

Prédire – rétrodire

Jean-Daniel Lalau

Disponible sur internet le :

Service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, coordination pour la prévention et l'éducation du patient en Picardie (COPEPPI), centre amiénois de recherche en éducation et formation (CAREF), UR 4697, hôpital Sud, CHU d'Amiens, université de Picardie Jules-Verne, 1, rond-point du Pr-Cabrol, 80054 Amiens cedex 1, France
lalau.jean-daniel@chu-amiens.fr

Mots clés

Prédire
Rétrodire
Annonce
Explication
Anthropologie

■ Résumé

Une citation d'Antoine-Augustin Cournot a retenu notre attention : « Il est plus facile de prédire que de rétrodire ». En première analyse, elle a tout du paradoxe, du contre-intuitif même. Y aurait-il pour autant un fond de vérité, voire une vérité tout court ? Si nous souhaitons engager ici une réflexion au sujet de cette assertion, c'est parce que nous pressentons qu'elle recèle un enjeu important s'agissant de la relation de soin, un enjeu en l'occurrence double : celui de l'appropriation d'événements de santé prédits par un médecin, par la prédiction donc; celui aussi de la réappropriation par le sujet malade des événements de santé advenus et de leurs déterminants, cette fois par la rétrodiction. Chemin faisant, nous verrons que le paradoxe n'est qu'apparent. Il peut effectivement être plus difficile de rétrodire que de prédire, en théorie comme en pratique clinique, clinique que nous aborderons avec des situations cliniques saisissantes. Au terme de notre enquête, nous pensons pouvoir faire émerger deux nouveaux concepts en médecine : ceux de « prédiction thérapeutique » et de « rétrodiction thérapeutique » (ou « rétrodiction assistée »).

Keywords

Predicting
Retrodicting
Announcement
Explanation
Anthropology

■ Summary

Predicting – retrodicting

A quote from Antoine-Augustin Cournot caught our attention: "It is easier to predict than to retrodict". At first glance, it seems paradoxical, even counterintuitive. Could there be a grain of truth in it, or even a truth at all? If we wish to reflect on this assertion here, it is because we sense that it contains an important issue regarding the care relationship, a twofold issue in this case: that of the appropriation of health events predicted by a doctor, through prediction; and also that of the reappropriation by the patient of health events that have occurred and their determinants, this time through retrodiction. Along the way, we will see that the paradox is only apparent. It can indeed be more difficult to retrodict than to predict, in theory as well as in clinical practice, a clinical practice that we will approach with striking clinical situations. At the end of our investigation, we believe we can bring out new concepts in medicine: those of "therapeutic prediction" and "therapeutic retrodiction" (or "assisted retrodiction").

« Chacun tourne en réalités,
Autant qu'il peut, ses propres songes :
L'homme est de glace aux vérités;
Il est de feu pour les mensonges. »
Jean de La Fontaine, *Le Statuaire et la statue de Jupiter* (livre IX, fable 6)

Premiers dres

Si cette citation introductive nous fait entrer de plain-pied dans le domaine des croyances, un domaine que nous avons déjà tenté d'explorer [1], une autre citation pourrait peut-être nous permettre de prolonger notre réflexion sur les croyances, mais en empruntant cette fois des chemins détournés : « Il est plus facile de prédire que de rétrodire » [2]. En effet, cette deuxième citation, qui émane d'Antoine-Augustin Cournot – économiste, mathématicien et philosophe français du XIX^e siècle – recèle à nos yeux une véritable problématique.

En toute première analyse, une telle assertion est gênante. Elle est choquante même pour l'esprit : mais comment cela, il serait plus facile de parler de ce qui n'existe pas qu'à propos de ce qui a dûment existé ? Nous pressentons pour notre part que le paradoxe n'est qu'apparent, comme souvent d'ailleurs. Nous pressentons surtout un enjeu important s'agissant de la relation de soin, s'agissant plus précisément des annonces et des effets générés par les annonces faites par un soignant à un sujet malade ou à risque de maladie; s'agissant, plus précisément encore, de l'appropriation ou de la réappropriation de faits de santé annoncés. Prédire et rétrodire, nous (nous) invitons à prolonger la réflexion.

S'approprier déjà les mots

Commençons par le commencement, par nous approprier nous-même les mots « prédire » et « rétrodire ». Ceci en prenant les précautions d'usage car, s'agissant de mots relatifs aux maux, le

sujet est nécessairement sensible. Prenons donc appui sur les meilleures références possibles.

Au sujet de « prédire », voici les deux propositions du portail lexical du CNRTL, le Centre national de ressources textuelles et lexicales :

- « Annoncer à l'avance un événement par inspiration surnaturelle, par voyance ou prémonition »;
- « Annoncer à l'avance un événement par connaissance inductive, rationnelle des causes et des effets ».

Reconnaissons ainsi deux sens bien distincts, presque opposés même, selon que l'on se réfère en effet au « surnaturel » et à la « voyance » (définition A), ou à la « rationalité » (définition B). Qu'en est-il maintenant de « rétrodire » ? Eh bien. . . rien. Tout au moins avec ce même portail du CNRTL. S'agirait-il alors d'un néologisme, avec une difficulté par voie de conséquence pour mettre en regard « prédire » et « rétrodire » ? Ne baissons pas trop vite pavillon et allons consulter la base de données Cairn. Où apparaissent cette fois 46 citations. Comme ce nombre est pour le coup conséquent, nous nous limiterons à sélectionner les références de nature, espérons-nous, à cerner le mieux possible notre sujet.

Un premier article a trait aux imperfections du langage de la modélisation statistique dans la littérature psychologique [3]. Il est dit à leur sujet que les « recommandations d'un langage plus rigoureux passent inaperçues et que l'on continue à contrôler des variables (au lieu de les ajuster) et de prédire des valeurs (alors que l'on ne fait que les "rétrodirer") [notons les guillemets] ». Suivra un chapitre « Prédire ou "rétrodirer" ? », chapitre que nous ne développerons pas ici mais dont nous présentons tout de même le titre pour souligner que nous ne sommes désormais plus les seuls à soulever ce questionnement.

Un deuxième article traite de la représentation d'objet dans la démarche psychanalytique [4]. Nous en citerons juste un extrait, significatif à nos yeux : « notre présent est toujours susceptible de nous aider à réécrire, remanier, rétrodire notre passé ».

Un ouvrage présente « Les 100 mots de l'histoire », mots parmi lesquels nous trouvons « Rétrodictio[n] » [5]. Il est dit à son sujet que l'histoire peut « rétrodire » [notons à nouveau les guillemets]; et d'ajouter que si « la prédiction évalue les chances d'un événement à venir », la rétrodictio[n], elle, « évalue les causes probables d'un événement passé ». L'auteur cite à l'appui l'exemple de l'impopularité du roi Louis XIV : « il [l'historien] fait une rétrodictio[n], il remonte de l'impopularité à une cause présumée » – en l'occurrence l'alourdissement à l'époque de la fiscalité.

Voici un nouvel article, intéressant aussi à nos yeux car il vient s'inscrire à l'opposé de la thèse de Cournot :

« Si le savant peut tout expliquer, il ne peut tout prévoir. Son pouvoir tient à sa faculté de dire comment cela s'est passé, il sait rétrodire mais il n'a pas la faculté, contrairement à ce que pensait Durkheim, de tirer du passé des enseignements pour

Points essentiels

- Cette citation d'Antoine-Augustin Cournot : « Il est plus facile de prédire que de rétrodire » mérite à nos yeux un déchiffrement. Nous pensons en effet qu'elle recèle un enjeu en pratique clinique : celui de l'appropriation ou de la réappropriation d'événements de santé après une annonce faite par un médecin.
- La rétrodictio[n] est effectivement malaisée, pour la double raison de la distance, temporellement, par rapport à l'annonce, et aussi par la prise de distance que le sujet concerné peut opérer, en raison de ses convictions et à l'aune de son anthropologie.
- Au terme du présent travail, nous proposons deux nouveaux concepts en médecine : ceux de « prédiction thérapeutique » et de « rétrodictio[n] thérapeutique » (ou « rétrodictio[n] assistée »).

l'avenir, parce que celui-ci est contingent, parce qu'un événement inattendu peut toujours contrarier ce qui, au moment de la prévision, relevait de l'ordre du possible. Ici, l'auteur doit bien reconnaître la spécificité des sciences sociales aux prises avec un monde infiniment complexe, mais il le fait du bout des lèvres. » [6].

Un dernier exemple, enfin, avec l'examen du réel tel qu'il peut être opéré par un historien ou par un journaliste [7]. Cet article comprend un chapitre intitulé « Rétrodire, postdire et prédire », chapitre que nous présentons ici en son entièreté :

« Pour apprécier la genèse d'un fait, tout sujet effectue deux types de projection successifs dans le passé : mouvement de rétrodiction [souligné par l'auteur] (à rebours du temps, partir du fait pour repérer quelques germes posés comme primordiaux), puis de postdiction (reconstituer les routes possibles de ces germes jusqu'au fait, cette fois dans le sens du temps). Le journaliste, et tout témoin soucieux d'anticiper à chaud les suites d'un fait, ajouteront à ces deux mouvements celui de prédiction (le mot prévision serait plus adéquat, mais par souci de cohérence avec rétrodiction et postdiction, nous garderons prédiction). Mais pour l'historien, qui connaît déjà en partie la suite du fait, le couple rétrodiction/postdiction suffit a priori : il sera seulement pré- ou postfactuel.

Toute rétrodiction, qui contrarie le sens du temps, ne permet qu'un repérage par sauts discontinus, par bonds. Au contraire, toute postdiction, qui colle à la flèche du temps, peut donner lieu à un récit; la prédiction se traduisant au mieux par la formulation de scénarios. ».

Autant dire qu'avec l'ajout avec ce dernier texte du mot « postdire », en outre donc de « prédire » et de « rétrodire », nous complexifions encore les choses.

Bilan d'étape

Au sortir de ce premier travail analytique, nous souhaitons illustrer ce que nous comprenons des mots « prédire » et « rétrodire » en présentant des situations cliniques en appui (figure 1).

Avec la figure 1a, nous souhaitons aller plus loin qu'avec « prédire » seulement ». Il est en effet possible d'établir une nouvelle distinction entre « prévoir » et « prédire » en regard, respectivement, du futur et de l'avenir. Le futur est programmé; il est le « présent qui sera » et ce, à un horizon déterminé plus ou moins lointain, horizon sur lequel l'homme n'a pas de prise (« Demain il fera beau », « Dans un mois, le cerisier sera en fleurs », « La prochaine éclipse totale se manifesterait... »). L'avenir, lui, n'est pas déterminé; il est « à venir », avec le corollaire d'une part d'imprévu (« im-prévu »). Cette part laisse place à l'aventure humaine, face à l'incertain, face à l'aléatoire de la vie. Face à... l'imprévisible.

En présence de marqueurs auto-immuns, par exemple, il est possible de prévoir à l'avance (« pré-voir ») la survenue d'une maladie auto-immune. Il reste à élaborer un scénario pour décrire ce qui va se dérouler. Il en va autrement avec l'avenir. Telle ou telle prédisposition ne se réfère qu'au lit de telle ou telle maladie, un peu à l'instar de la partie cachée d'un iceberg. Le terme « facteur de risque » est à cet égard explicite. Il reste dès lors à échafauder des hypothèses dans l'ordre du possible, de la supposition, au sujet de ce qui peut advenir. Telle est en réalité la véritable prédiction. Tel est d'ailleurs le champ de la nouvelle médecine, dite « prédictive »; dite également « médecine personnalisée ».

Nouvelle médecine, disions-nous; nouvelles techniques aussi : avec l'IA, nous nous trouvons dans l'un ou l'autre cas – celui de la prévision ou de la prédiction – selon, respectivement, que l'ensemble des causes connues d'une maladie est maîtrisé ou presque (on peut alors reproduire les causes de l'émergence d'une maladie comme à la paillasse du laboratoire. Ne parle-t-on pas, avec le langage de l'IA, de « jumeau numérique » ?), ou seulement partiellement connu.

La figure 1b nous fait aller plus loin aussi s'agissant de « rétrodire ». Car, ici à nouveau, il convient d'établir une distinction entre « rétrodire » et « postdire ». Rétrodire fait remonter dans le temps d'un événement de santé advenu aux causes possibles. La démarche est alors celle d'un repérage, d'un déchiffrement. Il en va différemment avec « postdire ». En sens inverse même, puisque l'on tente d'établir au fil du temps cette fois le lien entre des causes identifiées et la survenue d'un événement. Ce faisant, on établit par la force des choses un récit. Comme le dit l'expression populaire, « on refait l'histoire » et ce, chacun à l'aune de son parcours de vie et de son anthropologie, et tout ceci se déroule dans l'après-coup. En écho à la « médecine personnalisée » déjà évoquée, on pourrait parler ici « d'histoire personnalisée », par la force des choses. Le chemin est de ce fait volontiers tortueux, ce que nous symbolisons avec une ligne qui n'est pas droite, mais sinueuse.

Nous progressons. Dans le même temps, avec tout à la fois « prévoir », « prédire », « rétrodire » et « postdire », reconstruisons que complexifions quand même les choses. Aussi, dans un effort de simplification, nous ne parlerons plus désormais, avec la figure 1c, que de « prédire » et de « rétrodire », en résumant notre compréhension des choses à ce stade :

- avec la prédiction, l'annonce de l'éventualité de survenue d'un événement de santé est faite, avec l'espoir d'une appropriation par la personne concernée;
- avec la rétrodiction, il convient, avec le recul, de s'assurer – soigné comme soignant – que cette appropriation soit effective.

En regard des deux grands registres que nous dégagerons désormais, avec prédiction et rétrodiction donc, nous allons présenter des observations saisissantes, issues de notre propre patientèle.

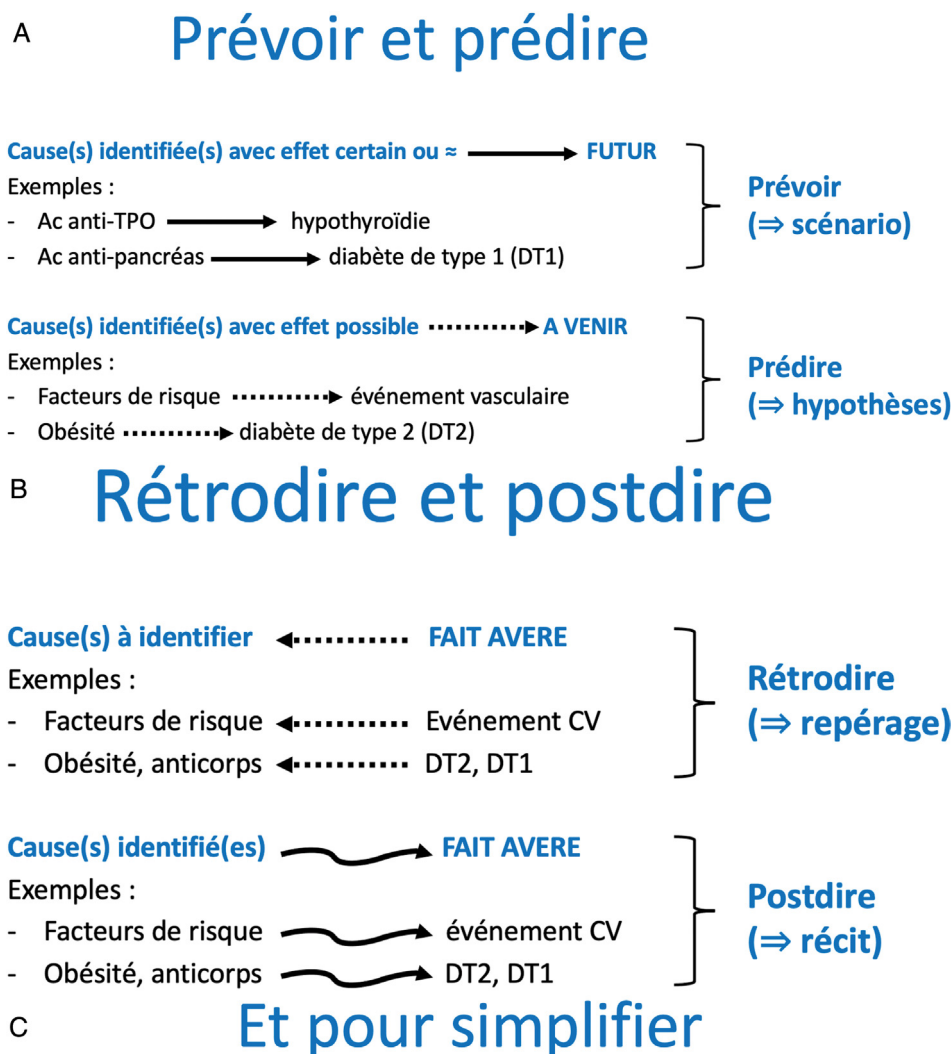


FIGURE 1

a : prévoir et prédire ; b : rétrodire et postdire ; c : et pour simplifier

Prédire et rétrodire : la preuve par la médecine

Prédire. Ou la chronique d'une amélioration annoncée

Dans l'insuffisance thyroïdienne, nous pouvons à juste titre penser être convaincant en annonçant une évolution favorable. Nous pouvons en effet être le plus clair possible sur la chaîne

causale, établir le lien entre les mécanismes connus qui en sont à l'origine (« Vous voyez, ce titre élevé d'anticorps dirigés contre votre thyroïde »), les conséquences cliniques gênantes de l'insuffisance hormonale qui en résulte (« l'ensemble de ce que vous venez de me rapporter »), et les bénéfices à atteindre du traitement substitutif, de surcroît par une hormone dont les effets sont parfaitement connus et pour cause (« parce que c'est la même thyroxine que celle dont le dosage du laboratoire vous

a montré qu'elle vous faisait défaut »). En instaurant ledit traitement compensateur, nous pouvons alors dire en confiance au consultant, après avoir pris en compte le délai d'efficacité, annoncé et justifié : « Vous serez mieux dans une semaine, mieux dans quinze jours, et comme avant dans un mois ».

Le diabète de type 2 est de mécanisme plus obscur. Il n'en est pas moins possible d'annoncer la perte de poids que nous observons habituellement avec les agonistes des récepteurs du GLP1 : « Vous devriez pouvoir perdre 5 à 10 kilos, parce que c'est ce que nous observons généralement ».

Bien dit, espérons-nous. Mais bien entendu pour autant ? Quand nous demandons lors de la consultation suivante aux patients qui ont pu évoluer de façon favorable « M'avez-vous cru quand je vous ai annoncé que vous iriez mieux ? »/« quand je vous ai dit que vous pourriez perdre 5 à 10 kg ? », quelle n'a pas été notre surprise la première fois, et par plusieurs fois depuis lors, de nous voir opposer une rotation de la tête en signe de réponse négative¹ ! Pourtant, nous avons bien tenté d'être le plus convaincant possible lors de la consultation, à la mesure de ce que nous appréhendions parfaitement, au moins dans les situations que nous venons de présenter.

Qu'il est désagréable pour le praticien de devoir constater que la confiance du patient n'a pas nécessairement été au rendez-vous ! Quoi que. Pour nous rasséréner quelque peu, nous nous disons déjà que le consultant est tout de même revenu nous consulter, qu'il/elle est bien ici, devant nous, pour nous rapporter ses doutes. Nous nous disons surtout que si notre propos n'a pas embarqué d'emblée la conviction, il est tout à fait normal que l'acquisition d'un savoir résiste, que le réel résiste; ce qui n'exclut pas que le consultant ait été sensible à l'attention qui lui a été portée, à l'empathie, sinon au zèle pédagogique – en clair, au transfert opéré plus ou moins consciemment par le praticien. Un transfert qui, selon sa nature, peut induire un effet placebo aussi bien qu'un effet nocebo. En outre, malgré les doutes premiers, l'évolution favorable et la perte de poids sont quand même advenues. Il n'empêche; quelle claque n'avons-nous pas moins reçue la première fois !

Nous rapportons régulièrement ce fait dans nos enseignements pour inciter les apprentis thérapeutes à faire preuve d'humilité : « Dites-vous bien que pendant que le médecin présente (un fait, etc.); le patient, lui, se représente, à l'aune de son anthropologie. Je vous invite en conséquence à faire le deuil de "l'explication au patient" ». Parce qu'une telle explication peut être inopérante. Et, *in petto*, je ne peux pas ne pas m'interroger

quand j'entends parler de « médecine par les preuves », de « factuel ». Comme s'il suffisait d'énoncer les faits, les preuves mêmes, pour faire acquiescer de façon quasi mécanique un savoir ! Car s'il y a bien le fait, en tant que tel, dans son « irréfutabilité », il y a tout autant le rapport que chacun entretient avec ledit fait.

Rétrodire. Ou la chronique du retour sur l'annonce de la chronicité

Le tout premier soubassement des huit pôles de prévention et d'éducation du patient qui se sont érigés en Picardie fut une action menée dans les services de cardiologie du CHU d'Amiens [8]. Nous avions convié en son temps (dans les années 1990) des patients hospitalisés en cardiologie précisément pour un événement cardiovasculaire, avec leurs conjoints, à une réunion de groupe animée par un médecin nutritionniste (nous-même) et une diététicienne. L'objectif était de sensibiliser aux facteurs de risque vasculaire, dont nutritionnels. Un tour de table s'est instauré après que nous ayons soulevé le questionnement suivant : « Comment comprenez-vous que vous ayez fait un infarctus ? ». Cette expérience préliminaire s'est avérée particulièrement instructive. Parce que consternante. Force, en effet, a été de faire le constat que les patients connaissaient peu, pas, ou mal leurs propres facteurs de risque, leur maladie artérielle, leur niveau de risque de récurrence, les mesures préventives à adopter personnellement et ce, même après 'n' consultations ou hospitalisations au CHU, pourtant le lieu le plus spécialisé. Ils ne comprenaient pas déjà les mots « coronaire », « angor », « athérome », etc. Dans la même veine, dans l'échange qui s'est poursuivi sur les tenants qu'ils imaginaient pour leur propre cas, la confusion était encore au rendez-vous, entre des facteurs patents mais minimisés, et d'autres véniels mais maximisés (nous disposions alors des données de santé pour chaque participant). Plus surprenant encore. Nous voyons M. X. se décomposer littéralement quand nous lui disons : « Donc vous venez pour un diabète ». Il venait de nous rapporter avec force détail l'historique de la découverte chez lui d'une « glycosurie » dans le cadre d'un dépistage (en médecine militaire) puis d'une « hyperglycémie » (en l'entendant citer ces mots techniques, nous lui demandons : « Vous avez fait médecine ? »/« Non, non, mais j'ai bien compris. On a recherché la présence de sucre dans les urines et comme cette recherche s'est avérée positive on a poursuivi avec le dosage dans le sang »), après quoi il nous a montré à l'appui deux feuilles de résultats biologiques. La première, récente, montrait une glycémie à 4 fois la normale (3,6 g/L); la seconde, datant elle de six ans, affichait déjà une glycémie à 2 fois la normale (1,7 g/L). Pour le dire ainsi, l'affaire était normalement entendue. Malentendue, dans les faits. . .

Nous rapportons aussi dans notre enseignement cette dernière histoire pour inviter à faire la distinction entre le déni – souvent mis en avant par les étudiants – et la dénégation. Dans le premier cas, celui du déni, il s'agit d'un mécanisme psychique

¹ Nous pensons en particulier à un homme de 75 ans de mémoire qui nous a dit en consultation : « Docteur, si je ne me retenais pas, je vous embrasserais ». Effectivement, il allait très bien après l'instauration du traitement de son insuffisance thyroïdienne. Compte tenu de son âge, il estimait – comme peut-être des proches autour de lui aussi – que sa fatigue extrême était due à l'inéluctable épuisement que doit vivre tout sujet âgé. Il se voyait finalement revivre, en quelque sorte ; vivre tout court. Il ne nous avait pas cru pour autant. . .

portant sur le réel par lequel le sujet refuse de voir une évidence; en clair, il ne voit pas, il ne sait pas (et nous poursuivons avec l'exemple du sujet anorexique qui ne se voit pas maigre). Il en va différemment avec le second. Il s'agit cette fois du refus d'accepter, d'admettre une évidence (nous pensons à un patient présentant un diabète de type 2 qui refusait le passage à l'insuline : « Je le savais [qu'il fallait passer à l'insuline] mais je ne voulais pas l'entendre »); en clair, il sait, mais il ne veut pas le savoir (et nous prolongeons notre vignette clinique en formulant cette hypothèse devant les étudiants : « L'histoire ne dit pas pour cet homme si, enfant, il a vu un jour rentrer de l'hôpital sa grand-mère elle-même diabétique avec une jambe en moins... »). Ce que nous voulons dire ici, c'est que la même annonce aura un effet variable, faisant plonger ici dans l'inconnu, là dans le « trop connu », à mesure des antécédents personnels ou familiaux.

Prédire et rétrodire : poursuivons notre réflexion

Avec la [figure 1c](#), nous avons voulu simplifier en ne retenant plus que « prédire » et « rétrodire » (en écartant donc « prévoir » et « postdire »). Pour autant, il nous reste à opérer le plus difficile : à tenter de comprendre ce que nous a dit Antoine-Augustin Cournot (pour rappel : « Il est plus facile de prédire que de rétrodire »).

Une rétrodition difficile, en effet. Ou même impossible ?

Nous avons présenté l'assertion de Cournot dans sa concision, dans toute sa densité. Nous voudrions maintenant lui adosser un commentaire d'une grande richesse, celui qu'a apporté à son sujet Bertrand Saint-Sernin, grand spécialiste de l'histoire des sciences :

« Cournot, il y a un peu plus d'un siècle, notait le paradoxe suivant : il est plus difficile, en science, de reconstituer le passé que d'anticiper l'avenir. L'explication qu'il en donnait est simple : pour faire une prévision scientifique, il faut que deux conditions soient satisfaites : que la situation initiale soit déterminée, et que les lois applicables soient connues. Or, s'agissant du passé, la situation initiale a disparu; et, le plus souvent, on ne peut pas faire jouer à l'état présent le rôle de situation initiale, pour en tirer par rétrodition une régression intelligible vers un état antérieur. "Ainsi, concluait-il, quelque bizarre que l'assertion puisse paraître au premier coup d'œil, la raison est plus apte à connaître scientifiquement l'avenir que le passé" » [9].

Difficulté donc pour connaître le passé. Et une impossibilité carrément, dès lors que le hasard s'en mêlerait ? Tel est bien le cas en sciences physiques et en sciences de la vie : pourquoi ces mouvements de particules en mécanique quantique ?

Pourquoi, dans une même fratrie, l'un hérite du gène morbide, et pas le frère ou la sœur ? C'est le cas également dans les sciences humaines : en histoire, en économie, etc. Quand le hasard est en cause, en effet, l'origine se dérobe plus encore; et comme « la situation initiale a disparu », a-t-il été dit plus haut, on en est réduit à éclairer le passé en reconstituant une histoire. Or, si l'histoire que l'on cherche à reconstituer est véritablement « historique », elle ne peut pas ne pas comporter des rencontres fortuites et autres événements imprévisibles. Il ne sera donc pas possible d'éclairer le passé autrement qu'en procédant par tâtonnements, autrement qu'en établissant des analogies entre une série d'événements dont la suite demeure inconnue et un autre ensemble d'événements dont l'histoire, elle, est connue. Ailleurs que dans les conditions maîtrisées du laboratoire, dans un système cette fois ouvert, il s'avérera impossible de reconstituer l'ensemble des conditions qui auront contribué à l'émergence d'un fait. La seule possibilité qui s'offre à l'entendement des choses, de l'advenue de faits de santé pour ce qui nous concerne, sera de reconstituer une histoire vraisemblable, selon une logique probabiliste. Une histoire à quoi on se raccroche, de la même façon que l'on se raccroche aux branches.

Le poète ne dit pas autre chose : « Tu ne peux te relire, mais tu peux signer » [10].

Et en médecine ?

En première analyse, il n'y a plus d'impossibilité ici à lire, à dire le passé. À tout le moins pour le médecin, par définition réaliste. En effet, la situation initiale est bel et bien apparue. Les facteurs de risque, par exemple, sont encore présents, ou tout au moins ont été objectivés en leur temps (examens paracliniques à l'appui) et par lien de causalité la maladie est bien advenue. Surtout, dans le cas – si fréquent malheureusement – de la maladie chronique, la maladie était là, et elle demeure présente. C'est dire que, pour le médecin, tout ceci « a dûment existé », comme nous le disions en introduction. Mais en va-t-il de même chez le sujet concerné ? C'est précisément ce qu'il faut interroger, en raison des écueils possibles. D'abord, si la maladie perdure, l'annonce de la maladie fait remonter à tel ou tel intervalle de temps. Et dans cet intervalle, ce qui « existe dûment » pour le sujet malade, ce n'est pas, ce n'est plus la résultante de la seule rationalité médicale. Sont à l'œuvre, en lieu et place, les subjectivités, les convictions, les croyances, les appréhensions, les doutes, les peurs. Autant dire toutes les émotions négatives générées par l'effet d'annonce.

« Tout ceci a dûment existé », peut se dire le médecin quand la maladie est belle est bien là; mais ce qui « existe dûment aussi », c'est le récit qu'en fait le sujet concerné, c'est le phénomène de résonance à une annonce que nous avons évoqué plus haut. Il incombe dès lors au médecin de jouer le rôle de traducteur. De double traducteur même, nous dit Luc Andrieux [11]. Avec une traduction d'abord du trouble ressenti, un trouble subjectif (le symptôme), à l'aune de données

cliniques et paracliniques objectives : c'est la « phase intime », parce que basée sur le subjectif; une traduction ensuite de son analyse de la pathologie en adoptant alors un langage adapté (soigné !) : c'est la « phase extime », celle d'objectivation².

Perspectives

À y réfléchir encore, à la suite de la présentation de la citation de Cournot, de la réflexion menée sur les mots, de la présentation ensuite de nos vignettes cliniques, et du travail mené encore après en prenant appui sur le commentaire de la citation par Saint-Sernin; au sortir de tout cet ensemble donc, nous entrevoyons l'opportunité d'élaborer deux nouveaux concepts en médecine : celui de « prédiction thérapeutique », et celui de « rétrodiction thérapeutique ». Cette formulation mieux que celle de « rédition/rérodiction médicale », pour la double raison que ces concepts concernent la thérapeutique, plus précisément l'effectivité de la thérapeutique comme but ultime de toute démarche médicale; ensuite et surtout parce que la prédiction et la rétrodiction peuvent être – devraient être, osons-nous dire – thérapeutiques en tant que telles. Et ceci sans plus chercher opposer « prédire » et « rétrodire ». En effet, que ce soit en prédisant ou en revenant sur une situation pathologique ou un événement de santé, le médecin se devrait d'accorder une attention toute particulière à la portée de son propos. Dans la visée ici que la prédiction qu'il a faite au sujet malade ait sa portée optimale, là que la rétrodiction conjointe, pour une intercompréhension alliant soignant et soigné, permette une appropriation avec le moins de distorsion possible par rapport à ce qui a été annoncé, le cas échéant prédit. Se comporter ainsi, c'est aussi faire vivre une médecine de précision ! (et l'auteur

des présentes lignes de témoigner d'une tentative d'écriture de précision. . .).

Double traduction par le médecin, avons-nous dit plus haut; double démarche aussi, soulignons-nous maintenant. Pour le médecin qui prend l'initiative de la prédiction ou de la rétrodiction, la démarche, en effet, devrait ambitionner d'articuler le cure relatif à la maladie et le care se référant au soin afférent à ladite maladie, d'articuler le savoir de la maladie (dont avec la fameuse déjà « médecine prédictive ») et le savoir sur le sujet malade; d'articuler, en définitive, le discours médical et la narration du patient. Le tout pour aider le mieux possible ce dernier à opérer la conversion de ses croyances en un savoir (sur sa maladie).

« Rérodiction thérapeutique » disions-nous; nous pourrions parler tout aussi bien de « réroduction assistée », en écho à la résilience assistée [12], telle que nous avons pu l'objectiver dans notre parcours d'éducation thérapeutique [13].

C'est dire que de la prédiction et la rérodiction thérapeutique à l'alliance thérapeutique qui devrait se nouer, il n'y a plus guère qu'un pas. Et autrement que sur une ligne de crête.

Déclaration de liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciement : Je tiens à remercier Alain Panero, philosophe et membre aussi du CAREF de notre université de Picardie, pour avoir attiré mon attention sur le commentaire que Bertrand Saint-Sernin donne de la citation d'Antoine-Augustin Cournot, ainsi que pour sa relecture du présent article. Je remercie également Véronique Klopp-Delaunay, psychologue clinicienne à Reims, de sa lecture et de ses commentaires.

² Si le médecin n'a pas été clair, la rérodiction par le sujet malade s'avère impossible. Nous connaissons par trop la scène suivante : un membre de la famille demande à son parent hospitalisé « Que t'a dit le médecin [à la visite, ce matin] ? La réponse peut être cinglante : « Rien ». Rien ? Le médecin qui a conduit la visite pourrait s'en vexer, lui qui a donné force détails. Devant témoins, devant son petit aéropage. Mais ce que ne dit pas l'histoire, c'est comment l'échange s'est engagé avec le sujet malade, alité, fatigué, inquiet pour sa santé, et ne comprenant pas les termes techniques abscons. Il se pourrait effectivement que le médecin n'ait rien dit... d'intelligible. Et combien de fois avons-nous constaté une distorsion importante entre ce que nous a rapporté un proche malade, un patient, et ce qu'a réellement dit le médecin à son sujet – nous qui avons un accès au dossier médical, aux informations « à la source »...

Références

- [1] Lalau J-D. À propos des idées reçues. Med Mal Metab 2025;9:417-20.
- [2] Cournot A-A. Essai sur les Fondements de nos connaissances et sur les caractères de la critique philosophique. Paris: Hachette; 1851 [p. 447. Dans l'édition originale].
- [3] Fischer J-P. Les mots appropriés selon McElreath (2020) et Gelman, Hill et Vehtari (2021). Bull Psychol 2021;4(574):345-6.
- [4] Golse B. La tendresse au regard des différents niveaux de la représentation d'objet. In: Tigrane Tovmassian L, Janssen C, editors. Cadre clinique et tendresse. Des liaisons dangereuses ?. Paris: Coll. « Ouvertures psy »; 2022 [p. 69-82].
- [5] Chapoutot J. Les 100 mots de l'histoire. In: Que sais-je?. Coll. « Les 100 mots »; 2021 [p. 3-127].
- [6] Favre P. Comprendre le monde pour le changer. Épistémologie du politique. Presses de Sciences Po, coll. « Références »; 2005.
- [7] Flageul A. Histoire et journalisme : esquisse d'une autre approche de la réalité factuelle. In: La terreur spectacle. De Boeck Supérieur; 2006 [p. 87-104].
- [8] Lalau J-D, Bernasconi S, Sallé P, Lambrey G, Courtalhat F, Marcelli J-M, et al. Les pôles de prévention et d'éducation du patient de Picardie. Partie 1 : L'historique du processus. Med Mal Metab 2015;9:73-9.
- [9] Saint-Sernin B. « Principe et origine ». Recherches de science religieuse 1993;81 (4):559-80.
- [10] Char R. Feuillet d'Hypnos, Œuvres complètes. Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade »; 1983.
- [11] Andrieux L. « Recherche en soins infirmiers », n° 123, décembre 2015.
- [12] Ionescu S. Traité de résilience assistée. PUF, coll. « Quadrige »; 2011.
- [13] Valot L, Lalau J-D, Cozette-Mience M, Lecointe P, Schauder S, Wawrzyniak M. À l'écoute de l'alliance thérapeutique chez des patients diabétiques des pôles de prévention et d'éducation thérapeutique en Picardie : recherche clinique sur l'attachement, le coping et la résilience. Timisoara: 2^e congrès mondial sur la résilience; 2014.