic et la thérapie sont celles qui reçoivent la plus grande attention - beaucoup plus que le pronostic - que ce soit dans le domaine des soins reçus par les patients, celui de la recherche ou des études médicales.

Les médecins déplorent depuis longtemps que le pronostic ne fasse pas véritablement l'objet d'un intérêt explicite. En 1934, par exemple, l'un d'entre eux remarquait ainsi : « Des trois grandes branches de la science clinique, le diagnostic, le pronostic et le traitement, le pronostic est assurément le plus difficile. » Il est aussi vrai que le médecin soignant a moins d'informations et donc moins de certitude. En 1955, un autre remarquait : « Le pronostic demeure le parent pauvre du progrès médical, en partie parce que c'est un sujet difficile, et en partie parce que, pour une raison quelconque, il a rarement fait l'objet d'études scientifiques. »

Un article portant sur le contenu de la recherche clinique publiée entre 1946 et 1976 révèle qu'en 1976, 37 % des études publiées traitaient du diagnostic et 33 % du traitement, tandis que seulement 4 % des études s'intéressaient au pronostic. De plus, alors que le diagnostic fit l'objet d'un intérêt grandissant durant cette période, le pourcentage des études consacrées au pronostic resta toujours aussi faible. En 1981 cet état de fait conduisit un autre médecin à remarquer que « dans les textes médicaux de référence, le pronostic est presque totalement négligé ; bien souvent, le terme n'apparaît même pas dans l'index ». En 1995, l'étude des articles d'un manuel contemporain confirma ce jugement : seule une minorité des articles discutaient de la question du pronostic ; par ailleurs, lorsque cette discussion existait, elle n'occupait pas plus d'un paragraphe et était souvent de peu d'utilité. L'organisation des manuels de médecine modernes reflète la pratique médicale moderne :
les médecins se concentrent sur le diagnostic et le traitement sans s'intéresser explicitement au pronostic.

Le fait que les manuels de médecine modernes ne traitent presque jamais explicitement de la pronostic est dû, pour partie, à la prééminence actuelle d'une conception ontologique de la maladie — conception qui présente la maladie comme générique et généralement indépendante de son expression individuelle. La rencontre entre le patient et le médecin sert avant tout à poser un diagnostic, principalement parce que l'on considère que le pronostic et la thérapie découlent directement et nécessairement de celui-ci. Cette perspective se trouve renforcée lorsqu'il existe une thérapie efficace, dans la mesure où celle-ci limite encore davantage l'éventail des issues possibles. Une fois le diagnostic posé et la thérapie engagée, l'évolution clinique d'une maladie est censée être à peu près invariable et identique pour tous. Par ailleurs, l'issue est censée être favorable, de sorte qu'elle n'a pas besoin d'être explicitement prévue. La réunion du diagnostic et du pronostic, de même que la diminution de la variabilité pronostique grâce à des thérapies efficaces sont des phénomènes complexes qui se traduisent par une occupation de l'individu et de la dimension idiosyncrasique.

S'il est vrai que, pour les médecins, le diagnostic et la thérapie dictent le pronostic, alors il fait s'attendre à ce que le pronostic joue un rôle plus discret et moins important lorsque le diagnostic ne pose pas de problèmes et que de nombreuses thérapies efficaces sont disponibles. À l'inverse, lorsque les options thérapeutiques sont limitées, les médecins devraient accorder un plus grand rôle clinique au pronostic et lui consacrer toute leur attention. Si l'on étudie les articles des éditions successives des Principles and Practice of Medicine, manuel prestigieux et très utilisé en Amérique, dont Sir William Osler fut le premier auteur, on constate qu'il y eut bien entre 1892 et 1988, une relation complémentaire de ce type liant, en raison inverse, l'acte clinique de la pronostication et celui de la thérapie : lorsque, dans la prise en charge de la maladie, un gagne en importance, l'autre décroît. Dans les articles du début du XXe s. relatifs à différentes affections, la présentation clinique des cas faisait une large part au pronostic, contrairement aux manuels récents et à la pratique actuelle. Ainsi, lorsqu'il n'existait pas de traitement efficace pour une affection donnée, le pronostic jouait un rôle crucial dans la prise en charge clinique. Cependant, avec l'avènement de thérapeutiques dont l'efficacité était évidente, il devint moins important de pouvoir prédire « l'histoire naturelle » d'une maladie, ne serait-ce que parce que celle-ci n'était plus observée.

L'exemple de la pneumonie peut servir d'illustration. De 1892 à 1947, la pneumonie fut, pendant toute la période, l'une des principales causes de mortalité. En 1900, c'était la maladie qui faisait le plus de victimes en Europe et aux États-Unis. Elle continua à faire partie des cinq premières causes de mortalité bien après 1947. Pourtant, après qu'on eût découvert un traitement antibiotique à la fin des années 1930, le pronostic de la pneumonie s'améliora à tel point qu'on l'ait plus favorables et qu'on finit par le négliger. À l'histoire naturelle de la pneumonie succéda une évolution clinique standardisée : c'est le « histoire naturelle de la maladie » qui devint la nouvelle norme nouvelle de la relation clinique (clinical encounter). Au cours de la période récente, la tâche du médecin consistait d'abord à diagnostiquer et à traiter la maladie, et ensuite seulement, le cas échéant, à prédire l'avenir.

Autre l'apparition d'une thérapie efficace, l'autre tendance qui, tant à long du XXe s., contribua à faire disparaitre le pronostic des manuels modernes, est un changement complet des principes cognitifs sur lesquels la médecine fonde son rapport au diagnostic. À la fin du XIXe s., on pensait que l'issue et l'évolution d'une maladie étaient dues, pour une grande partie, à la « constitution » du patient. Si deux individus étaient exposés à une affection contagieuse par exemple, on estimait que celui dont la constitution était la plus « robuste » avait plus de chances de connaître une maladie et de la surmonter. On considérait, en un sens, que les deux individus étaient des maladies différentes, et leurs pronostics étaient jugés différents en raison de facteurs individuels indépendants du diagnostic lui-même.

Cependant, au cours du XXe s., les médecins en vinrent progressivement à penser que deux patients pouvaient être atteints — en un sens vraiment fondamental — de la même maladie. À une conception individualiste de la maladie, la médecine substitua peu à peu une conception fondée sur des agents causaux spécifiques dans lesquelles les catégories diagnostiques occupaient une position centrale. Parallèlement à cette évolution de la pensée clinique, on accorda une bien plus grande attention à l'établissement du diagnostic — pour des pathologies dont l'identité était censée être distincte de leur existence chez tel ou tel patient — tout en témoignant un intérêt moins prononcé pour les facteurs spécifiques liés aux patients, qu'il s'agisse de l'âge, du sexe, de la profession ou de tel ou tel symptôme. Il s'agissait là des prémices d'un réveil cognitif en direction de l'idée que la maladie est douée d'une existence propre, non pas seulement ontologique et étiologique, mais également pronostique, la maladie ayant une « histoire naturelle caractéristique ». À une conceptualisation de la maladie fondée sur l'individu, la pensée clinique en substitua progressivement une autre, fondée sur le diagnostic, et le pronostic fut peu peu considéré comme un élément intrinsèque du diagnostic.

Les thérapies efficaces et les systèmes nosologiques concourent donc à détourner l'intérêt clinique
ladie qui faisait aux États-Unis.  

Premières causes.  

Pour autant, après 

antibiotique à la 

le pneumonie pour acquérir et 

ivre naturelle de 

on clinique stan-

naturelle de la 

me nouvelle de 

Au cours de la 

ediec consis-

r la maladie, et 

ant, à prédire 

: efficace, l’autre 

s, contribuait à 

uels modernes, 

icipés cognitifs 

apport au dia-

it que l’issue et 

dues, pour une 

du patient. Si 

une affection 

it que celui dont 

e avait plus de 

favorable. On 

deux individus 

leurs pronostics : 

facteurs indivi-

-même.  

les médecins en 

deux patients en 

en un sens vrai-

maladie. À une 

ladie, la méde-

ption fondée sur 

ans laquelle les 

a une position 

volution de la 

en plus grande 

ostic - pour des 

née être disputé 

al patient - no 

roncé aux 

des patients, la 

profession ou 

à des prémisses 

de l’idée que 

ace propre, non 

ique, mais éga-

ait une "histoire 

conceptualisation 

, la pensée cli-

ent une autre, 

ostic fut peu à 

intrinsèque du 

stèmes nosologi-

l'intérêt clinique 

vers la catégorie diagnostique et la thérapie corres-

pondante en l'éloignant du patient en tant qu'individu. L'intérêt se porte alors sur ce que l'on 
estime être l'essence même du problème auquel le 

patient est confronté, conduisant ainsi à une persp-

ective clinique qui, au lieu de reposer sur le cas 

individuel, le transcende. Dès lors, le patient n'est 

plus tant un malade qu'un "fait pathologique 

reproductible à l'infini". Le pronostic est perçu 

comme un simple prolongement du diagnostic et 

de la thérapie. Ce prolongement ne dépend plus 

de traits individuels et ne demande aucunement 

qu'on s'y intéresse explicitement.  

Ainsi l'essor de la thérapie se traduit par le 

déclin du pronostic. Il s'avère que cette relation 

complémentaire entre le pronostic et la thérapie 

n'est pas seulement pour la construction du savoir 

médical (qui reflètent les journaux et les manuels) 

mais également pour le traitement effectif des 

patients réels. Lorsqu'un patient est malade au 

point que la mort semble certaine, et que la thé-

rapie est inefficace, les médecins constatent que, 

dans leur façon de penser au patient et d'interagir 

avec lui, il se produit souvent un glissement vers 

la prédiction de l'évolution de sa maladie. Parce 

que les maladies se prétendent plus ou moins bien à la 

thérapie, les médecins s'appuient sur le pronostic pour 

"contrôler" celles pour lesquelles ils ne disposent 

d'aucun traitement. Lorsque, pour une maladie 

donnée, il n'existe aucun traitement efficace, le 

prognostic occupe davantage de place dans les 

manuels et les médecins consacrent davantage de 

temps à la pronostication. Le terme même de 

"maladie incurable" dénote la transmutation 

complexe d'une affirmation purement thérapeu-

ique en un jugement pronostique.  

Le fait que le pronostic soit complémentaire de 

la thérapie, lorsqu'il est associé à l'existence d'une 

thérapie réellement efficace, permet d'expliquer 

pourquoi la pratique clinique moderne ne s'in-

téresse qu'assez peu au pronostic. Mais ce défaut 

d'attention s'explique aussi par d'autres raisons. 

L'étude approfondie de l'attitude cognitivo-comporte-

ment des médecins révèle qu'ils ont peur de la pro-

nonciation, que celle-ci soit favorable, défavorable, 

exacte ou inexacte. Les médecins préféraient ne 

pas formuler de pronostic ni même aborder cette 

question. En évoluant, certaines des normes profes-

sionnelles les plus importantes de la médecine 

moderne en sont venues à limiter l'intérêt porté 

au diagnostic dans la pratique clinique. En con-

sequence, le pronostic n'est pas seulement absent de 

la production du savoir médical, mais également de 

la médecine en général. La majorité des méde-

cins américains affirment en effet qu'au cours de 

leurs études, ils n'aborderont qu'assez peu la qua-

tion du pronostic. De plus, lors de la rencontre 

entre le patient et le médecin - qu'il s'agisse des 

patients hospitalisés ou des malades en consultation 

externe - la question du pronostic n'est abordée 

que dans une faible proportion des cas (pas plus de 

15%).  

En dépit de la place restreinte qu'elle occupe 

dans la pratique médicale actuelle, du moins 

explicitement, plusieurs évolutions récentes ainsi 

que des changements culturels d'ordre général con-

tribuent à renforcer l'importance de la pronostication 

et à susciter un regain d'intérêt à son égard. Ces 

evolutions ont lieu sur trois grands fronts et 

concernent : le type de problèmes auxquels les 

patients sont confrontés; la façon dont les soins 

médicaux sont mis en œuvre; ainsi que la philo-

sophie et la perspective culturelle qui guident la 

façon dont on soigne les patients. L'usage grandis-

sant qui est fait de certaines technologies biomédici-

nines nouvelles peut servir d'exemple. Ainsi, 

l'apparition des tests génétiques ouvre un nouvel 

espace à la pronostication. L'analyse des gènes 

d'un individu peut révéler, chez ceux qu'on a cou-

tume d'appeler les "porteurs présymptomati-

ques", de futurs développements médicaux plus 

ieurs années, voire plusieurs décennies à l'avance. 

Contrairement à certains autres examens pratiqués 

da fin diagnostique, de tels tests génétiques ont 

une importance proprement pronostique. Celle-ci 

apparaît d'autant mieux que, dans la plupart des 

cas, il n'existe aucune intervention curative spécifi-

que de la maladie ainsi détectée, ni même d'intervention palliative permettant de retarder 

son commencement. La maladie d'Huntington, 

maladie neurologique dégénérative mortelle qui 

commence généralement vers 40 ans, peut servir 

daux le plus exemple archétypal. Il existe à présent, 

pour cette maladie, des tests précis qui révèlent avec cer-

titude si un individu asymptomatique développera 

cette maladie ou non la maladie. On peut pratiquer ce test 

plusieurs décennies avant que le premier symptôme 

ne soit visible. Dans la mesure où il n'existe aucun 

traitement de la maladie, il s'agit là d'un nouvel 

e exemple de la relation complémentaire qui unit la 

thérapie et le pronostic : en effet, l'intérêt pronos-

tique de ces tests génétiques éclipse leur utilité thé-

rapeutique. Dans d'autres situations, les tests géné-

tiques sont utilisés pour obtenir des informations 

pronostiques qui ont de véritables implications thé-

rapeutiques. Par exemple, certaines femmes qui 

subissent des tests génétiques pour évaluer leur 

risque de développer un cancer du sein se soumet-

tent à une mastectomie prophylactique sur la base 

des informations pronostiques ainsi obtenues, 

même si ce pronostic n'est pas certain. Dans la 

mesure où des études de plus en plus nombreuses 

révèlent le fondement génétique de maladies aussi 

diverses que l'empysemé, le diabète, la démence, 

le handicap mental et l'alcoolisme, l'utilisation 

pronostique des tests génétiques ne manquera pas de 

croître.  

Ainsi, la nature de plus en plus technologique, 

post-clinique de la pratique médicale incite de 

plus en plus à rechercher des informations d'ordre 

pré symptomatique, et donc intrinsèquement pro-
nostique. Une maladie «présymptomatique» est en effet l'équivalent spécifiquement pronostique d'une maladie «asymptomatique». L'idée qu'il existe des maladies «asymptomatiques», «cachées», ou «silencieuses» est en elle-même un phénomène très intéressant car il suggère qu'il est possible de parler d'un ordre phénoménologique de la maladie dont le patient n'a aucune expérience subjective. Pour être appréhendé, cet ordre exige l'intercession d'un expert, le médecin, qui doit normalement utiliser des moyens technologiques pour s'en approcher, comme lorsqu'il a recours à des tests diagnostiques pour établir la présence de la maladie alors même que le patient n'a aucun symptôme. Le sens de l'expression «présymptomatique» dépasse cependant celui du terme «asymptomatique». Plutôt qu'il ne déetecte les signes d'une maladie présente chez un individu mais dont celui-ci n'en a pas même présents. Certains médecins sont même venus à appeler «prépatients» les individus chez lesquels les tests génétiques révèlent la présence d'un gène inquiétant. L'idée qu'il existe des maladies présymptomatiques creuse encore davantage l'écart entre la pratique médicale quotidienne et ce que le patient ressent subjectivement face à sa maladie. Par ailleurs, le terme «présymptomatique» dénote la certitude et l'inexorabilité du pronostic: le patient développera à terme les symptômes.

Il est probable, pour les raisons indiquées ci-dessus, que la pronostication gagnera en importance. Mais il est également essentiel de reconnaître que, bien qu'il soit relativement absent de la médecine moderne, le pronostic joue bel et bien un rôle de nos jours en matière de soins médicaux. Le pronostic possède, par exemple, de nombreuses applications fonctionnelles. Il influence les décisions du médecin, qu'il s'agisse de modalités ou de l'opportunité d'un examen diagnostique, d'une thérapie ou de la communication de certaines informations. En choisissant d'établir et de communiquer un pronostic, on peut atténuer le sentiment d'incertitude que l'on a en l'absence de maladie, et ainsi permettre d'agir concrètement. Le pronostic peut également remplir une fonction «structurale» en étant étroitement patients et médecins au sein d'une relation hiérarchique. Les prédictions qui se réalisent (ou dont on pense qu'elles sont réalisées) peuvent renforcer la compréhension que l'on croit avoir du monde et donner corps aux revendications d'autorité des médecins et de la profession médicale dans son ensemble. En affirmant connaître l'avenir, on peut même fonder sa prétention à l'autorité et à la compétence dans d'autres domaines de la pratique médicale. Cet usage de la prédiction en médecine est connu depuis l'Antiquité.

Par-delà ses rôles fonctionnel et structurel, le pronostic peut servir de vecteur symbolique pour l'expression profonde des souhaits, des espoirs ou des attentes. Il sert ainsi à afficher plus sereinement ce qui est incontournable, absurde et aléatoire. En formulant une vision précise de l'avenir, on contribue à satisfaire, même si ce n'est que de façon illusoire, ce désir de ne pas échouer, cette volonté de réussir, qui sont propres à l'homme. Dans sa forme comme dans son contenu, le pronostic donne sens à la façon dont les patients ressentent la maladie. La pronostication permet de symboliser la guérison du patient, la surveillance dont la maladie peut faire l'objet, ou la conscience du médecin.

Le pronostic permet au médecin de soulager le patient que se sent parfois responsable de l'issue de sa maladie. Dans la société américaine, l'accent est placé sur la réflexion et la personnalité des individus en tant que cause de l'action humaine. En insistant sur le fait que les maladies ont une issue possible ou possible, la pronostication réaffirme explicitement l'importance des causes biologiques des maladies humaines et réduit ainsi le recours à l'action humaine en tant qu'explication. Le pronostic réaffirme que l'on ne peut jamais prédire l'issue d'un malade, et ce que le patient et le médecin n'ont aucune expérience et dont ils ne sont pas responsables. Ce sentiment peut être un grand secours aux patients comme aux médecins lorsqu'il n'y a plus rien à faire sur le plan thérapeutique.

Proposer un pronostic est aussi un moyen de symboliser ou d'exprimer l'efficacité des médecins et la réaction des patients. Le médecin « expose un douloureux » qui est suivi par le patient. La pronostication constitue également un effort pour prendre en compte le contrôle de ce qui ne peut être maîtrisé pratiquement: on peut donc, après tout, contrôler quelque chose, puisque la maladie est prévisible et oublie un certain ordre. Le pronostic ne montre donc pas seulement que l'on peut scruter l'avenir, mais également que l'on peut le façonner. L'acte de pronostication s'apparente à une domination opératoire d'un avenir qui est fondamentalement impossible de connaître. Lorsque les médecins pronostiquent, ils formuleraient souvent leurs espérances. Ainsi, par exemple, la pronostication peut servir aussi bien à accepter la responsabilité de l'avenir qu'à la rejeter; à chercher à contrôler ou à y renoncer. Selon les circonstances, un pronostic peut symboliser — ou servir à symboliser — soit la puissance de la maladie et la relative impuissance du médecin, soit l'inverse.

Ainsi, pour les patients comme pour les médecins, la pronostication n'est qu'un moyen supplémentaire d'exercer un certain contrôle sur la mort. Prédire la mort permet de compenser l'impression d'échec qui surgit lorsque, en dépit de l'utilisation, aujourd'hui fréquente, de technologies sophistiquées pour soigner les patients très gravement malades, la mort est inévitable. Si l'on ne peut empêcher que la mort ne survienne, du moins
nait, des espoirs que votre plus sécrète
et plus terrible. dite de l’avenir, on ne
rêve pas ce que de
pas écouter, cette
proprié de l’homme.
En contenu, le pro-
contrôler — et savoir à l’avance — comment
e quand elle survient.
Il n’est pas conséquent et surprenant qu’au
cours des dernières années, les puissances modernes
techniques dont on se servait pour sauver les
maladies graves en tentant de retarder la mort
soient devenues, en large mesure, les plus puissantes
le reflet de cette évolution, tout comme les récents efforts pour
mettre au point des modèles pronostiques d’une
formidable complexité, maîtrisées, nécessitent des
modèles tels que l’ordinateur, les algorithmes
statistiques et les systèmes d’acquisition de données
complexes. En d’autres termes les avancées technolo-
geiques dans le domaine de la thérapie commen-
cent à trouver un écho en matière de pronostic,
normalement pour justifier l’utilisation de ces
technologies thérapeutiques.
Les médecins utilisent également le pronostic
pour mener à bien la mort en un autre sens : ils y ont
recours afin d’éviter qu’on ne les tienne pour res-
ponsables de la mort du patient. Un décès soudain
ou non anticipé est toujours problématique pour les
patients et pour les médecins. En pré-
sentant le patient comme étant dans une situation
qui conduit inexorablement à la mort — qu’il soit
de phase terminale de sa maladie, — mourant
ou condamné — le médecin évite d’être tenu pour responsable du décès, et peut, en même temps,
attribuer le mérite d’avoir bien évalué la
nature de la situation. Comme l’observe le socio-
logue David Sudnow : « Du point de vue du mé-
cin, la situation la plus inconfortable est celle où la
mort survient sans qu’il ait prédit sa possibilité à
l’avance. C’est dans un tel cas que le médecin peut être accusé d’incompétence. Cette
accusation crée, à son tour, les conditions dans lesquelles on peut considérer que le médecin, et non
le processus naturel, inevitable de la maladie, a pu
jouer un rôle déterminant dans le “décès”. »
On doit faire de la mort la conséquence du fait de
plus en plus poussée ou trajectoire, qui est
l’ordre des choses on peut considérer que
la mort n’a pas une cause naturelle et résulte d’une
erreur.
Toute situation clinique impliquant une pronostic
fatale est susceptible d’être chargée d’émotions intenses et pénibles. Celles-ci provien-
nent à la fois de la situation elle-même et des scrupules du médecin à établir un pronostic. Par ailleurs,
une telle situation souligne les limites des connaissances médicales en général et, ce qui est
peut-être pire encore, les limites du savoir et de la
complexité du médecin en question. Face au
caractère incertain de l’avenir ou à l’anxiété qu’il
suscite, les médecins aimeront, dans l’idéal, pos-
sérer la moyen technique de réduire cette anxiété
et cette incertitude. Ainsi, de façon paradoxale, la
pronostication augmente et en même temps
l’angoisse diminue.
Le fait que le pronostic, dans l’ensemble, soit
absent de la pensée comme de la pratique médi-
cale, n’est ni accidentel ni accessoire, car il existe
des normes puissantes qui militent contre l’élabo-
ration et la communication des pronostics. C’est
pour éviter la pronostication que les médecins sont
socialisés. Mais c’est le terme de « sousmission »
dont décrit le mieux cette absence : le pronostic
n’est pas tant absent des soins médicaux que latent
et implicite. Il informe parfois le travail clinique,
même si ce n’est pas de façon explicite, et même si
la question n’est pas ouvertement abordée. Il s’agit
là de l’un des paradoxes centraux du pronostic :
les médecins y ont recours de façon implicite lors
même qu’ils ne l’expriment pas explicitement.
Les médecins ont de nombreuses raisons de ne
pas établir et de ne pas communiquer les pronostics,
parmi lesquelles : la difficulté objective de la pro-
nostication ; l’incertitude et les erreurs inhérentes
au pronostic ; les lourdes conséquences de telles
erreurs, qu’il s’agisse des soins que reçoit le patient,
or de la réputation du médecin ; ou encore les sen-
timents pénibles que le pronostic fait naître chez le
patient comme chez le médecin. Cette réticence est
eas tant plus forte que le pronostic dont un patient
fait l’objet peut dépendre de facteurs sociaux consi-
derables par les médecins comme impondérables ;
or comparaison, le diagnostic et la thérapie semblent
être liés de façon beaucoup plus étroite aux facteurs
biologiques (dont on pense qu’ils sont davantage du
ressort des médecins). Enfin, si l’on évite générale-
d’une établir un pronostic, c’est parce que
l’attention dont la maladie fait l’objet — tant sur le
plan pratique que théorique — traduit la relation
complémentaire qui unit la thérapie et le pronostic :
lorsqu’il existe une thérapie, ce qui est d’ordinaire le
cas, on évite d’établir un pronostic. Les médecins,
cependant, ne se contentent pas d’éviter ou de
négliger le pronostic : ils en ont peur. Cette peur
provient essentiellement de deux sources. Tout
abord, les médecins croient aux prédictions qui se
réalisent d’elles-mêmes. Le fait que les prédications
soient censées produire des résultats les rend dange-
reuses. La seconde raison de cette peur du pronostic
est qu’on identifie le pronostic à la mort. Lorsque
les médecins prédisent qu’une maladie sera fatale,
ils sont aux prises avec leur propre rôle — celui de
retarder ou d’accélérer la mort — et ils se retrouvent
inévitablement face à leur rapport à la mort du
patient, comme à la mort en général.
En médecine comme ailleurs, l’acte qui consiste
to prédire le futur est une tentative pour se saisir
d’un avenir qui nous échappe. De façon très géné-
ralle, la pronostication, qu’elle soit implicite
(comme souvent) ou explicite (ce qui arrive rare-
ment), permet au travail clinique d’avoir lieu. Elle
sert de moteur à l’action en contournant la para-
lyse épistémologique et thérapeutique qui pourrait
naître de la triste grande variabilité à laquelle sont
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Une politique de médicalisation de la famille

Instituée par ordonnance en 1945, la protection maternelle et infantile caractérise un système de surveillance médicale et sociale de l'ensemble des femmes enceintes et des enfants jusqu'à six ans. Organisées à l'origine pour lutter contre la mortalité infantile, ces consultations médicales et ces visites à domicile n'ont cessé d'étendre leur domaine d'intervention à la santé mentale, physique et sociale de l'enfance à l'adolescence, la sexualité des parents et leurs relations conjugales ou encore le dépistage des handicaps. Un dispositif s'est ainsi constitué qui incarne ce que Foucault nomme le « biopouvoir » : une forme de gouvernement dont la fonction de régulation de la vie trouve ses déterminants dans la construction de l'État moderne et de technologies de gestion de la population.

Si la généralisation de la protection maternelle et infantile est relativement récente, la mortalité des nourrissons et des enfants en bas âge est une des premières préoccupations politiques qui émergent à la fin de l'Ancien Régime et donnent lieu progressivement à des innovations institutionnelles. Certes, la diffusion croissante du « sentiment de l'enfance », en particulier dans les milieux de la bourgeoisie, modifie la place accordée dans la société à l'enfant et au rôle de la famille dans son éducation. Mais les impératifs en matière de défense de la Nation et d'essor de l'industrie capitalistique font de la baisse de la mortalité — dont celle des enfants en bas âge — un enjeu politique majeur, au même titre que la maîtrise des épidémies. Faire vivre les nourrissons repose dès lors sur une administration dotée de techniques de surveillance des familles (reconnaissance des naissances et des décès, inspection médicale et sociale) qui s'appuie sur une médecine sociale pour encadrer les mères et les socialiser aux règles d'hygiène et d'élevage de leurs enfants.

Prophylaxie physique, prophylaxie morale

C'est sous la IIIe République qu'un dispositif de « protection des enfants du premier âge » consacre le fléau de la mortalité infantile qu'incarne la création d'un Comité supérieur de protection des enfants du premier âge. La loi de 1874, portée par le D' Rousseau, oblige la déclaration des placements en nourrice et leur contrôle sanitaire (par une inspection médicale locale). Deux autres grandes lois suivant qui élargissent la surveillance aux familles elles-mêmes, intégrant la protection contre la maltraitance et l'abandon moral (1889), avant que le soi-disant rationalisme de l'enfance abandonné (1904). Ces lois concrétisent deux enjeux qui, tout au long du XIXe siècle, accompagnent la transformation des formes d'assistance.

D'abord, envers les enfants trouvés dont l'effroyable mortalité dans les hôpitaux est l'objet de dénonciations perpétuelles, les critiques de la prise en compte au coût humain de cet abus de gratuité s'ajoutent à ceux de la pratique physique et morale de la mortalité infantile. Le malaise de la nécessité de renoncer à l'enfant, des abus (1811), des larmes (1820) et des tentatives de sauver les enfants pour tous les romans et les romans de l'abandon sont relatés dans les précédents chapitres.

La lutte contre les morts est rattachée à une autre dimension, la productivité de la maternité, comme l'attestent les chênes de la brochure médicale de l'année d'édition. Les femmes sont encouragées à produire des enfants afin de faire face à la crise démographique qui frappe l'Europe. Le travail des femmes est valorisé, et elles sont incitées à se consacrer à une vie de maternité et de gestation. Cependant, cette politique des signatures et des dossiers médicalisés est révélatrice d'une intrusion médicale et sociale dans la vie privée des femmes et des enfants, jouant un rôle majeur dans la construction de la famille moderne et de la société de consommation.