

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

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

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

#### Un système en bout de course

Au tournant du millénaire, ce système craque de toutes parts. L'impossibilité de s'en tenir au système rigide des tableaux a conduit, en 1993, à l'ouverture d'une deuxième voie : les Comités

régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. L'apparition, dans le droit commun, d'un droit à indemnisation complète en l'absence de faute rend intenable le caractère partiel de l'indemnisation des pathologies professionnelles. L'uniformisation européenne impose l'introduction, dans le droit français, des exigences de prévention développées chez nos partenaires. Enfin, en affirmant, le 28 février 2002, que tout employeur est tenu à une obligation de résultat en matière de sécurité au travail, la Cour de cassation a torpillé la théorie du risque professionnel qui constituait la base du système. Toutes ces évolutions favorables à la reconnaissance et à la prévention des pathologies professionnelles interviennent cependant à un moment où le développement de la mobilité et de la précarité réduit la visibilité des atteintes à la santé par le travail, où nous voyons ressurgir les tentations eugénistes et où les capacités de l'action collective comme de l'intervention des pouvoirs publics reculent. L'avenir est donc très ouvert.

- BERGERET A. *et al.*, « Enquête sur la répartition des cancers professionnels indemnisables dans le Rhône », *Archives des Maladies Professionnelles*, 55, n° 8, 1994, p. 571-577. – DEVINCK J.-C., « La CGT et la médecine du travail », *Les Cahiers d'histoire sociale*, n° 78, 2001, p. 8-11. – GOLDBERG M., IMBERNON E., « La Surveillance épidémiologique », in J.-C. Pairon, *Les Cancers professionnels*, t. I, Paris, Margaux orange, 2000, p. 339-348. – GOT C., *La Santé*, Paris, Flammarion, 1992. – THÉBAUD-MONY A., *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*, Paris, La Documentation française, 1991. – VIET V., *Les Voltigeurs de la république*, Paris, CNRS Éditions, 1994. – & RUFFAT M., *Le Choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999. – VILLERMÉ L. R., *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (1840)*, Paris, Études et Documentation internationales, 1989.

Philippe DAVEZIES

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

#### PRONOSTIC

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

et médical. Il comprend tout à tour les actes médicaux consistant à établir et à communiquer le pronostic, à prévoir et à prédire l'évolution aussi bien que l'issue de la maladie.

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

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

La pronostication est donc une partie essentielle de la médecine. Les patients cherchent souvent à obtenir des informations pronostiques auprès des médecins, et les médecins, comme les patients, ont besoin de celles-ci pour choisir entre différentes thérapies, ou pour prendre tout autre décision clinique ou personnelle. Cependant, l'une des principales observations que l'on peut faire au sujet de la pronostication est qu'en dépit de son importance

cruciale – et c'est en quelque sorte un paradoxe – elle est souvent implicite. De plus, elle est généralement absente aussi bien de la théorie que de la pratique médicale.

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

Les médecins déplorent depuis longtemps que le pronostic ne fasse pas véritablement l'objet d'un intérêt explicite. En 1934, par exemple, l'un d'entre eux remarquait ainsi : « Des trois grandes branches de la science clinique, le diagnostic, le pronostic et le traitement, le pronostic est assurément la plus difficile. C'est aussi celle sur laquelle on a le moins écrit et sur laquelle nos connaissances sont le moins systématiques. »

En 1953, un autre remarquait : « Le pronostic demeure le parent pauvre du progrès médical, en partie parce que c'est un sujet difficile, et en partie parce que, pour une raison quelconque, il a rarement fait l'objet d'études scientifiques. Les quelques phrases que presque tous les articles ou manuels lui consacrent lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une maladie ou d'une affection quelconque servent seulement à faire taire les consciences. »

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

les médecins se concentrent sur le diagnostic et le traitement sans s'intéresser explicitement au pronostic.

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

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

L'exemple de la pneumonie peut servir d'illustration. De 1892 à 1947, la pneumonie fut, pendant toute la période, l'une des principales causes

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

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

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

Les thérapies efficaces et les systèmes nosologiques concourent donc à détourner l'intérêt clinique

vers la catégorie de la maladie individuelle, et l'estime étroite du patient est com-  
pective clinique  
individuel, le  
plus tant un ma-  
reproductible à  
comme un simple  
de la thérapie. Ce  
de traits individuels  
qu'on s'y intéresse

Ainsi l'essor de  
déclin du pronostic  
complémentaire en  
vaut pas seulement  
médical (que reflète  
mais également  
patients réels. Le  
point que la mort  
rapie est inefficace  
dans leur façon de  
avec lui, il se pro-  
prédiction de l'évo-  
les maladies se pré-  
rapie, les médecins  
« contrôler » celle-  
d'aucun traitement  
donnée, il n'existe  
pronostic occupé  
manuels et les ma-  
temps à la pron-  
« maladie incurable  
complexe d'une  
tique en un jugement

Le fait que le p-  
la thérapie, lorsqu'  
thérapie réellement  
pourquoi la prat-  
térresse qu'assez p-  
d'attention s'expl-  
L'étude approfond-  
ment des médecins  
nonciation, que c-  
exacte ou inexact-  
pas formuler de p-  
question. En évolu-  
sionnelles les plu-  
moderne en sont  
diagnostic dans  
quence, le pronostic  
la production du  
de la médecine en-  
cins américains a-  
leurs études, ils n-  
tion du pronostic  
entre le patient et  
patients hospitalis-  
« externe » - la que

maladie qui faisait aux États-Unis. Premières causes. Pourtant, après antibiotique à la le la pneumonie : pour acquis et aire naturelle de n clinique stan-naturelle de la rme nouvelle de . Au cours de la édecin consista r la maladie, et ant, à prédire

efficace, l'autre s., contribua à nuels modernes, incipies cognitifs rapport au dia-ait que l'issue et dues, pour une > du patient. Si i une affection it que celui dont e » avait plus de is favorable. On deux individus leurs pronostics : facteurs indivi-i-même.

les médecins en ue deux patients en un sens vrai-maladie. À une ladie, la méde-ption fondée sur ans laquelle les nt une position évolution de la rien plus grande iostic - pour des censée être dis-ou tel patient - noins prononcé iés aux patients, la profession ou là des prémisses on de l'idée que ace propre, non gique, mais éga-nt une « histoire onceptualisation u, la pensée cli-ient une autre, nostic fut peu à t intrinsèque du

stèmes nosologi-l'intérêt clinique

vers la catégorie diagnostique et la thérapie correspondante en l'éloignant du patient en tant qu'individu. L'intérêt se porte alors sur ce que l'on estime être l'essence même du problème auquel le patient est confronté, conduisant ainsi à une perspective clinique qui, au lieu de reposer sur le cas individuel, le transcende. Dès lors, le patient n'est plus tant un malade qu'« un fait pathologique reproductible à l'infini ». Le pronostic est conçu comme un simple prolongement du diagnostic et de la thérapie. Ce prolongement ne dépend plus de traits individuels et ne demande aucunement qu'on s'y intéresse explicitement.

Ainsi l'essor de la thérapie se traduit par le déclin du pronostic. Il s'avère que cette relation complémentaire entre le pronostic et la thérapie ne vaut pas seulement pour la construction du savoir médical (que reflètent les journaux et les manuels) mais également pour le traitement effectif des patients réels. Lorsqu'un patient est malade au point que la mort semble certaine, et que la thérapie est inefficace, les médecins constatent que, dans leur façon de penser au patient et d'interagir avec lui, il se produit souvent un glissement vers la prédiction de l'évolution de sa maladie. Parce que les maladies se prêtent plus ou moins bien à la thérapie, les médecins s'appuient sur le pronostic pour « contrôler » celles pour lesquelles ils ne disposent d'aucun traitement. Lorsque, pour une maladie donnée, il n'existe aucun traitement efficace, le pronostic occupe davantage de place dans les manuels et les médecins consacrent davantage de temps à la pronostication. Le terme même de « maladie incurable » dénote la transmutation complexe d'une affirmation purement thérapeutique en un jugement pronostique.

Le fait que le pronostic soit complémentaire de la thérapie, lorsqu'il est associé à l'existence d'une thérapie réellement efficace, permet d'expliquer pourquoi la pratique clinique moderne ne s'intéresse qu'assez peu au pronostic. Mais ce défaut d'attention s'explique aussi par d'autres raisons. L'étude approfondie de l'attitude et du comportement des médecins révèle qu'ils ont peur de la pronostication, que celle-ci soit favorable, défavorable, exacte ou inexacte. Les médecins préféreraient ne pas formuler de pronostic ni même aborder cette question. En évaluant, certaines des normes professionnelles les plus importantes de la médecine moderne en sont venues à limiter l'intérêt porté au diagnostic dans la pratique clinique. En conséquence, le pronostic n'est pas seulement absent de la production du savoir médical, mais également de la médecine en général. La majorité des médecins américains affirment en effet qu'au cours de leurs études, ils n'aborderent qu'assez peu la question du pronostic. De plus, lors de la rencontre entre le patient et le médecin - qu'il s'agisse des patients hospitalisés ou des malades en consultation externe - la question du pronostic n'est abordée

que dans une faible proportion des cas (pas plus de 15 %).

En dépit de la place restreinte qu'elle occupe dans la pratique médicale actuelle, du moins explicitement, plusieurs évolutions récentes ainsi que des changements culturels d'ordre général contribuent à renforcer l'importance de la pronostication et à susciter un regain d'intérêt à son égard. Ces évolutions ont lieu sur trois grands fronts et concernent : le type de problèmes auxquels les patients sont confrontés ; la façon dont les soins médicaux sont mis en œuvre ; ainsi que la philosophie et la perspective culturelle qui guident la façon dont on soigne les patients. L'usage grandissant qui est fait de certaines technologies biomédicales nouvelles peut servir d'exemple. Ainsi, l'apparition des tests génétiques ouvre un nouvel espace à la pronostication. L'analyse des gènes d'un individu peut révéler, chez ceux qu'on a coutume d'appeler les « porteurs présymptomatiques », de futurs développements médicaux plusieurs années, voire plusieurs décennies à l'avance. Contrairement à certains autres examens pratiqués à des fins diagnostiques, de tels tests génétiques ont une importance proprement pronostique. Celle-ci apparaît d'autant mieux que, dans la plupart des cas, il n'existe aucune intervention curative spécifique de la maladie ainsi détectée, ni même d'intervention palliative permettant de retarder son commencement. La maladie d'Huntington, maladie neurologique dégénérative mortelle qui commence généralement vers 40 ans, peut servir d'exemple archétypal. Il existe à présent, pour cette maladie, des tests précis qui révèlent avec certitude si un individu asymptomatique développera ou non la maladie. On peut pratiquer ce test plusieurs décennies avant que le premier symptôme ne soit visible. Dans la mesure où il n'existe aucun traitement de la maladie, il s'agit là d'un nouvel exemple de la relation complémentaire qui unit la thérapie et le pronostic : en effet, l'intérêt pronostique de ces tests génétiques éclipse leur utilité thérapeutique. Dans d'autres situations, les tests génétiques sont utilisés pour obtenir des informations pronostiques qui ont de véritables implications thérapeutiques. Par exemple, certaines femmes qui subissent des tests génétiques pour évaluer leur risque de développer un cancer du sein se soumettent à une mastectomie prophylactique sur la base des informations pronostiques ainsi obtenues, même si ce pronostic n'est pas certain. Dans la mesure où des études de plus en plus nombreuses révèlent le fondement génétique de maladies aussi diverses que l'emphysème, le diabète, la démence, le handicap mental et l'alcoolisme, l'utilisation pronostique des tests génétiques ne manquera pas de croître.

Ainsi, la nature de plus en plus technologique, « post-clinique » de la pratique médicale incite de plus en plus à rechercher des informations d'ordre pré symptomatique, et donc intrinsèquement pro-

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

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

Par-delà ses rôles fonctionnel et structurel, le pronostic peut servir de vecteur symbolique pour

l'expression profonde des souhaits, des espoirs ou des attentes. Il sert aussi à affronter plus sereinement ce qui est incontrôlable, absurde et aléatoire. En formulant une vision précise de l'avenir, on contribue à satisfaire, même si ce n'est que de façon illusoire, ce désir de ne pas échouer, cette volonté de réussir, qui sont propres à l'homme. Dans sa forme comme dans son contenu, le pronostic donne sens à la façon dont les patients ressentent leur maladie. La pronostication peut symboliser la guérison du patient, la surveillance dont la maladie peut faire l'objet, ou la compétence du médecin.

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

Proposer un pronostic est aussi un moyen de symboliser ou d'exprimer l'efficacité des médecins et la réaction des patients. Le médecin « expose un déroulement » qui est suivi par le patient. La pronostication constitue également un effort pour reprendre intellectuellement le contrôle de ce qu'on ne peut maîtriser pratiquement : on peut donc, après tout, *contrôler* quelque chose, puisque la maladie est prévisible et qu'elle obéit à un certain ordre. La pronostication ne montre donc pas seulement qu'on peut scruter l'avenir, mais également qu'on peut le façonner. L'acte de pronostication s'apparente à une domination opiniâtre d'un avenir qu'il est fondamentalement impossible de connaître. Lorsque les médecins prédisent, ils formulent souvent leurs espoirs. Ainsi, paradoxalement, la pronostication peut servir aussi bien à accepter la responsabilité de l'avenir qu'à la rejeter ; à chercher à le contrôler ou à y renoncer. Selon les circonstances, un pronostic peut symboliser — ou servir à symboliser — soit la puissance de la maladie et la relative impuissance du médecin, soit l'inverse.

Ainsi, pour les patients comme pour les médecins la pronostication n'est qu'un moyen supplémentaire d'exercer un certain contrôle sur la mort. Prédire la mort permet de compenser l'impression d'échec qui surgit lorsque, en dépit de l'utilisation, aujourd'hui fréquente, de technologies sophistiquées pour soigner les patients très gravement malades, la mort est inévitable. Si l'on ne peut empêcher que la mort ne survienne, du moins

peut-on  
et quand

Il n'es  
cours de  
technolo  
maladies  
aient fina  
en la pr  
tation gr  
sation »  
cette évo  
mettre a  
formidab  
technolo  
statistiqu  
complex  
logiques  
cent à t  
notamm  
ces tech

Les r  
pour ma  
recours  
ponsabl  
ou non  
les patie  
sentant  
qui con  
en « ph  
ou « co  
pour r  
temps,  
nature  
logue L  
cin, la s  
mort su  
l'avanc  
médecin  
accusat  
quelles  
le proc  
jouer u

On  
de mou  
est dar  
la mor  
erreur.  
Tou  
tication  
d'émoti  
nent à  
pules  
leurs,  
connai  
peut-ê  
compé  
caract  
suscite  
séder  
et cett

faits, des espoirs ou  
ronter plus sereine-  
absurde et aléatoire.  
ise de l'avenir, on  
si ce n'est que de  
pas échouer, cette  
propres à l'homme.  
on contenu, le pro-  
ont les patients res-  
stication peut sym-  
la surveillance dont  
la compétence du

ecin de soulager le  
nsable de l'issue de  
ricaine, l'accent est  
onalité des indivi-  
ction humaine. En  
adies ont une issue  
ostication réaffirme  
causes biologiques  
t ainsi le recours à  
plication. Le pro-  
domaine sur lequel  
aucune emprise et  
bles. Ce sentiment  
ix patients comme  
s rien à faire sur le

ssi un moyen de  
acité des médecins  
édecin « expose un  
le patient. La pro-  
t un effort pour  
contrôle de ce  
nement : on peut  
chose, puisque la  
obéit à un certain  
tre donc pas seule-  
r, mais également  
de pronostication  
piniâtre d'un aven-  
it impossible de  
prédisent, ils for-  
insi, paradoxale-  
rvir aussi bien à  
venir qu'à la reje-  
ou à y renoncer.  
stic peut symboli-  
la puissance de  
ance du médecin,

e pour les méde-  
n moyen supplé-  
trôle sur la mort.  
enser l'impression  
oit de l'utilisation,  
nologies sophisti-  
; très gravement  
Si l'on ne peut  
ienne, du moins

peut-on contrôler — et savoir à l'avance — *comment* et *quand* elle survient.

Il n'est par conséquent pas surprenant qu'au cours des dernières années, les puissants moyens technologiques dont on se servait pour *soigner* les maladies graves en tentant de retarder la mort aient finalement été utilisés pour contrôler la mort en la *prenant en charge* et en la *prédisant*. L'acceptation grandissante de l'euthanasie et sa « technicisation » de plus en plus poussée sont le reflet de cette évolution, tout comme les récents efforts pour mettre au point des modèles pronostiques d'une formidable complexité, modèles qui requièrent des technologies telles que l'ordinateur, les algorithmes statistiques et les systèmes d'acquisition de données complexes. En d'autres termes les avancées technologiques dans le domaine de la thérapie commencent à trouver un écho en matière de pronostic, notamment pour justifier l'utilisation première de ces technologies thérapeutiques.

Les médecins utilisent également le pronostic pour maîtriser la mort en un autre sens : ils y ont recours afin d'éviter qu'on ne les tienne pour responsables de la mort du patient. Un décès soudain ou non anticipé est toujours problématique pour les patients (!) comme pour les médecins. En présentant le patient comme étant dans une situation qui conduit inexorablement à la mort — qu'il soit en « phase terminale » de sa maladie, « mourant » ou « condamné » — le médecin évite d'être tenu pour responsable du décès, et peut, en même temps, s'attribuer le mérite d'avoir bien évalué la nature de la situation. Comme l'observe le sociologue David Sudnow : « Du point de vue du médecin, la situation la plus inconfortable est celle où la mort survient sans qu'il ait prédit sa possibilité à l'avance. C'est dans un tel cas de figure que le médecin peut être accusé d'incompétence. Cette accusation créée, à son tour, les conditions dans lesquelles on peut considérer que le médecin, et non le processus naturel, inévitable de la maladie, a pu jouer un rôle déterminant dans le "décès". »

On doit faire de la mort la conséquence du fait de mourir. Sans cette transition, ou trajectoire, qui est dans l'ordre des choses on peut considérer que la mort n'a pas une cause naturelle et résulte d'une erreur.

Toute situation clinique impliquant une pronostication fatale est susceptible d'être chargée d'émotions intenses et pénibles. Celles-ci proviennent à la fois de la situation elle-même et des scrupules du médecin à établir un pronostic. Par ailleurs, une telle situation souligne les limites des connaissances médicales en général et, ce qui est peut-être pire encore, les limites du savoir et de la compétence du médecin en question. Face au caractère incertain de l'avenir ou à l'anxiété qu'il suscite, les médecins aimeraient, dans l'idéal, posséder le moyen technique de réduire cette anxiété et cette incertitude. Ainsi, de façon paradoxale, la

pronostication augmente et en même temps l'angoisse diminue.

Le fait que le pronostic, dans l'ensemble, soit absent de la pensée comme de la pratique médicale n'est ni accidentel ni accessoire, car il existe des normes puissantes qui militent contre l'élaboration et la communication des pronostics. C'est pour éviter la pronostication que les médecins sont socialisés. Mais c'est le terme de « submersion » qui décrit le mieux cette absence : le pronostic n'est pas tant absent des soins médicaux que latent et implicite. Il informe parfois le travail clinique, même si ce n'est pas de façon explicite, et même si la question n'est pas ouvertement abordée. Il s'agit là de l'un des paradoxes centraux du pronostic : les médecins y ont recours de façon implicite lors même qu'ils ne l'expriment pas explicitement.

Les médecins ont de nombreuses raisons de ne pas établir et de ne pas communiquer les pronostics, parmi lesquelles : la difficulté objective de la pronostication ; l'incertitude et les erreurs inhérentes au pronostic ; les lourdes conséquences de telles erreurs, qu'il s'agisse des soins que reçoit le patient, ou de la réputation du médecin ; ou encore les sentiments pénibles que le pronostic fait naître chez le patient comme chez le médecin. Cette réticence est d'autant plus forte que le pronostic dont un patient fait l'objet peut dépendre de facteurs sociaux considérés par les médecins comme impondérables ; par comparaison, le diagnostic et la thérapie semblent être liés de façon beaucoup plus étroite aux facteurs biologiques (dont on pense qu'ils sont davantage du ressort des médecins). Enfin, si l'on évite généralement d'établir un pronostic, c'est parce que l'attention dont la maladie fait l'objet — tant sur le plan pratique que théorique — traduit la relation complémentaire qui unit la thérapie et le pronostic : lorsqu'il existe une thérapie, ce qui est d'ordinaire le cas, on évite d'établir un pronostic. Les médecins, cependant, ne se contentent pas d'éviter ou de négliger le pronostic : ils en ont peur. Cette peur provient essentiellement de deux sources. Tout d'abord, les médecins croient aux prédictions qui se réalisent d'elles-mêmes. Le fait que les prédictions sont censées produire des résultats les rend dangereuses. La seconde raison de cette peur du pronostic est qu'on identifie le pronostic à la mort. Lorsque les médecins prédisent qu'une maladie sera fatale, ils sont aux prises avec leur propre rôle — celui de retarder ou d'accélérer la mort — et ils se retrouvent inévitablement face à leur rapport à la mort du patient, comme à la mort en général.

En médecine comme ailleurs, l'acte qui consiste à prédire le futur est une tentative pour se saisir d'un avenir qui nous échappe. De façon très générale, la pronostication, qu'elle soit implicite (comme souvent) ou explicite (ce qui arrive rarement), permet au travail clinique d'avoir lieu. Elle sert de moteur à l'action en contournant la paralysie épistémologique et thérapeutique qui pourrait naître de la très grande variabilité à laquelle sont

soumises les réponses subjectives et objectives des patients face à la maladie. Elle forme la base à partir de laquelle le médecin peut traiter la maladie et le patient réagir au traitement. Elle encadre l'épisode pathologique en spécifiant sa gravité de même que son évolution possible, habituelle. Pour le patient comme pour le médecin, la pronostication est souvent le moyen d'exprimer, et de réaliser partiellement, leur souhait d'une issue favorable et d'une victoire sur la mort.

- ARIÈS Ph., *L'Homme face à la mort*, Paris, Le Seuil, 1977. — CHRISTAKIS N. A., *Prognostication and Death in Medical Thought and Practice*, Ann Arbor, Univ. Microfilms, 1995, p. 306 sq. Le manuel étudié est celui de J. D. Wilson et al., *Harrison's principles of Internal Medicine*, 12<sup>e</sup> éd., New York, McGraw-Hill, 1991; « The Ellipsis of Prognosis in Modern Medical Thought », *Social Science and Medicine*, 44, 1997, p. 301-315; *Death Foretold: Prophecy and Prognosis in Medical Care*, Chicago, Univ. of Chicago Press, 1999. — CHRISTAKIS N. A. & LAMONT E. B., « Extent and Determinants of Error in Doctors Prognoses for Terminally Ill Patients: Prospective Cohort Study », *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 469-473. — EDELSTEIN L., « Hippocratic Prognosis », in O. Temkin & C. L. Temkin (eds.), *Ancient Medicine: Selected Papers by Ludwig Edelstein*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967, p. 65-110. — GLASER B. G. & STRAUSS A. L., *Awareness of Dying*, Chicago, Aldine, 1965. — HIPPOCRATE, « Pronostic », p. 170-185, in G. E. R. Lloyd (ed.), *Hippocratic Writings*, J. Chadwick et W. N. Mann trad., New York, Penguin, 1978. — KNAUS W. A. et al., « The SUPPORT Prognostic Model: Objective Estimates of Survival for Seriously Ill Hospitalized Adults », *Annals of Internal Medicine*, 122, 1995, p. 191-203. — LAMONT E. B. & CHRISTAKIS N. A., « Prognostic Disclosure to Patients with Cancer Near the End of Life », *Annals of Internal Medicine*, 133, 2001, p. 1096-1105. — FLETCHER S. W., FLETCHER R. H. & GREGANTI M. A., « Clinical Research Trends in General Medical Journals, 1946-1976 », p. 284-3000, in E. B. Roberts et al. (eds.), *Biomedical Innovation*, Cambridge, MIT Press, 1981. — FOUCAULT M., *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York, Vintage Books, 1975, p. 97. — FRIES J. F. & EHRLICH G. B., *Prognosis: Contemporary Outcomes of Disease*, Bowie, Charles Press, 1981, p. 8. — HUTCHINSON R., « Prognosis », *The Lancet*, 226, 1934, p. 697-698. — MALINOWSKI B., *Magic, Science, and Religion*, Boston, Beacon Press, 1948. — REISER S. J., *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge (UK), Cambridge Univ. Press, 1978. — SENEFF M. & KNAUS W. A., « Predicting Patient Outcome from Intensive Care: A Guide to APACHE, MPM, SAPS, PRISM, and Other Prognostic Scoring Systems », *Journal of Intensive Care Medicine*, 5, 1990, p. 33-52. — KNAUS W. A., WAGNER D. P. & LYNN J., « Short-Term Mortality Predictions for Critically Ill Hospitalized Adults: Science and Ethics », *Science*, 254, 1991, p. 389-394. — SUDNOW D., *Passing On: The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1967, p. 92. — WELCH H. G. & BURKE W., « Uncertainties in Genetic Testing for Chronic Disease », *Journal of the American Medical Association*, 280, 1998, p. 1525-1527. — WHITE P. D., « Principles and Practice of Prognosis, with Particular Reference to Heart Disease », *Journal of the American Medical Association*, 153, 75-79, 1953, p. 75.

Nicholas A. CHRISTAKIS  
(Trad. Mickaël Popelard)

→ Clinique; Crise; Décision médicale; Diagnostic;  
Erreur; Responsabilité; Symptôme.

## PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

### Une politique de médicalisation de la famille

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

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

### Prophylaxie physique, prophylaxie morale

C'est sous la III<sup>e</sup> République qu'un dispositif de « protection des enfants du premier âge » consacre le fléau de la mortalité infantile qu'incarne la création d'un Comité supérieur de protection des enfants du premier âge. La loi de 1874, portée par le Dr Roussel, oblige la déclaration des placements en nourrice et leur contrôle sanitaire (par une inspection médicale locale). Deux autres grandes lois suivent qui élargissent la surveillance aux familles elles-mêmes, intégrant la protection contre la maltraitance et l'abandon moral (1889), avant que ne soit rationalisée l'assistance à l'enfance abandonnée (1904). Ces lois concrétisent deux enjeux qui, tout au long du XIX<sup>e</sup> s., accompagnent la transformation des formes d'assistance.

D'abord, envers les enfants trouvés dont l'effroyable mortalité dans les hôpitaux est l'objet de

dénonciations  
l'ermé dans les  
aux critiques g  
au coût hum  
décès s'ajoute  
physique et m  
création d'état  
des Enfants m  
la nécessité d  
les enfants. D  
prises pour l  
instauration  
en 1811), res  
des abus (18  
les mères ne  
assistance au  
les encourag  
d'une politici  
sous le Sec  
puis aux far  
La lutte c  
autre dimens  
La producti  
tes, comme  
respondant  
chard (méde  
de la directi  
alerte sur  
l'industrie  
répandue da  
tés protectri  
maternelle  
place des m  
d'éducation  
Cette dyr  
de 1870 oi  
trouve des s  
tiqué. La né  
une législa  
l'objectif de  
médical (dé  
ments en r  
cette config  
se combine  
des années  
enceintes e  
de pédiatre  
Variot et F  
(Budinet F  
Les « go  
un autre tr  
teuriennes  
Palliance  
médecins  
liés à la  
d'intégrer  
l'exercice  
cin s'ouvr  
grossesse  
l'observati  
bution de