

Facteurs de risque et normes de santé au regard des notions d'urgence et de *kairos*

Isabelle Blondiaux

MD, PhD, HDR, LIPHA-PE, GHU Paris

Résumé. L'enjeu de la notion d'émergence psychotique est d'identifier et de dépister, en vue d'y opposer une intervention médicale, un certain nombre de facteurs de risque considérés comme caractéristiques de sujets à haut risque de transition psychotique. Pourtant, loin d'être réductible à une donnée statistique, le risque est consubstantiel au lien social. Inhérent au fait d'être vivant, il est d'abord un mode de rapport avec autrui et avec soi-même qui relève d'une perception temporelle subjective renvoyant à la notion antique de *kairos*. D'autre part, avec la notion d'émergence psychotique, ce qui apparaît, s'actualise, prend le pas sur ce qui existait à l'état latent, devenant urgent. Point de jonction de la maturation du passé et du surgissement de la crise, le *kairos*, inséparablement action à propos et moment opportun, permet de repenser à nouveaux frais, ce qui dans la relation patient-soignant, relevant de l'imprévisible, ne peut qu'être raté par la connaissance scientifique.

Mots clés : premier épisode psychotique, facteur de risque, vulnérabilité, épistémologie, prise en charge, bioéthique, urgence, psychose émergente

Abstract. Risk factors and health norms in light of the concepts of urgency and *kairos*. The challenge of the concept of emergent psychosis is to identify and detect a certain number of risk factors considered to be characteristic of persons with a high risk of becoming psychotic, in order to perform a medical intervention. However, the risk cannot be reduced to statistical data and is closely related to social bonds. Inherent to living beings is a relationship with others and with oneself based on a subjective temporal perception related to the ancient notion of *kairos*. Furthermore, with the concept of emergent psychosis, what appears, becomes real, and takes over what existed latently, becomes urgent. As a point of connection between the maturation of the past and the point of crisis, *kairos*, meaning the right action at the opportune moment, offers a way of rethinking the element in the patient-caregiver relationship that cannot be grasped by scientific knowledge due to its unpredictability.

Key words: first psychotic episode, risk factor, vulnerability, epistemology, care, bioethics, urgency, emergent psychosis

Resumen. Factores de riesgo y normas de salud con respecto a las opciones de urgencia y de *kairos*. Lo que se juega en la noción de emergencia psicótica es identificar y detectar con vistas a oponerle una intervención médica, un cierto número de factores de riesgo considerados como característicos de sujetos con alto riesgo de transición psicótica. Sin embargo, lejos de poder reducirse a un dato estadístico, el riesgo es consustancial al vínculo social. Inherente al ser vivo, primero es un modo de relacionarse con el otro y consigo mismo que pertenece a una percepción temporal subjetiva que remite a la noción antigua de *kairos*. Por otra parte y con la noción de emergencia psicótica, lo que aparece se actualiza, se impone a lo que existía en el estado latente convirtiéndose en urgente. Punto de conjunción con la maduración del pasado y del surgimiento de la crisis, el *kairos* inseparablemente acción a propósito y en el momento oportuno, permite replantearse desde cero lo que, en la relación paciente cuidador, por tratarse de lo imprevisible, solo puede fallar con el conocimiento científico.

Palabras claves: primer episodio psicótico, factor de riesgo, vulnerabilidad, epistemología, atención, bioética, urgencia, psicosis emergente

Facteurs de risque et normes de santé

Si la visée première de la pratique médicale est aujourd'hui redéfinie comme conservation et bon usage

Correspondance : I. Blondiaux
<isabelle.blondiaux75@gmail.com>

de la santé, elle ne s'intéresse à la santé qu'en tant qu'elle est objectivable dans des normes produites par le biais des statistiques et de l'épidémiologie. Ainsi, dans le cas qui nous intéresse aujourd'hui, il s'agit, en vue d'y opposer une intervention médicale, d'identifier et de dépister un certain nombre de facteurs de risque considérés comme caractéristiques de sujets à haut risque de transition psychotique. Or si, comme le suggère

Wikipédia, un « facteur de risque » est une source de risque, le risque lui-même se définit comme un « danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité » [1], danger qui peut être affronté ou subi. Le risque est donc inhérent à la vie humaine en tant qu'elle est source de situations et d'activités. De l'ordre du vivant, qui expose, par exemple, végétaux et animaux aux dangers de la vie *subie* dans la société humaine, le risque n'est donc pas de l'ordre du hasard, de l'accident. Il n'est pas davantage de l'ordre du *fatum*, du destin, non plus que de celui de la nature qui expose seulement à ses aléas. Ni de l'ordre du hasard, ni de l'ordre du divin, ni de l'ordre de la nature, le risque est lié à l'activité humaine, celui qu'elle fait peser sur la nature et les autres humains. Il est une construction humaine déterminée sur la base d'un calcul, tel celui, par exemple, du joueur de poker ou du spéculateur en bourse avant de prendre ou non la décision d'y aller, mais aussi du séducteur avant de se lancer à la conquête de sa proie ou du général avant d'engager la bataille. « Le risque est donc un mode de rapport avec autrui et avec soi-même » [2].

Consubstantiel au lien social qui expose toujours à un danger potentiel puisqu'au moment où on l'engage, on ignore si c'est l'amour ou la guerre qui le régiront, il concerne plus globalement la vie en société elle-même. De fait, comme le souligne Ulrich Beck dans *La Société du risque*, « on observe un phénomène de pluralisation conflictuelle et une multiplicité de définitions des risques liés "à la civilisation" » [3]. La détermination du risque et des sources de risque que sont les facteurs de risque n'est donc pas spécifique à la recherche médicale ni réductible à la seule détermination scientifique des faits. Davantage, comme le souligne Philippe Walker dans *L'Éducation thérapeutique au risque de la réflexion philosophique*, contrairement à ce qu'on pourrait croire lorsqu'on est « prisonnier » du seul mode médical de raisonnement, l'abord biomédical, qui mesure le risque de la maladie chronique, est loin d'être le seul garant de sa prise en compte. Mode de rapport avec autrui et avec soi-même, le risque est un rapport exprimé ou non, exprimable ou non, un rapport à ramener à sa temporalité propre plutôt qu'à une temporalité universelle. Car le risque, affirme Philippe Walker, dépend du sujet patient, mais aussi du sujet soignant qui l'exprime. Loin d'être réductible à une donnée statistique le définissant comme source potentielle de risque, il relève aussi d'une perception temporelle et subjective [2] dans laquelle je vous invite à reconnaître la notion grecque antique de *kairos*. J'y reviendrai.

Consubstantiel au lien social, au rapport à soi et à autrui, le risque est inhérent à la vie, au fait d'être vivant. À ce titre, il est de sa nature comme de celle du remède qu'on souhaitera lui opposer, à l'identique du *pharmakon* antique, d'être ambivalent, versatile, contradictoire. Il en va ainsi de toute activité humaine, même de la plus élémentaire comme la marche, dont les épi-

démiologistes ont bien remarqué que si elle favorise le risque de chute, et l'on sait la tragédie qu'elle peut constituer pour une personne âgée – l'éviter favorise l'apparition de maladies comme l'obésité morbide, le diabète et leurs multiples complications [2]. Davantage, même l'évaluation supposée rationnelle du risque n'est pas dénuée de subjectivité. Plus, de même qu'il existe une iatrogénie médicale, dont les maladies nosocomiales sont un des exemples les plus cuisants des limites de l'action thérapeutique, il existe aussi une iatrogénie possible des approches à visée préventive. Ainsi, serons-nous peut-être amenés un jour à inclure dans les troubles des conduites alimentaires les comportements orthorexiques induits par le respect trop scrupuleux des multiples recommandations d'hygiène alimentaire.

Inversement, comme le souligne Philippe Walker, qui qualifie de « fiction rassurante » [2] le modèle rationnel d'évaluation du risque, les comportements que la médecine s'attache à contrôler, limiter, éradiquer au nom de la santé publique, peuvent être aussi des réponses plus ou moins pertinentes d'adaptation à son milieu, et donc une manière sinon de retrouver du moins de conserver un état subjectif à défaut d'être objectif de santé. Et d'ajouter que s'il n'y avait aucun bénéfice perçu ou non perçu à attendre d'un facteur de risque, il n'y aurait pas d'industrie du tabac.

Enfin, puisque la médecine a été définie dès l'Antiquité grecque comme étant inséparablement une science pratique et une pratique savante, ayant affaire à l'universel comme corpus scientifique de savoir, mais relevant de l'individuel, du singulier en tant que pratique, il convient aussi de se demander si l'aptitude à mettre en équation le risque collectif permet ou non de prévoir le risque individuel. Aristote, au début de la *Métaphysique* (A-1 18-21), rappelait déjà que la médecine ne soigne l'homme que par accident, ceci parce que soignant des individus, elle soigne d'abord Callias ou Socrate, qui se trouvent par ailleurs être des hommes [4]. Plus proche de nous, avec le titre de son article en forme de slogan : *The Median Isn't the Message?* [5], Stephen Jay Gould, paléontologue et historien des sciences, s'est élevé contre la prétention de la science à considérer le prévisible collectif comme équivalant à la somme potentielle des non-prévisibles individuels. Ayant appris en juillet 1982 qu'il était atteint d'un mésothéliome péritonéal, il découvre en lisant la littérature médicale sur le sujet que les personnes touchées par cette pathologie ont une durée médiane de survie de huit mois suivant la découverte de la maladie [6]. Or saisissant bien que la compréhension spontanée de cette information vise à conclure qu'il ne reste au malade que quelques mois à vivre, il invite, au contraire, à questionner cette assertion statistique. Certes, cinquante pour cent des individus atteints sont ramassés sur la gauche de la médiane entre zéro et huit mois, mais quelle est l'espérance de vie des autres ? Eh bien, l'autre moitié des personnes atteintes s'étire sur la droite pour former ce que les statisticiens

appellent une « longue traîne ». Gould lui-même est mort en 2002 d'autre chose. Il ne s'agit pas ici d'invalider les informations statistiques, elles sont fiables. Il s'agit, comme le souligne Pierre Valette, de ne pas les transformer en « un nouveau totem qui éclipse la totalité de l'information et son interprétation » [7].

Sans parler du risque toujours possible de confusion entre corrélation statistique et lien de causalité : je vous renvoie, par exemple, à la discussion [8] soulevée par la publication en 2012 dans le *New England Journal of Medicine* d'un article faisant état d'une corrélation significative entre l'importance de la consommation de chocolat dans un pays donné et le nombre de ses prix Nobel [9], l'un des principaux problèmes posé par l'approche scientifique est de considérer isolément les faits produits par ses protocoles, autrement dit d'ignorer que les dispositifs qui les fabriquent et les révèlent, à commencer par la formulation de phrases pour en rendre compte, sont eux-mêmes cause d'effets (individuels, sociologiques, culturels, politiques).

Enfin, si les faits sont réputés être têtus et, à ce titre, devoir être pris pour ce qu'ils sont, le fait statistique se distingue du fait matériel en ce qu'il est le produit d'un calcul, d'une mesure, elle-même engagée parce qu'il y avait quête d'une réponse, aujourd'hui, la prédiction la plus certaine possible du risque de transition psychotique. Le fait statistique ne prend donc sens que par la lecture qui en est faite, elle-même prédéterminée par les hypothèses qui l'orientent. Kirk et Kutchins, dans un ouvrage sous-titré *The Rhetoric of Science in Psychiatry*, signalent ainsi que dans un article publié en 1974, co-signé par Robert L. Spitzer, les auteurs considèrent un ensemble de résultats comme « tout juste satisfaisant ». Pourtant, en 1978, en pleine période de préparation du DSM III, dans un nouvel article consacré aux critères diagnostiques de recherche, les mêmes auteurs reprennent les mêmes résultats que, cette fois, ils présentent comme « satisfaisant parfaitement aux critères de la recherche » [10].

Ainsi, en l'absence d'interprétation, en l'absence d'une lecture subjectivement déterminée, au moins parce qu'elle présuppose une activité de pensée, un fait statistique est sinon inintelligible, du moins dépourvu de pertinence. Autrement dit, en toute rigueur, il devrait être impossible de convoquer la « primauté » du fait scientifique, puisqu'il relève d'une construction indissociable du dispositif qui a permis de le produire et de l'intention, voire de l'idéologie, au moins celle de l'époque où il est établi, qui a présidé à son élaboration. C'est d'ailleurs pourquoi le discours scientifique se définit comme « un discours normé par sa rectification critique » [11].

De fait, si Hans-Georg Gadamer parle d'un lieu caché de la santé, c'est non seulement pour souligner son aspect intime, mais aussi pour rappeler que « la santé ne se donne pas d'elle-même » [12], et que son véritable mystère se situe dans son caractère latent. Il est bien sûr possible de déterminer des facteurs de risque de mala-

die scientifiquement pertinents et, partant, de fixer des valeurs standard spécifiques à la santé. Mais, poursuit Gadamer, on risquerait de rendre malade un homme bien portant en les lui appliquant de force. De fait, la notion de mesure est à double sens, il y a la mesure quantitative, inhérente à l'approche scientifique, et qui s'impose de l'extérieur à l'objet d'étude, lequel se trouve ainsi réduit à un ensemble de faits objectivables, mais il existe également une mesure d'ordre intérieur, que Gadamer qualifie de naturelle pour rappeler qu'elle est inhérente aux choses elles-mêmes. Tel est le cas bien précis de la santé, qui « est un état de conformité à une mesure intérieure, un état d'harmonie avec elle-même qu'aucun contrôle extérieur ne saurait parfaire » [12]. Or parce que la santé se maintient d'elle-même dans ses propres mesures, elle « ne permet pas qu'on lui applique des valeurs standard que l'on plaque sur le cas individuel sur la base d'une moyenne déduite à partir d'expériences, car ce serait lui imposer quelque chose d'inapproprié » [12], ainsi qu'on vient de le voir avec l'exemple de Stephen Jay Gould, d'inapproprié et donc d'inappropriable. Et c'est bien pour cela que Canguilhem a pu définir la thérapeutique comme une technique d'instauration ou de restauration du normal non entièrement et simplement réductible à la seule connaissance [13].

Émergence, emergency

Mais alors, n'y a-t-il pas de réponse possible à la question : « comment déterminer les seuils pathologiques ? » des auteurs de l'argumentaire ? De ce que je viens de dire, découle qu'à cette question, il n'y a de réponse vraie que singulière puisque c'est la singularité qui caractérise chacun d'entre nous. La difficulté de cette question tient également à ce que, sur le plan logique, la détermination de seuils pathologiques prétend s'appuyer sur des « signes émergents ». Or, si pour être émergent, un phénomène devrait être déjà là mais non visible, non perceptible par les sens, et donc non encore qualifiable comme relevant ou non du pathologique, alors ce qui émerge est de l'ordre de l'indice, au sens où il n'y a pas de fumée sans feu. Et de même que l'apparition inopinée de fumée fait redouter le risque d'incendie, le caractère soudain, imprévu, de ce qui émerge a aussi pour conséquence majeure de renverser le rapport ordre logique/ordre chronologique, même si sur le plan phénoménologique, la notion de « signes émergents » implique que pour être soudain, imprévu, ce qui émerge n'en possède pas moins une inscription spatiale et temporelle, des racines et une histoire qui, pour être invisibles, n'en sont pas moins réelles. Avec la notion d'émergence psychotique ce qui apparaît, ce qui vient à l'existence, ce qui s'actualise, prend le pas sur ce qui existait en puissance, à l'état latent. De ce point de vue, la question dont la réponse importe le plus n'est pas : « comment déter-

miner les seuils pathologiques ? », mais : « que faire et à quel moment ? » puisqu'avec la notion d'émergence, on a simultanément affaire à du « déjà-là » (et Marie-Odile Krebs souligne que traiter dès le premier épisode est déjà intervenir trop tard [14]) et à de l'imprévu voire à de l'imprévisible.

Du caractère indissociable de la pression temporelle de l'urgence de la notion d'émergence psychotique, rend compte la traduction anglaise : « *emergency* », étymologiquement définie comme l'apparition inattendue (« *unexpectedly* ») de quelque chose, voire d'une occurrence imprévue (« *unforeseen occurrence* ») requérant une attention immédiate (« *unforeseen occurrence requiring immediate attention* ») [15]. D'autres dictionnaires anglais vont plus loin. L'urgence n'est plus une occurrence, un événement, mais une situation qui ne requiert pas tant une attention qu'une action immédiate (« *a serious, unexpected, and often dangerous situation requiring immediate action* ») [16]. On retrouve une définition approchante dans le Merriam-Webster pour qui l'urgence est « une combinaison imprévue de circonstances ou l'état en résultant et qui appelle une action immédiate » (« *an unforeseen combination of circumstances or the resulting state that calls for immediate action* ») [17].

Le dictionnaire américain en propose toutefois une autre acception, à savoir un besoin urgent d'assistance ou de soulagement (« *an urgent need for assistance or relief* »). Ce faisant, il introduit une distinction essentielle à la clinique des urgences, celle entre urgences objectives et subjectives ou, pour parler comme les urgentistes, entre l'urgence comme état et l'urgence comme vécu. Dérivé en français du verbe latin intransitif, *urgere*, « pousser », « presser », le mot « urgence » souligne bien la force de la pression temporelle qui lui est associée, qu'on retrouve dans l'expression : « il n'y a pas d'urgences, il n'y a que des gens pressés ». Elle peut conduire à redéfinir l'urgence de façon pragmatique comme étant « *a priori* ce qui n'est pas programmé, *a posteriori* [comme] ce qui n'était pas programmable » [18].

Sans aborder les conséquences institutionnelles de cette définition, qui fait aussi des services d'urgences le lieu d'accueil des consultations non programmées, constatons que cette formulation renvoie, implicitement, aux notions d'imprévu et d'inattendu des définitions anglaises, la notion de programmation référant à la spatialisation du temps propre aux êtres et aux institutions qui, par l'opération de l'agenda/*agenda*, réduit le temps au temps de l'action à accomplir. Méfions-nous des dérives sémantiques. Les glissements de sens se produisent aisément et peuvent être aussi dangereux dans leurs effets que les glissements de terrain. Si la programmation est le seul moyen de venir à bout de l'urgence en ce qu'elle comporte de surprise, d'imprévu et d'imprévisible, ne devons-nous pas aussi entendre qu'à refuser toute surprise, tout imprévu

ou tout imprévisible, il pourrait bien nous arriver de programmer, autrement dit de fabriquer, le devenir psychotique des sujets dont nous aurons prédit le haut risque de transition vers la maladie ? Nous connaissons tous la puissance autoréalisatrice des prophéties. Or la remarque du docteur Knock : « Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent » [19], pourrait bien acquérir ce statut puisque le droit, et donc l'obligation, à la santé pour tous ne peut se déterminer qu'à partir de la maladie. Outre qu'il y a là un risque évident de surmédicalisation de l'existence, corollaire obligé de l'exigence de ne pas connaître la maladie, n'y aurait-il pas aussi dans la détermination tous azimuts de facteurs de risque visant à prédire, pour mieux le prévenir, le risque de transition psychotique, quelque chose de l'ordre d'une stratégie à la Gribouille, ce personnage qui, pour ne pas être mouillé par la pluie, s'était plongé tout entier dans la rivière ?

Quoi qu'il en soit, en mettant l'accent sur l'urgence chronologique que constitue le risque de transition psychotique chez des sujets présentant des signes émergents, on oublie que le temps chronologique n'est lui-même qu'une construction intellectuelle récente, une abstraction fondatrice de la science moderne, que Kurt Gödel, en poursuivant la résolution des équations d'Einstein, a pu faire disparaître, une fiction, donc, certes bien utile à la vie en société, mais une fiction, qui ne dit rien de l'expérience quotidienne vécue par chacun. En effet, ce qui importe pour chacun d'entre nous, soignants ou patients, ce n'est pas le temps mesurable, temps de l'horloge ou de l'agenda, mais le flux du vécu, celui dans lequel s'accomplit une vie humaine et dont la réflexion sur la notion d'émergence psychotique doit avoir pour visée de préserver l'intégrité. Tout l'enjeu, éthique autant que clinique, et qui apparente l'émergence psychotique à une urgence clinique, réside ainsi dans la nécessité d'agir à temps pour préserver voire restaurer la qualité du temps *réel* vécu ou pouvant l'être par les adolescents sans oublier que, pour eux comme pour leurs proches et pour nous, c'est la *durée concrète* qui importe, en ce qu'elle définit le temps dans lequel nous nous éprouvons vivants et où nous éprouvons notre état de santé ou de maladie. « Durée » est ici le nom donné par Henri Bergson à la conception qualitative, hétérogène, subjective, non spatialisable et, donc, non représentable sous forme de schéma, du temps, dont l'état de conscience est l'unité minimale.

Or la nécessité d'agir, puisqu'elle implique la médicalisation pour ne pas dire la psychiatrisation de sujets jeunes, soit le risque de stigmatisation et de discrimination qui l'accompagne, porte aussi en elle la capacité d'altérer de façon irréversible la qualité de leur temps vécu, présent et à venir. De fait, l'intervention à prétention thérapeutique, comme le *pharmakon* antique, indissociablement poison et remède, mais aussi ce qui peut à tout moment se retourner de l'un en l'autre, de poison devenir remède et de remède se transformer en

poison [20], porte en elle la double aptitude à soigner et à nuire sinon à détruire. Les membres du groupe de travail concerné y avaient été sensibles puisque l'inclusion dans le DSM 5 d'un syndrome « Risque de développer un trouble psychotique » avait été jugée prématurée en raison de doutes sur la validité et la fiabilité du diagnostic, du trop grand nombre de faux positifs, et des risques de stigmatisation, de discrimination et de dérive diagnostique [14]. Pourtant, comme le furet de la chanson, il est réapparu ailleurs, dans la section « autres troubles psychotiques et du spectre schizophrénique » du DSM 5 au titre d'« affection proposée pour des études supplémentaires » sous l'intitulé « syndrome psychotique atténué ».

Chronos et *kairos*, une relation dialectique

Représentons-nous maintenant un schéma diachronique du risque de transition psychotique [14]. Là où les cliniciens observent la transition psychotique comme une menace de rupture et où, optant pour le point de vue du soignant, je propose d'employer l'image du barrage pour désigner la possibilité de l'intervention humaine, de l'action thérapeutique, on saisit bien qu'agir de façon précoce peut, soit éviter la transition psychotique et, si elle se produit, en améliorer le pronostic fonctionnel, soit la programmer de façon inéluctable. Mais si on le saisit si facilement, c'est que nous identifions l'axe horizontal à celui du déploiement de la maladie chronique alors même que la notion d'émergence psychotique renvoie à un *en deçà* de la maladie, qui n'est pourtant figurée que comme un horizon tragique possible mais incertain. C'est aussi que nous nous référons au temps chronologique, temps spatialisable et, donc, schématisable, mais aussi sectionnable en juxtaposition et succession d'instant. Or, dans la pratique quotidienne, forcément individuelle et singulière, cet axe horizontal représente une unité non fractionnable : le temps perçu, vécu ou à vivre des patients concernés, temps forcément qualitatif et indissociable de la conscience particulière que eux en ont, laquelle s'éprouve dans le présent de leur vie vécue.

De fait, si la représentation spatiale des séquences temporelles de l'évolution possible de « signes émergents » vers la maladie est importante pour l'approfondissement de la connaissance et le perfectionnement des approches thérapeutiques, elle demeure impuissante à déterminer le moment opportun de l'action dans la mesure où celui-ci est toujours d'ordre qualitatif et, donc, non schématisable. Or agir trop tôt peut altérer de façon durable, voire irrémédiable, le temps réel vécu et à vivre des adolescents concernés ; agir trop tard, par la perte de chances induite et la transition vers l'installation dans la maladie chronique, peut avoir le même effet délétère. Dans ces conditions, comment envisager, voire déterminer un temps oppor-

tu, un moment propice à l'action qui, en phase avec le temps réel du sujet, ne se situe ni trop tôt ni trop tard, en d'autres termes, corresponde au bon moment ?

Parce qu'il est toujours d'ordre qualitatif, le temps opportun de l'action ne peut être un temps scientifiquement, quantitativement déterminable, nombrable. Ni intellectualisé, ni schématisé, il relèverait plutôt du rythme, de la danse. C'est du moins ainsi qu'il a été pensé dans l'Antiquité grecque, où la notion de *kairos* liait indissociablement les notions de temps et d'action, et renvoyait à la fois à la faculté de saisir l'opportunité, l'occasion propice au moment où elle se présente, ainsi qu'à la capacité d'agir à-propos [21]. Une version de la mythologie fait de Kairos et de son frère Chronos, le temps, les deux fils d'Aïôn : l'âge, la génération, le temps immuable, l'éternité. Mais alors que « Chronos, le danseur s'affirme comme le modèle de la régularité et de la répétabilité ; [...] Kairos, lui, se révèle à la fois sauteur et acrobate déroutant ; [...] il invite les consciences à demeurer comme lui intrépides » [22]. Ainsi, là où « *chronos* met en évidence l'élément quantitatif calculable et répétitif » [23] du processus temporel, « *kairos* désigne au contraire un élément "qualitatif" qui se signale par son absolue singularité » [23]. En d'autres termes, tandis que Chronos apparaît comme une figure apollinienne, Kairos tire du côté de Dionysos, considéré par Nietzsche comme un symbole de l'homme qui accueille inconditionnellement en lui et hors de lui les polarités opposées, le bien et le mal, la vie et la mort, la création et la destruction.

Encore décrit comme un dieu ailé au corps huilé ne faisant qu'un seul et rapide passage, le seul moyen de saisir Kairos était de l'attraper au passage par son unique touffe de cheveux. Il n'est donc guère surprenant de retrouver le mot « *kairos* » dans le vocabulaire hippocratique, où il désigne tout d'abord le *topos kairios* : le « lieu où tout peut se décider » avant de devenir le « moment où tout peut se décider » [21]. Le *kairos* apparaît ainsi « comme le point de jonction dialectique de deux durées : la longue maturation du passé et le surgissement de la crise qui exige rapidité, acuité d'un coup d'œil tendu vers l'avenir » [21]. La médecine, dit un aphorisme antique, est *oligokairos* : un art de la mesure fugitive. C'est pourquoi le *kairos* n'implique pas seulement l'idée d'agir au bon moment, il implique encore de la *mêtis*, l'intelligence de la ruse, mais aussi la prudence avisée, une sagesse combinant le sens de l'opportunité, de la juste mesure et de l'à-propos, qui caractérise la figure d'Ulysse. En retour, il n'est pas de *mêtis* possible sans un sens aigu du *kairos*.

Notion impliquant l'à-propos de l'action humaine, le *kairos* est au cœur de la pensée aristotélicienne de l'éthique, où il désigne inséparablement « le bien selon le temps, ou encore le temps en tant que nous l'envisageons comme bon » [24]. Autrement dit, Aristote considère que non seulement le bien, défini comme la visée éthique de l'action, soit ici ce que nous devons

chercher à obtenir en traitant les psychoses émergentes, n'est pas mathématisable, mais encore qu'il dépend des circonstances puisque la fin de l'action est elle-même « relative aux circonstances (*kata ton kairon*) » [25]. C'est pourquoi Aristote estime qu'aucune action, aussi louable soit-elle, ne saurait être tenue pour bonne si elle n'a pas été posée au moment opportun. À défaut, la meilleure action peut être aussi désastreuse qu'une attaque militaire lancée prématurément ou trop tardivement.

Temps et relation

Or faire dépendre des circonstances la visée éthique de l'action, c'est une fois encore introduire l'environnement dans toutes ses dimensions éco-bio-socio-historico-politico-culturelles, c'est, plus simplement, faire une place à la notion de relation. Et, si, selon la définition de Canguilhem, la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal non entièrement et simplement réductible à la seule connaissance [13], c'est bien parce que, comme le montrent les effets placebo et nocebo, ou, encore, les travaux de Balint, elle aussi ne peut faire l'économie de sa dimension relationnelle. Les philosophes grecs l'avaient bien compris qui différenciaient un registre médical/iatrique et un registre thérapeutique d'ordre philosophico-religieux pour signifier, en termes modernes, que *la* thérapeutique est non réductible à *la* thérapeutique comme technique d'instauration ou de restauration du normal.

De fait, c'est dans la relation avec un autre, peu importe que cet autre soit un bien-portant qui s'ignore comme malade en puissance, un sujet qui refuse de devenir malade, ou un patient demandeur de soins, que se donne non seulement l'actualisation de la puissance thérapeutique, mais aussi l'expérience du temps et la possibilité de l'avenir comme « ce qui n'est pas saisi, ce qui tombe sur nous et s'empare de nous ». Et parce que « pour devenir un élément du temps », l'avenir doit « tout de même entrer en relation avec le présent » [26], Levinas a pu définir le temps comme la forme même du lien à l'autre : « L'avenir, c'est l'autre. La relation avec l'avenir, c'est la relation même avec l'autre. Parler de temps dans un sujet seul, parler d'une durée purement personnelle, nous semble impossible » [26]. Tout au contraire, « la relation avec l'avenir, la présence de l'avenir dans le présent » s'accomplit « dans le face-à-face avec autrui » [26]. Or la relation avec l'autre est toujours relation avec une altérité radicale, c'est-à-dire non réductible à du même, à du connu. Elle est donc toujours relation avec une imprévisibilité définie par Levinas comme « un raté du savoir » [27] puisque, figure de l'inconnaissable, l'altérité est à la fois ce que le savoir rate toujours *et* ce qui pourrait se donner dans la relation à la condition de respecter, c'est-à-dire de conserver cette altérité. Essence même de la relation avec l'autre, en quelque sorte, le marqueur de

son altérité radicale que le savoir ne peut que manquer, l'imprévisible est le point de butée de la connaissance scientifique. C'est sans doute là l'explication du pourquoi, malgré tous les progrès scientifiques dus à la mathématisation de la médecine, la question de son degré de certitude ne cessera jamais de nous interroger, interrogation que je souhaite être aussi une invitation à revenir à la notion antique de *kairos*, dont Monique Trédé-Boulmer souligne qu'il intervient « lorsque, du fait du grand nombre des facteurs en jeu ou de leur enchevêtrement complexe, le savoir ne peut être coextensif au réel » [21].

Liens d'intérêt L'auteure déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Centre national de recherches textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr/portail/>.
2. Walker P. *L'éducation thérapeutique au risque de la réflexion philosophique*. La Plaine Saint Denis : Connaissances et savoirs, 2018.
3. Beck U. *La société du risque*. Paris : Flammarion, 2008. Coll. « Champs essais ».
4. Aristote. *Métaphysique*. Paris : Vrin, 2000.
5. Gould SJ. The median isn't the message. *Discover* 6 ; (June) : 40-2. Accessible sur http://www.stephenjaygould.org/library/gould_median-isn't-the-message.html (consulté le 23 septembre 2018).
6. <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/03/median-not-message>.
7. Valette P. *Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris : PUF, 2013.
8. Vinden C. Chocolate consumption and the Nobel prize. *BMJ* 2014 ; 348 : g329.
9. Messerli FH. Chocolate Consumption, Cognitive Function, and Nobel Laureates. *N Engl J Med* 2012 ; 367 : 1562-4.
10. Kirk S, Kutchins H. *Aimez-vous le DSM ?*, *Le triomphe de la psychiatrie moderne* [1992]. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
11. Canguilhem G. « Le rôle de l'épistémologie dans l'historiographie scientifique contemporaine ». In : *Idéologie et rationalité*. Paris : Vrin, 2000 : 11-29.
12. Gadamer HG. « Philosophie et médecine pratique ». In : *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset, 1998.
13. Canguilhem G. *Le Normal et le pathologique* [1943]. Paris : PUF, 1984. Coll. « Quadrige ».
14. Krebs MO. Détection précoce des sujets à risque de psychose. 2013. Accessible en ligne sur : [https://www.psychanalyse.com/pdf/DETECTION%20PRECOCE%20DES%20SUJETS%20A%20RISQUE%20DE%20PSYCHOSE%20-%20DIAPORAMA%202013%20\(33%20pages%20-%204,3%20mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/DETECTION%20PRECOCE%20DES%20SUJETS%20A%20RISQUE%20DE%20PSYCHOSE%20-%20DIAPORAMA%202013%20(33%20pages%20-%204,3%20mo).pdf) (consulté le 23 septembre 2018).
15. <https://www.etymonline.com>.
16. <https://www.en.oxforddictionaries.com>.
17. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/emergency>.
18. Valette P. Urgences de patients, urgences de médecins : une tragédie en un acte. N° L'urgence. Dictature d'une illusion. *Approches* 2012 ; 149 : 89-98.
19. Romains J. *Knock ou le triomphe de la médecine* [1924]. Paris : Gallimard, 1971. Coll. « Livre de poche ».
20. Derrida J. La pharmacie de Platon, *La Dissémination*. Paris : Seuil, 1972. Coll. « Tel quel ».
21. Trédé-Boulmer M. *Kairos, L'à-propos et l'occasion*. Paris : Les Belles Lettres, 2015.
22. Moutsopoulos E (Dir.). *Chronos et Kairos. Entretiens d'Athènes. Institut International de philosophie*. Paris : Vrin, 1988.

23. Boss M, Tillich. Heidegger et la question du kairos. *Études théologiques et religieuses* 2001 ; 1 : 47-60.
24. Aubenque P. *La Prudence chez Aristote* [1963]. Paris : PUF, 2002. Coll. « Quadrige ».

25. Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Paris : GF-Flammarion, 1965.
26. Levinas E. *Le Temps et l'autre* [1948]. Paris : PUF, « Quadrige », 1979.
27. Levinas E. *Éthique et infini*. Paris : Fayard et Radio France, 1982. Coll. « Le livre de poche ».



Collection Books-e-Books
 • Juin 2018
 • 12 x 20 cm • 112 pages
 • ISBN : 978-2-7184-1506-2
 • 24 €

Dr Jérôme Cros
 Anesthésiste-réanimateur, Hôpital de la Mère et de l'Enfant, C.H.U. de Limoges. Directeur du Centre de simulation en santé de la Faculté de médecine et de pharmacie de Limoges

MIEUX COMMUNIQUER ENTRE SOIGNANTS : UN ENJEU MAJEUR DE SÉCURITÉ

Des règles simples et concrètes pour améliorer la sécurité et l'efficacité du soin

Les métiers de l'aviation et la santé recourent depuis longtemps à des outils et à des règles communes pour assurer la sécurité des passagers et des patients : simulation, check-lists, analyse d'accidents, etc.

Pour autant, il existe des outils qui, employés dans l'aviation, n'ont pas encore été explorés par le monde de la santé. C'est le cas de la « **phraséologie** ». Ce **mode de communication harmonisé** permet d'agir au quotidien avec clarté et cohérence. Dans le monde médical, la qualité et l'efficacité du soin dépendent souvent de la **bonne transmission des informations**.

Ce guide propose **26 règles de « phraséologie médicale »** qui permettront d'optimiser les échanges entre soignants.

En puisant dans la littérature mais aussi dans sa propre expérience de médecin et de formateur, l'auteur s'appuie sur de **nombreux cas concrets** pour analyser les erreurs parfois graves liées à une mauvaise communication verbale et non verbale, et propose au lecteur une **methodologie efficace**.

L'ouvrage est complété de modules en ligne (textes, vidéos, outils d'évaluation) permettant au lecteur d'aller plus loin dans sa réflexion.



Egalement disponible en Ebook



En savoir +
sur www.jle.com



COMMENT COMMANDER ?

- Par courrier, à l'aide du bon de commande ci-contre **Éditions John Libbey Eurotext** 127, avenue de la République 92120 Montrouge - France
- Sur Internet : www.jle.com Profitez de l'offre réservée à nos abonnés avec le code **BOOKJLE18**
- Par e-mail contact@jle.com
- Pour tout renseignement +33 (0) 1 46 73 06 60


www.jle.com

OFFRE RÉSERVÉE À NOS ABONNÉS 5% DE REMISE +0,01€ DE LIVRAISON

Je souhaite recevoir
 exemplaires de

Mieux communiquer entre soignants : x 22,80 € : €
 un enjeu majeur de sécurité 24 €

Frais de port	France	+ 0,01 €
	Étranger	+ 6 €
Total		

M. Mme Mlle Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

CP [] [] [] [] Ville _____ Pays _____

Tél. _____ E-mail _____

Je désire recevoir une facture acquittée pour ma déclaration de frais professionnels

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - 127, avenue de la République - 92120 Montrouge.

APF - SENAC - SIRET : 338 935 904 00237

INCESS08 B