

L
A
G
A
Z
E
T
T
E
N°
22



Créer

Spécial Saint Germain en Laye



L'Homme fragile. Vers un avenir meilleur ?

Chers amis,

Le Symposium CREER 2024 de St Germain s'est parfaitement déroulé avec 120 participants, de brillants orateurs et le soutien indispensable de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique.

L'intérêt général est croissant mais l'inquiétude plane sur sa pérennité. En effet le Dr X. Grapton, l'infatigable organisateur a prévenu de son désir compréhensible de cesser ce gigantesque travail.

Il devient donc indispensable que des candidats se déclarent pour prendre la relève à l'apogée de cette enrichissante rencontre scientifique et philosophique.

Le nouveau bureau du symposium sera évidemment épaulé par le précédent. Merci à tous pour votre participation et pour vous proposer dans l'élaboration d'un nouveau projet 2025.

Très amicalement.

Dr Patrick LEMESLE

Un mot d'introduction

- L'homme qui a conquis l'espace, a dominé la nature, a maîtrisé la technologie demeure fragile face aux bouleversements climatiques, devant les crises économiques et sociétales mais surtout dans le domaine de la santé.
- Il est fragile physiquement, psychologiquement, affectivement et cette fragilité le traverse jusqu'à sa finitude.
Elle est constitutive de notre humanité.
- La fragilité de l'homme, sa déficience, sa vulnérabilité est cependant ce qui nous rend uniques.
- Mais cette fragilité est aussi une fenêtre vers l'espérance.
C'est le message que délivre Saint Paul aux Corinthiens inspiré par la Grâce et animé par sa détermination « quand je suis faible, c'est alors que je me sens fort ».
C'est la leçon que nous ont donnée nos para-athlètes traumatisés, blessés, amputés, cabossés, cassés mais qui à force de courage et de ténacité ont su surmonter leur handicap et réinventer leur rapport au monde, aux autres et à eux-mêmes.
- Tout au long de cette journée on vous parlera de la fragilité humaine, qu'elle soit engendrée par la maladie, le vieillissement ou l'environnement mais chaque orateur aura à cœur d'allumer cette petite lumière d'espoir pour que dans le futur, grâce à l'inventivité et la volonté de l'homme, sa fragilité naturelle soit accompagnée et apaisée.

Dr X. GRAPTON

Les défis politiques du grand âge

Face aux défis du grand âge et de l'espérance de vie de nos concitoyens qui ne fait que croître, comment les décideurs politiques doivent-ils prendre en charge le dossier des personnes les plus âgées en préservant leur dignité, leur autonomie et leur sécurité ?

Comment imaginent-ils dessiner un projet de prévention de la dépendance, gérer les soins palliatifs, légiférer sur la fin de vie, améliorer les structures d'accueil et de soins et soutenir les aidants ?

C'est le sujet que nous propose le **PR P. JUVIN** Chef de Service des urgences à l'hôpital G. Pompidou et député des Hauts de Seine.

Vieillesse et politiques publiques

Pr Philippe Juvin, MD, PhD
Hôpital Européen Georges-Pompidou

Politiques publiques

- Politiques qui visent à apporter un soutien financier
- Politiques qui visent à favoriser le maintien à domicile des PA
- Politiques qui visent à fournir des structures d'accueil
Financement, personnel, gouvernance, inégalités socio-géographiques ...

Démographie

- 200 ans : 6%
- 100 ans : 8%
- 2020 : 13%
- 2040 : 26%
- Fécondité
- Espérance de vie à 65 ans : 23 ans ; + 9 ans depuis 1981
- Espérance de vie en bonne santé

« Le problème qui se pose est l'accroissement de la population des personnes âgées »

« L'espérance de vie en bonne santé croît mais moins que chez nos voisins »

Définition de la vieillesse

Brel

Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et dorment plus longtemps

Booz

*Et l'on voit de la flamme aux yeux des jeunes gens
Mais dans l'œil du vieillard on voit de la lumière*

« L'OMS classe la vieillesse à partir de 60 ans »

Les évolutions profondes : quelles politiques ?

- La structure de la vie : une succession de séquences
- Les souhaits : proximité familiale et géographique
- Les PA sont utiles !
- La crise de la démocratie : le péri-urbain
- Une société qui exclut



- *« plus la vie est longue plus elle se vit par séquences courtes. En 1900 l'espérance de vie était de 44 ans, maintenant on a plusieurs vies (divorce, déménagements, changement d'habitat, on se met au sport tardivement, etc...). Or l'Etat ne s'est pas adapté à ces séquences courtes. Par exemple : les pensions de reconversion sont toujours liées au mariage ».*
- *« Les gens veulent une proximité familiale et géographique or les politiques n'envisagent pas de s'adapter à ces besoins. Cependant il faudra faciliter la solidarité familiale ».*
- *« Il y a en France 4 millions d'aidants (bénévoles) ».*
- *« L'utilité des personnes âgées : 50% des présidents d'association sont des retraités ; 35% des plus de 65 ans ont une activité bénévole : c'est une richesse absolue au service du bien commun. Il faudrait même penser à un éméritat des personnes âgées pour la transmission de leur expérience ».*
- *70% des français vivent dans le péri-urbain et ils sont exclus de même que sont exclus les fracturés du numérique. »*

L'avance en âge : pluralité des trajectoires de vie

- Robuste : conservation de fonction
- Incapacité : perte de fonction
- Fragile : non lié à maladie d'organe. Réversibilité.

L'âge n'est qu'un FDR

« Les politiques doivent s'adapter à des profils différents et envisager des rattrapages en fonction des séquences de vie (femmes seules, personnes âgées isolées...) ».

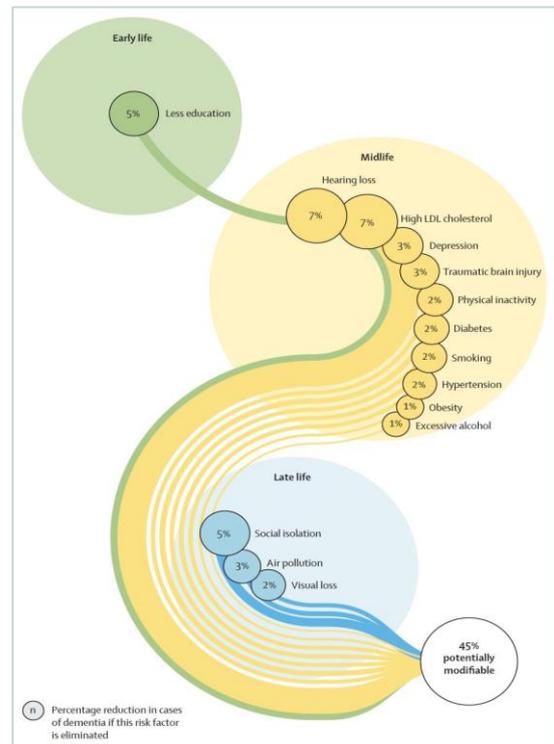
Réduire le nombre de patients

- Prévention
- Isolement solitude
- Maladies chroniques incapacitantes
- Statut socio-économique
- Aidants

Prévention à tous les âges

Brain gains

Reduction in cases of dementia if risk factors were eliminated, %



THE LANCET COMMISSIONS August 10, 2024

Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

« La prévention commence tôt mais l'âge décisif est la cinquantaine (HTA, diabète...) où il y a une accélération du vieillissement. Deux âges pivots 40 et 60 an.

Une politique de prévention à l'âge moyen de la vie permet de prévenir ou de repousser la date d'expression de la maladie d'Alzheimer. Elle permet également de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile ».

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

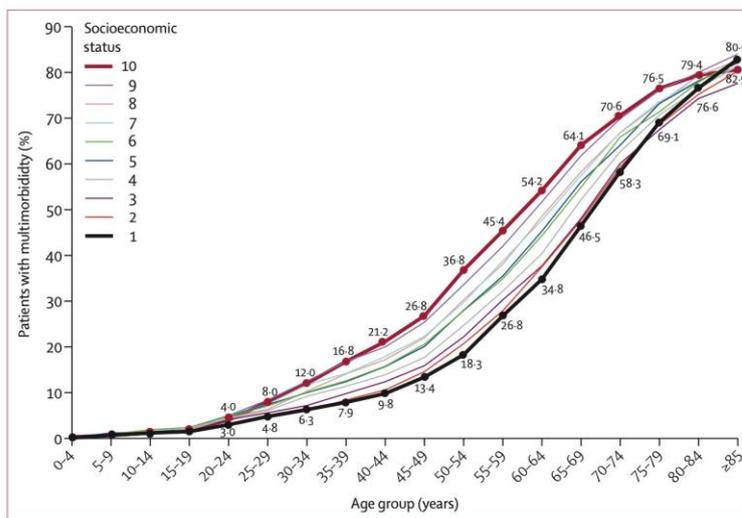
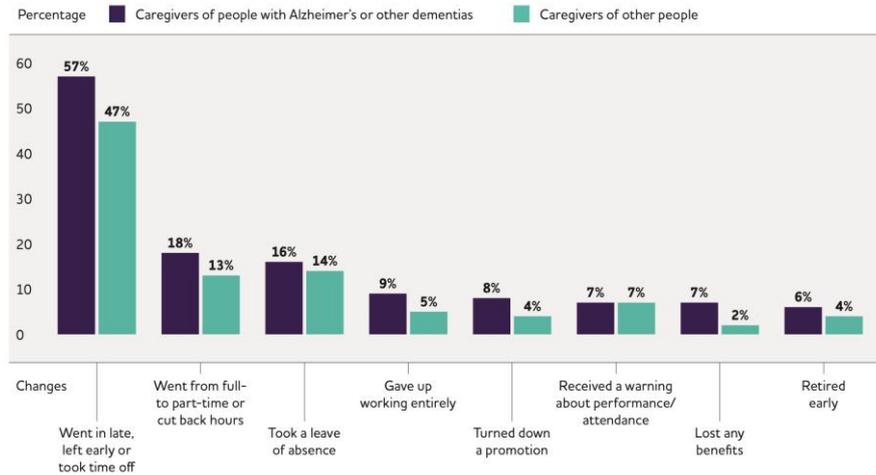


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status. On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Il existe une relation entre pauvreté et multimorbidité

Pas d'aidant = pas de maintien à domicile

Work-Related Changes Among Caregivers of People with Alzheimer's or Other Dementias Who Had Been Employed at Any Time Since They Began Caregiving



Created from data from the National Alliance for Caregiving in Partnership with the Alzheimer's Association. Alzheimer's Association, 2024 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's Dement. 2024;20(5).

« Avec le vieillissement de la population il y aura de moins en moins d'aidants et par ailleurs 57% des aidants rencontrent des problèmes avec leur travail. Il faut donc que les politiques publiques s'attèlent à faire une politique dirigée vers les aidants ».

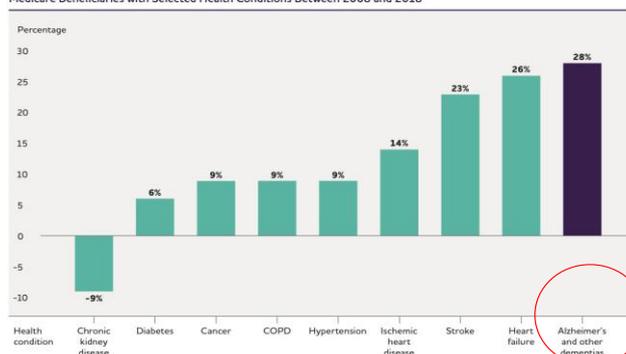
Focus sur Ehpad

- Evolution depuis 20 ans
 - 60% GIR 1-2
 - 8 pathologies cumulées
 - 3 catégories
 - 25% sans dysfonction cognitive
 - 75% troubles neurocognitifs majeurs
 - Santé mentale, handicap ...
- Le nouvel Ehpad : un domicile ?
- Virage domiciliaire

« Il faut adapter la vie en Ehpad comme si on était chez soi (avoir son animal de compagnie, être libre de fumer, de recevoir qui l'on veut...) ».

Adapter le système de santé : les urgences

Percentage Changes in Emergency Department Visits per 1,000 Fee-for-Service Medicare Beneficiaries with Selected Health Conditions Between 2008 and 2018*



*Includes Medicare beneficiaries with a claims-based diagnosis of each chronic condition. Beneficiaries may have more than one chronic condition. Created from data from the U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services.⁴⁷⁷

Alzheimer's Association, 2024 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's Dement. 2024;20(5).

« La plus grande cause d'arrivées aux urgences c'est le nombre de problèmes neurodégénératifs. Il faut une file d'attente dédiée à la gériatrie ».

Adapter le système de santé : moins d'hospitalisations

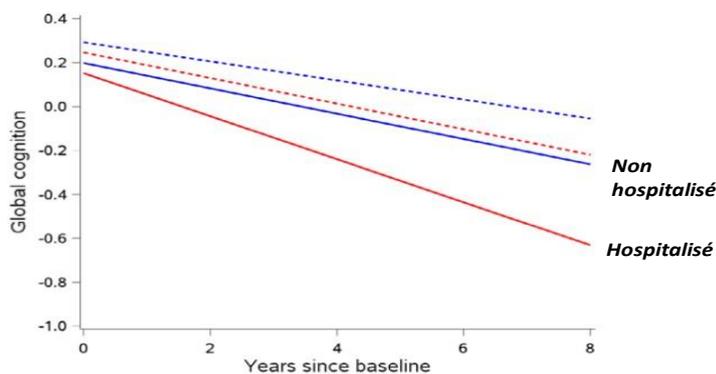


FIGURE 1: Interaction of hospitalization and tau tangle pathology on rate of cognitive decline. Predicted change in a global cognitive function comparing persons who were not hospitalized (blue) versus mean hospitalization rate of 0.5 per year (red), and persons with 25th percentile tau tangle density (dotted) versus 75th percentile tau tangle density (solid), for a female of average age and education, with no amyloid burden, no gross or microinfarcts, no Lewy bodies, no hippocampal sclerosis, and no transactive response DNA binding protein 43 kDa pathology (n = 491).

ANN NEUROL 2019;86:844-852

« Plus vous êtes hospitalisés, plus vous devenez dépendants » et nombre d'admissions peuvent être évitables. »

Conclusion

- La grande pandémie
- Réduire la population en Ehpad
- La prévention
 - Intervenir middle-age
 - Diffère l'expression des maladies neurocognitives
- La démographie médicale en ville
- Les aidants : le Danemark
- La recherche : génétique, insulino-résistance, antioxydants, sarcopénie ...



« La grande pandémie : nous avons été capable de faire ça, continuons et faisons comme au Danemark ».

La fragilité du soignant

Le médecin est confronté à la souffrance de cet autre lui-même et il est confronté à la mort. Ecoute, empathie et parfois compassion mais parallèlement à ce lien humain particulier et unique qu'il a su tisser, c'est aussi un technicien qui doit soulager, guérir et sauver. Par ailleurs chaque médecin est contraint par le temps, doit faire face à la pression institutionnelle et bureaucratique, engager seul sa responsabilité et parfois être exposé à la violence. Cette charge émotionnelle, l'impact sur sa vie personnelle et familiale et les contraintes diverses peuvent conduire à un épuisement physique et psychique et sont les principales causes de sa vulnérabilité. Le **Pr. FOSSATI** Chef de Service en psychiatrie à l'Hôpital Salpêtrière va donc aborder « la fragilité du soignant ».

La Fragilité du Soignant

Pr P. FOSSATI

Service de Psychiatrie d'Adultes & Equipe Contrôle
Intéroception-Attention, ICM-A-IHU,
APHP, Sorbonne Université



IHU-A-ICM



Epidémiologie générale

- **Médecins: population à risque?**
 - de troubles dépressifs (28 %)
 - de trouble anxieux généralisé (24 %)
 - d'état de Stress post-traumatique (4 à 16 %)
 - de troubles de l'usage de toxiques (BZD, autres) ou d'alcool (5 à 20 %)
- **Populations de comparaison?**
 - Population générale
 - Population professionnelle

Mata et al, JAMA, 2015; Harvey et al, The Lancet, 2021

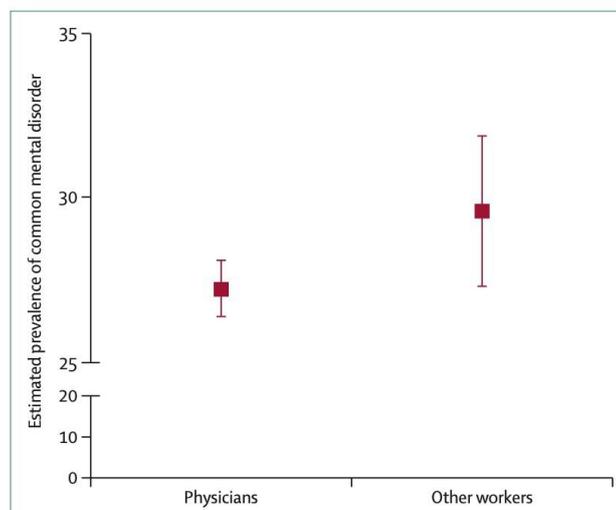


Figure 1: Estimated prevalence of common mental disorders in physicians compared with other occupational groups

Goodwin et al, Plos One, 2013

Conséquences

- Impact sur la qualité des soins
 - Plus d'erreurs médicales chez les médecins déprimés
 - Plus d'erreurs de prescription
-

Suicide

- Mortalité par suicide : 1.44 fois plus élevée chez les médecins
 - Risque > populations professionnelles et population générale
 - Femmes > hommes
 - Anesthésistes, psychiatres, chirurgiens, MG
-

Suicide (2)

- Accès et connaissance des moyens léthaux
 - Retard à la consultation
 - Non prise en charge ou auto-prise en charge
 - Peur de la stigmatisation, des conséquences professionnelles
 - ' On est puceau de l'horreur comme de la volupté 'LF Céline
 - Confrontation à la mort, la souffrance, la maladie?
-

Impact du suicide sur les psychiatres

- 764 psychiatres ont répondu à l'enquête sur 'Encéphale On-line'
- 87.3 % exposés à un suicide de leurs patients
- 13.7 % reportent des symptômes post-traumatiques
- 15 % ont pensé réorienter leurs carrières

Leaune et al, 2020

Burn-out

- ✓ Fait régulièrement la une des médias.
- ✓ Au croisement de plusieurs domaines : médical, social, judiciaire, le monde du travail, la politique.
- ✓ On fait de plus en plus appel dans les entreprises aux psychologues, psychiatres, structures de soutien psychologique, de débriefing

Burn out des professionnels de santé = Thème actuel

- l'Association européenne pour la santé des médecins (European Association for Physician Health, EAPH) a été constituée en 2009.
 - Un congrès de l'European Association for Physician Health s'est tenu à Paris les 24 et 25 avril 2017 sur le thème « Etre un médecin et rester une personne »
-

Définition :

Syndrome d'épuisement professionnel lié à un état de stress dépassé.

Qui se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

H.A.S. Mars 2017

Pourquoi « Burn Out » ?

- « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte »

Métaphore, Freudenberg, psychanalyste (1970)

Les travaux de **Christina MASLACH** ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- ✓ l'épuisement émotionnel,
 - ✓ le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence),
 - ✓ Un sentiment pessimiste de sa propre personne, la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.
-

Origine du concept

- Stress professionnel chronique
- Personnes aidantes
- Des processus et un état
- Conditions particulières de survenue
 - Surinvestissement: intra-personnel
 - Condition de travail : Troubles psychosociaux

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓			Chaque jour ↓			
	0	1	2	3	4	5	6
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !
Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Prévalence

- USA: 28 % de la population professionnelle
- Médecins ou étudiants en médecine : près de 50 % burn-out et 5% sévère (Kansoun et al, JAD, 2019)
- Sondage publié par l'Ordre National des Infirmiers en 2018 (1), 63% des IDE souffrent d'un ou plusieurs symptômes d'épuisement professionnel.

Plus de 42% des répondants déclarent ainsi « *se sentir très souvent à bout* » au terme de la journée de travail et autant déclarent se sentir fatigués le matin avant d'avoir à affronter une autre journée de travail.

- Majorée avec la crise COVID

Prévalence (2)

- **860 psychiatres français ou francophones**
- **25 % scores élevés à la CBI**
 - **Pratiques publiques**
 - **Femmes**
 - **Nombre d'heures travaillées**
 - **Types de pathologie (schizophrénies)**
 - **Gardes (> 4 nuits /mois)**

Nuss et al, 2020

Causes et mécanismes

- **Facteurs favorisants**
 - **Conditions environnementales**
 - **Facteurs individuels (vulnérabilité)**
-

Bureaucratose

- 1) Troubles de la pensée : dominés par le recours à la pensée magique et l'annulation.
 - a) Inversion magique des causes et des conséquences (exemple : en matière médicale c'est l'offre médicale qui crée la demande des malades ; alpha et oméga de la pensée hospitalière depuis 30 ans).
 - b) Annulation magique de la réalité par l'invocation forcenée de concepts organisationnels amenant à répondre aux manques de moyens des fonctions exécutives par la création de fonction supposément support.
 - c) Préoccupation excessive pour des détails au détriment de l'essentiel-ou-Préoccupation excessive pour la forme au détriment du fond.
 - d) Usage excessif de postulats non justifiés venant appuyer, par la grâce de la pensée magique, une conclusion déjà prise et faussement concertée.
 - e) Considère qu'un problème pratique est d'abord une question philosophique devant être traitée de façon heuristique-ou-Absence totale d'intelligence pratique.
- 2) Troubles de la communication (expression et compréhension) : dominés par la triade surdité-cécité-mutité.
 - f) Surdité profonde aux arguments en provenance du terrain-et, éventuellement, accuse les acteurs du terrain de ne pas avoir fait remonter correctement l'information.
 - g) Refus de dialogue caractérisé par un usage excessif du monologue ininterrompu-ou-enfonce des portes ouvertes d'un air sentencieux.
 - h) Usage excessif, dans le discours et les écrits, de l'imparfait du subjonctif et de la double négation.
 - i) Recours excessif aux précautions oratoires, au conditionnel, à des concepts théoriques abstraits, et au principe de précaution.
 - j) Difficultés à comprendre le second degré ; absence de sens de l'humour.

Mahé V, Huff. Post, 2020

- 3) Troubles de la mise en action : dominés par l'indécision.
- k) Psychorigidité émaillée de volte-face réguliers.
 - l) Référence systématique à des instances décisionnelles multiples, complexes et sur-empilées.
 - m) Dévotion pour les règlements, circulaires, décrets conduisant à interdire tout ce qui n'est pas obligatoire, et rendre obligatoire tout ce qui n'est pas interdit.
 - n) Recours excessif aux réunions, concertations, avis, questionnaires, tableaux XL et circuit complexes de validation avant toute initiative.
 - o) Considère que la méconnaissance totale du terrain confère une hauteur de vue exceptionnelle, confinant à l'extra-lucidité-ou-Mépris pour l'expérience de terrain.
- 4) Troubles de la relation à autrui : dominés par l'évitement.
- p) Evitement du dialogue, de la confrontation et déplacement systématique des conflits au bureau d'à côté-ou-recours systématique à des réponses à côté.
 - q) Mépris, pouvant se teinter d'ironie.
 - r) Négation, banalisation, indifférence pour la souffrance d'autrui.
 - s) Haine de l'imagination d'autrui, ressentie comme une attaque personnelle vis-à-vis du vide intérieur du malade.
 - t) Accusations récurrentes d'incompréhension ou de mauvaise volonté de la part des exécutants de terrain. Considère que c'est aux exécutants de trouver les moyens de concilier les contradictions réglementaires.
- 5) Symptômes divers : aboutissant à l'invention de solutions inefficaces pour régler des problèmes imaginaires.
- u) Dévotion pour l'économie qui coûte cher.
 - v) Fanatisme égalitaire trahi par l'usage régulier d'exceptions.
 - w) Refus persistant de trouver un accord avec les instances d'une autre chaîne décisionnelle, voire organise les désaccords entre instances.
 - x) Sens étrange de l'anticipation, focalisée sur le futur immédiat ou l'an 3000, mais jamais sur la période de temps se situant entre ces deux extrêmes.
 - y) Pratique la vengeance budgétaire lorsqu'il est contredit ou frustré.
-

Causes et mécanismes (2)

• Facteurs individuels (vulnérabilité)

- Hyper-investissement
- engagement professionnel excessif voire inadapté
- Traits de personnalité
- Atcds de dépression

Conséquences

- Arrêt de travail
- Départs anticipés
- Impact sur la qualité des soins

Prises en charge

- Individuelles
- Tout au long de la vie
- Collectives
 - Organisationnelle

Vulnérabilité et Dignité

Variations sur le tendon d'Achille

Pr. Eric FIAT, Philosophe, Pr des Universités de Paris Est, Mb de la Commission d'Étiques de la SFH 77.

On raconte dans la mythologie grecque que la belle Thétis et le grand Pélée, tombèrent amoureux l'un de l'autre au premier regard...

On raconte aussi dans la mythologie grecque que leur amour devint d'emblée si fort, qu'il ne se contenta pas d'être *platonique* – comme disent même ceux qui n'ont pas lu Platon... On raconte en somme dans la mythologie grecque que la belle Thétis et le grand Pélée cueillaient souvent dans les bras l'un de l'autre les doux fruits d'amour...

Et ce qui devait arriver arriva !

Des amours de Thétis et de Pélée, naquit un jour un enfant que ses parents nommèrent Achille. Soucieuse qu'il soit fort et même invulnérable, sa mère le plongea dans les eaux du fleuve Styx, parce qu'il paraît que tout corps plongé dans ce liquide en ressortait, du moins disait la légende, invulnérable.

Achille était donc invulnérable...

Invulnérable ?

Non, car vulnérable au talon par laquelle sa mère l'avait tenu – le fameux « talon d'Achille »...

Achille crût cependant en force, comme en beauté.

Soucieuse qu'il soit bien élevé sa mère le confia au centaure Chiron, qui afin de lui communiquer une force irrésistible le nourrit de cervelles de tigres et de lions – car il paraît que tout enfant nourri de ces cervelles en devenait, disait la légende, invulnérable – et donc semblable aux dieux.....

Semblable aux dieux ? Oui, mais cependant pas dieu lui-même, car par son talon vulnérable, humain donc en quelque chose.

Et c'est bien cette vulnérabilité essentielle que devait rappeler la prédiction d'un oracle, prédiction selon laquelle les Grecs ne gagneraient pas la guerre de Troie sans l'aide du grand Achille – qui cependant en mourrait.

Dévastée par la prédiction, Thétis l'envoya, déguisé en jeune fille, à la cour de Lycomède, roi de Scyros. S'épuisant dans leur combat contre les Troyens les Grecs cherchèrent Achille partout, avant qu'un autre oracle ne leur révèle sa cachette. On envoya alors le rusé Ulysse à la cour de Lycomède, roi de Scyros. Déguisé en marchand Ulysse se présenta chargé de bijoux et d'armes devant les femmes de la cour, parmi lesquelles Achille se cachait. Et toutes les femmes choisirent des bijoux, excepté Achille qui réclama des armes. Étonnante bêtise, qui valut à Achille d'être conduit à Troie, où cependant il fit merveille par son courage et sa force, ce qui lui valut de nouveau d'être jugé invulnérable.

Mais la mère du héros savait bien ce jugement erroné. Pour empêcher la réalisation de la prédiction elle fit fabriquer par Héphaïstos (Vulcain, le dieu forgeron), une armure impénétrable. Il fallait bien cependant qu'Achille rencontre son destin, qui est celui d'un homme, en somme d'un être vulnérable ! Car Achille tomba amoureux de Polyxème, fille de Priam, et ce fut cet amour qui provoqua sa perte. Lors du mariage il dû bien enlever son armure : rendu par-là vulnérable il reçut une flèche au talon, qui entraîna une blessure mortelle...

Cette belle histoire supporte bien des interprétations, dont l'une pourrait être que l'amour est à la fois ce sans quoi nul homme n'accomplirait son destin, mais aussi son talon d'Achille, son point de vulnérabilité : être amoureux, n'est-ce pas toujours perdre une partie de sa maîtrise, de son autonomie, de son indépendance ? Car l'amour est une heureuse hétéronomie, une heureuse dépendance, à laquelle Tartuffe même rend hommage en disant à Elmire à qui il vient d'avouer sa flamme :

*De vous dépend ma peine ou ma béatitude,
Et je vais être enfin, par votre seul arrêt,
Heureux si vous voulez, malheureux s'il vous plaît*

Mais ce n'est pas sur cet enseignement qu'il nous faut ici insister, mais plutôt sur cet autre contenu dans la légende, qui est que ce qui sépare les hommes des dieux est précisément leur vulnérabilité. Pour remédier à celle d'Achille Thétis a usé de tous les moyens à sa disposition : l'*hydrothérapie* (la thérapie par la plongée dans le Styx), la *métithérapie* (la thérapie par la ruse), la *vulcanothérapie* (la thérapie par l'aide de Vulcain). Mais nul autre moyen n'aurait pu remédier à la vulnérabilité de son fils bien-aimé que l'arrachement à sa condition humaine même. N'ayant pas le chiffre de cet arrachement Thétis dut bien admettre en même temps que l'humanité de son fils la mortalité d'icelui. Car en l'homme la mort finit toujours par trouver ce que nous nommerons la faille dans l'armure, le lieu vulnérable dans le corps invulnérable, la partie démunie de la forteresse.

Ces considérations ne doivent pas nous conduire à insister par trop sur l'essentielle vulnérabilité, sur l'essentielle fragilité de l'homme. Comme le disait si bien Paul Ricoeur l'homme n'est pas qu'un être pour la mort, mais aussi un être pour la vie. Le constat de nos fragilités ne doit pas nous conduire à négliger nos forces, et notre joie d'être tient aussi à l'heureuse actualisation des puissances qui sont les nôtres. La question essentielle est cependant ici de savoir si notre *dignité* d'être provient d'abord des forces en question, et si leur absence voue nécessairement à une forme d'indignité.

En d'autres termes : quels rapports tisser entre notre vulnérabilité et notre dignité ? Ce qui fait notre valeur¹, est-ce notre vulnérabilité ou notre manière de la surmonter ? Ou bien ni l'une, ni l'autre ?

On pressent les dangers qu'il y aurait à valoriser la vulnérabilité comme telle, valorisation conduisant à ce que Nietzsche nomme une morale du ressentiment, une morale tarissant les sources même de la vie. Mais on pressent tout aussi bien les dangers qu'il y aurait à faire de la vulnérabilité une indignité, ce qui conduirait à bâtir de la dignité une conception à la fois discriminante et hiérarchisante : certains hommes seraient dignes, d'autres ne le seraient pas ; et parmi ceux qui le sont certains le seraient un peu, d'autres beaucoup, d'autres passionnément, d'autres à la folie... Où donc est cette dignité, si elle n'est ni dans notre vulnérabilité ni dans notre manière de la surmonter ? Répondre à cette question passe nécessairement par l'esquisse d'une anthropologie cherchant à déterminer quel rôle joue la vulnérabilité dans notre aventure d'homme.

Dignité et vulnérabilité du petit d'homme

De cette essentielle vulnérabilité humaine le nouveau-né n'est-il pas l'incarnation, la métonymie ? Car la naissance du petit d'homme apparaît bien comme celle du plus fragile des êtres, dont la survie doit tout à ceux qui l'accueillent. On dira que c'est là le lot commun de bien des petits vertébrés, de l'oiseau tombé du nid, du renardeau chassé du terrier ? Oui, mais il faut dire cette fragilité et cette absolue dépendance infiniment plus durables chez le petit homme que chez le petit animal, parce que celui-ci vient au monde riche d'un instinct qui lui permet de souvent trouver sans avoir même besoin de les chercher les chemins de sa survie. Car tel est bien l'instinct : l'ensemble des moyens que la nature donne à un être pour lui permettre de satisfaire ses besoins. Or la pauvreté des hommes en instinct est une donnée anthropologique de base. Car aux hommes aussi la nature a donné des besoins, mais non pas les moyens permettant de les satisfaire. Non pas que les hommes soient sans instinct, et les animaux tous sans intelligence ! Mais il nous semble que le plus intelligent des animaux a toujours plus d'intelligence qu'il n'a d'instinct, et le moins intelligent des hommes toujours plus d'intelligence qu'il n'a d'instinct. Aussi maintiendrons-nous que le petit d'homme est le plus vulnérable des vulnérables, le plus fragile des fragiles, le plus dépendant des dépendants, le plus précaire des précaires. Sans doute aussi le plus riche en puissances – mais ne possédant presque rien des moyens de les actualiser seul. Précaire, et donc précieux, il n'a d'abord d'autre pouvoir que celui de recevoir. Car il y a un abîme entre ce que l'enfant est et ce qu'il peut, entre l'infinité de sa valeur et la quasi absence des moyens de la faire respecter : écart infini entre

¹ L'adjectif *dignus* signifie en latin « qui vaut, qui a de la valeur ».

la dignité infinie qu'on suppose à l'enfant, et l'infinie vulnérabilité qui est la sienne² : souffle fragile, petits poings serrés de l'enfant au berceau ; valeur absolue cependant de cette vie.

Mais que signifie le fait de deviner à l'enfant une valeur absolue, c'est-à-dire une *dignité* pas moindre qu'à l'adulte riche de ses puissances, pouvoirs et facultés, sinon que ce ne sont pas ces puissances, pouvoirs et facultés qui font la dignité de l'homme ? Ce « découplage » entre la dignité et les facultés devrait conduire à ne pas accorder moins de dignité à l'adulte polyhandicapé qu'à l'enfant dit « normal », qui comme lui est aphasique, tétraplégique, incontinent, figure même de la dépendance. D'où vient cependant que beaucoup de nos contemporains hésitent à accorder au polyhandicapé cette dignité qu'ils accordent spontanément à l'enfant ? Ne serait-ce pas parce que l'on pressent que chez l'enfant cette dépendance n'est qu'un état provisoire quand elle est chez le polyhandicapé un état sans doute définitif ? Car bientôt l'enfant actualisera ses puissances, bientôt marchera, parlera, ira seul aux toilettes et lira de beaux livres. Aussi est-il plus facilement accueilli dans notre monde que le polyhandicapé, et cette *mondanité* de l'enfant « normal » de se traduire en *mondanités*, de se monnayer en félicitations, en festivités, en cadeaux discrètement ostentatoires, en exclamations jouées, en insincérités calculées, en poncifs revisités :

- « Ah ! Lorsque l'enfant paraît... » (car généralement du poème de Victor Hugo on ne connaît qu'un vers...)
- « Il aura des mains de violoniste ! »
- « Il a la fossette de son père... »

Autour du berceau du nouveau-né normal tous se transforment en fées, et la tante Carabosse avare et méchante de rester sagement assise dans son fauteuil.

Mais autour du berceau de l'enfant « anormal » point de chignons, de cravates et de mondanités, parce qu'il y a doute au sujet de sa mondanité, comme il y a doute au sujet de la mondanité de l'adulte handicapé comme du vieillard dit « dément ». Et doute au sujet de leur dignité ?

Sont-ce des personnes ?

Une formule devenue rituelle en notre monde semble supposer ce doute sans fondement, formule selon laquelle il faut « respecter la dignité de la personne humaine ». Répétée dans les églises comme dans les loges, dans les hôpitaux comme dans les tribunaux cette formule contient l'idée d'une contemporanéité de l'humanité et de la dignité : le simple fait d'être une personne humaine donnerait une dignité absolue, intrinsèque, inaliénable, inconditionnée, inconditionnelle. Bien sûr il reste à démontrer que tous les hommes sont des personnes, ce qui suppose la réfutation de la notion même de *human non person*.

Être dans le monde en tant que personne requiert, au minimum, un certain niveau de sensibilité et de conscience. Le simple maintien des fonctions biologiques ne suffit pas. Les centres supérieurs du cerveau sont nécessaires à la vie des personnes parce que, en leur absence, il n'y a même pas un minimum de conscience. Quand il n'y a pas de cerveau antérieur, il n'y a pas de personne.³

Et Singer d'ajouter que certains singes ayant des facultés intellectuelles supérieures à celles de certains hommes (ce qui est vrai, malheureusement), devraient avoir plus de droits qu'eux.

Il y a là le plus grand éloignement vis-à-vis de la définition kantienne de la personne. Le criticisme oblige à ce que la raison qui fait la dignité de l'homme ne soit en rien comprise comme une faculté, puisque l'un des effets de la critique est de fonder l'affirmation de la dignité humaine sur la présence en l'homme d'une instance le transcendant : l'humanité, comprise comme fin. Sauver l'idée d'une dignité attachée à l'humanité comme telle suppose donc qu'on regarde les hommes en deçà ou

² Sur ces points voir le beau texte de G. Richard, *Le nouveau-né à la croisée de tous les dons*, philo.pourtous.free.fr.

³ P. Singer, *Questions d'éthique pratique*, Paris, Bayard, 1997, p. 46.

au-delà des facultés qui sont les leurs. Et à ce regard l'étymologie nous semble inviter, le mot personne recelant une belle ambiguïté puisqu'il désigne à la fois une présence, à la fois une absence.

Une présence, puisque l'on pourra dire que six cents *personnes* ont assisté hier à telle représentation de *L'Avare*. Et *une absence*, puisque le pronom indéfini masculin singulier *personne* est synonyme de nul. Et de cette ambiguïté, un philosophe jouera tout aussi bien qu'Ulysse. Au cyclope Polyphème qui lui demandait son nom, on se rappelle qu'Ulysse le rusé répondit qu'il était « personne ». Incompréhension et soupçon des autres cyclopes quand ils virent arriver vers eux Polyphème, son œil unique crevé, et qu'à la question de savoir qui lui avait fait cela il répondit que c'était « personne ». Polyphème aurait-il encore abusé de nectar ?

Et de même, regarder l'homme comme une personne, c'est à la fois *considérer la présence* en lui de la loi morale, et à la fois *ne pas considérer* les qualités qui font de lui un personnage. Pour parodier Musil, on dira que la personne est *l'homme sans qualités*. Ce qui ne signifie évidemment pas l'homme plein de défauts, mais l'homme considéré abstraitement des qualités, négatives comme positives, qui font de lui personnage aimable ou détestable, admirable ou méprisable, grand ou misérable. Comment passe-t-on alors du personnage (l'homme avec ses qualités) à la personne ? Par dépouillement, abstraction, ascèse, réduction. Il s'agit au fond de se désintéresser des qualités de l'autre (sa séduction, son humour, sa beauté, sa virtuosité ; ou bien : sa lâcheté, son égoïsme, sa laideur, sa difformité) pour constituer la personne. Et pour ce faire, s'intéresser à la voix de la loi morale qui passe, sonne à travers lui, et oblige à le respecter : car personne vient de *per-sonnare* qui signifie : résonner au travers de. La personne, c'est donc l'être au travers duquel sonne la loi morale, *et non point forcément celui qui en a conscience*. Car la conscience, c'est ce qui définit l'homme comme un sujet plutôt que comme une personne.

Ne pas confondre le sujet et la personne, donc, car il faut distinguer entre le fait d'être habité par une instance morale, et le fait d'en avoir conscience. Sinon, le vieillard dont l'esprit est impitoyablement dévoré par la maladie d'Alzheimer ne serait plus une personne, pas plus que le polyhandicapé ou le plurihandicapé. Or s'il n'est peut-être plus un sujet, il ne laisse pas d'être une personne. Parce qu'on peut être plus ou moins conscient, et parce que c'est la conscience qui fonde la subjectivité, on peut imaginer qu'il y ait des degrés à la subjectivité, que les hommes puissent être plus ou moins sujets. Mais si c'est la simple présence de la loi morale qui fait d'un homme une personne, et non pas la conscience qu'il en a, alors les hommes ne sont pas plus ou moins des personnes : même celui qui a perdu la conscience de cette loi morale, même celui qui en a perdu jusqu'au souvenir ne laisse pas d'être habité par elle.

Voilà ce que nous semble contenir la simple expression selon laquelle il faut « respecter la dignité de la personne humaine » : l'idée d'une égalité des hommes en dignité, quand bien même leur inégalité en facultés reste une évidence. Mais d'où vient cette idée, et d'où vient que la proclamant avec hauteur le matin nombre de nos contemporains semblent y renoncer le soir, prononçant coutumièrement un jugement d'indignité à l'égard des plus vulnérables des hommes. Répondons à ces deux questions tour à tour.

Origine de l'idée d'une égalité des hommes en dignité

Cette idée ne fut pas dans l'Antiquité la chose du monde la mieux partagée. La *dignitas* était à Rome une charge publique que ne pouvaient recevoir tous les hommes. A la dignité d'édile, de consul ou de proconsul ni les femmes ni les enfants, ni les barbares ni les pérégrins, ni non plus les esclaves non affranchis n'auraient pu être élevés. De cet emploi du mot nous avons gardé quelque trace, par exemple lorsque nous disons d'un homme qu'il a été *élevé à la dignité* d'officier de la légion d'honneur. Cette élévation, comme salut donné à un mérite singulier et rare, ne saurait sans perdre toute signification aller à tous les hommes ! Quel sens y aurait-il à plastronner dans les trains ou les salons de thé, si au plastron de tous il y avait le même coquelicot ? Ainsi la dignité était-elle à Athènes comme à Rome un privilège, un apanage.

Certes la raison grecque comme la raison romaine avaient fait cette découverte géniale, que l'inégalité des citoyens en fait n'impliquait en rien leur inégalité en droit : Alcibiade est plus beau

que Socrate, Démosthène plus éloquent que Lysias, mais ces inégalités ne laissent pas qu'ils soient égaux en droits. Tous les hommes ne sont cependant pas citoyens ! Et bon nombre n'ont nulle vocation à l'être ! On remarquera d'ailleurs que ceux que nous nommons de nos jours « handicapés » étaient très coutumièrement exclus des *dignitates*, l'adoration qu'éprouvaient ces civilisations pour la belle forme les vouant presque logiquement à refuser aux difformes jusqu'à la dignité de vivre. Comme l'a démontré Marie Delcourt⁴, l'inquiétude à l'endroit de la difformité était une inquiétude universellement partagée dans l'Antiquité classique. L'exposition des enfants nés difformes était une pratique aussi bien spartiate, athénienne que romaine. S'il fut des époques de l'Antiquité pour pardonner, voire pour valoriser la difformité acquise lors du combat militaire pour la Cité, la difformité interdisait en revanche l'accès à une charge publique (*dignitas*) ou à sa pérennité, en bonne part parce qu'il fallait que le corps du magistrat fût empreint de *decus* (d'honorabilité, de décence⁵) pour être digne d'une *dignitas*. Très ordinairement le déshonneur (*dehonestamentum*) du corps engendrait celui de l'homme. Les candidats à une magistrature devaient se présenter sur une estrade, de façon à être visibles de tous⁶, et les moqueries, les plaisanteries les plus directes n'étaient alors pas rares, comme la lecture de Cicéron nous l'apprend éloquemment. Ces moqueries à l'égard des handicaps, moqueries que nous autres modernes nous interdisons généralement au nom du respect de la dignité humaine, c'était précisément le souci de la *dignitas* qui faisait les Anciens se les permettre. Même quand une maladie portant atteinte à l'intégrité physique n'empêchait pas d'exercer pratiquement une charge, elle l'empêchait cependant pour des raisons symboliques, et les démissions spontanées de magistrats blessés dans leur intégrité physique en raison d'une maladie ou d'un accident étaient courantes. Comment expliquer ce genre de disgrâce, sinon par une manière d'adhésion à l'apparence, cette adhésion pour laquelle Nietzsche a tant vanté les Anciens ?

Lorsqu'Aristote pose que la *polis* vient à l'existence en raison de la vie, mais ne demeure en existence qu'en raison de la vie *bonne*, le Philosophe rejoint une conviction qui fut la chose du monde antique la mieux partagée : à savoir que toute vie n'est pas digne d'être vécue. Seule la vie bonne est digne, et ne saurait être bonne la vie d'un être par trop éloigné de la forme de l'espèce à laquelle il appartient. Ce qui frappe d'indignité ces vies que nous appellerions handicapées, c'est fondamentalement aux yeux des Anciens leur trop évident manquement à la belle forme. Inquiétude donc à l'endroit de la difformité, inquiétude pouvant entraîner à l'envi autant de rejet que de fascination, les deux attitudes, quelque différentes qu'elles puissent apparaître, pouvant cependant se rejoindre en ceci qu'elles rendent également incertaine la dignité, voire l'humanité du difforme.

Certes les mythes firent une place à la difformité : les figures d'Œdipe et d'Héphaïstos reviennent en mémoire. Comme le note J.-P. Vernant⁷, comme Cocteau déjà l'avait illustré, Œdipe est à la fois l'homme au pied enflé (*oïdos*), et l'homme qui sait (*oïda*) percer l'énigme posée par la terrible sphinge au sujet du pied. Mythes et tragédies du monde antique ne cessent de dire l'indépassable ambiguïté de ses héros, la paradoxale ressemblance de la brute et du divin, le toujours possible passage de l'en deçà à l'au-delà de l'humain. De là la possibilité que le difforme ne soit pas uniquement regardé comme un rebut, mais aussi comme un héros. Que le seul pouvoir que puisse exercer le difforme soit le pouvoir tyrannique indique cependant les limites de cette héroïsation : à la simple dignité d'homme libre il semble n'avoir jamais accès.

Et de l'ambivalence du difforme témoigne aussi la figure d'Héphaïstos : ce dieu étrange, dit parfois boiteux, parfois nain, souvent cagneux, dont la naissance est trouble et entachée de mystère est à la fois terrifiant et fascinant, faible et puissant. Si, comme le dit très finement H.-J. Stiker, sa monstruosité lui interdit d'être du côté du *pouvoir* (entendu au sens politico-social), elle lui donne

⁴ Marie Delcourt, *Stérilité mystérieuse et naissance maléfique dans l'Antiquité classique*, Bruxelles, Ed. Unil Ddc, 1986.

⁵ Voir C. Baroin, « Intégrité du corps, maladie, mutilation et exclusion chez les magistrats et les sénateurs romains », in *Handicaps et sociétés dans l'histoire*, dir. Franck Collard et E. Samama, Paris, L'Harmattan, 2010., p. 50.

⁶ *Idem*, p. 67.

⁷ J.-P. Vernant, « Le tyran boiteux, d'Œdipe à Périandre », in Jean-Pierre Vernant et P. Vidal-Naquet, *Œdipe et ses mythes*, Paris, Ed. Complexe, 1988.

cependant une *puissance* – occulte, artistique ou plutôt artisanale – qui a quelque chose de magique : « Sa faiblesse native lui ouvre le domaine de l'efficacité mystérieuse. »⁸

Oui, il faut constater que la mythologie comme la littérature firent une place à ce que nous nommerions de nos jours « handicap », comme elles surent plus généralement – l'aventure d'Achille nous en informe assez – faire une place à la vulnérabilité comme indice d'humanité. Mais ce ne fut jamais là rien de plus *qu'un peu de douceur dans un monde de durs* à l'endroit de la vulnérabilité particulière des infirmes, dont l'indignité est partout prononcée.

L'idée d'une égalité des hommes en dignité nous semble avoir en revanche été l'un des *credo* des Chrétiens, au point que la face du monde aurait bien pu en avoir été changée.

Du christianisme et non du judaïsme ?

Le Christ contre les Pharisiens

Parce que tous les hommes ont été faits à l'image et selon la ressemblance d'un Dieu unique quand les animaux ont eux été faits selon leur espèce, ils sont tous porteurs d'une dignité absolue, inaliénable, inconditionnée, inconditionnelle. Cette idée est l'une des inventions les plus prodigieuses du Premier testament, et elle devrait porter en ses flancs la réhabilitation de la dignité des difformes, si souvent humiliés dans les mondes antiques. Mais si l'Antiquité gréco-romaine fut obsédée par la forme, l'Antiquité juive le fut par la pureté, cette obsession de la pureté la conduisant souvent à réserver aux « handicapés » un sort peu enviable. On sait que les injonctions lancées en direction des hommes par Dieu sont très généralement précédées du commandement d'être *saints*. Car si seul Dieu est saint, les hommes doivent cependant s'approcher le plus qu'ils peuvent de la sainteté divine. Dès lors, les grandes catégories à l'intérieur desquelles va se jouer la dignité de l'homme seront celles du sacré et du profane, mais aussi du pur et de l'impur. La loi exige que ce qui entre dans le temple soit pur : objets, animaux, hommes, tous doivent être purs pour être dignes d'y entrer.

*Les animaux qu'on offre en sacrifice doivent être sans tares, les femmes doivent être purifiées après l'accouchement, les lépreux doivent être séparés des autres hommes et, même lorsqu'ils sont guéris, lavés selon le rite avant d'aborder le temple. Toutes les sécrétions corporelles sont considérées comme des souillures et interdisant l'accès au temple. Les prêtres ne peuvent approcher la mort que lorsqu'un de leurs proches parents est moribond.*⁹

De nombreux chapitres du *Lévitique*¹⁰ traitent de cette question de la pureté et de la purification. Réduire ce souci de pureté à sa dimension hygiénique, ce serait évidemment manquer sa dimension éminemment symbolique. Il faut donc rappeler que « saint » signifie séparé, mais aussi intègre, entier, un. Ce qui conduira à regarder l'infirmes, celui que nous dirions handicapé, comme indigne de célébrer le culte. Mis sur le même plan que les prostituées ou les femmes que leurs menstruations rendent impures, les infirmes peuvent certes participer au culte, mais jamais aller jusqu'au sanctuaire, que leur présence profanerait. Ils ne peuvent présenter les offrandes, comme le rappelle l'article « *blemisch* » de l'*Encyclopedia Judaica*¹¹, qui fait la liste des tares rendant inapte à cette présentation : la cécité, certaines maladies des yeux, certaines blessures, la déformation du nez « écrasé entre les deux yeux »¹², la claudication, l'amputation d'un membre, la difformité du squelette, la dégénérescence des muscles, l'ablation d'un testicule...

⁸ H.-J. Stiker, *Corps infirmes et sociétés, Essais d'anthropologie historique*, Paris, Dunod, 2005, p. 55.

⁹ M. Douglas, *De la souillure, Etudes sur la notion de pollution et de pureté*, Paris, La Découverte, 1992. p. 70.

¹⁰ Lévit. 21, 16-24 ; 22, 21-22.

¹¹ P. 1091. Voir aussi Sylvie Anne Goldberg, avec la collaboration de Véronique Gillet, Arnaud Sérandour et Gabriel Raphaël Veyret, *Dictionnaire encyclopédique du judaïsme*, Paris, Robert-Laffont / Editions du CERF, coll. « Bouquins », 1996, p. 244.

¹² Inévitable pensée pour Socrate chez tous les philosophes...

Il y a donc bien ce que Henri-Jacques Stiker appelle une *impureté culturelle* des infirmes¹³, le souci de la pureté s'étant abîmé chez les Pharisiens en véritable obsession. Or c'est à cette obsession que le Christ va s'en prendre, conduisant par là à une inoubliable réhabilitation des infirmes et difformes.

Mais si cette réhabilitation devait avoir lieu, c'est sans doute parce que le lien devait avoir été souvent établi, entre l'indignité culturelle et l'indignité morale et au-delà entre l'infirmité et le péché. Or c'est ce lien que le Christ semble avoir voulu couper, sans désemparer. Sa colère à l'endroit des disciples (« Taisez-vous ! ») vient de qu'ils lient ce que Lui veut délier. Le mal est fait pour être supprimé. A leur question de savoir *pourquoi* cet homme est né aveugle, il ne répond pas par le « parce que » qu'ils attendent, mais par un « afin » : « afin que les œuvres de Dieu soient manifestées en lui. » Comme l'écrit France Quéré : « Absent des maléfices, Dieu réapparaît dans l'urgence de la guérison. »¹⁴ Et c'est dans cette guérison que se trouvent les œuvres et le travail de Dieu, qu'il faut accomplir tant qu'il est jour : « Les disciples attendaient une spéculation, leur maître leur répond par le corps à corps avec la douleur. »¹⁵

Il apparaît cependant que pour pouvoir faire ce travail Jésus devra briser des interdits, et brouiller la distinction du pur et de l'impur. L'opposition du sacré et du profane, l'opposition du pur et de l'impur n'était pas seulement spatiale, elle était aussi temporelle : le sabbat est dans le temps ce que le temple est dans l'espace. Or Jésus guérit les infirmes le jour du sabbat.¹⁶ Ce qui est spontanément vécu comme un scandale, et conduira les Pharisiens à le juger pécheur. En *Matthieu* 21, le Nazaréen fait venir à lui des aveugles et des boiteux, et les guérit. Il dit même les malades, les infirmes, les marginaux « les premiers dans le Royaume de Dieu ». Et c'est en transgressant l'obsession pharisienne de pureté qu'il accomplit le lien de l'amour et du soin, comme la parabole du bon Samaritain le montre éloquemment.

Un homme descendait de Jérusalem à Jéricho, et il tomba au milieu de brigands qui, après l'avoir dépouillé et roué de coups, s'en allèrent, le laissant à demi mort. Un prêtre vint à descendre par ce chemin-là ; il le vit et passa outre. Pareillement un lévite, survenant en ce lieu, le vit et passa outre. Mais un Samaritain, qui était en voyage, arriva près de lui, le vit et fut pris de pitié. Il s'approcha, banda ses plaies, y versant de l'huile et du vin, puis le chargea sur sa propre monture, le mena à l'hôtellerie et prit soin de lui. Le lendemain, il tira deux deniers et les donna à l'hôtelier, en disant : « Prends soin de lui, et ce que tu auras dépensé en plus, je te le rembourserai, moi, à mon retour. » Lequel de ces trois, à ton avis, s'est montré le prochain de l'homme tombé aux mains des brigands ? Il dit : « Celui-là qui a exercé la miséricorde envers lui. » Et Jésus lui dit : « Va, et toi aussi, fais de même ». (Luc 10, 29-38)

Il est ici urgent de ne pas trop vite accabler le prêtre et le lévite pour leur manque d'amour, et sous le chef d'inculpation de « non-assistance à personne en danger ». On sait que dans ce texte tout dépend du sens qu'on donnera à l'expression « à demi mort » : notre homme était-il mort, ou encore vivant ? On pouvait s'y tromper. Et l'hypothèse vient que si et le prêtre et le lévite passèrent outre, c'est parce qu'ils crurent l'homme mort, et voulurent obéir à la Loi qui interdit à qui doit célébrer le culte de toucher un mort, afin de n'être pas impur. Faut-il alors supposer que c'est leur respect pour la Loi qui les fit manquer du sens du prochain ? Répondre à cette question n'est pas ici le lieu. Notons cependant que la majorité des commentateurs semble s'accorder pour dire que la faute et du prêtre et du lévite n'a pas tant pour origine le respect pour une Loi que le Christ n'a nulle intention d'abolir, que le respect pharisien pour la seule loi de pureté. Et précisément, nombreux sont les passages des Évangiles où le Christ vient ébranler l'opposition trop juridique que son peuple trace entre le pur et l'impur.

¹³ H.-J. Stiker *op. cit.*, p. 22.

¹⁴ France Quéré, *Si je n'ai pas la charité*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994, p. 47.

¹⁵ *Idem*, p. 48.

¹⁶ Voir Mt 12, 10-12 ; Mc 3, 2-4 ; Lc 6, 7-9, etc.

Surtout, il est enseigné ici que c'est dans le cœur que se joue la pureté, non dans le corps. Les rites de purification du corps n'effaceront pas plus les souillures du cœur que le sablon et le grès ne feront disparaître les taches de sang de la clé de Barbe Bleue, ou les parfums de l'Arabie retrouver à la petite main de Lady Macbeth sa pureté. En tous cas si à ces rites est prêtée une efficacité immédiate. Leur prêter une efficacité immédiate est croyance magique, ou superstitieuse, plutôt que vraie foi. Car on ne peut nier que le vent (qui chasse les miasmes : purification *aérotechnique*), que l'eau (qui nettoie les plaies : purification *hydrotechnique*), que le feu (qui cautérise les plaies : purification *pyrotechnique*) ne puissent purifier le corps. Mais l'inspiration évangélique est qu'il faut d'autres lessives pour les impuretés du cœur. Ces rites de purification seraient vus comme une propédeutique à la purification du cœur, dont ils seraient le symbole, ou bien encore la métaphore, qu'il en irait tout autrement. Mais il semble que la faute du pharisien soit justement de prendre le moyen pour la fin, le fétiche pour la chose, et la lettre pour l'esprit. Sa faute est de prendre la souillure du corps pour une faute de l'âme alors qu'elle n'en est que la métaphore. Et c'est cette faute qui va le faire manquer son prochain, faute suprême en l'occurrence. Le souci de rester pur l'a fait considérer la promiscuité avec le malade comme ce qui l'eût détourné de sa vocation alors qu'elle était l'occasion de la réaliser. Sa vocation était d'aller à la rencontre du prochain et pour cela de se faire nomade, son souci de la pureté l'a fait monade, et fermer la porte et la fenêtre de son cœur, quand il n'y a de salut que pour qui ouvre sa porte et même sa fenêtre. Et l'on sait bien que par la fenêtre entre celui à qui on a fermé sa porte : le lépreux, le fou, l'errant, la personne handicapée. L'impur, donc. L'obsession de la pureté fait craindre l'altérité comme la peste ou la lèpre, comme l'occasion d'une souillure, d'une contamination, d'une infection, d'une altération, d'une aliénation, quand elle est au contraire l'heureuse occasion d'un éclatement du moi monadique. Le prêtre qui est « passé outre » a voulu poursuivre sa route quand Dieu voulait qu'il acceptât d'être *dérouté* par la souffrance de l'homme. Et c'est ce qu'a fait le Samaritain. Il a touché l'homme parce qu'il a été touché.

Et voilà pourquoi le Christ va toucher. Écrouelles, plaies, femme adultère, morts : rien ne lui fera peur. Et la rédemption de saint Julien l'Hospitalier voulait qu'il touchât le corps impur du lépreux, et redevînt pur d'avoir accepté le contact avec l'impureté.

Julien ôta ses vêtements ; puis nu comme au jour de sa naissance, se replaça dans le lit ; et il sentait contre sa cuisse la peau du Lépreux, plus froide qu'un serpent et rude comme une lime.

Il tâchait de l'encourager ; et l'autre répondait, en haletant :

— « Ah ! je vais mourir ! Rapproche-toi, Réchauffe-moi ! Pas avec les mains ! non ! toute ta personne ! »

Julien s'étala dessus complètement, bouche contre bouche, poitrine sur poitrine. Alors le lépreux l'étreignit ; et ses yeux tout à coup prirent une clarté d'étoiles ; ses cheveux s'allongèrent comme les rais du soleil ; le souffle de ses narines avait la douceur des roses ; un nuage d'encens s'éleva du foyer, les flots chantaient. Cependant une abondance de délices, une joie surhumaine descendait comme une inondation, dans l'âme de Julien pâmé ; et celui dont les bras le serraient toujours, grandissait, grandissait touchant de sa tête et de ses pieds les deux murs de la cabane. Le toit s'envola, le firmament se déployait ; et Julien monta vers les espaces bleus, face à face avec Notre-Seigneur Jésus, qui l'emportait dans le ciel.¹⁷

Le soin de tout homme est donc bien non l'abolition mais l'accomplissement de la loi, mais cet accomplissement suppose d'aller au-delà du pur respect pour la loi de pureté : ce qui a élevé le geste du Samaritain au rang de modèle de la relation au prochain, c'est qu'il ne s'est pas soucié de pureté, pur en cela. Le mal n'est point dans les souillures extérieures, mais dans la conduite qu'on aura vis-à-vis d'autrui. Tout dépend de ce qui se passe au cœur de l'homme.

Pareille conception fut sans conteste pour les infirmes une *chance* extraordinaire. Jésus lève l'interdit culturel qui les frappait, et en appelle à leur soin. Il invite à son banquet « les estropiés, les

¹⁷ Flaubert, *Trois contes*, Paris, LGF, « Le Livre de poche », 1972, p. 36.

aveugles, les boiteux »¹⁸ ; il va vers ceux sur qui pesait un interdit (infirmes donc, mais aussi lépreux, prostituées, mourants, morts), non pas d'abord pour accomplir une œuvre sociale mais pour déconstruire ce qui dans la religiosité juive les vouait à une certaine indignité.

Il nous semble donc qu'en matière de « handicap » le christianisme a bien accompli ce que le Premier Testament suggérait déjà, à savoir que les hommes sont égaux en dignité – ce qui n'a de sens que si la dignité est « découplée » des facultés, puissances et talents en quoi on la fit souvent consister. Nous ne pouvons qu'éprouver gratitude pour ce geste, dont l'un des premiers effets est de dire égaux en dignité le plus vulnérable et le plus puissant des hommes.

Il nous semble cependant que la manière chrétienne d'affirmer l'impeccable dignité du plus vulnérable des hommes (et le Christ est cet homme) est grosse d'effets pervers, dont les personnes « handicapées » purent souffrir.

D'un possible effet pervers

Pourquoi cette prédilection singulière du Dieu fait homme à l'égard des pauvres, des malades, des souffrants, des disgraciés, des abandonnés ? Serait-ce que la maladie, que la souffrance, que la laideur, que l'abandon – que la vulnérabilité donc – sont de bonnes choses ? Certes pas ! N'oublions cependant pas que le Christ prêche en un monde conquis par Rome, et où les valeurs antiques sont encore dominantes : richesse, beauté, santé, renommée. Extraversion essentielle de l'homme antique, comme a fait remarquer Jean-Pierre Vernant. L'homme grec comme l'homme romain se projette et s'accomplit dans ses œuvres, et n'est que « le miroir que les autres lui présentent ». Sa vérité, la réussite ou l'échec de sa vie, sa moralité et donc sa *dignité* se jouent sur la place publique. L'idée moderne selon laquelle l'approbation de sa propre conscience est chose de plus grande valeur que l'approbation des autres eût semblé absurde aux Anciens. La mort de Socrate¹⁹ en est en un sens l'indice : décrété indigne de vivre parce qu'il aurait corrompu la jeunesse le philosophe accepte une sentence qu'il pense injuste parce que la Cité ne saurait errer. Il refuse la fuite qu'ont organisée pour lui ses amis, et boit la ciguë.

De sorte que l'homme qui a perdu crédit, renommée, richesse, santé, beauté (une valeur si importante dans l'Antiquité, bien des statues nous le rappellent !) a tout simplement perdu sa dignité d'homme. C'est justement pourquoi le Christ va vers cet homme. Car l'homme chrétien se caractérise fondamentalement par son orientation hors du monde : mépris du « monde », qui n'est pas Son Royaume, chez les chrétiens pour qui la dignité de l'homme se joue plus dans et par sa relation à Dieu que dans et par sa relation au monde.

Il s'agit donc de dire à l'homme qui pense avoir perdu toute valeur, avoir perdu jusqu'à sa dignité d'homme parce qu'il est laid, pauvre, malade, souffrant, faible, méprisé qu'il y a des valeurs plus hautes que la beauté, que la richesse, que la santé, que le bonheur, que la force, que la renommée. Cet homme reste digne de l'amour de Dieu, qui pour le lui faire comprendre va se faire homme comme lui et aussi pauvre homme que lui : « il est entré librement dans sa passion », c'est-à-dire dans sa souffrance.

Mais cette idée, qu'on peut trouver sublime, peut donner lieu à des effets pervers. La thèse est bien connue : puisque le Christ a souffert, qui souffre est plus proche du Christ que qui ne souffre pas. De proche en proche, on fera de la pauvreté une bonne chose (il est plus facile à un chameau de passer par le chas d'une aiguille qu'à un riche d'entrer en Paradis), de la faiblesse une bonne chose (heureux les pauvres en Esprit, car le royaume de cieus est à eux), de la souffrance également (heureux ce qui pleurent, car ils seront consolés), de la captivité pas moins (Il apportera, aux captifs, la libération)... Et que les derniers soient appelés à devenir les premiers confirmerait pareille intuition. Un pas de plus, et l'on fera de la disgrâce mondaine l'indice de la grâce divine, et on affirmera la souffrance rédemptrice.

¹⁸ Lc 14, 11-14.

¹⁹ Laquelle supporte évidemment maintes autres interprétations.

Certes, on pourrait démontrer, textes à l'appui, qu'il n'est pas du tout sûr que pareille affirmation soit conforme à l'esprit du christianisme. C'est même notre conviction profonde. Mais n'a-t-elle cependant pas hanté bien des Hôpitaux, Hôtels-Dieu, Hospices de la Charité ? Quelle mère d'enfant handicapé de jadis ne s'est pas entendu dire qu'en souffrant, elle « achetait sa part de Paradis » ? Le retard français dans l'administration des antalgiques, analgésiques fut-il seulement le fait de chirurgiens qui faisaient de la douleur un symptôme utile au diagnostic, et refusaient l'anesthésie pour mieux démontrer la virtuosité de leur geste opératoire ? Certes non.

Considérer la valorisation de la souffrance comme l'*effet pervers* d'une certaine lecture des Evangiles signale assez notre thèse : nous pensons cette lecture coupable. Il faut lire *L'homme du ressentiment* de Max Scheler pour s'en convaincre. Dans ce magnifique petit livre, Scheler examine la validité des reproches nietzschéens à l'endroit du christianisme.

Le soupçon nietzschéen

Que reproche Nietzsche aux chrétiens ? D'avoir valorisé la vulnérabilité (la faiblesse, la maladie, la souffrance) au point d'avoir inversé radicalement les valeurs. Et notre auteur de soupçonner la valorisation de la pitié à l'égard des faibles d'être la ruse des faibles, qui, trop faibles pour l'emporter dans le jeu des forces, mais cependant habités comme tous les êtres par cette *volonté de puissance* en quoi consiste la vie même, ont trouvé là moyen de l'emporter sur les forts, c'est-à-dire sur les dignes.

Il faut prendre ce soupçon au sérieux. Nous dirons même que le christianisme aurait tout intérêt à l'affronter, pour reconnaître dans quels cas il est pertinent. L'une des plus indignes des conduites nous semble la victimisation : se transformer en victime alors même qu'on est coupable, pour attirer à soi la compassion. Détestable tentation, qui pourtant nous menace tous. Prendre au sérieux le soupçon nietzschéen est précisément ce que fait Scheler ; mais pour lui opposer une *critique* sérieuse du christianisme, d'où ressort que cette religion ne valorise pas la souffrance, la faiblesse, la vulnérabilité en somme.

Certes, des paroles comme celles que nous citons plus haut inquiéteront, et légitimement : « heureux ce qui pleurent, car ils seront consolés » ; « il est plus facile à un chameau de passer par le chas d'une aiguille qu'à un riche d'entrer en Paradis » ; « heureux les pauvres en Esprit, car le royaume de cieux est à eux ». Invitation à ce que coulent des larmes de crocodiles ? Non pas. Disqualification radicale de la richesse ? Pas plus : car si les Evangiles condamnent les mauvais riches, c'est qu'il en existe peut-être de bons, ainsi ceux qui possèdent des richesses sans être possédés par elles. Apologie de la sottise ? Certes pas : car il ne faut pas confondre la pauvreté *en* esprit et la pauvreté d'esprit. La bêtise, l'étroitesse d'esprit agacent souvent le Christ. Et puis le terme qu'emploie Matthieu et qu'on traduit par esprit est *pneuma*, et nullement celui que l'évangéliste emploie pour dire intelligence, qui est *dianoia*. Ce n'est pas *parce que* ces hommes sont pauvres, malades, laids, souffrants, faibles, et méprisés que le Christ s'en approche, mais *bien qu'*ils soient atteints de ces disgrâces. Le mépris, la souffrance, la laideur, la maladie, la pauvreté restent des figures du mal, c'est-à-dire de *ce qui devrait ne pas être*. Mais qui est, tout de même : leur présence, à jamais totalement éradicable en ce monde, fait que celui qui en souffre doit être accompagné.

Il ne s'agira donc jamais de justifier la souffrance, de même qu'il ne s'agira jamais de justifier que les sabots d'Hélène soient tout crottés, que son jupon de laine soit tout mité, et que son cœur ne sache pas chanter : il s'agit d'aimer les âmes en peine, plutôt que la peine de ces âmes ; de leur faire comprendre que leurs disgrâces ne signifient pas la disgrâce.

On aura remarqué que les valeurs contemporaines sont à peu près les mêmes qu'à l'époque où vivait le Christ : beauté, richesse, santé, force, renommée. Qu'il y ait quelqu'un pour dire à celui qui pense avoir perdu sa dignité parce qu'il a perdu sa beauté, sa richesse, sa santé, sa force, sa renommée : cela n'est-il pas assez beau ?

Mais il y eut parfois cependant, au prix de ce que nous pensons une mauvaise lecture des Evangiles, une valorisation de la vulnérabilité dont il n'est pas sûr que les « handicapés » aient toujours profité.

Pour toutes ces raisons, il fallait que Kant vînt...

Et il est venu ! En 1785 Emmanuel Kant fait paraître un livre qui devait révolutionner notre conception de la dignité de la personne humaine : les *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Dans cette œuvre Kant fait au sujet de la notion de dignité deux gestes aux conséquences incalculables : un geste de démocratisation d'une part ; un geste de laïcisation d'autre part. Voilà les deux gestes kantien qu'il nous faut à présent décrire.

Dignes même si Dieu n'existait pas : d'un inoubliable geste kantien

Précédant de trois ans la *Critique de la raison pratique*, les *Fondements de la métaphysique des mœurs* (1785) est une œuvre que sa difficile préface ne doit pas décourager de lire jusqu'au bout : s'y trouve une pensée dont on peut dire qu'elle a, en quelque chose, changé la face du monde. Non pas que l'affirmation d'une essentielle dignité humaine soit une invention de Kant : Boèce, Pic de la Mirandole l'ont précédé, et de belle manière. Mais pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, il est affirmé que *tous les hommes sont dignes d'une dignité absolue et doivent être respectés, et ceci, même si Dieu n'existait pas*. Mais d'où vient que tout homme est digne, si cette dignité ne lui vient plus de l'hypothétique existence d'un hypothétique Dieu l'ayant créé à son hypothétique image et hypothétique ressemblance ?

On se souvient qu'avant de mourir, Kant aurait demandé à ce que fût inscrite sur sa tombe cette belle formule de la *Critique de la raison pratique* : « Deux choses me remplissent d'émerveillement : le ciel étoilé au-dessus de nos têtes, la loi morale en nous. » Telle est la réponse kantienne à la question que nous posons plus haut. Elle consiste à faire dériver la dignité de l'homme de la simple présence en lui de la loi morale. Or la loi morale parle en tout homme. Elle habite toute raison, « même la plus commune ». Elle se trouve en tout homme comme le bois dans l'arbre, on ne peut pas ne pas l'y trouver. Ajoutons, et ce point est très important, que la présence en l'homme de la loi morale ne lui donne pas que des droits, mais aussi des devoirs, parce que cette présence en lui ne fait pas que l'élever, mais aussi l'humilie :

La loi morale humilie inévitablement tout homme, quand il compare avec cette loi la tendance sensible de sa nature.

Mais en même temps [...] nous devons nous sentir élevés et nous estimer hautement nous-mêmes, car nous avons le sentiment d'une valeur intérieure qui nous met au-dessus de tout prix, et nous confère une dignité inaliénable, bien propre à nous inspirer du respect pour nous-mêmes.

L'homme doit donc faire effort pour être *digne de sa dignité*, faire effort pour « garder sa dignité », ce qui n'est en rien faire effort pour garder quelque chose qui pourrait se perdre, mais effort pour être à la hauteur de ce qu'il y a de plus haut en soit : préserver la blancheur de la colombe de la bave du crapaud, la relique du crachat, le temple de la profanation. Il ne faudrait donc pas oublier que le mot dignité est porteur de certaine signification esthétique. Dire de tel air de Händel qu'il exprime un chagrin plein de *dignité*, c'est supposer que l'héroïne abandonnée qui s'y confie garde réserve, maintien, tenue, gravité, pudeur, décence, qu'elle ne hurle ni ne vocifère. Il me faut donc être le gardien de ma propre dignité, parce que *je suis une menace pour ma propre dignité*.

Cela ne laisse pas que Kant redouble en termes « laïques »²⁰ l'affirmation chrétienne d'une dignité du plus vulnérable des hommes. En lui se trouve la loi morale. La méditation sur le ciel étoilé est méditation sur l'infini, et cette méditation est source d'émerveillement. Et de même il y a occasion de s'émerveiller, que la loi morale parle en tout homme, et même en celui qui bien que capable de l'entendre ne l'écoute pourtant pas, et même aussi en celui qui par suite de quelque disgrâce n'est pas même capable de l'entendre.

Mais la loi morale est-elle vraiment présente en ce pauvre homme lourdement déficient, n'ayant pas accès au langage, atteint d'une grave maladie dégénérative musculaire et n'ayant pu accéder à la

²⁰ Il est toujours possible de voir dans la présence de cette loi en nous le résultat d'un don de Dieu. Mais Kant se félicitait cependant de son « impénétrable origine », comme de l'impossibilité de démontrer l'existence de Dieu.

symbolisation des ses excréments comme déchets, dès lors disposant ses « petites parties de son corps » autour de lui selon un rite immuable ? Oui. Et la loi morale, dans l'intériorité du plus diminué des vieillards également, celui que la maladie d'Alzheimer ronge peu à peu, et fatalement ? Oui, derechef.

Certes, la nature les a peut-être privés des moyens de l'entendre, et la loi morale s'exprime peut-être en eux comme crie le cri du tableau de Münch : silencieusement. Mais en sont-ils en quoi que ce soit responsables ? Que non ! Aussi méritent-ils respect, le respect étant précisément l'acte qui consiste à porter regard sur cette part inaltérable, impeccable de dignité qui se trouve en tout homme (*respicere* signifie en latin regarder en arrière, examiner, considérer, avoir égard pour). Aussi a-t-on bien raison de les nommer de nos jours des *personnes handicapées*. Le malade n'a plus guère à nous offrir que sa *présence pure*, selon la magnifique expression de Christian Bobin. C'est alors qu'il est, en un sens, plus personne que jamais...

Alors oui, il faut poser que la conscience ne fait pas la dignité, que son absence n'est pas indigne, et que tout homme doit être respecté, même et peut-être plus encore que tout autre celui qui n'a pas les moyens de se faire respecter.

Il nous semble donc que le christianisme et le kantisme ont participé, chacun à sa manière, à la réhabilitation de l'impeccable dignité de ces hommes infiniment vulnérables que sont les personnes en situation de handicap. Ce qui était privilège (la dignité) est devenu bien commun. Ce qui était apanage est à tous donné. Lentement, mais sûrement, l'Occident a découvert la dignité de ceux qu'il disait d'abord indignes, en vertu de ce « découplage » entre la dignité et les facultés dont nous parlions plus haut .

Et nos contemporains de proclamer à peine levés « la dignité de la personne humaine ». Mais d'où vient que la proclamant avec hauteur le matin nombre de nos contemporains semblent y renoncer le soir, prononçant coutumièrement un jugement d'indignité à l'égard des plus vulnérables des hommes ?

Handicap : une époque à la croisée des chemins

Car étrange est notre regard sur les handicapés. Etrange, parce qu'étonnamment clivé. Car si d'un côté notre « humanisme » nous a heureusement fait renoncer aux qualificatifs infâmants de jadis (monstres, débiles, anormaux), et nous fait en parler comme de sujets de droit, comme de personnes dignes de respect (certain pharisaïsme langagier nous poussant à n'en même plus parler comme de « personnes handicapées » – ce qui serait stigmatisation, essentialisation – mais comme de « personnes en situation de handicap »), d'un autre côté nombre de nos pratiques démentent cet « humanisme ». Pourquoi les allocations mises à leur service sont-elles si modestes ? Pourquoi si peu de personnel dans les établissements sensés les « accueillir » ? Pourquoi les évaluations de leur handicap ne s'intéressent-elles qu'à ce qui leur manque et non pas à tout ce qui leur reste ? Pourquoi enfin cette multiplication des IMG (Interruption Médicale de Grossesse) au nom du risque que ne vienne au monde un enfant handicapé, ce qui est manière de juger indigne de vivre certains enfants pourtant parfaitement viables (tout se passant si à l'exposition antique avait succédé l'exposition écographique) ?

Ce clivage nous semble s'expliquer par l'hésitation de nos contemporains entre deux passions parfois s'alliant, parfois se contrariant : la passion démocratique d'une part, la passion technique d'autre part. Car si sa passion démocratique pousse notre contemporain à dire les vies handicapées tout aussi dignes que celles qui ne le sont pas (effet du processus tocquevillien d'égalisation des conditions²¹, de discrimination de la discrimination), sa passion technique le pousse en revanche à dire qu'elles ne le sont pas. Et dans cette passion technique, comment ne pas voir la caricature de l'invitation lancée par Descartes à l'homme de devenir « comme maître et possesseur de la nature »,

²¹ Processus bien sûr inachevé car certains handicapés sont toujours scandaleusement exclus – mais le simple fait que nous nous en scandalisons est l'indice que ce processus est bien à l'œuvre dans notre monde, qui au contraire d'autres juge iniques les inégalités des hommes en droits et en dignité.

ce qui est d'abord à souhaiter « pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondements de tous les autres biens de cette vie » ?²²

Nous soulignons ici et le « comme », et le « de cette vie », que précisément la modernité s'efforcera de biffer : car sans doute est-ce son christianisme qui fait Descartes vouloir que l'homme soit seulement comme maître et possesseur de la nature (conformément à l'enseignement de la Genèse si Dieu confie sa création à l'homme, en faisant l'intendant du domaine, Il en demeure le véritable maître et possesseur) et que la santé soit le premier bien de cette vie (manière de suggérer qu'elle ne l'est qu'en cette vie, et non point en une autre, et peut-être qu'en définitive le salut vaut mieux que la santé). Mais sa passion de la maîtrise, aiguillonnée par les magnifiques réussites que la technique a permises notamment en matière médicale et les aiguillonnant en retour, semble avoir invité l'homme de la modernité tardive à biffer ces deux modérations cartésiennes, concession à l'antique phronesis. Et une hubris de la maîtrise de s'emparer de notre monde, dont les handicapés pourront éventuellement faire les frais. Eventuellement, car la maîtrise technique de la nature peut être une chance pour ces derniers : vive cette technique qui peut empêcher la survenue d'un handicap, vive cette autre qui permet d'en limiter les effets, vive cette canule qui permet à cet homme de parler qui ne le pourrait sans elle, vive ce fauteuil électrique qui permet à cet autre de se déplacer comme il veut qui ne le pourrait sans lui ! Mais d'un autre côté il y a risque que ce soit en sa maîtrise que notre contemporain finisse par placer sa dignité, de sorte que toute perte de maîtrise sera vue comme une perte de dignité.

N'est-ce pas cet étrange clivage entre sa passion démocratique et sa passion technique qui explique l'ambiguïté indépassable du regard de notre contemporain sur les hommes porteurs d'un handicap visible ? Qui ne constate la pérennité dans ce regard d'un mélange sans doute fort archaïque d'attrance et de rebut, de fascination et d'effroi ? De sorte que tiraillés entre le respect et l'effroi, entre l'élaboré et l'archaïque, nous ne savons souvent pas même comment les regarder. Et cette incertitude de donner lieu à une série de comédies plus ou moins bien jouées, où d'un côté nous voulons prouver notre respect plénier pour une personne qu'une simple contingence a mise en situation de handicap, quand de l'autre nous ne pouvons refreiner qu'en nous fomentant toute une série de sentiments et de sensations d'ailleurs contradictoires, qui vont du dégoût devant telle mauvaise odeur au désir de mieux voir tel stigmaté, de la crainte d'être agrippé, qui pousse à fuir, à l'envie de détailler, qui pousse à s'approcher. Et ce hiatus de nous faire reprendre d'une main ce que nous venons de donner de l'autre.

Mauvaise, en même temps qu'inévitable comédie, qui se marque à toute une série de « fausses notes ». Il y a ainsi ce rien d'ostentation que nous mettons dans le « monsieur » que nous donnons au polyhandicapé, comme dans la génuflexion que nous faisons pour nous mettre à hauteur de celle qui se trouve en fauteuil. Il y a cette emphase boulevardière que nous mettons dans le rire par lequel nous répondons à une blague que la dysphasie de son auteur a empêché que nous comprenions. Ou bien encore cette fausse franchise qu'il y a dans notre main lorsqu'elle serre un moignon ; cet enthousiasme feint qui nous fait nous lever à la fin d'un spectacle où les comédiens handicapés ont souffert et le public aussi, cette simplicité controuée, d'une Orane Demazis dans le rôle de Fanny, qu'on met dans le sourire qu'on leur adresse.

On dira que cette ostentation vaut mieux qu'une fraîche indifférence, que cette emphase est plus généreuse qu'une froide réserve, que cette fausse franchise est meilleure qu'une lâche fuite, que cet enthousiasme feint vaut mieux que le mépris, que cette simplicité controuée du sourire vaut mieux que les lèvres serrées, qu'une empathie s'abîmant en projection égocentrée²³ vaut mieux qu'une antipathie égocentrique. Et certes ! Mais toutes ces attitudes sont signes qu'un malaise demeure même en les plus généreux d'entre nous.

Jouer la comédie vaut cependant mieux que de ne pas la jouer, quand même on la jouerait mal, et quand même les fausses notes seraient nombreuses et les minauderies d'un Horowitz jouant Mozart.

²² Descartes *Discours de la méthode*, 6^{ème} partie, in *Oeuvres et lettres*, op. cit., p. 168-169.

²³ Sur ce point, voir la très pertinente analyse de B. Quentin dans son ouvrage : *La philosophie face au handicap*, Paris, éres, 2013.

On est pourtant au rouet, parce que ces fausses notes (et qui voudrait les atténuer d'un bémol les aggraverait d'un dièse, parce qu'il y a une affectation de non affectation, une manière de poser à ne pas poser), ces minauderies sont indices d'un malaise réel, que les efforts faits pour dissimuler révèlent parfois mieux encore : celui qui vient de ce que le respect du handicapé comme égal est contrarié par la dangereuse pitié, la curiosité malsaine, la fascination morbide, le dégoût nauséeux qu'on sent fomenté en soi. Résistance de l'archaïque au civilisé, comme dirait Elias, en raison de l'inachèvement du processus de civilisation ? Sans doute pour une part, et parfois le respect est plus feint qu'éprouvé et cache aussi mal l'archaïque que le ravalement hâtif et la peinture fraîche cachent le délabrement et les fissures de la façade. Ou résistance de la sensibilité à la raison, comme dirait Kant, qui entraîne que les sentiments pathologiques contrarient le sentiment moral ? Ce n'est pas impossible. Il y a cependant une histoire de la sensibilité, laquelle n'est pas invariable et est aussi formée par l'époque.

Comment donc expliquer le persistante incertitude de la nôtre à l'égard des handicapés ? Vient-elle de ce que coupé de ses sources chrétiennes notre « humanisme »²⁴ est bien fragile, et en peine de ses fondements ? L'hypothèse nous paraît solide. Car notre contemporain sait-il seulement *pourquoi* il proclame hautement qu'il y a une dignité intrinsèque à la personne humaine et que partant tous les hommes doivent être respectés ? Bien souvent son seul argument est : « parce qu'ils sont des hommes. » Voilà qui est un peu court, jeune homme !, comme eût dit Cyrano. Or une idée infondée peut quitter le cœur aussi vite que Dom Juan une fille... De sorte qu'après avoir dit le matin que la dignité était contemporaine de l'humanité notre contemporain peut très bien dire le soir que certaines maladies font perdre à l'homme sa dignité. Ce qui est contradictoire ! Si un être humain pouvait perdre sa dignité comme un homme peut perdre ses cheveux ou une fille sa virginité, la dignité ne serait pas une composante ontologique de l'être humain.

Comment donc fonder solidement l'idée d'une absolue dignité du plus handicapé des hommes ? Comment dépasser ce clivage dans lequel nous sommes tous plus ou moins pris au sujet du handicap ? Comment faire pour que ceux qui en sont porteurs n'aient pas l'impression que nous ne cessons de leur reprendre d'une main ce que nous leur avons donné de l'autre ? Notre époque nous semble bien à la croisée des chemins. Quelle route prendra-t-elle, hésitant entre la compassion hippocratique et l'eugénisme spartiate, à la fois toute prête à exercer sa solidarité à l'égard des handicapés et désireuse de supprimer purement le handicap ? Puissent les inspirations chrétiennes et kantienne s'allier pour qu'il ne soit pas oublié que même des vies infiniment plus vulnérables que celle d'Achille ne sont pas forcément regardées comme indignes d'être vécues...

²⁴ Humanisme aux fondements si incertains (comme le démontre Pierre Magnard dans *Questions à l'humanisme*, Paris, PUF, 2000), qu'il apparaît dès lors plus sentimental que rigoureux ; ce qui n'est certes pas à mépriser car la sensibilité n'est pas à mépriser, source vive jamais tarie de sentiments et d'actions qui méritent gratitude, et même admiration. Mais il y a aussi ce que la sensibilité a d'ondoyant et divers, d'impermanent, d'ambivalent, qui rend dangereux le fait d'y chercher le seul fondement de l'action. Ajoutons que déconnecté des Humanités, l'humanisme contemporain risque à tout moment de se réduire à la défense sans finesse d'un homme qu'il ne connaît pas, ou connaît mal.

Vieillessement :

la trajectoire de fragilité est-elle modifiable ?

Le Grand âge, c'est le grand challenge que doit relever la gériatrie. Quelles sont les pistes d'une médecine conventionnelle et à la fois holistique ?

- La prévention de la perte d'autonomie bien sûr mais aussi
- Le dépistage précoce des fragilités et leur évaluation locomotrice, nutritionnelle, sensorielle et cognitive
- La programmation des réhabilitations et réinsertions psychosociales

Mais la gériatrie c'est également gérer les comorbidités, la douleur, les peurs, c'est piloter les soins palliatifs et soutenir et former les aidants.

Le **Pr. NOURHASHEMI** gériatre et rhumatologue, ancienne Chef de Pôle de gériatrie au CHU de Toulouse va nous faire part de son expérience face aux difficultés des patients les plus âgés.



Vieillessement: la trajectoire de fragilité est elle modifiable?

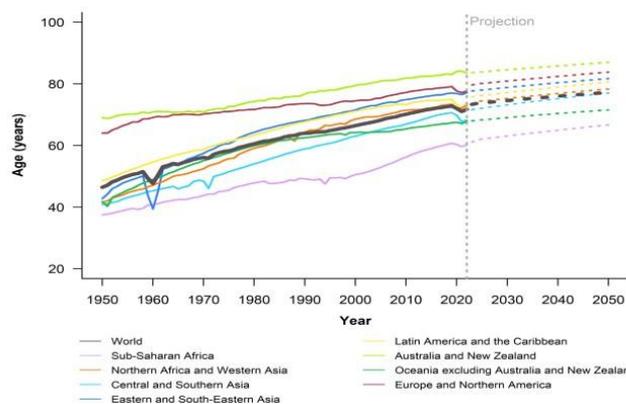
Pr F. Nourhashemi

| Septembre 2024



Vieillessement: une bonne nouvelle

Figure II.5
Life expectancy at birth: estimates, 1950-2021, and medium scenario, 2022-2050, by region



« L'espérance de vie va augmenter globalement jusque vers les années 2050, mais il existe une différence significative en fonction de l'endroit où l'on naît ».

► Vieillesse: une bonne nouvelle mais...

Table II.1

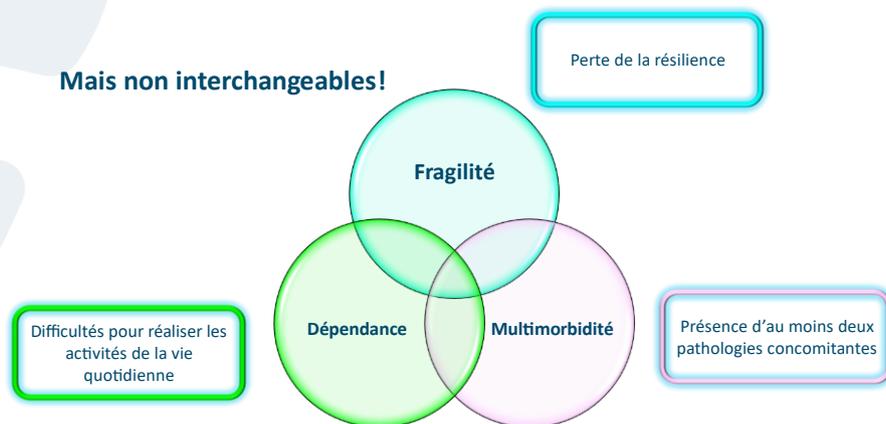
Total fertility for the world, SDG regions and selected groups of countries, 1990, 2021 and 2050 according to the medium scenario

Region	Average number of births per woman		
	1990	2021	2050
World	3.3	2.3	2.1
Sub-Saharan Africa	6.3	4.6	3.0
Northern Africa and Western Asia	4.4	2.8	2.2
Central and Southern Asia	4.3	2.3	1.9
Eastern and South-Eastern Asia	2.6	1.5	1.6
Latin America and the Caribbean	3.3	1.9	1.7
Australia/New Zealand	1.9	1.6	1.7
Oceania*	4.7	3.1	2.4
Europe and Northern America	1.8	1.5	1.6
Least developed countries	6.0	4.0	2.8
Landlocked developing countries	5.7	4.0	2.7
Small island developing States	3.3	2.3	2.0

« On note une baisse de la fertilité partout dans le monde puisqu'on est passé de 3,3 enfants par femme en 1990 à 2,3 aujourd'hui et ce chiffre va continuer à baisser. Ce glissement démographique va engendrer des problèmes sur l'organisation de la santé et sur l'impact économique du vieillissement des populations. L'objectif de l'OMS en 2017 était de prévenir les maladies chroniques mais aussi de retarder la dépendance des personnes âgées ».

► 3 Terminologies communément utilisées ...

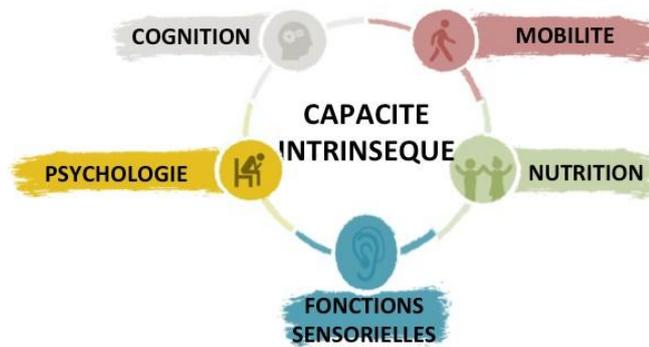
Mais non interchangeables!



« La fragilité sur le plan de la santé peut toucher plusieurs cibles (dénutrition, insuffisance cardiaque, femme...) mais sa définition est la suivante : diminution des capacités de l'organisme à répondre à un stress. Il faut la distinguer de la multimorbidité (au moins 2 morbidités) et de la dépendance (difficulté à réaliser des activités courantes), mais il peut y avoir chevauchement.

- En France 55 à 60% des personnes âgées vieillissent en bonne santé. C'est aussi le pourcentage dans le monde occidental. Vieillir en bonne santé s'entend par garder ses fonctions pour être capable de faire ce que l'on a envie de faire.
- 5 à 10% de la population des personnes âgées ont une dépendance lourde apparue relativement tôt, vers 65 ans, et cette dépendance va croître jusqu'au décès.
- Entre ces deux populations, il existe une trajectoire de fragilité pour 25 à 30% de la population. Il s'agit de personnes paraissant robustes mais qui à l'occasion d'un stress somatique ou psychologique perdent leurs capacités fonctionnelles. Une fois le stress passé, il y aura récupération mais incomplète, et c'est à l'occasion de stress multiples que ces personnes se rapprocheront insensiblement d'une trajectoire de dépendance. Il est donc nécessaire de repérer cette trajectoire puisqu'il y a une capacité à la récupération ».

Capacités intrinsèques



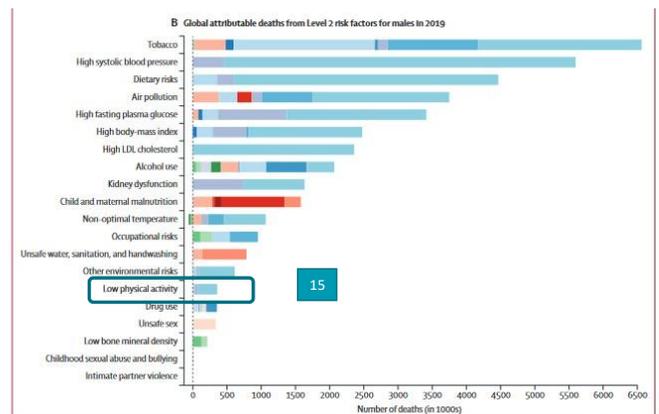
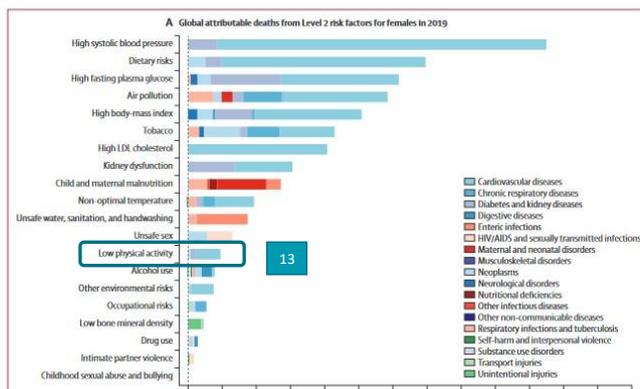
« Nombre de capacités intrinsèques sont nécessaires pour se maintenir en bonne santé. On entre dans la fragilité lorsque l'une de ces capacités est altérée. Il faut donc repérer le plutôt possible les personnes qui passent le seuil de cette fragilité puisque celle-ci est réversible »

INACTIVITY KILLS

Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019

GBD 2019 Risk Factors Collaborators*

Lancet 2020; 396: 1223–49



« Il y a une relation entre mobilité et mortalité.

L'inactivité tue : chez les femmes, elle arrive en 13^{ème} position dans les facteurs de mortalité et en 15^{ème} position chez les hommes ».

RESEARCH

CHRISTMAS 2011: DEATH'S DOMINION

How fast does the Grim Reaper walk? Receiver operating characteristics curve analysis in healthy men aged 70 and over

OPEN ACCESS

Fiona F Stanaway research fellow¹, Danijela Gnjidic research fellow^{2,3,4}, Fiona M Blyth deputy director, Concord Health and Ageing in Men Project^{5,6}, David G Le Couteur professor of geriatric medicine^{7,8}, Vasi Naaganathan staff specialist, associate professor⁹, Louise Waite staff specialist¹⁰, Markus J Seibel professor of endocrinology¹¹, David J Handelsman director, professor¹², Philip N Sambrook professor¹³, Robert G Cumming professor of geriatric medicine and epidemiology¹⁴

¹Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia; ²Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia; ³Department of Clinical Pharmacology and Department of Aged Care, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia; ⁴Centre for Education and Research in Ageing, Concord Hospital, Sydney, Australia; ⁵Sex Institute, Sydney, Australia; ⁶ANZAC Research Institute, Concord Hospital, Sydney, Australia; ⁷Trilling Institute of Medical Research, Institute of Bone and Joint Research, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia



Gait Speed and Survival in Older Adults

Stephanie Studenski, MD, MPH
Subashan Perera, PhD
Kushang Patel, PhD
Caterina Rosano, MD, PhD
Kimberly Faulkner, PhD
Marco Inzitari, MD, PhD
Jennifer Brach, PhD
Julie Chandler, PhD
Peggy Cawthon, PhD
Elizabeth Barrett Connor, MD
Michael Nevitt, PhD
Marjolijn Visser, PhD
Stephen Kritchevsky, PhD
Stefania Badinelli, MD
Tamara Harris, MD
Anne B. Newman, MD
Jane Gauley, PhD
Luigi Ferrucci, MD, PhD

Context Survival estimates help individualize goals of care for geriatric patients, but life tables fail to account for the great variability in survival. Physical performance measures, such as gait speed, might help account for variability, allowing clinicians to make more individualized estimates.

Objective To evaluate the relationship between gait speed and survival.

Design, Setting, and Participants Pooled analysis of 9 cohort studies (collected between 1986 and 2000), using individual data from 34 485 community-dwelling older adults aged 65 years or older with baseline gait speed data, followed up for 6 to 21 years. Participants were a mean (SD) age of 73.5 (5.5) years; 59.6%, women; and 79.8%, white; and had a mean (SD) gait speed of 0.92 (0.27) m/s.

Main Outcome Measures Survival rates and life expectancy.

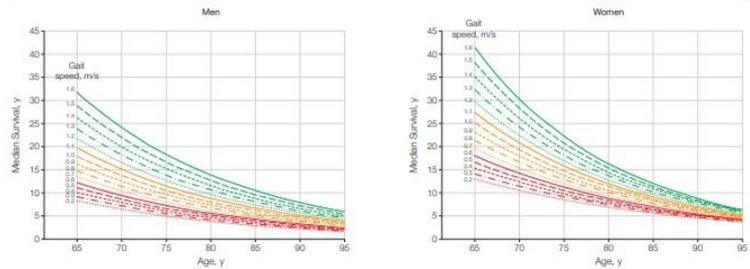
Results There were 17 528 deaths; the overall 5-year survival rate was 84.8% (confidence interval [CI], 79.6%-88.8%) and 10-year survival rate was 59.7% (95% CI, 46.5%-70.6%). Gait speed was associated with survival in all studies (pooled hazard ratio per 0.1 m/s, 0.88; 95% CI, 0.87-0.90; P < .001). Survival increased across the full range of gait speeds, with significant increments per 0.1 m/s. At age 75, predicted 10-year survival across the range of gait speeds ranged from 19% to 87% in men and from 35% to 91% in women. Predicted survival based on age, sex, and gait speed was as accurate as predicted based on age, sex, use of mobility aids, and self-reported function or as age, sex, chronic conditions, smoking history, blood pressure, body mass index, and hospitalization.

Conclusion In this pooled analysis of individual data from 9 selected cohorts, gait speed was associated with survival in older adults.

JAMA. 2011;305(11):50-58

www.jama.com

Figure 2. Predicted Median Life Expectancy by Age and Gait Speed



A PDF of enlarged graphs is available at <http://www.jama.com>.

54 JAMA, January 5, 2011—Vol 305, No. 1 (Reprinted)

©2011 American Medical Association. All rights reserved.

« Il s'agit d'une étude réalisée chez les sujets de plus de 65 ans : plus on marche lentement et plus la mort vous rattrape vite.

Marchez en dessous de 0,8 m/sec est un indicateur robuste de fragilité (et cela quel que soit l'âge) ».

Activité physique et maladies chroniques

TABLE 3. Summary of the role of physical activity in the prevention, management, and treatment of chronic disease and disability.

Disease State	Preventive Role	Therapeutic Role	Effective Exercise Modality	Other Considerations
Arthritis	Possible, via prevention of obesity	Yes	AET RET Aquatic exercise	Low impact Sufficient volume to achieve healthy weight if obese
Cancer	Yes, AET in epidemiological studies	Yes, for QOL, wasting, lymphedema, psychological functioning, breast cancer survival	AET RET	
Chronic obstructive pulmonary disease	No	Yes, for extrapulmonary manifestations	AET RET	RET may be more tolerable in severe disease; combined effects complementary if feasible Time exercise sessions to coincide with bronchodilator medication peak Use oxygen during exercise as needed Exercise reduces cardiovascular and metabolic risk factors; improves depression RET offsets myopathy of chronic renal failure
Chronic renal failure	Possible, via prevention of diabetes and hypertension	Yes, for exercise capacity, body composition, sarcopenia, cardiovascular status, QOL, psychological function, inflammation, etc.	AET RET	
Cognitive impairment	Yes, AET in epidemiological studies	Yes	AET RET	Mechanism unknown Supervision needed for dementia
Congestive heart failure	Possible, via prevention of coronary artery disease and hypertension	Yes, for exercise capacity, survival, cardiovascular risk profile, symptoms, QOL	AET RET	RET may be more tolerable if dyspnea severely limits AET activity Cardiac cachexia targeted by RET
Coronary artery disease	Yes AET and RET now shown to be protective	Yes	AET RET	Complementary effects on exercise capacity and metabolic profile from combined exercise modalities Resistance may be more tolerable if ischemic threshold is very low because of lower HR response to training

« Il existe une relation entre le manque d'activité physique et l'apparition de certaines maladies chroniques mais l'activité physique est également fondamentale dans la prise en charge et la prévention des maladies chroniques. Toutes les études épidémiologiques montrent qu'il existe une action préventive sur les cancers de l'activité physique aérobie et il est recommandé de prescrire une activité physique dans les affections cancéreuses de même dans les atteintes cognitives, l'insuffisance cardiaque, etc... en prévention et en prise en charge ».

Activité physique et déclin cognitif

Blondell S, et al. BMC Public Health 2014, 14:510

Méta-analyse Activité physique et Déclin cognitif

- 17 études
- Participants: entre 27 et 12303
- Entre 1 et 21 ans de suivi

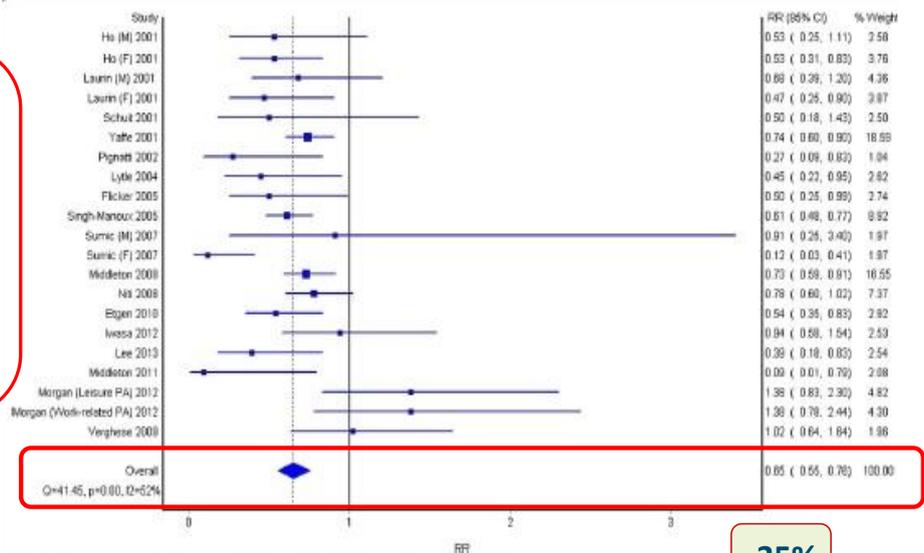


Figure 2 The association between high physical activity and cognitive decline.

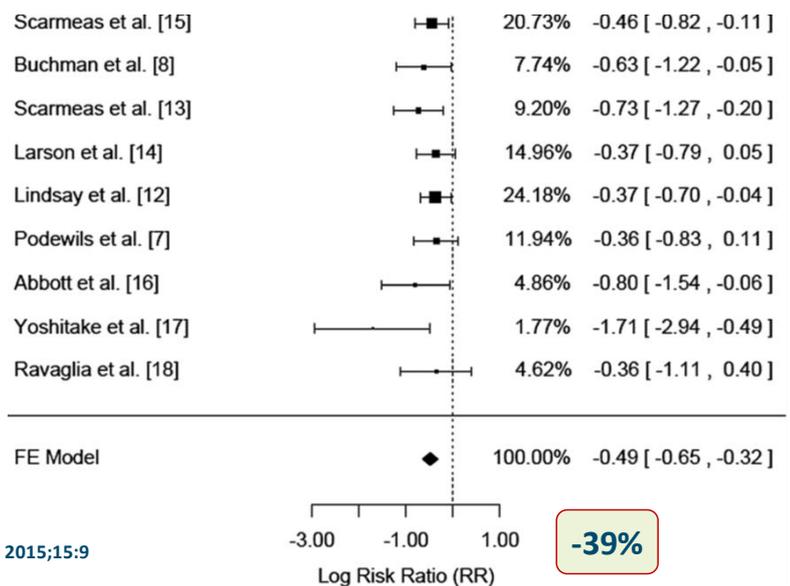
-35%

« L'activité physique diminue de 35% le risque de déclin cognitif ».

Activité physique et maladie d'Alzheimer

Méta-analyse Activité physique et maladie d'Alzheimer

- 9 études observationnelles
- 20 326 participants
- Plus de 5 ans de suivi
- 1 358 cas d'Alzheimer

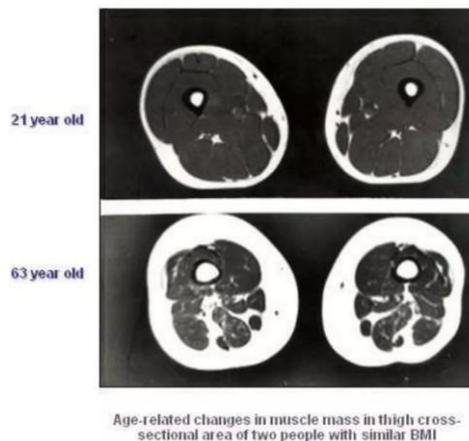


Beckett MW, et al. BMC Geriatrics. 2015;15:9

-39%

« Toutes les études montrent que le risque de maladie d'Alzheimer diminue de 39% avec une activité physique régulière ».

Facteurs modifiables: muscle



« L'une des composantes de la fragilité, c'est la masse musculaire. Avec l'âge, il existe une baisse de la masse musculaire qui à partir d'un certain seuil est appelée sarcopénie.

Si l'on prend un sujet sarcopénique auquel on fait faire une activité physique, si possible contre résistance et préférentiellement en aérobie, alors on peut renverser la sarcopénie ».

Activité physique et muscle

Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle 2023; 14: 1199–1211
Published online 14 April 2023 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/jcsm.13225

REVIEW

ARTICLES

<https://doi.org/10.1038/s41588-022-01165-1>

nature
genetics

Check for updates

Mediterranean Diet and Telomere Length: A Systematic Review and Meta-Analysis

Silvia Canudas,^{1,2,3} Nerea Becerra-Tomás,^{1,2,3,4} Pablo Hernández-Alonso,^{1,2,3,5} Serena Galié,^{2,3} Cindy Leung,⁶ Marta Crous-Bou,^{7,8,9,10} Immaculata De Vivo,^{9,11,12} Yawen Gao,⁹ Yian Gu,¹³ Jelena Meinilä,¹⁴ Catherine Milte,¹⁵ Sonia García-Calzón,¹⁶ Amelia Martí,^{3,17} Virginia Boccardi,¹⁸ Melissa Ventura-Marra,¹⁹ and Jordi Salas-Salvadó^{1,2,3}

... the mechanisms that influence these traits. Combining data for up to 703,901 individuals from 51 studies in a multi-ancestry meta-analysis of genome-wide association studies yields 99 loci that associate with self-reported moderate-to-vigorous intensity physical activity during leisure time (MVPA), leisure screen time (LST) and/or sedentary behavior at work. Loci associated with LST are enriched for genes whose expression in skeletal muscle is altered by resistance training. A missense variant in *ACTN3* makes the alpha-actinin-3 filaments more flexible, resulting in lower maximal force in isolated type II_x muscle fibers, and possibly protection from exercise-induced muscle damage. Finally, Mendelian randomization analyses show that beneficial effects of lower LST and higher MVPA on several risk factors and diseases are mediated or confounded by body mass index (BMI). Our results provide insights into physical activity mechanisms and its role in disease prevention.

physical
e insights
in disease

« Si l'on associe activité physique et nutrition, le résultat est encore meilleur. Il existe une relation entre le régime méditerranéen et la longueur des télomères (lors des divisions cellulaires, les télomères raccourcissent et plus ils raccourcissent plus le vieillissement s'accélère). Avec un régime méditerranéen régulier, les télomères résistent mieux lors des divisions cellulaires ».

RESEARCH ARTICLE

Effect of physical activity on the risk of frailty: A systematic review and meta-analysis

Wenjing Zhao^{1,2*}, Peng Hu^{3,4*}, Weidi Sun⁵, Weidong Wu⁶, Jinhua Zhang⁷, Hai Deng⁸, Jun Huang⁹, Shigekazu Ukawa¹⁰, Jiahai Lu³, Akiko Tamakoshi^{2*}, Xudong Liu^{4*}

Objectif: effet de l'activité physique sur le risque de fragilité
Méthode: 10 études de cohortes

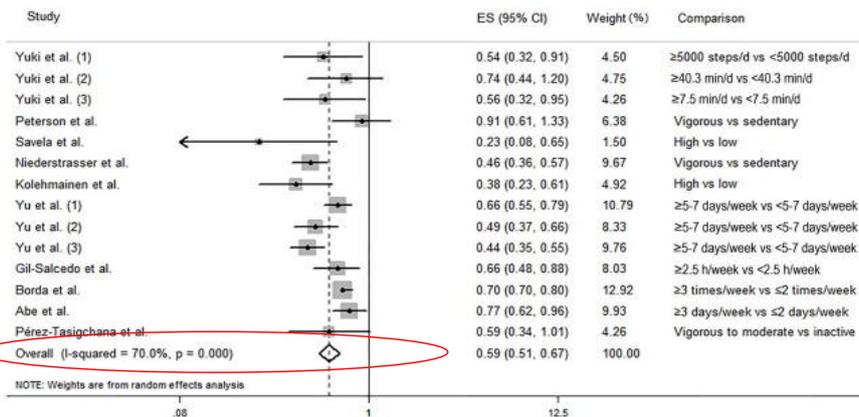


Fig 2. Forest plot of association between physical activity and the risk of frailty.

Résultats:

-Activité physique élevée: baisse de 41% du risque de fragilité

« Si l'on associe activité physique et exercices d'équilibre, on diminue de 41% le risque de fragilité. Dans une population de sujets fragiles ne sortant pas de chez eux, si l'on fait réaliser une activité physique vs placebo, on obtient une amélioration de leur état de 92% et d'avantage avec une prise en charge précoce, mais si on arrête cette activité physique l'état antérieur revient ».

Les recommandations actuelles

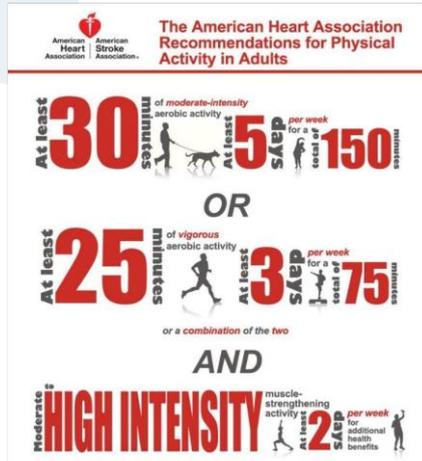


1. Adults aged 65 years and above should do at least 150 minutes of moderate-intensity aerobic physical activity throughout the week or do at least 75 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity throughout the week or an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity.
2. Aerobic activity should be performed in bouts of at least 10 minutes duration.
3. For additional health benefits, adults aged 65 years and above should increase their moderate-intensity aerobic physical activity to 300 minutes per week, or engage in 150 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity per week, or an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity.
4. Adults of this age group, with poor mobility, should perform physical activity to enhance balance and prevent falls on 3 or more days per week.
5. Muscle-strengthening activities should be done involving major muscle groups, on 2 or more days a week.
6. When adults of this age group cannot do the recommended amounts of physical activity due to health conditions, they should be as physically active as their abilities and conditions allow.

« Les recommandations de l'OMS pour lutter contre la fragilité à 65 ans :

- soit 150 minutes d'activité modérée aérobie si possible contre résistance.
- soit 10 minutes minimum 5 fois par semaine de marche rapide
- soit 75 minutes par semaine de course ».

Les recommandations actuelles



ACSM/AHA Recommendations

Physical Activity and Public Health in Older Adults Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association

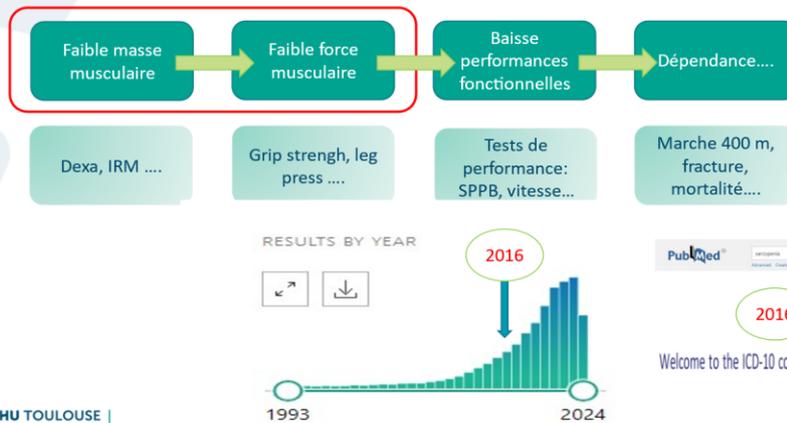
Miriam E. Nelson, PhD, FACSM; W. Jack Rejeski, PhD; Steven N. Blair, PED, FACSM, FAHA; Pamela W. Duncan, PhD; James O. Judge, MD; Abby C. King, PhD, FACSM, FAHA; Carol A. Macera, PhD, FACSM; Carmen Castaneda-Sceppa, MD, PhD

Circulation. 2007;116:1094-1105.



« Autres recommandations : • 30 minutes de marche au moins 5 fois par semaine
ou • 25 minutes de course au moins 3 fois par semaine

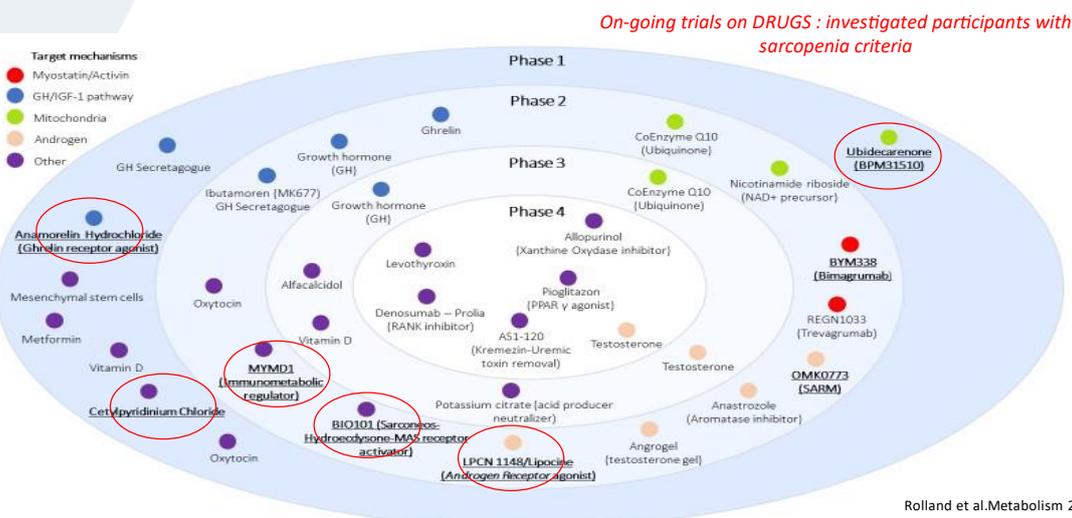
Recherche sur la sarcopénie



« En 2016, la sarcopénie a été reconnue comme maladie et suscite des quantités de recherches, publications et essais thérapeutiques.

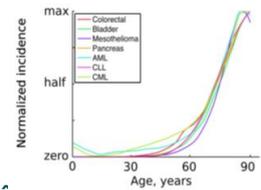
Il y avait en 2023, 6 classes de traitements essayés pour la sarcopénie ».

Example of the potential new drugs for sarcopenia (Clinicaltrial.gov – March 2023)



On-going trials on DRUGS : investigated participants with sarcopenia criteria

La Gérosceince



Le principal facteur de risque des maladies chroniques est le vieillissement lui-même

Lutter contre les mécanismes biologiques du vieillissement est probablement plus pertinent pour prévenir les maladies associées au vieillissement que traiter les pathologies elles-mêmes..



Review
Hallmarks of aging: An expanding universe Cell 186, January 19, 2023

« La gérosceince est la science qui permet d'étudier les mécanismes biologiques du vieillissement dans le but de prévenir puis de ralentir ses effets néfastes.

Il existe 4 phases dans la vie d'un être :

- enfant et adulte jeune où les réserves du sujet se constituent (charge allostatique) = âge chronologique.
- entre 30 et 55/60 ans : phase d'homéostasie (pas de déséquilibre entre réalité et charge allostatique) ; âge chronologique = âge biologique.
- 60 – 80 ans : la charge allostatique dépasse la vitalité, les signes de fragilité apparaissent. L'objectif est alors de mesurer la charge allostatique pour prévenir le risque de dépendance.
- au-delà de 80 ans, c'est l'âge biologique qui compte : phase de dépendance. La charge allostatique croît alors que la vitalité est décroissante ».

Conclusion :

« Aujourd'hui on a une médecine organo-centrée, réactive dans une démarche curative et palliative avec une vision globale, avec des recommandations standardisées.

Or il faudra dans l'avenir tenir une réflexion en termes de santé et non de maladie avec des soins centrés sur l'état fonctionnel, proactifs, préventifs et personnalisés.

Maladies neuro-dégénératives Que nous réserve l'avenir

- Les maladies neurodégénératives sont de plus en plus fréquentes, corrélées au vieillissement de la population mais si l'âge est le principal facteur de risque, les comorbidités, les prédispositions génétiques et le mode de vie jouent également un rôle.
- A quoi peut-on s'attendre pour l'avenir médical de ces maladies et quels sont les axes clés ?
 - Le dépistage par des biomarqueurs, par des tests génétiques, par l'imagerie.
- Quels sont les traitements prometteurs ?
 - L'immunothérapie, les thérapies cellulaires, les stimulations cérébrales profondes.
- Où en est la recherche ?

Ce sont les questions auxquelles le **Pr. DUBOIS**, Chef de Service en Neurologie à la Salpêtrière, va répondre désormais.

L'Homme fragile: vers un avenir meilleur ?

Symposium CRÉER

Saint-Germain – Septembre 2024

Pr Bruno Dubois

Académie Nationale de Médecine

Ex-Chef de Service de la Salpêtrière



Groupe Hospitalier
Pitié - Salpêtrière

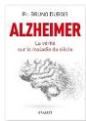


Institut
de la médecine
et de la maladie
d'Alzheimer



Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



La maladie du siècle: pourquoi?

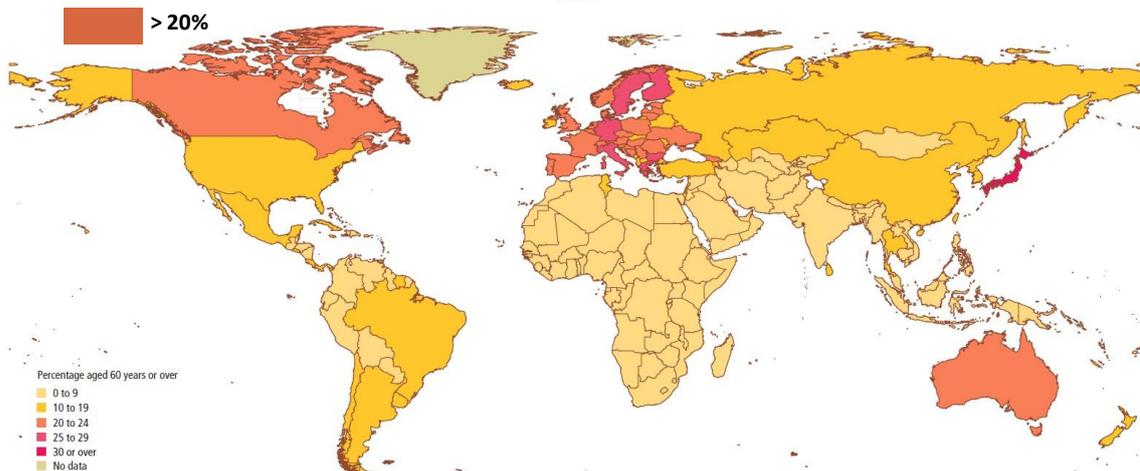
L'allongement de la vie :
une conquête, une chance mais aussi un
défi

- 40 ans au 19ème siècle; 85 ans aujourd'hui; un nouveau-né fille : 90 ans
- une maladie de la personne, mais aussi de la famille et de la société
- dont la fréquence augmente de façon exponentielle avec l'âge (1M en France)
- devenue un problème majeur de santé publique ces 20 dernières années en raison du vieillissement de la population générale dans les pays développés

« La maladie d'Alzheimer a énormément progressé en fréquence depuis les vingt dernières années.
A 90 ans, 40% des sujets sont atteints d'un Alzheimer »

Pourcentage de la population âgée de plus de 60 ans

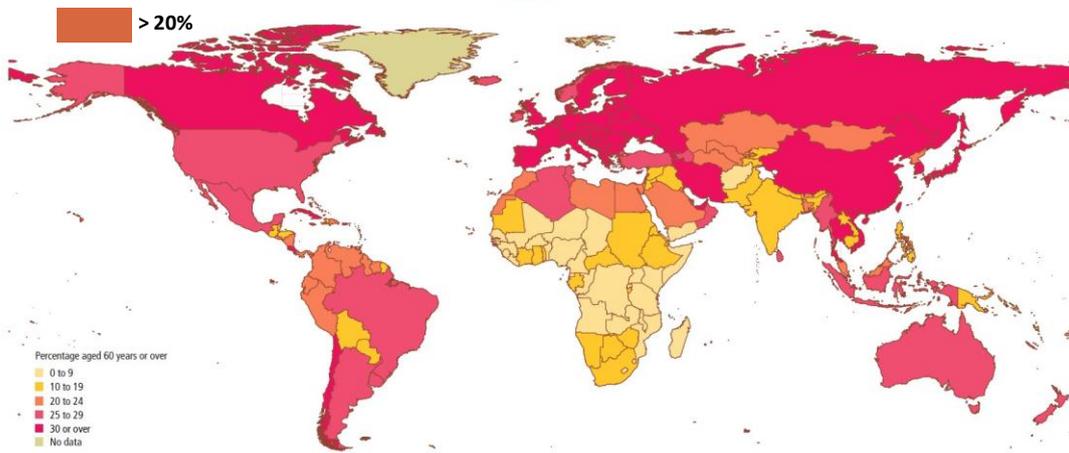
2012



« L'allongement de la vie est un phénomène fondamental dans la progression de la maladie d'Alzheimer »

Pourcentage de la population âgée de plus de 60 ans

2050

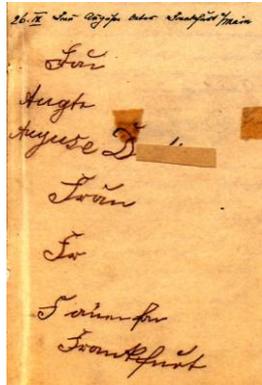


« En 2050, tous les pays, sauf en Afrique et en Inde, auront plus de 30% de leur population âgée de plus de 60 ans »



Auguste D

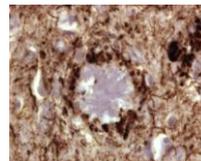
La maladie d'Alzheimer



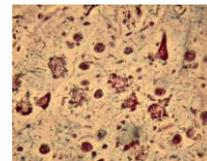
A. Alzheimer

Définition clinico-pathologique

- Tr de mémoire,
- Tr compréhension
- Tr comportement,
- agitation/agressivité
- Paranoïa
- hallucinations auditives



Lésion amyloïde



Lésion Tau

« Selon la description initiale faite par Alzheimer, il s'agit d'un syndrome clinique associant dès le début des troubles cognitifs, psychiatriques et comportementaux associés à la présence de lésions amyloïdes et de lésions Tau »

Classiquement, c'est une « démence »

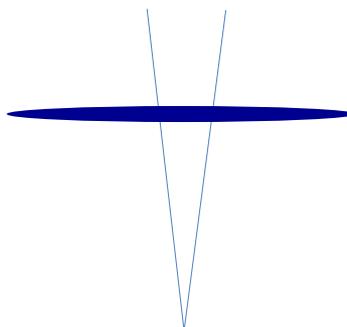
1) Une démence, car:

- déficits cognitifs
- **perte de l'autonomie**
- **impact dans les activités de la vie quotidienne**
 - transport
 - téléphone
 - prise des médicaments
 - budget

En faveur de la MA

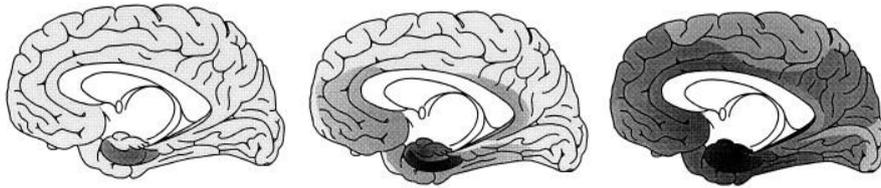
- l'examen neurologique
- le bilan neuropsychologique (C de mémoire)
- les examens biologiques
- les données de neuroimagerie (IRM cérébrale)

le seuil de démence



« Il y a quelques temps, le diagnostic de maladie d'Alzheimer se faisait en deux temps :
 - l'authentification de la démence = perte d'autonomie puis élimination des autres causes de démence puisqu'on ne disposait pas de possibilité d'exploration cérébrale. Le diagnostic était donc tardif ».

1) L'histoire naturelle est maintenant connue



Braak et Braak Neurobiol Aging 1997

La MA est une démence amnésique progressive

le syndrome amnésique est inaugural,

lié à l'atteinte précoce des formations hippocampiques = **Phase prodromale**

Secondairement associée à des troubles:

- du jugement et une apathie (syndrome dysexécutif)
- du langage (manque du mot)
- des gestes programmés (apraxie)
- de la reconnaissance des visages ou des objets (agnosie)
- du comportement et du caractère

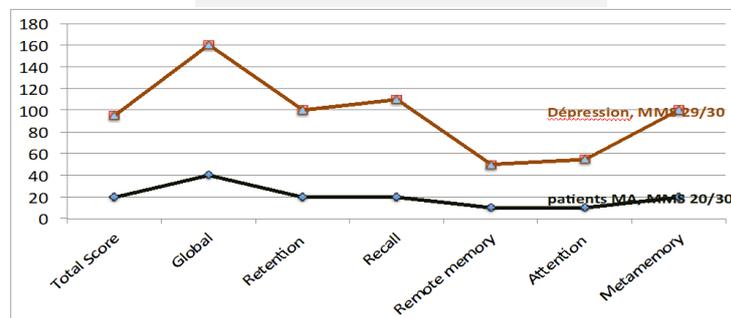
qui vont peu à peu retentir sur l'autonomie du patient (« démence ») = **Phase démentielle**

« Le mal débute au niveau de l'hippocampe (porte d'entrée de la faculté de mémoire). La lésion reste longtemps à ce stade puis diffuse dans le cortex pour aboutir à des troubles du jugement, du langage, de la gestuelle, de la reconnaissance et retentit finalement sur l'autonomie du sujet.

Cette nouvelle approche nous permet de reconnaître deux phases dans l'évolution de la maladie : la première avec des symptômes pas suffisamment sévères pour démontrer la démence et la seconde où la démence débute par des troubles de la mémoire. Mais prudence : faire la différence avec des oublis dus à l'âge, des troubles de l'attention ».

« J'oublie tout : est-ce grave? »

Auto-évaluation de la mémoire

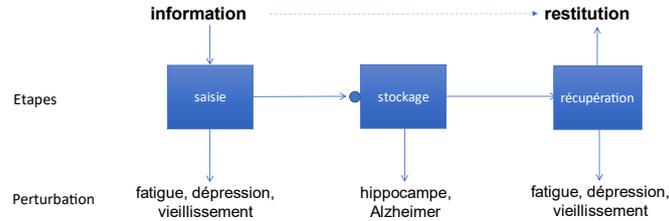


« Plus on se plaint de sa mémoire, moins on a de risque d'avoir la maladie d'Alzheimer »

« Attention, les sujets déprimés se plaignent de leur mémoire (courbe du haut), alors que les Alzheimer ne s'en plaignent pas.

Donc la plainte ne veut pas dire que le déficit est objectif (courbe du bas). Il y est donc nécessaire de recourir aux tests ».

Différencier : troubles de l'attention et de la mémoire



« Lorsqu'une information arrive au cerveau, elle passe par une phase d'enregistrement :

3 possibilités : 1) s'il y a trouble de l'attention, trouble du sommeil ou médicaments intervenant sur le sommeil entraînant des troubles de la mémoire, l'information sera envoyée à l'hippocampe, elle sera de mauvaise qualité mais il y aura stockage de celle-ci.

2) le sujet est attentif mais il y a un trouble de stockage de l'information dans l'hippocampe : c'est une maladie d'Alzheimer

3) le sujet est attentif mais le lobe frontal du cerveau étant sensible au vieillissement, le trouble de la mémoire dans ce cas sera transitoire et l'information sera récupérable ».

2) Les lésions peuvent être maintenant identifiées in vivo

Bientôt dans le sang

Les biomarqueurs plasmatiques:
 Grâce à des techniques ultra-sensibles
 Mass spectrometry
 Elisa digital (Simoa-Quanterix)
 Immunomagnetic reduction

« Les lésions d'Alzheimer peuvent être visualisées par TepScan. Autre moyen : la ponction lombaire qui peut déterminer la concentration de protéine amyloïde qui diminue dans l'Alzheimer, et la concentration de protéine Tau qui au contraire augmente.

D'ici 2 à 3 ans, on pourra obtenir les mêmes mesures dans le sang.

3) Les biomarqueurs améliorent le diagnostic

Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria

Bruno Dubois, Howard H. Feldman, Claudia Jacova, Harold Hampel, Josef L. Molinuevo, Kij Blennow, Steven T. DeKosky, Serge Gauthier, Dennis Selkoe, Randall Bateman, Stefano Cappa, Sebastian Crutch, Sebastian Engelborghs, Giovanni B. Frisoni, Nick C. Fox, Douglas Galasko, Maria-Clara Julien, Gregory K. Jicha, Agneta Nordberg, Francesco Pasquini, Gil Rabinovici, Philippe Robit, Christopher Rowe, Stephen Salloway, Marie Perle, Stéphane Epelbaum, Leonardo E. de Souza, Bruno Vellas, Peter J. Visser, Lon Schneider, Yasuko Stern, Philip Scheltens, Jeffrey C. Cummings

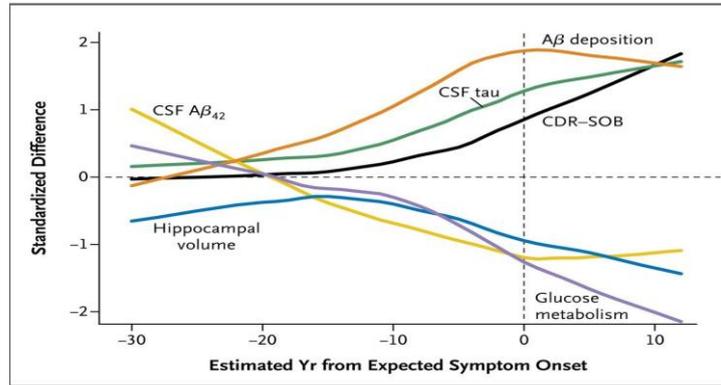
Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria

Bruno Dubois, Howard H. Feldman, Claudia Jacova, Harold Hampel, Josef L. Molinuevo, Kij Blennow, Steven T. DeKosky, Serge Gauthier, Dennis Selkoe, Randall Bateman, Stefano Cappa, Sebastian Crutch, Sebastian Engelborghs, Giovanni B. Frisoni, Nick C. Fox, Douglas Galasko, Maria-Clara Julien, Gregory K. Jicha, Agneta Nordberg, Francesco Pasquini, Gil Rabinovici, Philippe Robit, Christopher Rowe, Stephen Salloway, Marie Perle, Stéphane Epelbaum, Leonardo E. de Souza, Bruno Vellas, Peter J. Visser, Lon Schneider, Yasuko Stern, Philip Scheltens, Jeffrey C. Cummings

Entité Clinico-Biologique

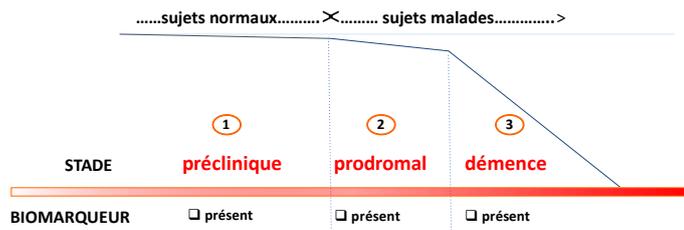
<p>Phénotype clinique</p> <p>Typique: syndrome amnésique de type hippocampique</p> <p>Atypique: Posterior variant Logopenic variant Frontal variant</p>	+	<p>Positivité des biomarqueurs</p> <p>TEP Amyloïde LCR: abeta et tau</p>
--	---	---

4) Les lésions précèdent les symptômes



« Les lésions de la maladie sont présentes 15 ans avant les premiers symptômes, donc grâce aux biomarqueurs, on a un stade préclinique »

Concept de stade préclinique

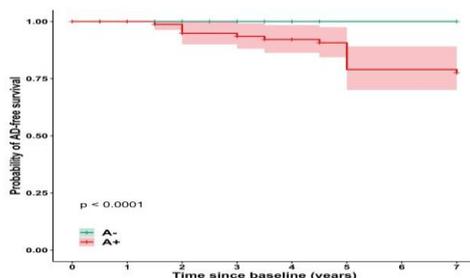


« Si les lésions précèdent les premiers signes et si l'on dispose de biomarqueurs alors on peut savoir si on a la maladie avant qu'elle ne se déclare ».

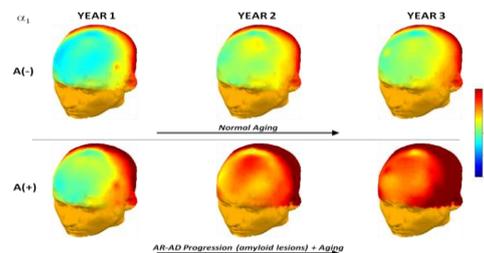
Suivi sur 7 ans de sujets âgés normaux amyloïdes positifs

320 sujets
76 ans
88 Amyloïdes +

Lancet Neurol 2018; 17: 335-46



Seuls 16 sujets progressent en 7 ans de suivi



LONGITUDINAL α/θ POWER RATIO CHANGES (EEG)

Concept de résilience cérébrale

« Voici une étude menée à la Salpêtrière pour savoir si des sujets (76 ans) ayant des biomarqueurs positifs vont développer dans 100% des cas la maladie. Ils sont suivis pendant 7 ans avec un TepScan Amyloïde à l'entrée de l'étude. 28% sont Amyloïdes + et 7 ans après 20% de ceux-ci seulement évoluent vers la maladie. Donc : le fait d'avoir des lésions n'est pas suffisant pour affirmer qu'on aura un Alzheimer. Les biomarqueurs sont des marqueurs biologiques et pas de la maladie. Par ailleurs, il existe des modifications cérébrales qui peuvent maintenir un état fonctionnel normal alors qu'il y a des lésions structurales. C'est ce qu'on appelle le concept de résilience cérébrale. Le cerveau est capable de résister alors qu'il y a des lésions. »

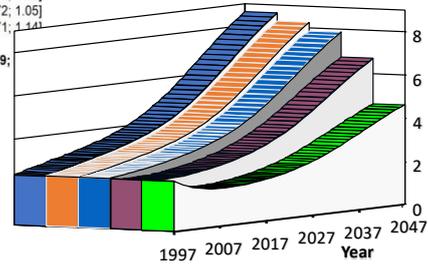
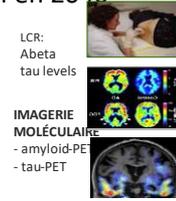
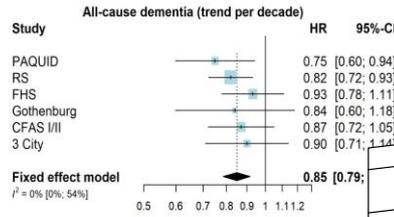
5) Pour des Centres de Prévention du vieillissement cognitif



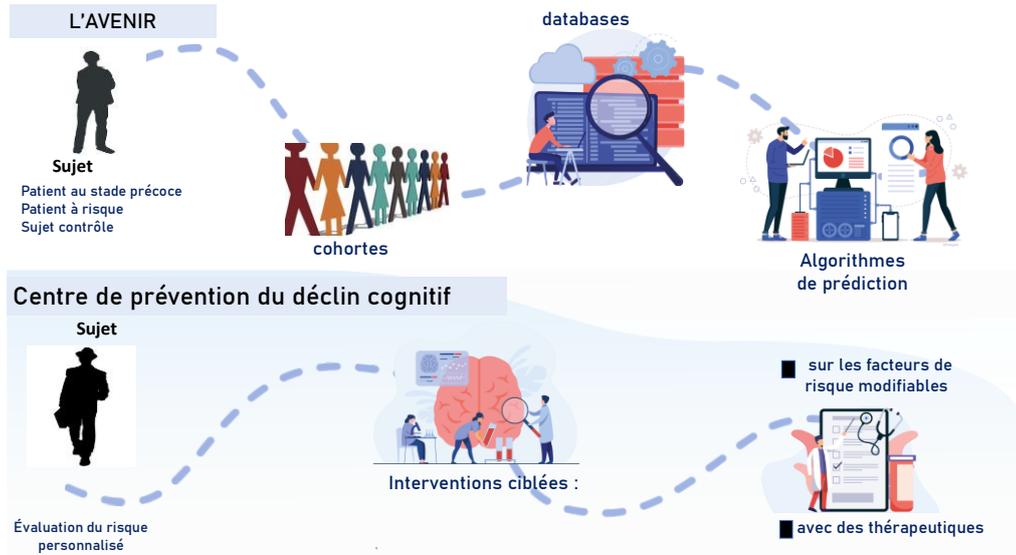
Problème de santé publique: 1M; 2M en 2040

Des marqueurs diagnostiques

La prévention est efficace



Les traitements arrivent



« Si on arrive à retarder de 5 ans l'entrée dans la maladie, on diminue de 50% la prévalence de l'Alzheimer. Les algorithmes de prédiction nous serviront lorsqu'on accueillera des sujets à un stade précoce ou des sujets à risque dans des centre de prévention pour des interventions ciblées ».

Les facteurs protecteurs du vieillissement cognitif

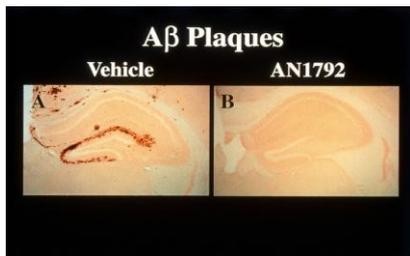
Six facteurs :

- Prise en charge des facteurs de risque vasculaire
- Activité physique et marche
- Nutrition équilibrée (régime méditerranéen)
- Bon état sensoriel (vue, ouïe)
- Activités stimulantes
- Interaction sociale

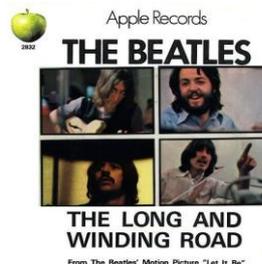
IMMUNOTHERAPIE ANTI-AMYLOÏDE

the long and winding road

Chez la souris transgénique



Schenk et al, 2000



2000-2005 : immunothérapie active/vaccin : méningo-encéphalites

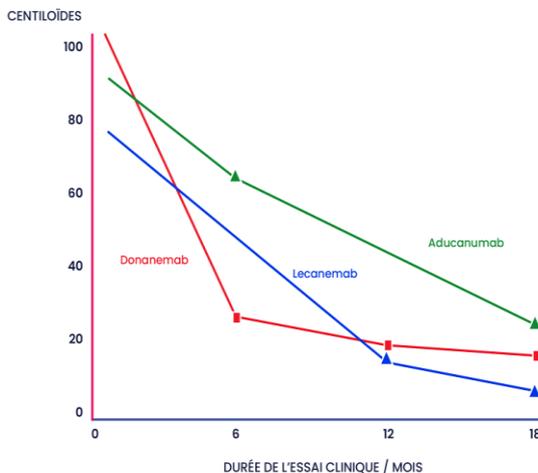
2005-2018 : immunothérapies passives: échecs répétés

Meilleure définition des populations cibles
 Utilisation des biomarqueurs
 Stades précoces
 Immunothérapies à forte clearance

« Echec de l'immunothérapie active et passive ».

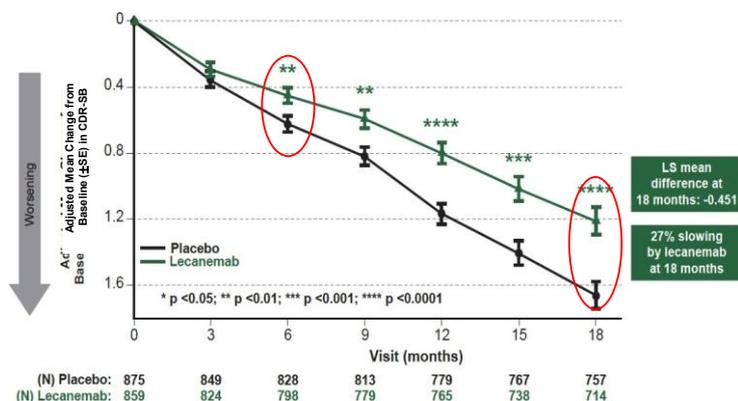
Ils mesurent l'effet des traitements en développement

Ils nettoient les lésions amyloïdes du cerveau



« 3 médicaments nettoient les lésions amyloïdes du cerveau en 1 an ½ dans 80% des cas d'où un ralentissement dans l'évolution de la maladie mais hélas pas d'arrêt de cette évolution. »

Le Lecanemab ralentit la progression de la maladie



Vers un avenir meilleur... Rêvons un peu

Dosage de BM sanguins pour repérage de sujets à risque

Attention à la communication du risque +++

Sélectionner les sujets à très haut risque d'évoluer la MA

Proposer une « cure » de « Disease Modifier » lorsqu'ils auront démontré qu'ils retardent l'entrée dans la maladie sans effets secondaires importants

... Renouveler l'évaluation à distance

Santé Mentale : une attitude face à la contingence dans les sociétés individualistes de masse

Dans notre société individualiste marquée par la performance et la réussite personnelle, les répercussions sur la santé mentale sont fréquentes.

- L'indépendance et la solitude conduisent à réduire les liens sociaux, la solidarité et à aggraver l'isolement.
- La performance et la pression à réussir entraînent un stress chronique et un épuisement professionnel.
- La stigmatisation dissuade les individus à demander l'aide dont ils auraient besoin.
- Et les réseaux sociaux comme les médias renforcent la culture de la comparaison, exacerbent les sentiments d'insuffisance et d'insécurité et accroissent l'anxiété.

C'est le thème choisi par le **Pr. A. EHRENBURG**, Sociologue et Dir Emérite de recherche au CNRS.

Quel genre de phénomène social est la santé mentale et que nous apprend-elle sur notre société ?

Dans « La morale sexuelle civilisée », publiée en 1908, Freud discute des rapports entre la civilisation et la maladie nerveuse : il rend responsable cette morale de la « maladie nerveuse qui se répand si rapidement dans notre société contemporaine ». Il remarque que les patients y succombant viennent souvent de familles aux origines modestes qui se sont élevés rapidement dans l'échelle sociale. Cela « rend le médecin pensif » quand il entend dans son cabinet : « Nous voulions être quelque chose de mieux que nous ne le pouvions de par notre provenance. » Freud mettait en lumière un malaise individuel noué à des idéaux sociaux, collectifs, communs de mobilité et d'accomplissement de soi qui n'étaient pas encore très répandus dans la société de l'époque, une société de séparation et de hiérarchie de classes, avec des rapports très formels, où celui qui monte

est souvent considéré comme un « parvenu ». Pourtant, il ne s'appesantit guère sur ce point qui m'apparaît tout à fait essentiel. Essentiel en ce que l'aspiration à être quelque chose de mieux que sa provenance s'est démocratisée, donc généralisée, à partir de l'après Deuxième guerre mondiale. Ce malaise a donc un ressort collectif qui tient à nos manières de penser et d'agir dans notre société. Il s'exprime aujourd'hui à travers les problèmes regroupés dans le qualificatif de « santé mentale » et dans celui de souffrance psychique qui lui est lié.

Je vous propose un rapide éclairage sociologique portant sur l'importance majeure acquise récemment par ces problèmes, c'est-à-dire sur leurs significations sociales dans la société individualiste contemporaine. Si la santé mentale est désormais une question de santé publique majeure, comme on le répète constamment, elle est également, contrairement au cancer, par exemple, un langage qui nous permet de formuler les tensions morales de notre société concernant les troubles de la socialisation de la personne, autrement dit, de la personne en tant que personne, et d'agir sur elles par des pratiques multiples.

Cet éclairage se fera en trois temps. Je vais d'abord présenter des interprétations sociologiques en termes normatifs auxquelles j'opposerai une approche descriptive. Ensuite, le contexte de développement de la santé mentale, à savoir l'ascension et la diffusion des représentations collectives de l'autonomie individuelle. Ce contexte a pour conséquence que tout ce qui concerne la subjectivité individuelle passe au premier plan des préoccupations sociales et politiques. Je terminerai en montrant quelle sorte de langage est la santé mentale et quel type d'attitude collective sous-jacente elle incarne.

Approche normative ou descriptive ?

Le débat sociologique, mais aussi politique, porte sur les relations entre la généralisation du souci pour la santé mentale et les transformations des normes sociales, autrement dit, sur les significations sociales de ces souffrances, sur la nature de la société dans laquelle elles se développent. Car les questions de santé mentale et de souffrance psychique sont employées, depuis les années 1970, pour formuler une critique de la société : on parle de déclin du lien social, de fragilisation des liens sociaux, de crise de la solidarité collective, de précarisation de l'existence, de privatisation de la vie. Ce débat se présente sous le label de pathologie sociale.

À partir des années 1970, un nouveau malaise dans la culture est en effet proclamé qui s'appuie sur une observation des psychanalystes suggérant que l'on avait beaucoup moins affaire aux névroses disons freudiennes qu'à des pathologies narcissiques. Celles-ci, contrairement aux névroses classiques, ne mettent pas en jeu un conflit entre le Surmoi, qui est interdictif, et le Ça, mais entre le moi et l'idéal du moi. Ce dernier concerne le narcissisme, l'idéal de ce que l'on voudrait être. Avec le narcissisme, lit-on dans l'argument d'une revue de psychanalyse consacrée aux « cas difficiles » en 1990, que « la psychanalyse semble évoluer vers une théorisation de l'insécurité plus que de l'interdit »²⁵. Les psychanalystes notent que les patients sont affectés d'une insécurité intérieure continue. Ils estiment avoir affaire avec une clinique de l'idéalité plus qu'à une clinique de l'interdit/ Le psychiatre Christian Vasseur, à l'époque président de l'Association française de psychiatrie, dans un rapport préparatoire aux États généraux de la psychiatrie qui se sont tenus en 2003 : « Le fil rouge

²⁵ J.-J. Baranès et J.-F. Rabain, « Argument », « Les cas difficiles, *Revue française de psychanalyse*, n°2, mars-avril 1990.

de ce rapport et de ses compléments [...] est de souligner ce qui participe à la déliaison, à l'effritement du lien, à sa dévitalisation, par insuffisance de repères, d'identités, de structures, de nominations²⁶. » La question des liens ne posait pas dans les névroses classiques pas plus que les questions d'identité. Il y a là un changement de « l'orientation émotive » de nos sociétés, pour parler comme Carlo Ginzburg. À quoi cela tient-il ?

Toute une sociologie et une philosophie qu'on peut appeler normatives, au sens où elle met en accusation de nouvelles normativités de la vie sociale, va s'appuyer sur ces observations. Elle affirme que l'homme public décline au profit de l'homme privé. En conséquence, la société se trouve envahie par le moi des individus et les liens sociaux perdent de leur force.

À partir de cette classe de pathologies, l'historien Christopher Lasch avec *Le Complexe de Narcisse*, publié aux États-Unis en 1979 (un énorme succès intellectuel et commercial), lance, avec d'autres essayistes, l'idée que l'individu est devenu narcissique. La candidature de ce concept psychanalytique à son éléction comme concept sociologique a depuis lors été acceptée avec une belle unanimité : un large consensus moral et social sur l'individualisme s'est forgé pour affirmer qu'Œdipe a laissé sa place à Narcisse. Le Surmoi s'affaiblissant, l'homme devient sans gravité, pour reprendre le titre du livre du psychanalyste Charles Melman publié en 2002 — la formule résume l'idée générale. Le philosophe Marcel Gauchet (qui rend hommage à Lasch) estime qu'un « individualisme de *déliation* ou de *désengagement* » qui donne lieu à des « pathologies du vide intérieur »²⁷. Le fondement de la thèse se ramène à une proposition : les personnalités sont aujourd'hui plus désorganisées qu'hier en raison d'une accélération de la dynamique d'individualisation qui n'est plus tempérée ni par la coercition sociale qui tenait les individus, ni par le conflit psychique qui les structurait. Le verrou de l'obligation sociale aurait sauté.

Pour résumer l'état d'esprit, je dirais qu'il ne s'agit plus de libérer l'individu des contraintes qui l'empêchaient de devenir lui-même, mais de le soustraire aux séductions morbides des idéaux qui le contraignent à devenir lui-même. De l'empêchement à devenir soi à l'obligation de le devenir, ce déplacement aurait engendré une nouvelle subjectivité.

S'il n'y a aucune raison de contester les changements dans la psychopathologie constatés par les cliniciens, en revanche il y en a de le faire concernant l'interprétation sociologique avancée, à savoir celle de l'affaiblissement des liens sociaux et de la perte de force de la vie commune. Cela implique de clarifier ce dont on parle quand on parle de liens sociaux ou de vie commune.

Les approches normatives reposent sur une confusion entre individu et individualisme déjà noté par Émile Durkheim (1858-1917), ce qui conduit à opposer l'individu et le collectif, alors qu'il s'agit des deux faces de la même pièce. Elle consiste en ceci : on prononce le mot « individualisme » comme s'il s'agissait de quelque chose d'individuel, alors qu'il s'agit d'un *esprit commun*. En 1898, dans *Les intellectuels et l'Affaire Dreyfus*, Durkheim écrit qu'il faut arrêter de confondre individualisme avec égoïsme ou utilitarisme : « L'individualisme [...], c'est la glorification non du Moi, mais de l'individu en général. Il a pour ressort non l'égoïsme, mais la sympathie ». On ne peut avoir de disposition à la sympathie pour chaque être humain que si on le considère comme un semblable. Durkheim ajoute un point décisif : « Une similitude verbale a pu faire croire que *l'individualisme* dérivait nécessairement

²⁶ C. Vasseur, *La psychiatrie et la relation soignante*, juin 2003, www.eg-psychiatrie.com

²⁷ M. Gauchet, *La Religion dans la démocratie — Parcours de la laïcité*, Paris, Gallimard, 1998. Souligné par l'auteur.

de sentiments *individuels*, partant égoïstes. En réalité, la religion de l'individu est d'institution sociale. » Elle est une institution, c'est-à-dire un esprit commun en ce qu'elle imprègne les idées, les valeurs et les normes, parce qu'elle se caractérise par la mise en forme d'un ordre social fondé sur la liberté et l'égalité de chacun, mise en forme qui possède évidemment une histoire. Toutes les sociétés font place à l'individuel, c'est-à-dire à la particularité, qu'elles traitent de multiples manières, mais seules les nôtres sont individualistes parce que l'individu y est normatif, il est une valeur, fondé sur la liberté et l'égalité de chacun. C'est l'esprit commun de nos sociétés. Il faut distinguer l'individu empirique, qui existe dans toute société, et l'individu comme valeur, qui caractérise la nôtre. Dans les sociétés traditionnelles, l'interdépendance entre les humains se montre dans la hiérarchie (des castes, du lignage, etc.). Chez nous, ; elle ne disparaît pas, elle est subordonnée en valeur à l'indépendance des individus. De là le sentiment qu'elle peut disparaître. Durkheim le dit en 1906 : « Le sentiment de l'obligation varie sans cesse et même, si l'on perd de vue cette variabilité, on peut croire par moments qu'il disparaît simplement parce qu'il se modifie. C'est ce qui arrive aujourd'hui dans la société française²⁸. » On voit que le thème est récurrent.

L'idée que la société fait souffrir est une idée sociale, elle n'est pas une idée sociologique. S'il faut donc relativiser ces formules pour comprendre ce qu'il se passe dans nos sociétés individualistes de masse avec la santé mentale et la souffrance psychique, ces formules suggèrent que ces questions récurrentes nous disent quelque chose de nous-mêmes en tant que société, qu'association humaine concernant le fonctionnement et la valeur de nos relations sociales.

Mais quoi ? Et comment ? C'est ce qu'il convient de préciser.

L'ascension des représentations collectives de l'autonomie individuelle : de l'aspiration collective à la norme commune.

On peut résumer le changement ainsi : au cours des années 1960-1970, on passe d'une société qui régule les comportements par la discipline à une société qui les régule en se référant à l'autonomie. Si la pathologie de la discipline est nouée à la culpabilité, celle de l'autonomie se montre dans l'incapacité à agir. La question commune était du type : que m'est-il permis de faire ? Elle est désormais : que suis-je capable de faire ? C'est ce qu'ont repérés les psychanalystes avec les pathologies narcissiques et les symptômes d'insécurité intérieure tournant autour de l'angoisse de ne pas être à la hauteur.

L'autonomie doit être abordée en deux temps. Elle devient d'abord une aspiration collective entre l'après Deuxième guerre mondiale et les années 1960-70, puis une condition commune à partir des années 1980

L'autonomie-aspiration se caractérise par des valeurs d'indépendance, d'accomplissement personnel, de propriété de soi, d'innovation, de choix, mais aussi d'égalité, l'égalité homme-femmes devenant la thématique centrale. Avec l'autonomie, la société devient individualiste, un individualisme de type expressif. C'est le moment où l'aspiration à être mieux que sa provenance commence à se diffuser massivement. Et c'est au cours de cette période que la psychanalyse se diffuse

²⁸ É. Durkheim, « la détermination du fait moral » (1906°, in *Philosophie et sociologie*, Préfaces de B. Karsenti et C. Bouglé, Paris, PUF, 2014.

en France. Elle connaît le sommet de sa popularité dans les années 1970.

À partir des années 1980, l'autonomie devient progressivement la condition commune et commence à imprégner l'ensemble des relations sociales dans un nouveau contexte, celui de la mondialisation. L'autonomie comme condition se caractérise d'abord par l'approfondissement de la dynamique d'émancipation des mœurs — choix, épanouissement personnel, etc. Penser au mariage pour tous ou au changement de sexe comme droit humain. Ensuite, par la valorisation de l'action, de l'initiative et de la responsabilité individuelles. L'autonomie est devenue normative. Si la phase de l'autonomie-aspiration était une « révolution expressive », celle de l'autonomie-condition est une révolution de l'action individuelle, c'est-à-dire d'une société où l'on attend de chacun qu'il soit acteur de..., de sa carrière professionnelle comme de sa maladie.

Comme l'a souligné le sociologue Abram de Swaan²⁹, nos sociétés sont passées de la forme du commandement par les ordres (*command by order*), permettant de coordonner l'action à partir d'un centre organisateur, à celle du commandement par la négociation (*command by negotiation*), permettant de faire en sorte que les gens coopèrent. Dans ce « nouveau monde industriel », « l'efficacité ne dépend plus de l'intensité du travail programmé de chacun, mais de ce qui se passe *entre* les individus et les groupes de travail ». ³⁰ Dans cette socialité, le pouvoir d'agir occupe une place majeure. L'autonomie ne signifie pas seulement indépendance. L'augmentation de la liberté de manœuvre des individus est un apprentissage de la coopération dans des relations sociales plus flexibles que celle de la régulation disciplinaire. C'est le tournant personnel de l'individualisme.

L'ascension des représentations collectives de l'autonomie se montre dans une double dynamique interdépendante mise en lumière par Norbert Élias. La première est l'« horizontalisation », c'est-à-dire la réduction des distances entre les classes sociales, entre les sexes et entre les générations — celle-ci nous intéressera évidemment particulièrement. La seconde dynamique est « le relâchement contrôlé des contrôles », caractérisé par l'« informalisation » des relations, mais aussi par « une expérimentation plus fréquente [impliquant] une insécurisation structurelle »³¹. Ce relâchement se singularise par un double mouvement de diminution des contrôles sociaux, à un niveau, et d'accroissement de ces mêmes contrôles, à un autre niveau, sous la forme d'*auto*-contrôles émotionnels pour s'accomplir dans la vie. Avec l'autonomie se développe ce que le sociologue Cas Wouters appelle « la contrainte de la non-contrainte »³². Pourtant, comme le souligne Elias, « le processus d'informalisation, donc le fait de s'affranchir de la contrainte extérieure d'un rituel social prescrit, impose de plus hautes exigences à l'appareil de contrôle de soi propre à ceux qui y prennent part »³³. De là, l'impression pour nombre d'observateurs que le lien social s'affaiblit et que l'individu est surchargé de responsabilités, alors que c'est la normativité qui change, l'idéal social qui se modifie.

La psychanalyse est une pratique essentielle de l'informalisation³⁴, comme la plupart des pratiques

²⁹ A. de Swaan, dans *The Management of Normality. Critical Essays in Health and Welfare*, Routledge, 1990.

³⁰ P. Veltz, *Le Nouveau monde industriel*, Paris, coll Le Débat, Gallimard, édition revue et augmentée, 2000, p. 17. Souligné par l'auteur.

³¹ N. Elias, *Les Allemands*, Paris, Seuil, 1969. La notion d'informatisation a été minutieusement développée par C. Wouters, *Informalization: Manners and Emotions since 1890*. Londres, Sage, 2007.

³² *Ibid.*

³³ N. Elias, *op. cit.*, p. 57.

³⁴ Voir P.-H. Castel, *Mais pourquoi psychanalyser les enfants ?* Paris, Cerf, 2021.

psychothérapeutiques et d'accompagnement, ce qui conduit non à les interpréter sous l'angle d'une incertitude entre l'homme psychologique et l'homme social, mais comme un rituel individualiste de guérison³⁵ dont l'esprit a été formulé de manière exemplaire par un gourou américain de la psychothérapie : « *help me help you help me help you* », « aidez-moi à vous aider à m'aider à vous aider »³⁶. Quoi de plus informalisée que cette formule ?

Un langage pour formuler les tensions morales de l'autonomie et agir sur elles

L'importance de la santé mentale tient à ce que l'autonomie met en relief tout ce qui concerne, développe ou atteint la subjectivité individuelle dans la mesure où celle-ci est intimement liée au pouvoir d'agir — ce qui n'est pas le cas de l'obéissance mécanique. Ce type de relations sociales implique à la fois un degré d'autocontrôle et d'expression des émotions que ne connaissaient pas nos sociétés avant les années 1970-1980 dans la mesure où elles régulaient les conduites plutôt avec des pratiques disciplinaires, l'autonomie restant une valeur subordonnée. Mais pourquoi la santé mentale peut-elle être considérée, d'un point de vue sociologique, un langage pour parler des désordres de la personne, qui sont devenus un souci majeur de santé publique dans le contexte de l'autonomie normative, et agir sur eux ?

La spécificité des pathologies mentales, dans la morbidité humaine est qu'elles affectent tout à la fois les idées (délire, hallucinations), les émotions (comme l'angoisse) et les sentiments moraux (comme la honte et la culpabilité). Ce sont, pour reprendre la vieille expression d'Henri Ey, des « pathologies de la liberté » qui affectent la socialisation de l'individu. Les symptômes portent sur les aspects les plus fondamentaux de la vie en société. Dans ce domaine, la santé et la socialité de l'être humain sont inséparables. On doit considérer que ce que nous, les modernes, appelons « pathologies mentales » sont des troubles fonctionnels de la socialité, que l'appellation désigne des ratés de la socialisation. On peut les définir comme des troubles de la personne en tant que personne.

Parce que la santé mentale concerne la socialisation de l'individu moderne et son éventuel destin dans la vie, il met en jeu des éléments essentiels des sociétés individualistes, tels que la valeur que l'on se donne, l'opposition entre maladie et responsabilité ; elle soulève des questions morales concernant le bien et le mal ou la justice et l'injustice. En même temps, elle représente une reconceptualisation de la santé en général : à travers elle, les contingences des relations sociales sont au cœur de la santé. De ce point de vue, la santé mentale désigne sociologiquement l'entrée des relations sociales dans la santé.

C'est pourquoi ces pratiques sont à la fois des manières de soutenir son être moral pour faire face à la contingence des relations sociales *et* de réguler socialement des comportements. Ainsi, travers le vocabulaire omniprésent des compétences dites émotionnelles, relationnelles ou de savoir-être, compétences explicitement sociales, la santé mentale apparaît comme la condition de la bonne socialisation de chacun — la nécessité de développer ces compétences chez les enfants et les jeunes

³⁵ E. Ortigues, « Qu'est-ce qu'une guérison rituelle » (1977) réédité dans *Le Temps de la parole. Et autres écrits sur l'humanité et la religion*, PUR, 2012, M. Houseman, « Vers un modèle anthropologique de la pratique psychothérapeutique », *Thérapie familiale*, 2003/3, p. 289-312, P.-H. Castel, *ibid.*. Pour les pratiques cognitives-comportementales, A. Ehrenberg, *La Mécanique des passions, op. cit.*, chapitre 6 « Les exercices de l'autonomie ».

³⁶ Cité par M. Housemann, *ibid.*, p. 296.

fait l'objet d'injonctions répétitives. La compétence est caractéristique du relâchement contrôle des contrôles.

Si la psychiatrie traditionnelle se déploie selon un axe qui va du pathologique au normal, la santé mentale se réfère à un axe souffrance psychique/ bien-être. Simultanément la conception de l'intervention consiste à passer d'une approche en termes déficitaires et d'inadaptation à une approche jouant sur les forces et les atouts de l'individu. Au lieu de mettre l'accent sur les déficiences à compenser de la personne, il convient de mettre en place un accompagnement pour son parcours en l'aidant à construire un projet de vie. Parcours, accompagnement, projet sont aujourd'hui des catégories inscrites dans la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et dans la loi de février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées sur le handicap. Car il s'agit aujourd'hui de traiter les patients, y compris les troubles psychiatriques lourds, dans la société. Ces catégories mise en œuvre dans l'action publique impliquent, au-delà du soin, d'aider à vivre socialement. Elles correspondent à une nouvelle situation du patient qui doit être accompagné dans la cité par des pratiques qui dépassent le seul apaisement des symptômes pour viser le pouvoir d'agir.

La santé mentale se déploie selon un axe qui va du négatif de la souffrance psychique au bien-être et intervient en se référant à un axe handicap/atout. Celui-ci implique de placer l'accent, dans la mesure du possible, sur le potentiel de la personne. Avec cette dernière notion, apparaissent des idéaux de notre société.

L'un des plus puissants idéaux de cette société de l'autonomie condition est ce que j'appelle l'idéal du potentiel caché³⁷, c'est-à-dire l'individu *capable*, quels que soient ses difficultés, de connaître des accomplissements en transformant ses handicaps par un appui sur un potentiel à mettre en lumière. Cet idéal est la forme sociale *spécifique* par laquelle des personnes diagnostiquées malades, traitées jusqu'alors au sein d'institutions que le sociologue américain Erving Goffman a appelé dans les années 1960 des « institutions totales », sont devenus des individus capables non seulement de connaître des accomplissements, malgré le mal qui les atteint, mais parfois plus encore *grâce* à lui. La figure d'identification de cet idéal est l'autiste qui est passé des fins fonds de l'arriération mentale au statut de super-individu, via la promotion de valeurs de « neurodiversité », l'incapacité devenant une différence positive, une capacité à se diriger par soi-même de manière spécifique, singulière ou différente. On passe d'une perspective pathologique/normal, qui est celle de la psychiatrie traditionnelle, à la perspective atout/handicap, qui est celle de la santé mentale.

Sur la scène de l'école et de l'éducation, on le voit par exemple avec le rapport de l'inspecteur d'académie J.-L. Brison et de la pédopsychiatre M.-R. Moro, *Bien-être et santé des jeunes*, remis au ministre de la Santé et à celui de l'Éducation nationale en 2016. Il souligne qu'une loi de Refondation de l'école votée en 2013, a mis « l'accent sur la nécessité de faire évoluer en profondeur la prise en compte par l'École des difficultés psychologiques rencontrées par les jeunes » : le climat scolaire, l'écoute, etc. En un mot, « une nouvelle approche de la place de la psychologie dans le système éducatif se dessine ». Il indique la démarche que les psychologues scolaires doivent suivre avec les élèves : « Ne pas réduire le jeune à ses difficultés permet de prendre appui sur ses forces et ses atouts

³⁷ Voir A. Ehrenberg, « Les exercices de l'autonomie » dans *la Mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Paris, Odile Jacob, 2018.

pour apporter aide, soutien et soins ». Il y a là un net changement dans la conception de l'action publique.

Cette perspective est parfaitement résumée par un patient souffrant de schizophrénie qui déclare au psychologue en charge d'un traitement de remédiation cognitive : « Avant j'étais un handicapé, mais grâce à notre travail, j'espère devenir un handicapable³⁸. » Voilà formulée de façon follement lucide une définition *sociologique* non seulement de la nouvelle figure du patient affecté de troubles mentaux, qui s'est progressivement instituée avec la généralisation de l'ambulatoire, mais encore, au-delà de la psychiatrie et de la santé mentale, de la nouvelle figure d'individu qui s'est également instituée avec la généralisation des idées-valeurs de l'autonomie au cours du dernier demi-siècle.

Accompagnement, parcours, projet de vie, potentiel dans la visée du pouvoir d'agir sont donc les principaux nouveaux concepts opératoires qui s'opposent aux anciennes idées d'assistance, de tutelle ou de prescription. Ils s'appliquent à des individus considérés en tant qu'acteurs de leurs pathologies.

Ces pratiques de soutien moral et de régulation des comportements sont ainsi une institution sociale de notre société. Autrement dit, l'autonomie n'est pas seulement, comme la perspective critique le pense, une privatisation de l'existence qui a pour coût social la souffrance d'un individu sur-responsabilisé, elle fait l'objet de nouveaux modes d'action publique, des manières publiques d'intervenir qui soutiennent l'individu dans l'apprentissage de la coopération sociale.

L'enchevêtrement des questions mentales et des questions sociales montre que la santé mentale est donc plus qu'une exigence de santé, c'est un langage de l'infortune et de la contingence dans lequel se dit l'échec et la réussite, la justice et l'injustice, le bien et le mal. C'est dans le langage de la santé mentale que s'expriment désormais de nombreux conflits et tensions de la vie en société — voir la souffrance au travail, par exemple — et c'est dans son vocabulaire que nous puisons des raisons et des manières d'agir sur eux. C'est à travers lui que nous comprenons nos maux personnels comme des maux communs. Dans le jardin des espèces pathologiques que regroupe la santé mentale, nous avons trouvé un langage pour la forme individualiste de l'inquiétude humaine, pour la crainte que la nécessaire dissolution des liens de dépendance, sans laquelle il n'y a pas d'individus libres et égaux, ne conduise à une séparation réelle. Elles sont les « affections électives »³⁹ de la société de l'homme-individu.

³⁸ B. Pillet, « Thérapie de remédiation cognitive et psychothérapie : passer de handicapé à "handicapable" », *La Lettre de Réh@b*, mars 2010, p. 3.

³⁹ J'emprunte l'expression à Andras Zempleni, « Entre "sickness" et "illness" : de la socialisation à l'individualisation de la maladie », *Social Science and Medicine*, 1988, vol. 27, n° 11,

Les fragilités du patient

Comment la fragilité d'un patient s'exprime-t-elle auprès du psychiatre et quelles en sont les causes ? L'origine de cette fragilité tient éventuellement à une sensibilité accrue au stress, à une incapacité à faire face aux situations de pression, critiques, conflits, échecs, aux difficultés à gérer les émotions, etc... Et elle s'exprime souvent par une instabilité de l'humeur, de l'anxiété, des évitements, un sentiment de dévalorisation, voire une dépression. C'est le sujet que le **Dr. GOZLAN**, Psychiatre, va aborder maintenant.

Symposium « CREER » 2024 « Souviens-toi de la fragilité des choses humaines... »



14/09/2022
Guy Gozlan MD, PhD

Dureté et rigidité sont compagnons de la mort.
Fragilité et souplesse sont compagnons de la **vie**...

« Cette citation est de Fenelon. La fragilité n'est pas un handicap, elle est notre particularité mais elle peut croiser nos vulnérabilités, nos comorbidités, nos maladies chroniques »

Quelques mots clés autour des fragilités des patients :

- Modèle « stress, environnement, vulnérabilité »
- Facteurs de risques
- Épигénétique
- Santé globale
- Prévention
- Education
- Social



Mais faisons une petite mise au point :



« La fragilité, ce n'est pas le cri de la femme psychiatrice, ni la peur de l'araignée, ni le cœur brisé ou la crainte de rater l'avion.

Cela ce sont des images pour magazines et en aucun cas des sources d'inquiétude ».

Attention au « marché » des « fragilités »!



« La fragilité est une richesse, pas une faiblesse et ce n'est pas non plus une culpabilité pour accéder à un monde meilleur dans l'au-delà ».

Les médecins sont au cœur de la prévention des risques liés aux fragilités :

- Face aux poids grandissant des **maladies chroniques** et à la recrudescence des **inégalités sociales** de santé, la **prévention** est une **priorité majeure**
- Depuis des décennies, des politiques de prévention ciblées (vaccinations, dépistages des cancers et lutte contre le tabac...) ont permis d'améliorer la santé des Français et d'augmenter leur **espérance de vie**.
- Cette **politique publique** globale s'attache à prendre en compte, pour toute la population et tout au long de la vie, un maximum de **déterminants de la santé** qui conditionnent l'état de santé des individus ou des populations.
- Elle s'inscrit dans une acception large de la prévention, dépassant la seule maladie et dans une **approche globale** de la santé tant physique que mentale.



« La priorité professionnelle est de ne pas déconnecter santé physique et santé morale »

D'abord, un petit point sur les « fragilités » :

- Les fragilités ne sont pas des incapacités à accomplir les activités de la vie quotidienne mais un état potentiel de vulnérabilité distinct des pluri-pathologies et des comorbidités
- Elles conduisent les patients d'un état de santé «habituel» à un risque de dépendance
- Elles constituent un syndrome clinique aux causes multiples
- Qui exposent le patient à une diminution de sa capacité de résistance aux stress
- Du fait d'une réduction des réserves physiologiques et psychologiques
- Leur caractère potentiellement réversible doit motiver une démarche préventive et proactive
- Elles nécessitent un repérage et une évaluation multidimensionnelle et multimodale
- Qui permettent d'élaborer des recommandations pour optimiser la prise en charge thérapeutique

« Si vous ne croisez pas de facteur de vulnérabilité, vous avancez avec votre fragilité sans aucun problème par contre dans le cas contraire, vous passez d'un état habituel à une dépendance. 92 facteurs de vulnérabilité sont recensés et il suffit d'en croiser deux pour passer d'un état "normal" à un état de fragilité "pathologique" ».

Quelles conséquences en cas de fragilités ? :

- Les patients fragiles ont globalement une diminution de leur qualité de vie
- Les limitations associées aux fragilités créent un stress chronique qui peut aggraver des comorbidités ou des pathologies chroniques
- Les patients fragiles ont un risque accru de troubles de l'humeur et de troubles cognitifs, qui réduisent la capacité à suivre les recommandations (prise de médicaments, régime alimentaire, exercice) avec le risque d'aggravation des symptômes
- Les fragilités peuvent entraîner une perte d'autonomie, rendant les activités quotidiennes plus difficiles et augmentant la dépendance envers les aidants
- Elles peuvent augmenter le risque de passage aux urgences et d'hospitalisations...

« Les pathologies somatiques modifient notre niveau de stress avec répercussions sur notre santé mentale d'où réactions adaptatives à type de troubles de l'humeur, dépression, troubles cognitifs, consommation de produits toxiques, etc... Le risque qui en découle est la perte d'autonomie ».

Les fragilités interviennent tout au long de la vie, autour de quatre âges clés :

de 18 à 25 ans

- 18 ans, âge-clé qui correspond souvent à la fin de la scolarité et à l'entrée dans la vie active ou les études supérieures. C'est un âge important pour prévenir et repérer les addictions et détecter les troubles psychiques émergents.

de 45 à 50 ans

La tranche d'âge clé de 45-50 ans correspond au démarrage des dépistages organisés des cancers (cancer colorectal et cancer du sein).

de 60 à 65 ans

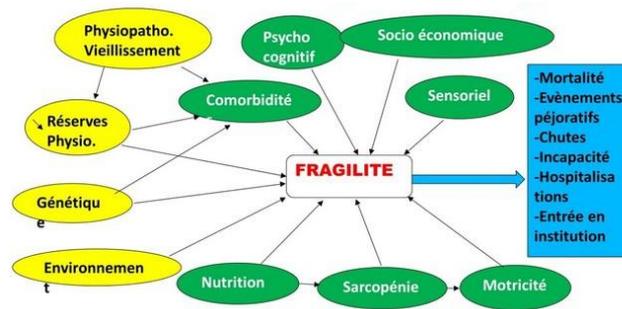
- La tranche d'âge 60-65 ans permet de cibler les maladies chroniques, d'améliorer leur prise en charge et de prévenir les éventuelles pertes d'autonomie future.

de 70 à 75 ans

- Enfin, la tranche d'âge 70-75 ans, outre les maladies chroniques, cible les facteurs de risque d'isolement, de dépendance et de perte d'autonomie.

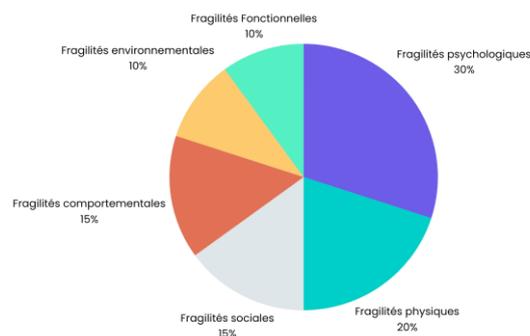
« Les 18-25 ans : c'est la période où le médecin doit être vigilant pour repérer les troubles psychiques émergents (schizophrénie). Cette période est sujette au stress social, elle est également propice aux addictions qu'il faut détecter ».

Des facteurs de risque multiples pour l'Homme :



BELLONY, MASCO 2023

Comment se répartissent les fragilités ?



Les fragilités neuropsychologiques (30%) :

Une **faible tolérance au stress** peut aggraver les symptômes et compliquer les soins.

Une **faible estime de soi** peut décourager les patients de demander de l'aide ou de suivre leur traitement, aggravant leur état.

Les **troubles de l'humeur** (+/- psy) peuvent affecter la motivation et retarder la prise de décision de s'engager vers les soins.

Les **troubles cognitifs** augmentent les risques d'incompréhension, d'erreurs ou de mauvaise gestion des traitements.

Les fragilités physiques (20%) :

La **sédentarité** entraîne une détérioration de la condition physique et une exacerbation des maladies chroniques.

L'**obésité** +/- liées à des fragilités financières et/ou sociales augmente la **stigmatisation** et le risque de pathologies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires...)

Les **déficits sensoriels** augmentent le risque de chutes et de blessures.

Le **vieillesse** est associé à une **diminution de la réserve physiologique**, augmentant la vulnérabilité aux maladies aiguës et aux **effets secondaires des traitements**.

Les polyopathologies aiguës ou chroniques qui en découlent (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires...) augmentent le risque de complications et complexifient les prises en charge

Les fragilités comportementales (20%) :

Les patients fragiles (+/- psy) sont plus susceptibles d'adopter des **comportements à risque** tels que : la sédentarité, une mauvaise alimentation, la consommation de **tabac**, d'**alcool** ou de **drogues**, ce qui exacerbe les maladies chroniques et complique la prise en charge clinique.

Un environnement social et économique défavorable (travail, logement, absence de soutien...) peut aussi aggraver les fragilités.

Les fragilités sociales (15%) :

L'absence de **soutien familial**, l'isolement social, la **précarité** socio-économique, les problèmes d'emploi ou de logement instables peuvent augmenter la vulnérabilité et affecter la capacité à accéder aux soins, gérer la/les maladies ou adhérer aux traitements.

Un faible **niveau d'éducation** ou de compréhension affecte la capacité à comprendre et suivre les recommandations médicales.



Les fragilités environnementales (10%) :

Un accès limité aux soins du fait de la **désertification médicale**, des barrières géographiques, économiques ou organisationnelles peuvent limiter l'accès aux services de santé adaptés.

La stigmatisation et la **discrimination** dans l'environnement social et professionnel (par ex. obésité +++) peuvent contribuer à l'aggravation des troubles et au **retrait social**.

Un **environnement familial** dysfonctionnel ou conflictuel avec des **négligences** ou des **abus** peuvent augmenter le stress et compliquer le rétablissement.

Un Français sur quatre souffre d'une maladie chronique!

- Les fragilités physiques, psychologiques, sociales ou économiques des patients ont un impact significatif sur l'évolution de leurs pathologies aiguës ou chroniques et compliquent leur prise en charge
- Selon l'OMS, un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre principaux facteurs de risque que sont : l'inactivité physique, l'alimentation, la consommation d'alcool et de tabac
- Ces facteurs interagissent et influent sur l'état de santé tout au long de la vie et varient selon la place de l'individu dans son environnement social
- Les améliorer nécessite, pour le praticien, une approche globale, proactive, empathique, multidisciplinaire et personnalisée...



- L'approche « Une seule santé » vise la conception et la mise en œuvre de programmes, de politiques, de législations et de recherche impliquant une collaboration entre de multiples secteurs en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé publique.
- Cette démarche est essentielle pour faire face aux menaces pesant sur la santé à l'interface entre l'homme, l'animal et l'environnement

L'IA. Homme augmenté ou Homme diminué ?

- C'est grâce au traitement de quantités massives de données en un temps record que les capacités cognitives, de décision, d'innovations, de découvertes et de productivité de l'homme sont améliorées par l'intelligence artificielle.
- Mais si l'homme devenait dépendant de cet outil, il perdrait son autonomie et sa liberté.
- L'IA qui menace de rendre obsolète certaines compétences ou professions, risque surtout de réduire les relations interhumaines, l'empathie, la compréhension mutuelle. Bref, elle déshumanise.
- Où est l'équilibre ? L'IA doit rester uniquement un outil d'émancipation et d'amélioration dans un cadre éthique et réglementé.

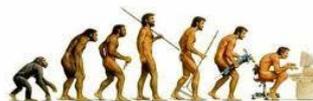
Qu'en est-il dans le domaine de la santé ?

Homme augmenté ou diminué ?

Le Pr. **SARAUX**, Chef de Service de Rhumatologie au CHU de Brest répond à cette question.



L'IA Homme augmenté ou homme diminué?



Pr Alain Saraux

Service de Rhumatologie, CHU de Brest

CERAINOM, FAI2R

septembre 2024, Paris

Intelligence artificielle : mais doit être bien utilisée....



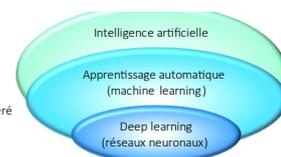
Intelligence artificielle : le concept

- ❖ Ensemble de théories et de techniques mise en œuvre pour réaliser des machines capables de simuler l'intelligence humaine (intelligence humaine augmentée)
- ❖ Méthode de résolution de problèmes complexes par une logique algorithmique :
 - ❖ programmes informatiques utilisant des dispositifs
 - ❖ imitant ou remplaçant l'homme dans certaines fonctions cognitives intégrant
 - ❖ l'apprentissage perceptuel (sensoriel)
 - ❖ l'organisation de la mémoire
 - ❖ et le raisonnement critique



L'intelligence artificielle en pratique?

- Pas d'émotion
- Pas de lassitude
- Décision rapide
- Apprentissage accéléré



- Elle permet à un programme d'apprendre les règles structurant un phénomène
- Plus le jeu de données est conséquent, plus les règles de l'algorithme sont précises
- Elle englobe le machine learning (apprentissage automatique) qui lui-même englobe le deep learning (apprentissage profond)
- Le deep learning
 - architecture de réseaux de neurones
 - qui permet l'apprentissage de règles de classification très complexes
 - Combine des données hétérogènes (image, texte, etc)

Qu'est-ce qu'utilise l'intelligence artificielle?

❖ Elle peut utiliser

- ❖ Les réseaux neuronaux convolutif (computer vision) permettant d'obtenir des algorithmes de vision spatiale (IRM, anatpath....)
- ❖ Le traitement automatique du langage naturel (NLP): Les réseaux de neurones récurrents permettent d'obtenir des algorithmes à partir de texte (données de santé numérique)
- ❖ L'apprentissage par renforcement (reinforcement learning): Il apprend à partir des erreurs à faire des corrections simples (par exemple un geste avec un robot)

Exemple d'IA du quotidien

- ❖ Smartphone (nombreuses fonctions photo, reconnaissance vocale, chatGPT....)
- ❖ Voiture intelligente (endormissement, aide au parking, navigation...)
- ❖ Media et musique (proposition d'équivalent, reconnaissance de musique...)
- ❖ Jeu vidéo (mouvement selon le jeu...)
- ❖ Annonces et publicités en lignes (cible les personnes)
- ❖ Navigation dans l'espace et en ligne (google map, missiles...)
- ❖ Maison connectée (thermostat, vol, chute...)
- ❖ Banque (surveillance, bilan....)
- ❖ Reconnaissance faciale...

L'IA générative: CHAT GPT



Peux-tu écrire un poème sur Lilith avec 4 strophes de 4 Alexandrins ?

🌀 Dans la nuit étoilée, Lilith se dévoile,
Mystère ancestral, beauté sans égale.
Ses yeux de braise brûlent, reflets de
l'ombre,
Enigme éternelle que nul ne
dénombré.

Fugitive des cieux, rebelle inflexible,
Elle danse au clair de lune, âme
invincible.
Les vents chuchotent son nom avec
tendresse,
Écho des temps anciens, souffle de
sagesse.

Parée de sombres rêves, elle erre
sans fin,
Guide des âmes perdues, flamme du
destin.
Éloignée d'Adam, libre et souveraine,
Elle trace son chemin, femme
inhumaine.

Dictée. Peux-tu me faire une analyse freudienne de la pièce de théâtre de Jean-Paul Sartre, Huis clos en 3 paragraphes thèse antithèse synthèse avec 20 lignes par paragraphes

🌀 Thèse

Dans une analyse freudienne de la pièce "Huis Clos" de Jean-Paul Sartre, on peut interpréter la situation des personnages comme une matérialisation de l'enfer psychologique. Selon Freud, l'inconscient joue un rôle crucial dans la formation de la psyché humaine, et dans "Huis Clos", les personnages sont confrontés à leurs désirs refoulés et à leurs angoisses inconscientes. Garcin, Inès, et Estelle sont enfermés ensemble, symbolisant une scène où leurs pulsions et conflits inconscients sont constamment refoulés et sans échappatoire. Garcin cherche la

L'IA générative: CHAT GPT



Exemple d'IA en médecine

❖ Pour le patient

- ❖ Participation du patient à sa prise en charge (auto-évaluation, PRO, objet connecté..)
- ❖ Réponse aux patients par un chatbot universel (Chat GPT) ou dédié (ex: Versus Arthritis, UK Charity, avec IBM Watson)
- ❖ Remplacer la main par la parole ou la parole par la main pour les patients handicapés
- ❖ Aide aux patients handicapés (ouverture de porte, exosquelettes ,...)
- ❖ Oreille intelligente
- ❖ Diagnostic précoce avant les symptômes (notamment opportuniste)



❖ Pour le médecin

- ❖ Sécurité par warning (interaction médicamenteuse, détection d'anomalie d'imagerie ou lame anapath, choix thérapeutique, bibliographie....)
- ❖ Proposition d'interprétation d'images (Stanford University's CheXNet au moins égal au radiologue pour le diagnostic de pneumonie, fond d'oeil, mélanome...)
- ❖ Reconstruction d'images
- ❖ Stratification des patients multiomics et recherche de cibles thérapeutiques



Lecture radiographique d'arthrose

SCIENTIFIC REPORTS

OPEN Automatic Knee Osteoarthritis Diagnosis from Plain Radiographs: A Deep Learning-Based Approach

Received: 21 July 2017

Ashkan Talebpour¹, Jérôme Thirion², Gaëlle Heller², Peter Lehner³ & Simon Saverbi^{1,4*}

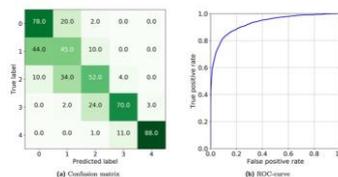
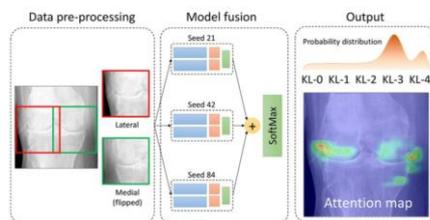
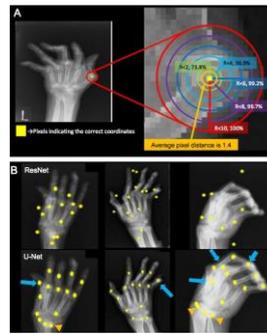
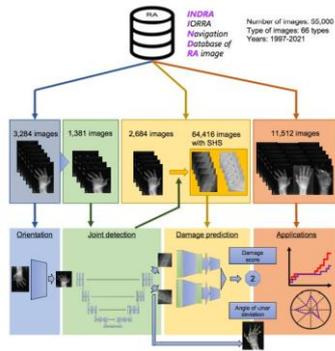


Figure 4. (a) Confusion matrix of KL grading and (b) ROC curve for radiographic OA diagnosis KL ≥ 2 produced using our method. Average multi-class accuracy is 86.71% and AUROC value is 0.93. Corresponding Kappa coefficient and MSE value are 0.83 and 0.48, respectively.

Lecture de radiographies de polyarthrite rhumatoïde



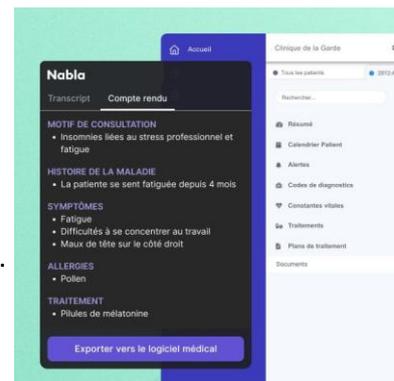
Honda S, MedRxiv 2023 in press



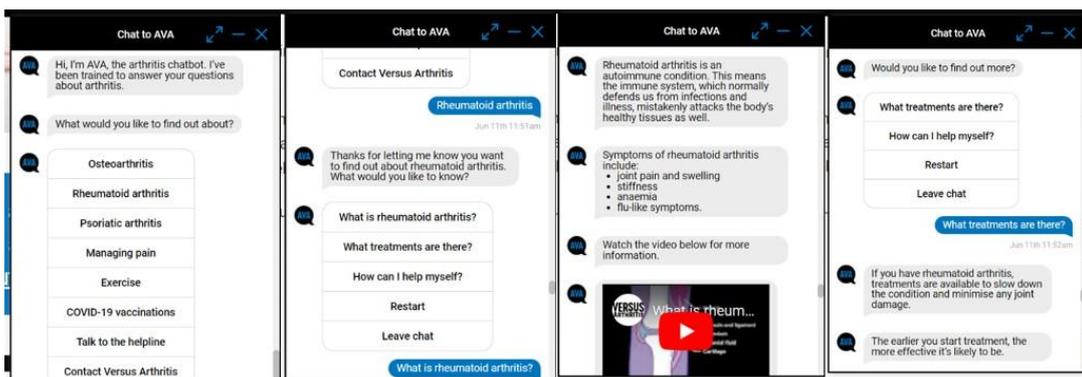
<https://orcid.org/0000-0001-9066-2005>

L'IA diminue ou rajoute du temps à l'interrogatoire et l'examen clinique

- Plusieurs évolutions possibles:
 - Observations plus courtes et copié collé systématiques...
 - Il faut favoriser la prise de notes automatisée
 - Thiana ou Nabla le font automatiquement
- Mais risque majeur
 - D'excès de confiance en un lien symptôme-image fortuit
 - De surtraitement d'incidentalome
 - De besoin de déconstruire des idées que se sont faits les patients eux-mêmes aidés par l'IA



IA générative dédiée: Chatbot pour la polyarthrite rhumatoïde

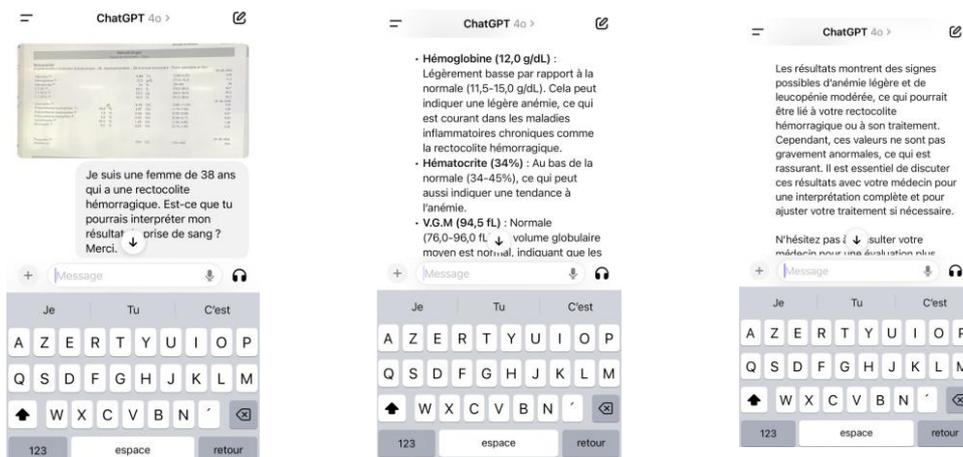


L'IA s'ajoute ou remplace l'examen clinique

- Outils connectés
 - Téléphone
 - Montre connectée
 - Inspection à distance
 - Détecteur d'urine
 - Détecteur de selles
- En rhumatologie
 - Imagerie thermique
 - Détection de gonflement artériel
 -



L'IA interprète les examens biologiques

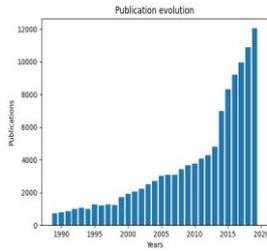


The screenshots show a user asking: "Je suis une femme de 38 ans qui a une rectocolite hémorragique. Est-ce que tu pourrais interpréter mon résultat prise de sang ? Merci." The AI responds with a detailed analysis of the blood test results, including Hemoglobin (12.0 g/dL), Hematocrite (34%), and V.G.M (94.5 fL), explaining their clinical significance in the context of inflammatory bowel disease.

L'IA peut classer les examens complémentaires

- Les examens envoyés par mail peuvent aller dans le dossier du patient
- L'interopérabilité est nécessaire pour tracer les résultats anormaux
- Le risque est d'être noyé dans les data si on veut que chacun ait son ADN, sa protéomique.....
- Mais cela permettrait de détecter en réel toute nouvelle maladie

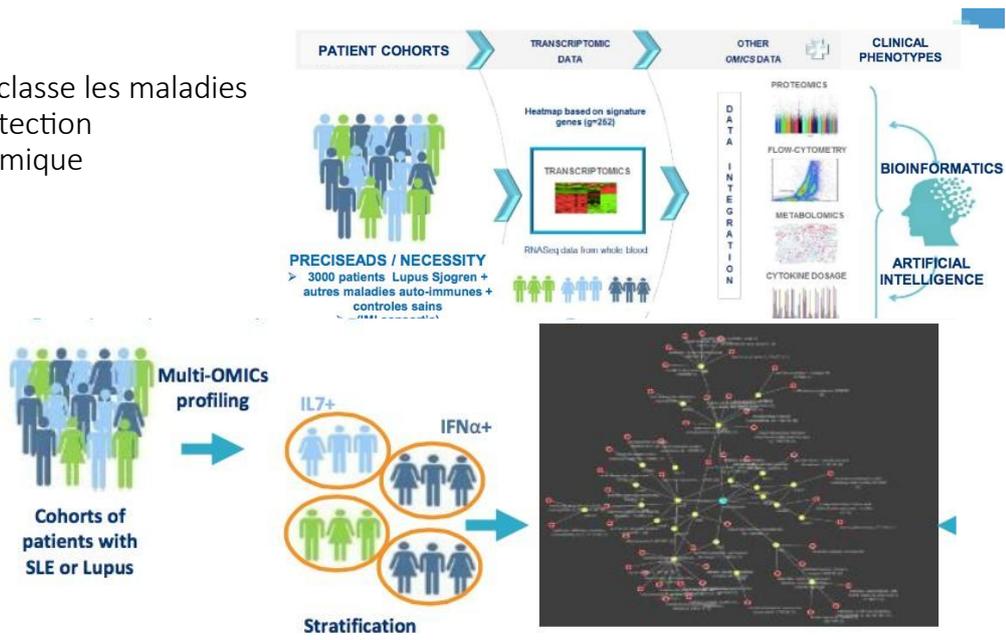
L'IA fait votre bibliographie



Logiciel	Accessibilité	Vectorisation de textes	Base de données	Utilise des méta-informations	Organisation non supervisée du Corpus	Exemple d'applications
Covidence	licence payante	Non	Fournie par l'utilisateur	Oui	Non	(4)
DistilleR	licence payante	Non	Fournie par l'utilisateur	Oui	Non	(6)
Rayyan	libre	Non	Fournie par l'utilisateur	Oui	Non	(14)
BiBot	experimental	Oui	Synchroniser avec le NCBI	Oui	Oui	(13)

Foulquier Joint Bone Spine 2022

L'IA reclasse les maladies par détection multiomique



L'IA vous propose le traitement (AMM/efficacité/tolérance)

	APRE	ADA*	CTZ	ETN**	GLM	IFX*	USK	SCK	IXE	GUS	RIS	BIME	TOFA	BARI	UPA	FIL
PR		✓	✓	✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓
rx-axSpA		✓	✓	✓	✓	✓	Arrêt Dévlpt	✓	✓			✓	✓		✓	
nr-axSpA		✓	✓	✓	✓	Pas Dévlpt	Arrêt Dévlpt	✓	✓			✓	Pas Dévlpt		✓	
RPso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Pso	✓	✓	✓	✓	Pas Dévlpt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Russie		Pas Dévlpt	
Crohn		✓	Suisse USA Russie		Pas Dévlpt	✓	✓			Phase 3 en cours	Phase 3 en cours				✓	
RCH		✓	Pas Dévlpt		✓	✓	✓			Phase 3 en cours	Phase 3 en cours		✓		✓	✓

* Biosimilaires : mêmes indications ** Biosimilaires : mêmes indications (sauf pédiatrie)

APRE: apremilast; ADA: adalimumab; CTZ: certolizumab; ETN: etanercept; GLM: golimumab; IFX: infliximab; USK: ustékinumab; SCK: sécukinumab; IXE: ixékizumab; GUS: guselkumab; RIS: risankizumab; BIME : Bimekizumab; TOFA: tofacitinib; BARI: Baricitinib; UPA: upadacitinib; FIL: Filgotinib

Aide aux gestes techniques

- Robot chirurgical
- Montée de sondes avec réalité augmentée
- Pratique et lecture d'images



Les limites fonctionnelles de l'IA

- Explicabilité (concept de "boîte noire")
Difficile ou impossible avec des capacités cognitives humaines de comprendre les résultats d'un modèle algorithmiques
→ Evaluation difficile de la fiabilité et de la partialité
- Volume de données nécessaires (concept "big data")
Besoin d'énormes quantités de données précises et fiables pour entraîner les réseaux nécessaires
→ Données de santé hétérogènes et complexes souvent mal codées
- Transférabilité (concept "d'extrapolabilité")
Résultats fiables sur les données utilisées pour construire le système... mais pas pour les autres !
→ Notion de biais algorithmiques

⚠ Pas d'intelligence émotionnelle → donc pas d'approche holistique du patient

Les limites éthiques de l'IA

- Les stratifications "personnalisées"
- Les normes selon les sous-groupes ?
- Les seuils de sécurité ?
- La balance bénéfice-risque ?
- L'information au patient ?
- La responsabilité en cas de préjudice ?
- Détournement du but vers les assurances, la judiciarisation,
- Espionnage de masse
- Conception des logiciels imposant l'entrée des start-up dans les dossiers médicaux
- Erreurs de diagnostic: Qui est responsable?

⚠ Biais et inégalité ?

Les risques à long terme

- La perte de fonction
 - Voiture: on va plus loin en voiture mais on est moins capable d'aller loin à pied si on l'utilise tout le temps...
 - IA: On a plus de connaissance disponible et on réfléchit plus vite avec l'IA mais on est moins capable de se débrouiller seul....
 - Perte de connaissance
 - Perte de capacité de réflexion
 - Perte de capacité de travail
- Deshumanisation et égocentrisme

La médecine se transforme

	Dix dernières Années (2010-2023)	D'ici 2035 Idem +	Vers 2050 Idem +
Biologie Fondamentale	Édition du génome CRISPR-Cas9	Édition épigénétique, médecine régénératrice	Ingénierie de la biologie synthétique, compréhension approfondie des mécanismes cellulaires Couplage calcul quantique, IA, HPC
Diagnostic	Médecine de précision, biomarqueurs pour le cancer	Tests sanguins liquides, biopsie liquide IA en appui du diagnostic et pour l'interprétation des images médicales	Diagnostics instantanés basés sur l'ADN, surveillance de la santé via des capteurs implantables
Épidémiologie	Surveillance des épidémies avec l'IA Capteurs expositions à faibles coûts	Anticipation des épidémies avec l'IA, surveillance mondiale en temps réel Expologie	Modélisation avancée des épidémies
Imagerie	Imagerie médicale avancée, imagerie à haute résolution	Réalité augmentée pour la visualisation médicale Imagerie quantique ?	Imagerie moléculaire, imagerie cérébrale avancée, réalité virtuelle médicale
Traitements, vaccins	Immunothérapie contre le cancer Premières thérapies géniques approuvées Régénération de tissus et d'organes Vaccins à ARNm	Thérapie cellulaire avancée, nanomédecine Thérapies géniques pour des maladies plus courantes Ingénierie de tissus et d'organes, régénération avancée Vaccins anti cancer. Thérapies anti-âge	Régénération tissulaire avancée, médecine préventive personnalisée Vaccins universels ?
Chirurgie, prothèses, transplantation	Chirurgie robotique, mini-invasive perfectionnées Prothèses avancées grâce à l'IA et à l'impression 3D Techniques améliorées de transplantation, réduction des rejets	Chirurgie robotique, mini-invasive perfectionnées Transplantations personnalisées, disponibilité accrue d'organes, xenogreffes	Chirurgie avancée, minimisation des risques pour les patients Chirurgie robotique, mini-invasive perfectionnées Prothèses hautement fonctionnelles, personnalisées Organes artificiels ?
Innovations Organisationnelles	Télé médecine, gestion des données de santé Emergence des approches populationnelles	Généralisation de la télé médecine, gestion des données de santé renforcée Intégration généralisée de l'IA, santé numérique Médecine préventive personnalisée, Développement des approches de responsabilité populationnelle	Systèmes de santé entièrement numérisés, médecine participative Suivi en temps réel de la santé, automédication sécurisée

Forum santé prospective 2040

Conclusion

- Une aide indiscutable de l'intelligence artificielle pour
 - Le diagnostic des maladies (lecture des images, analyse des bruits, fouille du dossier)
 - Le choix thérapeutique (bénéfice/risque personnalisé)
 - Reclassification des maladies et compréhensions des liens physiopathologiques (omics)
 - La recherche et l'analyse bibliographique
 - Geste technique
- Quelle place demain ?
 - Pas remplacer le médecin
 - Mais l'aider, mieux utiliser son temps, faire du dépistage hors de sa spécialité
 - Risque de perte de compétence si on s'appuie trop sur l'IA
 - Responsabiliser les patients ayant des maladies chroniques et pour la prévention
 - Patients et médecins outillés sont augmentés par l'IA mais diminués quand on leur enlève
 - Difficulté d'interfaçage, multiplication des outils, fragilité des modèles financiers
 - Il faut donc garder un minimum de compétence sans IA (pompe à insuline après 6 mois de traitement traditionnel, examen sans IA)

« LE DEBAT »

Animé par le **Pr. GRIMALDI** Professeur émérite de Diabétologie

- *Question sur la sécurité et les délégations de tâches :*
« Les IPA en autonomie : n’y a-t-il pas des risques d’utilisation des outils de l’IA sans qu’il y ait eu de formation adéquate pour les diagnostics et les traitements ? ».
Pr. SARAUX : Non car les IPA ne peuvent prescrire que dans leur sujet de prédilection, leur autonomie est limitée à leur compétence particulière.
- *Question sur la responsabilité médicale en cas d’utilisation de l’IA :*
Pr. SARAUX : « Si je n’utilise pas l’IA et qu’un problème survient, on me reprochera de ne pas l’avoir utilisée et si je l’utilise et que je passe à côté, on pourra reprocher à l’IA son erreur. Mais en tout état de cause, en l’utilisant je peux trouver des choses qu’on n’aurait pas trouvés autrement, ce qui est par contre source d’angoisse ».
- *Pr. GRIMALDI :*
 - 1) Einstein avait trouvé une bonne formule : « Un jour la machine pourra résoudre tous les problèmes mais ne pourra jamais en poser un ». De même l’IA est intelligente mais ne pense pas, elle n’a pas d’émotion or dans notre relation particulière avec notre patient l’émotion existe.
 - 2) Une étude récente parue dans le Jama questionnait les patients sur différents thèmes en comparant ChatGPT et le médecin :
 - sur la qualité médicale ChatGPT était légèrement supérieur.
 - sur l’empathie ChatGPT était nettement supérieur.

Cela montre en fait que le médecin a un déficit d’empathie mais pas pour autant que ChatGPT a de l’empathie

Dans l’empathie, on considère qu’il y a 4 niveaux :

- le 1^{er}, les neurones en miroir (comportement d’imitation)
- le 2^{ème}, l’empathie cognitive (je comprends que vous souffrez)
- le 3^{ème}, l’empathie émotionnelle.

Celle du médecin est cognitive et émotionnelle et cela débouche pour le soignant sur une proposition d’aide INCONDITIONNELLE

- Cela peut se conclure par une empathie réciproque (vous avez mauvaise mine docteur, que puis-je faire pour vous ?)
- 3) Paul Valéry « Que serions-nous sans ce qui n’existe pas ? »
Le robot : si vous êtes vieux, handicapé, seul et vous possédez un robot qui vous souhaite votre anniversaire, vous propose un repas, appelle votre médecin et en plus qui, androïde, ressemble à un humain alors qu’on sait que tous, même adultes, avons besoin d’avoir un doudou.
Cela montre les limites d’une société manipulatoire.
 - 4) On va vers une médecine de plus en plus technique et bientôt nous aurons un jumeau numérique (même génome, épigénome, métabolome...)
Cela fera un tas et pas une personne car un tas ne fait pas un tout. Ce sera un jumeau statistique.
 - 5) ChatGPT nous dira : « si tu ne fumes plus, tu gagnes deux ans d’espérance de vie », mais cela est sans compter sur le « c’est plus fort que moi » et je continue à fumer.
ChatGPT empêchera-t-il les comportements du « C’est plus fort que moi ? ».

- 6) Sur la prévention. L'espérance de vie diminue dans la plus grande économie du monde, les USA à cause de l'obésité et les addictions aux drogues, donc des pathologies dues aux recherches du plaisir.
Comment ChatGPT pourra répondre à ces deux grands fléaux ?
- 7) L'éducation thérapeutique : certes ChatGPT pourra faire de l'ET mais l'ET c'est l'apprentissage.
Quatre points : - la personnalisation (âge, comorbidité, culture, etc...). ChatGPT pourra répondre.
- l'apprentissage technique. ChatGPT pourra être utile
 - mais c'est aussi la résilience
 - la représentation qu'on a de la maladie et le sens qu'on donne à sa vie.
- Et là, ChatGPT n'est d'aucune utilité.
- 8) ChatGPT va changer la relation médecin - malade.
Les médecins sont censés connaître les recommandations mais les patients vont sur internet et sont informés.
Il va donc falloir expliquer et convaincre.
Mais dorénavant, le patient arrivera au cabinet avec les données de ChatGPT sous le bras et la discussion tiendra pour le médecin en un accord avec ChatGPT ou non.
Je ne pense pas qu'on en arrivera à une confrontation mais le patient consultera désormais dans l'attente d'une expertise et d'une évaluation.
La relation médecin malade sera donc d'une autre nature.
- 9) Attention aux mots et ce qu'ils cachent.
L'expression « Médecine personnalisée » est un leurre.
Il s'agit d'une médecine de précision et pas une médecine de la personne. La médecine de la personne ne peut être faite que pour une personne.
-

Dr. Christian HUGUE Ancien Président du CDOM 92

Admettre que l'Homme est fragile est un euphémisme, et pour Paul Ricoeur, en particulier, puisqu'il est à la fois corps et âme, l'Homme expose sa fragilité tout au long de sa vie. Si, en tant que médecin, il est facile de démontrer sa fragilité physique, il suffit de l'observer pour se convaincre de ses faiblesses dans son comportement.

Une constante dans le comportement humain a toujours été de vouloir augmenter ses performances et les preuves remontent dès la mythologie avec Prométhée qui voulait que l'Homme devienne l'égal des Dieux ! Avec Gilgamesh, ce roi imbu qui a consacré sa vie à la recherche de l'immortalité, avec, également, les Pharaons d'Egypte qui se mariaient entre eux croyaient maintenir leur niveau d'excellence grâce à la consanguinité. Enfin, certaines tribus anthropophages dévorant le corps de leurs ennemis pour se nourrir de leurs forces !

Plus récemment, avec Francis Bacon dans la *Nouvelle Atlantide*, on découvre dès le 17^{ème} siècle les progrès attendus pour l'espèce humaine :

- Prolonger la vie
- Guérir les maladies
- Diminuer les douleurs
- Transformer les statures
- Augmenter la puissance cérébrale

Jusque-là, la Médecine s'est exclusivement attachée au SOIN et à la lutte contre les maladies, et progressivement avec les progrès scientifiques, elle est même devenue préventive en anticipant sur l'affection elle-même. Ce qui a peut-être déclenché des idées perverses chez l'Homme témoignant là encore de sa fragilité : pour Plaute (repris par Thomas Hobbes) *l'Homme est un loup pour l'Homme* et c'est ainsi que la nature Humaine a affiché ce qu'elle avait de pire avec ses théories d'Eugénisme et de Génocide. L'Histoire n'oubliera jamais la Shoah, le Goulag ou le Nazisme !

En 1946, l'OMS définit la Santé comme un « *bien-être physique, mental et Social* », autrement dit, c'est une nouvelle définition du Bonheur. Ainsi, la Médecine évolue et n'est plus seulement dédiée au Soins, elle devient esthétique soumise aux critères variables de la Beauté, s'attachant même au phénomène naturel qu'est le vieillissement, étape ultime de la fragilité de l'Homme. La Médecine moderne dépasse donc le soin au profit de la quête du Bonheur en particulier.

Ce n'est donc plus seulement implants, greffes, cœur artificiel, chirurgie robotisée, exosquelettes ou prothèses qui démontrent les prouesses techniques de la Médecine dont nous venons d'ailleurs de nous émouvoir durant les Jeux Olympiques et en particulier chez les sportifs handicapés. De Coubertin en visionnaire l'avait prédit « *Plus haut, plus vite, plus fort !* ».

Mais un tournant potentiel et évolutif s'affiche en 2020, avec le prix Nobel récompensant les ciseaux coupeurs d'ADN. Si cette découverte merveilleuse du génome humain permet de supprimer la drépanocytose, on peut laisser aller notre imagination...

Je crois savoir qu'en Chine, un laboratoire de Neurosciences étudie le génome de leurs surdoués : et si l'envie les prenait de switcher le gène normal de l'embryon, par le gène alors découvert du surdoué ?

Et si, Elon Musk avait dans l'idée d'implanter des puces électroniques dans les cerveaux normaux pour augmenter l'activité neuronale ?

Et si, « Le meilleur des Mondes » d'Aldous Huxley n'était pas une œuvre de Science-Fiction ?

Et si, « l'Homme augmenté » ne majorait pas la fragilité des autres ?

Et si l'Éthique ne tenait pas compte des conséquences humaines, sociales ou économiques ?
