



Le médecin et les signes Voir, regarder, interpréter et...

Jean-Marie André

andrejeanmarie67@gmail.com

à Camille A...

Mon regard fut attiré par un mouvement très rapide et j'aperçus un colibri dans un buisson, juste au-dessous de la fenêtre. Ses ailes remuaient si vite qu'elles n'étaient plus qu'une tache indistincte et il plongeait le bec dans une fleur à petits coups répétés. Regarde, un colibri, « Où ça, je ne vois rien » ; Il était là il y a une seconde, regarde, le voilà... non... ce n'est pas lui. C'est un colibri, mais ce n'est pas le même.

Raymond Carver [1]

De Proust aux Who...

Aborder le signe médical sous un tel étendard pourra certainement surprendre. Rassurez-vous, car je propose de l'aborder en tant que signe en général et signe en territoire médical. Le signe médical a une particularité, celle d'être précédé d'un signe avant-coureur, le symptôme. De sa racine gréco-latine, le symptôme est ce qui « tombe ou arrive ensemble ». Celui-ci est le phénomène qui apparaît dans notre réel humain à la frontière du normal et du pathologique. Le symptôme, phénomène lié à un état ou à une évolution pathologique, reste un fait brut avant que ne commence un travail de déchiffrement qui fera de lui un signe. Le symptôme devient signe quand il devient langage. Le médecin est celui qui transforme, par la médiation du langage, le symptôme en signe. Toutes les langues humaines sont susceptibles de traduire le sens qui vient de jaillir dans l'instant en passant du « phénoménal au sémantique » pour Roland Barthes [2]. C'est d'ailleurs pour cela que dans notre tour de Babel humaine, elles sont toutes traduisibles. Mais qu'elles soient comprises, est une autre chose ! Il en va pour tout signe d'être perçu, interprété et utilisé... à bon escient si possible et ce, depuis la nuit des temps. Mais quel que soit ce signe, les mêmes mécanismes opèrent quand il apparaît dans notre champ visuel, auditif, en un mot dans notre espace sensoriel. La vision d'un corps souffrant, la parole, l'écoute, le toucher, une image médicale qu'elle soit biologique, histologique, endoscopique, radiologique au sens le plus large du terme, sont autant de particules prenant brutalement sens à l'instar de la pomme de Newton tombant de son arbre. Ce changement de point de vue nous amène à revoir différemment les choses et à sortir d'une situation d'aporie. Ce qui peut nous sembler pertinent pour une œuvre d'art l'est encore plus pour une relation médicale qui est d'abord et avant tout humaine. La médecine n'a-t-elle pas été longtemps considérée comme un art au milieu de ses tableaux cliniques ? Apprendre à voir, à regarder, à observer



et à interpréter avec la *Vue de Delft* de Vermeer, pourquoi pas ? Dans *La Prisonnière* [3] de Marcel Proust, Bergotte, écrivain aux portes de la mort, veut revoir une dernière fois ce tableau et tout particulièrement ce « petit pan de mur jaune si bien peint qu'il était, si on le regardait seul, comme une précieuse œuvre d'art chinoise, d'une beauté qui se suffisait à elle-même » [3]. Il revit certes ces « petits personnages en bleu, le sable rose » mais point « la précieuse matière du tout petit pan de mur jaune avec auvent ». Cette recherche ne fut pas du temps perdu, même si ce « petit pan de mur jaune », n'existait peut-être pas ! Apprendre à voir, à regarder, mais aussi à interpréter est nécessaire mais insuffisant ; il faut aussi apprendre à écouter, à toucher, à sentir. Le *See me, feel me, touch me, heal me* de Tommy, l'opéra rock des Who pourrait en être son « petit pan de mur jaune » sonore !



Le Médecin et les signes. Voir, regarder...

Signes des temps présents...

Depuis toujours l'histoire des connaissances s'est faite par nombreuses ruptures et bonds en avant. Aussi me limiterai-je à trois exemples allant de celui de la muqueuse gastrique de l'hypertension portale à celui du cancer gastrique héréditaire et enfin, à celui des adénomes festonnés du colon.

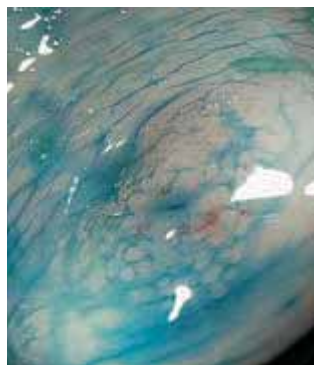


Arsène Papazian, Jean-Louis Dupas, Jean-Pierre Capron (+) et collaborateurs, dans un article publié en 1986 dans *Gut* [4] sur l'étude endoscopique de la muqueuse gastrique dans l'hypertension portale, nous amènent à penser qu'il y a toujours de nouveaux signes que nous n'avons jamais vus mais que nous ne pouvons plus négliger en les interprétant dorénavant avec pertinence. Cette publication de *Gut* nous parle d'un signe devenu, avec l'endoscopie, l'image d'une mosaïque avec ses micro-plages érythémateuses et son maillage jaunâtre. Ce signe-image nous renvoie à ce vaste shunt induit par l'hypertension portale qu'elle soit sinusoidale ou pré-sinusoidale ou pré-hépatique, avec ces dilatations sous-muqueuses de la microcirculation artériolaire, veineuse, capillaire et avec ces anastomoses artério-veineuses. Ce signe n'a été déposé par personne mais, comme tous les signes, a acquis grâce au Révérend Sir Thomas Bayes au XVIII^e siècle, une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive. Mais ne brûlons pas les étapes !

Le cancer gastrique familial de type diffus ou H.D.G.C.S est rare et de diagnostic difficile. Il est lié à la mutation de la protéine E-Cadherine, codée par le gène CDH1. Cette mutation délétère entraîne la perte de l'adhésion inter cellulaire facilitant la diffusion néoplasique. Ce cancer était connu depuis 1854 sous le nom de *Linita Plastica* car grande était sa « similitude » avec l'aspect de la toile de lin. Un siècle plus tard, cette linite fut rattachée au cancer gastrique. Plus tardivement, vinrent l'endoscopie et le séquençage de l'ADN. Ce cancer touche, dans leur quarantaine, la femme plus souvent que l'homme. Il survient dans un contexte familial de cancer de l'estomac et chez la femme, de cancer lobulaire du sein voire de l'ovaire. Les aspects endoscopiques sont extrêmement banals. Ici, une érosion muqueuse, là, une formation polypoïde sessile de petite taille, voire un dépoli blanchâtre. Les auteurs du Case Record du *NEJM* de juillet 2007 [5] et ceux de l'étude anglaise parue en 2014 dans le *Gastrointestinal Endoscopy* [6] rappellent que les explorations endoscopiques sont longues car les lésions, difficilement visibles en lumière blanche conventionnelle, nécessitent la chromo-endoscopie par le Bleu de méthylène ou le Rouge Congo après usage d'un agent mucolytique. Les biopsies doivent être nombreuses car leur rendement reste limité chez ces patients porteurs de la mutation CDH1. La positivité des prélèvements entraîne le seul traitement connu : la gastrectomie. Pour les membres de la famille, porteurs de la mutation, une gastrectomie totale prophylactique est proposée entre 20 et 30 ans. Quand celle-ci est acceptée, l'aspect macroscopique de la pièce opératoire est souvent faussement rassurant et nécessite une analyse anatomopathologique avec coupes de 5 mm en 5 mm pour ne pas négliger les lésions situées dans les profondeurs cryptiques de la muqueuse gastrique. Pour ceux qui la refusent, un suivi endoscopique minutieux est proposé, en sachant que ce cancer multifocal essaime rapidement. Les images de ce cancer sont bien loin de la « toile de lin » et doivent être traquées pour être vues. Si notre façon de voir dépend de ce que nous croyons, elle dépend encore plus de ce que nous savons.



© Philippe Bulois



© Philippe Bulois

Longtemps, les gastro-entérologues eurent en tête une équation aussi claire que simple : le polype hyperplasique du colon est bénin. L'aspect festonné de la lumière des cryptes épithéliales ne suffit point à les faire devenir des « polypes festonnés » puisqu'ils étaient tous non seulement hyperplasiques et bénins mais encore cohabitaient « paisiblement » dans la similitude. La connaissance de la carcinogénèse de ces polypes hyperplasiques qui représentaient le tiers des polypes recto-coliques ayant progressé, les choses ont changé. Les publications simultanées en 2010, dans *Gastroenterology*, de Hirakoa [7] et de Schreiner [8] ont anéanti cette équation aussi aisée à retenir que fautive. Brutalement, nous sont apparues des lésions qui nous avaient

échappé et venaient expliquer des évolutions cancéreuses jugées par nous « inexplicables » quelques années auparavant. Leur nom a changé mais leur morphologie est restée la même. Quant au diagnostic,



il est resté difficile. Avec la classification OMS de 2010, on ne parle plus que de polypes festonnés. La famille s'est recomposée autour de son « maillon manquant ». Avec ses polypes hyperplasiques à répartition recto-sigmoïdienne préférentielle, plans ou sessiles, de petite taille et ne présentant jamais de dysplasie (PH). Avec ses adénomes festonnés traditionnels (AFT) généralement plus volumineux et parfois pédiculés. Avec ses polypes/adénomes festonnés sessiles à localisation colique droite préférentielle, souvent plans de même coloration que la muqueuse environnante et recouverts d'une couche de mucus jaunâtre (P/AFS). Le lavage, la coloration et la résection endoscopique à l'anse froide ou la dissection sous-muqueuse ont permis une étude anatomo-pathologique fiable avant d'envisager un suivi endoscopique bien codifié par Philippe Bulois [9].

La dichotomie aristotélicienne du *ou/ou* avec ses polypes hyperplasiques/polypes adénomateux a volé en éclat pour le *et/et* korzybskien du *continuum* entre polype festonné et cancer ! Alfred Korzybski fut en effet l'initiateur de la pensée non-aristotélicienne avec ses célèbres principes : « une carte *n'est pas* le territoire et ne représente *pas tout* le territoire » ; « un mot *n'est pas* ce qu'il représente et il ne représente *pas tous* les faits » [10]. Pour Korzybski, « ces principes aboutissent à une *conscience d'abstraction générale* comme fondement nécessaire pour éliminer une *fausse connaissance* active génératrice de mauvais ajustements. Ainsi, une simple *ignorance passive* peut devenir une *connaissance inférentielle active*, susceptible d'attribuer dogmatiquement une « cause » fictive à des « effets » observés, comme cela se voit dans les mythologies primitives. Cependant, lorsqu'elle est *consciemment* reconnue comme telle, la *connaissance inférentielle* permettant d'admettre une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies, forme la *connaissance hypothétique* de la science moderne et cesse d'être « un dogme », restant inexorablement funeste à tout raisonnement.

Signes de tous les temps...

Le signe naquit avec le *sema* grec dont nous avons fait le sémaphore, la sémantique et la séméiologie ou avec Saussure et Roland Barthes au XX^e, la sémiologie qui fut aussi pour Ambroise Paré au XVI^e, la sémiotique. Mais pour Héraclite, ce *sema-σημα* et son verbe *semanein-σημαειν* « ne révélaient ni ne dissimulaient rien » ; ils nous « faisaient seulement signe ». Signe qui, lui est aussi né du «*signum*» latin avec les enseignes marines et militaires, les présages et les «*symptômes*». Dès sa naissance, le signe a permis de conclure à l'existence d'une chose absente. En effet, l'essence du signe, en attirant notre attention sur lui-même, est de nous renvoyer à une «*autre chose* » absente vers laquelle il nous faut aller. Ce qui pouvait d'ailleurs être «*bon signe* » ou «*mauvais signe* ». Ainsi, apparut une opposition entre les signes «*naturels* » et les signes «*artificiels* ». Les premiers avaient un rapport avec la chose signifiée ne résultant que des lois de la nature. Ainsi, la fumée est signe de feu, la fréquence du pouls, signe de fièvre. S. Pierce leur attribua une «*fonction indicielle* » à l'image de l'index indiquant la bonne direction. Pour les seconds, ce rapport ne résultait que d'une décision volontaire et collective et ce furent les signes algébriques, chimiques ou musicaux, proches des fonctions iconiques et symboliques du même Pierce à la fin du XIX^e siècle.

Le signe renvoie donc à autre chose, qui peut être du passé, du présent ou de l'avenir. En bref et en trois mots, le signe est anamnèse, diagnostic et pronostic. Il oriente vers un syndrome et/ou vers la maladie. La maladie apparaît phénoménologiquement au malade par ses symptômes et au médecin par ses signes. Pour le patient, le symptôme est le signe avant-coureur. Il est phénoménologiquement premier et il en est la transcription première de la maladie. Dans cet état que les Anglo-Saxons désignent sous le nom de *sickness*, le patient s'exprime à la première personne : «*je me sens mal, je suis fiévreux, je souffre* ». Mais ce «*je* » est-il écouté ? «*D'un regard qui écoute à un regard qui parle* », le médecin va traduire cette *sickness* en une *illness* regroupant les grands syndromes : anémie, fièvre prolongée, purpura, syndromes douloureux pour n'en citer que quelques uns. Il s'adresse alors au malade à la deuxième personne. Mais ce rôle de traducteur est délicat et l'aphorisme italien *traduttore, traditore* reste un invariant [11]. Quant à la *disease*, enfin, elle s'exprime à la troisième personne dans le Godeau, le Harrison et les revues les plus consultées. Naguère, à un jeune interne très fier de venir dans son service de pédiatrie du CHU de Tours pour «*enfin voir des maladies* », Bernard Grenier lui répondit que «*pour les maladies, la fréquentation de la bibliothèque aurait suffi* » !

Le signe-image... à mi-chemin entre signe et symbole

L'image médicale est connue depuis l'Égypte, les planches d'anatomie de Léonard de Vinci au XV^e siècle et celles des écorchés de Vésale. Au milieu du XVI^e siècle, Vésale médecin et anatomiste fut avec l'autopsie le premier à «*vouloir voir de ses propres yeux* ». Flamand polyglotte, il participa activement à ce que fut une véritable Europe mais intellectuelle celle-là ! Et puis, il y eut en 1632 *La leçon d'anatomie du docteur Tulp* de Rembrandt et en 1912, les planches de dermatologie du premier *Larousse Médical* qui en ont terrorisé plus d'un ! Au risque de tomber en lapalissade, l'image médicale est non seulement une image mais encore elle est médicale.



Rappelons que l'image n'est ni un signe ni un symbole, mais tout n'est pas aussi simple ! La fonction du signe est d'attirer notre attention sur lui-même mais pas au point de le retenir tout en le détournant de lui-même pour nous renvoyer à autre chose. Celle du symbole est de « tenir lieu de » : il rend présent ce qui ne l'est pas. Un symbole renvoie à quelque chose relevant du signe mais il est plus qu'un signe. C'est quand le sens d'un symbole est compris de tous les membres d'une communauté, en l'occurrence médicale, qu'il peut assumer une fonction de signe et même devenir pathognomonique. En plongeant dans l'image, nous sommes en même temps au plus près du représenté, d'autant plus que l'image est « un signe qui prétend de ne pas être un signe et qui se déguise afin de se faire passer pour présence immédiate et naturelle ». L'histoire de la culture, pour le spécialiste du signe WT. Mitchell, a toujours été « une longue lutte de pouvoir entre le signe-image et le signe-mot », chacun revendiquant des droits de propriété sur « une nature qui lui serait propre » et qui serait « digne de croyance et de respect ». L'image nous renvoie à quelque chose tout en nous y faisant séjourner. Dans l'image, comme dans le symbole, ce qui est représenté est présent en personne. Mais il faut en connaître le sens pour savoir à quoi il renvoie. De plus, la valeur ontologique de l'image ne se cantonne pas à celle de son support et des traces laissées sur celui-ci. L'image n'est certes pas le réel mais elle en est sa représentation. On peut, de plus, demander aux images trop ou trop peu. Trop en exigeant d'elles toute la vérité mais à vouloir tout demander à une image, on s'expose à faire d'elle « une icône » qui peut nous égarer loin de la clinique d'autant que les images peuvent être inexactes, inadéquates voire incomplètes pour de simples raisons technologiques inhérentes au dit progrès. Ou trop peu en considérant les images comme de simples documents d'un volumineux dossier... Il est enfin possible de douter d'une image. Cette démarche pose alors le problème de la vérité et de la valeur de l'image. Doubter, c'est en appeler à un regard critique qui cherche à ne pas se laisser envahir par l'illusion. Il devient alors possible d'interpréter et de juger les images. Sans omettre que les « fausses images » sont de vraies images faussement interprétées !

Mais toutes ces tensions trouvent leurs origines dans le double régime de l'image, connu depuis Platon. Pour lui, l'image-voile et l'image de l'ombre portée sur le mur de la caverne sont foncièrement illusoire, trompeuses et mensongères. *De l'âme* permet à Aristote de lui rétorquer qu'il est impossible de penser sans image et que la mémoire, même celle des choses intelligibles, n'existe pas sans images. Il y a ainsi un double régime du visible et du visuel, du détail et de l'ensemble. Comme le langage, les images produisent un effet et son contraire. Elles ne sont ni illusion pure, ni vérité totale. Il y a pour Georges Didi-Huberman « une tension dialectique entre l'image-voile et l'image-déchirure qui laisse filtrer un éclat du réel » [12].

Il est plus facile de montrer que de démontrer.

Abraham Moles [13]

Le Signe-Image médical

Les images médicales de Vésale étaient « utiles » et « artistiques ». « Utiles » au sens où elles aidaient à comprendre le corps humain normal ou malade ; « artistiques » au sens esthétique du mot. L'esthétique philosophique étant la seule à pouvoir faire abstraction, le temps du jugement esthétique, du représenté dans l'image sans faire référence à une valeur morale. Tel n'était peut être pas leur but mais elles le sont devenues avec le temps justifiant ainsi le va-et-vient possible et choisi entre le voir d'une image artistique ou le voir d'une image médicale. Celle-ci cependant, se veut, dans la pratique quotidienne, « utile » pour matérialiser le réel du corps pathologique ou normal et « utile » pour le communiquer aux médecins. En fixant un fragment de notre environnement visuel susceptible de perdurer avec le temps, l'image médicale a commencé par être figurative. Son but n'était atteint que si le médecin y voyait une réalité. Que ce soit le dessin nécropsique du cancer gastrique de Napoléon, le « trognon de pomme » radiographique et néoplasique du colon ou le polype festonné endoscopique de Philippe Bulois. Pour A. Moles et Elisabeth Rohmer [14], l'image médicale se situe entre « le figuratif et l'iconicité ». Le figuratif tend à représenter un organe qui sera reconnu comme tel par le médecin. L'iconicité correspond elle, au « degré de réalisme d'une image par rapport à l'objet qu'elle représente ». Une image allant du réel à l'abstraction perd peu à peu de son iconicité. Ainsi, un schéma ou un dessin sont moins « iconaux » qu'une photographie en noir ou en couleurs qui elle-même est moins « iconale » que l'organe qu'elle représente. Il y a de plus, une tension contradictoire entre le degré d'iconicité et le degré d'abstraction. Les images peuvent donc aller vers plus « d'iconicité » et être plus réalistes voire plus facilement décodables. Elles peuvent au contraire, aller vers plus d'abstraction mais alors leur « degré de complexité » augmente et nécessite un langage spécifique. Toutes ces images de la TDM, de la RMN ou du PET SCAN vont « au-delà du visible au sens humain du mot » et sont autant d'images nées de la technologie servant de « matière première à la pensée et de mode de transmission de la pensée ». Toutes ces images endoscopiques sont aussi des « images d'une chose bien réelle qui n'ont que faire d'un quelconque rapport avec la vision conventionnelle que l'œil donne à ce terme » en exigeant un savoir et une expérience certaine des médecins.

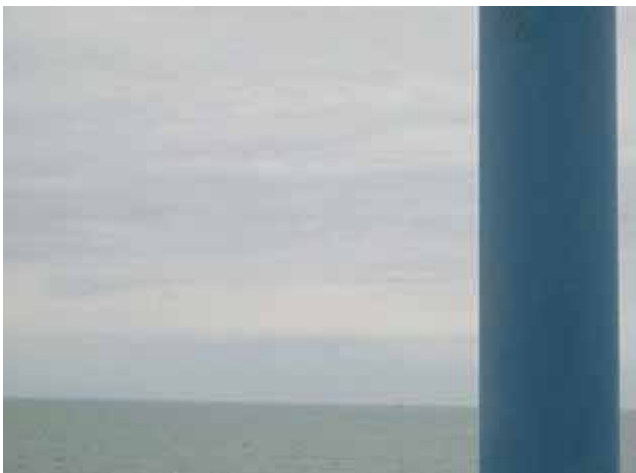


Voir...

*Une chose n'est pas vue parce qu'elle est visible.
Elle est visible parce qu'elle est vue.*

Diane Airbus

Depuis la Grèce du IV^e siècle avant JC, la vue, à côté du toucher, de l'odorat, du goût, fut considérée comme un des sens les plus sophistiqués de l'être humain, voire supérieur. Au point que pour les Grecs, quand l'œil ne voit plus, il est relayé par « l'œil de l'âme ». La vue est donc la voie royale des sens car elle nous mène non seulement vers « l'ontologie » en fixant l'objet perçu à chaque fois dans son « être » et son lieu propre mais encore nous amène jusqu'à la voie de son « essence » et de son « qu'est ce que c'est que ? ». Baudelaire les reprendra tous, vingt-trois siècles plus tard, en un vers : « Les parfums, les couleurs et les sons se répondent ». Et l'ouïe ? Nous reparlerons ultérieurement « d'écouter », ce quatrième mousquetaire incontournable de la relation médicale.



Sainte Adresse. ©jmandre.

Voir [15], c'est avoir les yeux ouverts et laisser les impulsions visuelles s'inscrire. Ces deux yeux sont deux fenêtres sphériques ouvertes sur le monde avec leur lac intérieur impénétrable. Aucun œil ne délivre son secret pour qui le contemple, voire le dissèque et l'examine au microscope ! De plus, nous ne voyons que ce que nous voyons, pas ce que l'autre voit ! Nous avons tous des yeux mais peu « voient » rappelle François Féder dans *Regarder Voir* [16]. Du latin *videre*, voir, c'est « voir devant nous ». Nous voyons des pommes dans un panier mais Cézanne en les peignant, ne vit pas les mêmes pommes que nous. Si tout le monde voit de cette façon, peu en revanche voient, au-delà du visible, l'invisible de ces fruits qui ne demande qu'à être vus ». La même chose se répète avec les arbres. La pomme, l'arbre, Cézanne les vit comme des êtres vivants. Vivants parce que nous entendons la vie à partir de notre vie et donc aussi à partir de notre mort. Tant que

nous ne voyons pas ces fruits ou ces arbres comme étant vivants, tant que nous n'éprouvons pas ce que nous voyons, tant que nous ne voyons pas cet invisible, « nous ne voyons pas en voyant ».

Regarder

Regarder, c'est diriger son regard dans une direction précise avec une attention augmentée. Né au Moyen Âge avec « regard », regarder s'est rapproché de « révéler ». Regarder, c'est donc « porter attention à », « porter regard sur ». Nous voyons devant nous mais nous regardons avec attention, avec soin. Si voir, c'est recevoir une image, regarder, c'est scruter, c'est voir les choses en oubliant le nom qui leur est donné pour mieux les voir, c'est « toucher du doigt » sans toucher sous peine de déclencher l'alarme du musée ! En bref, regarder, c'est choisir. Après et seulement après, viendra la parole et les mots qui en garderont la mémoire. Le « voyant », terme utilisé par François Féder prend alors tout son sens [16]. Voir une pomme, voir un arbre, voir « les choses qu'on voit », c'est « d'abord être sous le coup de l'apparition d'une chose, telle que, *hic et nunc*, elle paraît ce qu'elle est en vérité ». A cela, il ajoute ce vers magnifique du poète allemand Hölderlin : *Denn an der Augen Schule Blau* qu'il traduit par *Le bleu éduque les yeux à regarder*. Le bleu du ciel est l'école qui nous apprend à voir, à regarder tout ce qui se montre à partir de soi-même et qui demande à être vu.

Mais qu'est ce que regarder ? François Jullien dans *Vivre de paysage ou L'impensé de la Raison* [17], nous propose plusieurs chemins. Regarder un objet en le voyant, en se laissant envahir par lui, en l'observant, en le scrutant, comme pour y chercher une information, en le guettant comme si l'on était chasseur ou militaire. Et là, nous revenons à Platon et à son *Théétète* [18] et à son questionnement. Regarde-t-on « par les yeux » ou au « moyen des yeux » ? Soit nous regardons « par les yeux » et nos yeux sont des agents autonomes qui observent et cherchent à déterminer par la vue des objets et à les décrire. Soit nous regardons au « moyen de nos yeux » et ils sont alors des instruments au service d'une instance intérieure qui, en nous, se sert d'eux et « qu'on appelle l'âme ou comme on veut » ajoute



Platon. Ils deviennent « le seuil, la fenêtre », le cadre. Nous ne regardons plus « quelque chose » mais nous regardons. Notre regard, en même temps qu'il est attentif, « se fait évasif » en attention flottante. A cet instant, nous n'observons plus un objet, nous le contemplons, comme envahis par lui. Certes, l'homme n'a pas le système optique du chat dans la pénombre ou celui des grands rapaces et de leur champ de vision à 270 degrés ou celui de la squille et de ses 360 degrés au fond des océans ! Il doit, lui, se contenter de 180 degrés ! Il peut les fermer et dormir ou aiguïser son regard et... nous voilà dans le « voir » et le « regarder ». Mais comment regarder un patient, avec un œil sur l'écran de l'ordinateur ? En l'écoutant ?

Observer

Mais qu'est-ce qu'observer ? François Jullien ajoute dans son dernier ouvrage [17] quelques pistes. Observer un objet implique une attention attentive, délibérée et volontaire tournée vers la quête d'une connaissance en vue d'une action extrêmement précise. Observer un objet implique de se laisser envahir par lui, en le voyant, en le regardant, en le scrutant, comme pour y chercher une information, en le guettant comme si l'on était chasseur ou militaire. Mais « observable » signifie non seulement ce que l'on voit mais encore ce que l'on pourrait voir par d'autres moyens. Nous « découvrons » les images que nous avons « créées ». Les images du tube digestif créées par les rayons X et le baryum ne sont plus celles créées par la fibre et la transmission électronique ou par la vidéocapsule. Les images échographiques du foie ne sont pas celles obtenues avec la TDM, la RMN ou le Pet Scan. Ces images optiques sont faites à l'énergie que nos yeux peuvent voir en n'oubliant pas que nous sommes insensibles à 99,99 % des énergies possibles de la lumière. Un jour, des images nouvelles mais radicalement différentes deviendront observables. Elles seront différentes certes, mais tout aussi réelles. La physique et la philosophie nous apprennent de concert à ne plus penser uniquement avec nos yeux sur le chemin de « la totalité de ce qui est » sans oublier que la majorité des objets de l'univers nous sont invisibles. Mais sans l'humanité, c'est la totalité de ceux-ci qui le serait !

Voir sans voir

Tout comme la philosophie et la poésie qui nous ont aidés à concevoir le « voir », le roman en a fait de même. « Quand j'ai su que je deviendrais aveugle, j'ai commencé à aimer la peinture ». Ainsi, parle le héros du récit de Daniele Del Giudice *Dans le musée de Reims* [19]. Ancien officier de marine, il perd et la vision des couleurs, et la vue. « Il me manquera [en mer] certains bleus et certains rouges à perte de vue, et le sentiment d'espace et de sécurité et de quiétude que donne la perte de vue. Comment vais-je faire sans les couleurs ? Dans cette obscurité, la nuit, parfois je me concentre et surgit alors de je ne sais où, un orange chaud, ou un bleu, des couleurs pures sans aucune forme, comme si elles étaient vendues en plaques de couleur pure, qui sait si, quand je serai complètement aveugle, je garderai cette capacité de m'inventer les couleurs que je ne vois pas, certains turquoises brillants, certains jaunes aveuglants, certains bruns pleins de résonances basses, profondes, certains verts si délicats [...] ». Alors, s'élève la voix de la jeune femme qui accompagne notre héros et lui décrit chaque tableau : « Je ne sais pas comment vous voyez, mais votre regard se voit tellement. Vous êtes totalement là, au bord de vos yeux ». Degas, devenu aveugle, se « mit à voir » et à peindre autrement. La cataracte de Monet l'amena à l'abstraction. Aux bords de l'immatérialité et de l'intemporalité, tout va au-delà de l'artiste vers quelque chose de plus vaste que lui et qui le dépasse. Quelque chose, qu'on l'appelle le sacré ou qu'on l'appelle comme on veut... pour paraphraser une seconde fois Platon et le *Théétète* [17] !

Mais derrière tout cela...

Mais derrière toutes ces approches philosophiques, esthétiques, littéraires, depuis quinze ans « les décrypteurs de la conscience » que sont les chercheurs en neuro-imagerie cognitive du CEA-I²BM de Saclay dirigé par Stanislas Dehaene, le successeur de Jean-Pierre Changeux, ont apporté des réponses théoriques et expérimentales à la question de savoir comment nous avons conscience de notre environnement. Ou autrement dit, « comment une information extérieure telle qu'un stimulus visuel et/ou auditif accède-t-il à la conscience. Au cours de ces études, les mots présentés aux volontaires, pendant quelques millisecondes, tout en enregistrant leur activité cérébrale par les techniques d'imagerie cérébrale, « étaient soit perçus consciemment, soit restaient invisibles ». Mais dans les deux cas, le cortex visuel « s'allumait » et lorsque le mot était perçu, une importante activité se propageait vers les régions



pariétales, frontales et cingulaires du cerveau qui sembleraient être la porte d'entrée des informations extérieures à la conscience. Sébastien Marti, neurobiologiste de cette équipe, parle « d'espace de travail global » qui serait un « espace de partage, de maintien et de diffusion entre ces différentes régions spécialisées » du cerveau, une sorte de « mémoire temporaire où les informations extérieures deviennent disponibles pour le reste du cerveau et c'est cette disponibilité qui formerait la conscience » [20].

A suivre...

Références

1. Carver R. Qu'est ce que vous voulez voir ? Editions de l'Olivier. 2000
2. Barthes R. L'aventure sémiologique. Editions du Seuil, 1985, p 273-283.
3. Proust M. La Prisonnière. Folio classique, 2089, p 173-177.
4. Papazian A, Braillon A, Dupas JL, Sevenet F, Capron JP. Portal hypertensive gastric mucosa: an endoscopic study. Gut 1986;27:1199-1203.
5. Chung DC, Yoon SS, Lauwers GY, Patel D. A Woman with a Family History of Gastric and Breast Cancer. N Engl J Med 2007;357:283-91.
6. Yean Cheant Lim et Col. Prospective cohort study assessing outcomes of patients from families fulfilling criteria for hereditary diffuse gastric cancer undergoing endoscopic surveillance. Gastrointestinal Endoscopy 2014;80:78-87.
7. Hirakoa S, Kato J, Fujiki S. The presence of large serrated polyps increases risk for colorectal cancer. Gastroenterology 2010;139:1509-10.
8. Schreiner M, Weiss DG, Lieberman DA. Proximal and large hyperplastic and nondysplastic serrated polyps detected by colonoscopy are associated with neoplasia. Gastroenterology 2010;139:1497-502.
9. Bulois P. Polypes Festonnés. Le maillon manquant. JFHOD 20-23 novembre 2014.
10. Korzbyski A. Une carte n'est pas le territoire, L'Éclat 1998, p 113-19.
11. André JM. Variance et Invariance de la médecine et son histoire. Acta Endoscopica 2006;36:427-33.
12. André JM. L'image, le réel et la vérité. Acta Endoscopica 2004;34:421-27.
13. Moles A. Les sciences de l'imprécis. S 105. Editions du Seuil. Points 1995.
14. Rohmer E. L'apport d'Abraham Moles à l'image. Hegel 2012;1:38-43.
15. Bailly JC. Les cinq sens. Les petites conférences. Bayard 2014.
16. Fédier F. Voir Regarder. Les belles lettres/Archambaud, 1995. p 19-77.
17. Julien F. Vivre de Paysage ou L'impensé de la Raison, NRF Gallimard 2014 p 13-38.
18. Platon. Théétète. Traduction Michel Narcy, Garnier Flammarion.
19. Del Giudice D. Dans le musée de Reims. Le Seuil. La Librairie du XX^e siècle, p 8-82.
20. Muller X. Les défis du CEA, N°164, Octobre 2011, p 13.



Restauration Marie Vanier. ©jmandre