

Qu'est-ce que la « médecine de la complexité » ?

Dr Sébastien ABAD¹

Introduction

Pour William Osler, médecin canadien parfois considéré outre-Atlantique comme le père de la médecine moderne, « *medicine is a science of uncertainty and an art of probability* » [1]. La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité. Si cette citation semble inévitable dès lors qu'il est question de rendre compte de la subtilité de l'« art médical », il convient de bien considérer ce qu'elle sous-entend, pour ne pas sombrer dans le propos insignifiant.

La médecine est sans doute l'une des disciplines, qui non seulement est très en lien avec l'incertitude, mais qui du reste expose aux conséquences individuelles les plus immédiatement délétères que puisse avoir cette dernière. La sanction est bien souvent « irrévocable » [2]. **L'incertitude est omniprésente dans la santé et est un véritable défi pour les professionnels (novices comme aguerris) et pour les soignés. Il demeure cependant une certaine réticence à reconnaître et à traiter cette incertitude [3].** Simpkin et Schwartzstein envisagent la tolérance à l'incertitude en « zones grises » comme la « prochaine révolution médicale » [4] à une époque où les « digital natives » seraient frustrés par des réponses incomplètes ou absentes. Sensibilité et spécificité des investigations, subjectivité des narrations et interprétations, résultats incertains d'une thérapeutique, biais cognitifs. S'agit-il d'une seule et même incertitude ? Cette incertitude se confond-elle avec la complexité ? La complexité se réduit-elle à la complication, qui elle-même dépasse l'incertitude ? N'est-elle pas plus que cela ? Sinon autre chose ?

La complexité selon Edgar Morin

Le mot « complexe » est polysémique. Le CNRTL retient : « *composé d'éléments qui entretiennent des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents* », mais également « *ensemble d'éléments divers, le plus souvent abstraits, qui, par suite de leur interdépendance, constituent un tout plus ou moins cohérent* » [5]. D'aucuns s'arrêteront au caractère « compliqué » de quelque chose qui reste difficile à saisir, quand d'autres insisteront sur la notion de « relations » nombreuses et diversifiées,

¹ Praticien hospitalier. Médecine palliative, médecine de la douleur, master II éthique clinique. Service de médecine palliative (Hôpital Ch.Nicolle – CHU de Rouen). Desbrest Institute of Epidemiology and Public Health, Univ Montpellier, INSERM. Président de l'association Naulimus.

intriquées et interdépendantes entre des éléments qui s'inscrivent dans une totalité et inscrivent un tout.

Edgar Morin, en mettant en exergue le jeu entre ordre-désordre-organisation, et en décrivant le rôle de la *dialogique* (coexistence des complémentaires), de l'*hologrammatique* (la partie contient le tout et la somme des parties peut-être plus ou moins que le tout) et de la *récurtivité* (quand la conséquence participe à l'émergence de sa propre cause) a « organisé » avec talent la complexité [6]. Whitehead [7] en avait déjà été l'architecte avec la philosophie du processus, et avant lui sans doute Vico ou encore Héraclite [8] et ses « fragments », pour ne citer qu'eux.

Ce qui est complexe est-il toujours compliqué ? La réponse est non, mais bien souvent cela nécessite un changement de perspective avec parfois résistance à ce dernier. Est-ce plus simple ? C'est surtout plus riche, s'inscrivant en opposition à la réduction épistémologique simplificatrice, sans pour autant être inutilisable. Ce qui est compliqué peut se résumer à un principe simple, ce qui est complexe en aucun cas (Morin *et al.*, 2003).

Le réductionnisme est toujours au cœur des enseignements universitaires alors que l'incertitude est consubstantielle à l'exercice médical et d'une structure complexe. Faut-il « simplifier » ? Ce néologisme (Berthoz, 2009) peut certes renvoyer à une complexité expliquée de manière simple, mais également à une segmentation de la complexité (*e.g.* procédure dégradée devant une incapacité à tout saisir), ou à l'utilisation simplifiée d'une complexité fonctionnelle (*e.g.* rendre plus simple un appareillage dont l'élaboration est d'une difficulté croissante). Il y a donc plusieurs « simplicités » articulées par la complexité... et possiblement contradictoires avec cette dernière.

Que serait une médecine de la complexité ?

Naulimus² a proposé en juin 2024 un premier manifeste pour une « médecine de la complexité » et non pour une médecine complexe [9, 10]. Si la complexité semble intéresser toutes les spécialités médicales, certaines sont plus exposées à son emprise que d'autres : médecine palliative avec l'indéfinissable souffrance existentielle, médecine de la douleur chronique et intrications psycho-socio-culturelles, psychiatrie institutionnalisée confrontée au manque de moyens, grand handicap et inquiétante étrangeté de proximité avec cet « autre » qui « nous » ressemble tant, gériatrie exposée à la délicate question de l'autonomie tant fonctionnelle que décisionnelle... Par ailleurs, la complexité n'est pas qu'un « problème » médical, et elle irrigue les différents champs de la santé : politiques sanitaires, management, grands défis épidémiologiques. Elle est transdisciplinaire et interprofessionnelle.

« La médecine de la complexité, c'est la médecine de la relation, c'est la médecine qui fait de la relation son objet de soin, un objet partagé avec le patient et dans lequel le soignant

² Naulimus est une association loi 1901 qui se consacre aux applications de la pensée complexe en médecine et en particulier au développement de la médecine de la complexité (<https://naulimus.org>).

est impliqué en tant qu'individu également » (Naulimus, 2024). On veut maintenir la symptomatologie exclusivement au sein du patient avec un soignant « exempt de tout trouble ». Mais nous pourrions également considérer la relation interhumaine comme premier support et « caisse de résonance » d'une souffrance s'y déployant et envahissant le « devenant-soigné » comme à un moindre degré le soignant. Cette simple considération, résumée dans le fait de préférer le terme de « situation de haute vulnérabilité » à « patient vulnérable » peut permettre par exemple au soignant de prendre conscience de l'engagement de sa propre vulnérabilité. Et il devient alors possible d'imaginer une évaluation du degré d'incertitude propre et partagée, du degré de vulnérabilité ressentie par soi et par l'autre pour soi, du degré d'adhésion au diagnostic en termes de familiarité avec l'expérience vécue. Car le diagnostic est construction consentie³... ne l'oublions pas.

Le modèle NAULIMUS

Il s'agit de penser autrement la relation que comme une mise en système d'individus... quand elle serait potentiellement un système à part entière donnant lieu aux individus et en particulier à « soi ». La « médecine de la complexité » stricto sensu réclame en effet d'adhérer à une certaine approche du tissu relationnel, complémentaire de l'approche classique (relation interindividuelle horizontale et transactionnelle entre un « soi » et un « autrui » qui se font face) et *morinienne* (relation complexe organisée par *auto-(géno-phéno-égo)-éco-re-organisation*, autrement dit un ensemble de boucles, source d'une individualité plurielle se retrouvant au niveau des sociétés qui mettent en lien les individus par ces mêmes types de boucles). Un troisième modèle considérerait la relation comme système à part entière en dehors de toute notion d'individu, et non comme « simple » mise en système desdits individus⁴, une approche qui serait « orthogonale », explorant la possibilité d'états dynamiques intermédiaires que seraient les *entités de soi(s)*.

Cet « écosystème expérientiel de *soi(s)* » déployé entre soi et autrui, identifierait d'autres instances en plus de « soi et autrui », déduites du fait même de la présupposition d'un tissu relationnel complexe qui serait intégré aux interlocuteurs. **En plus de « soi et autrui » ou plus exactement en plus de ces deux soi-s qui se font face et se croient, chacun, et à juste titre, absolument unique.** Impossible de décrire ici cet écosystème rendant compte de soi, mais

³ Et parfois lui-même source de souffrance venant se surajouter sinon modifier la pathologie qu'il croit désigner.

⁴ La relation n'est plus une simple mise en système, mais un système dont les individus sont une conséquence, ou duquel découlerait la seule logique narrative à même de permettre l'expérience de conscience qui serait un écho de ces récits (expérience restant cohérente dans le temps pour ne supporter aucune alternative contradictoire). En première lecture, nous naissons de deux parents et chacun des parents vit de manière isolée l'expérience d'être ce soi unique que l'enfant sera également, et en seconde lecture nous pouvons considérer l'émergence de la conscience individuelle comme intervenant bien après cette mise en relation, mais du fait de cette dernière.

nous pouvons aborder la réflexion qui a précédé son émergence. « Soi » vit l'expérience d'être « soi ». Dont acte. Mais qu'en est-il de « l'autre » que je croise dans mon environnement proche ? Deux possibilités semblent s'offrir à « soi ». **Considérer « l'autre » comme un élément de l'expérience d'être « soi », avec à l'extrême la possibilité d'avoir affaire à une illusion (solipsisme), ou bien considérer « l'autre » comme un alter ego.** Soit « l'autre » fait partie intégrante de cette expérience qui se confond avec « soi », soit lui-même est un « soi identique » qui partage cette singularité (sic) quand « le premier soi » devient, pour lui, son « autre »⁵. Mais comment concilier les deux, en stricte indécidabilité ? Par cette affirmation : « soi » se doit d'être un ensemble et en même temps une partie de cet ensemble. C'est la clef de l'édifice ontologique proposé, une aporie⁶ : une partie de la somme et la somme se confondent strictement. Dans un second temps il s'agit de s'enquérir de la capacité de ce modèle à supporter les cliniques en y intégrant les données des consultations. Puis de faire retour. **Puis, ensuite, de considérer ce qui emplit l'espace ainsi généré entre la partie « soi » et la somme « soi(s) ». Ce sont les entités de soi(s) qui rempliraient les « vides ». Et les jeux entre elles qui rendraient compte des phénomènes observés dans les relations interpersonnelles**⁷. Le pas de côté que nous envisageons ici est considérable. Mais il permet trois choses : offrir un modèle qui bien que centré sur l'expérience de soi(s) s'avère moins individualiste que le modèle classique, la relation « précédant » soi étant son cadre conceptuel ; permettre la considération d'une clinique jusqu'alors négligée (tels les symptômes du soignant travaillant au diagnostic relationnel avec le soigné) ; interroger des « impensés » comme la nature fondamentale du trépassé dans ses interactions avec les autres, l'existence de « morceaux de soi » encore inenvisagés par les précédentes topiques, ou encore la possibilité que soi (avec ses turpitudes qui font l'existence) soit syndrome d'une instance complexe et purement relationnelle *so(i-autru)i*. Décrire chaque élément dépasserait le cadre du présent article. Ce qui demeure fondamental, c'est que les blocs ne sont pas séparés stricto sensu. Ils sont en complexité.

Quelle place pour le moi dans le jeu des entités de soi(s) ?

L'expérience du moi a-t-elle forcément la même structure pour chaque conformation de soi ? Vaste question des qualia. **Ce qu'un soi observe chez un autre comme étant « le » moi n'a**

⁵ Imaginons que Marc et Julie se croisent. Marc évolue devant les yeux de Julie. Pour Julie il est un « autre » parmi les « autres », car Julie est seule à faire l'expérience d'être « soi ». Mais pour Marc, c'est la même chose : Julie est une « autre » parmi les « autres » quand il fait l'expérience de « soi ».

⁶ Une aporie est une contradiction insoluble dans un raisonnement. Par la présente elle maintient en tension un ensemble de données qui ne devraient pas être sur le même plan et pourtant s'y croisent. C'est ainsi que soi peut devenir le symptôme d'une entité de data le dépassant dans ce modèle.

⁷ Développement orthogonal en *soi(s)* faisant intervenir d'autres entités qui se substitueraient dans certains modèles au psychisme (inconscient, volatilité informationnelle, endophasie...) et à l'exposome (processus liés aux événements), alors que les mécanismes *inter-entitaires* deviendraient complexe.

pas forcément la même structure que le sien, et l'observateur ne voit peut-être qu'un reflet de soi en cet autre (autre qui fait partie de *soi(s)*). Nonobstant...

En première lecture, le moi serait un récit parmi d'autres. Un récit ayant acquis une certaine importance pour *soi*. Pourquoi ? Parce qu'il serait le récit d'une redondance, récit de la répétition de différents points de recoupement d'autres récits, points de recoupement qui seraient autant de mise en péril de l'édifice de *soi(s)* que le maintien en suspension (dans le récit de soi) maintiendrait atone. Peut-être, avec une certaine contingence, est-ce la seule conformation viable, ignorante de toutes celles qui ont échoué et échouent encore ? Viable pour le moment et à l'échelle – courte – d'une vie humaine et consciente. Un récit sans narrataire ni destinataire qui *in fine* construirait son propre narrateur. Un narrateur qui lirait ce qu'il vient d'écrire mais qui, n'existant pas encore à lui-même, ne pouvait l'identifier comme tel (pro-récurtivité). **Élément protecteur de l'ensemble de l'édifice en tant que cohérence narrative...** le fait de si mal se connaître ne faisant, fait heureux, que donner plus de véracité à cette cohérence. Il serait la « présence de l'absence » qui occulte ce qu'une absence absente serait. Et que serait une absence absente sinon le siège du sens sensé, du non-sens sensé, du sens non-sensé... à savoir l'indéfinissable non-sens non-sensé. Et l'indéfinissable ? Peut-être le fait avant qu'il ne soit événement. Avant que le traumatisme ne le devienne par rencontre d'un fait avec un sujet ?

En seconde lecture, moi pourrait être *soi(s)* pour *soi*, **une fois acté le comblement de l'espace entre *soi* et *soi(s)* par *soi***, dès lors que soi se vit comme « seul » soi face à cet autre à qui il confère les mêmes propriétés qu'à lui-même (sans les expérimenter). *Soi* est intégralement *soi(s)* et en même temps partie de ce dernier. Même s'il croit avoir comblé l'espace entre *soi* et *soi(s)*, ce dernier demeure. Il est le lieu où s'exercent les *entités de soi(s)* tapies derrière le moi. Et c'est toute la « magie » du système des *entités de soi(s)* que d'être unique pour *soi(s)* en tant que *soi* et en même temps de demeurer un motif commun à chacun de ces *soi-s* pour *soi(s)* qui ne peut partager ainsi ce qui ne l'est pas pour, en tant que *soi* pour *soi(s)* n'admettre aucun *autr-émoi*. L'expérience unique résultant de ce double mouvement serait « moi ». Et **considérer ce double mouvement** donnerait un champ d'action supplémentaire pour le thérapeute. Et considérer ce double mouvement donnerait un champ de réflexion supplémentaire pour l'introspection qui pourrait retrouver – sous certaines conditions – une possible « objectivité » (ou pour le moins la possibilité de la travailler). Ce partage extrêmement réduit mais fondamental serait « nous », avec différentes variations dans une communauté où se construirait justement le « moi ». C'est une caractéristique complexe résumée dans le premier axiome qui voudrait qu'une partie de la somme et la somme se confondent strictement.

Paradoxalement il serait également **dans le rapport de l'autre à soi, et non de soi à l'autre**. Moi serait asymétrie de ce rapport, permettant un « détachement » des deux qui paradoxalement renforce leur interdépendance. *Soi* peut-il exister sans témoin de son existence ? Pourquoi cette question ? Elle dérive d'une autre interrogation : *soi* peut-il mourir sans plus personne pour assister à ce passage de l'être au non-être ? Mais alors, a-t-il pu être tout simplement ? Le moi « isolé » ne vaut-il que par l'autre ?

En troisième lecture, Le moi serait un aspect de la cohérence entre les trois domaines d'incertitude précédemment décrits (une incertitude qui trouvera sa résolution et illusionnera le moi quant à lui-même, une incertitude sans cesse fuyante et protectrice d'un cœur inaccessible en lien avec *soi*).

S'agirait-il d'investir les limites entre ces domaines et de menacer certains points de ces derniers (interprétation critiquée, la relation substituée à l'individu, la saturation informationnelle, la lecture plus rapide que l'écriture, la transition *autre-autr()*, le comblement entre *soi(s)* et *soi*)... et finalement de réhabiliter une forme d'introspection.

Le moi se révélerait donc sous différents aspects avec pour unicité fondamentale le fait d'assurer la permanence de cet édifice fragile que sont les *entités de soi(s)*, un édifice dont l'instabilité permet la multiplicité des *soi-s*. Le moi serait défini par rapport à *soi*. En miroir des approches qui définissent soi par rapport à moi. Sans aucune prétention à être dans le « plus juste », mais plutôt dans la complémentarité.

Les entités de soi(s) seront-elles au XXIème siècle ce que l'Inconscient fut pour le XXème siècle ? Une nouvelle blessure narcissique et/ou une hypothèse invérifiable ou un nouveau champ à explorer ?

Conclusion

A titre de conclusion temporaire, citons quelques éléments complémentaires à propos de cette « nouvelle » médecine de la complexité, un modèle appelé à évoluer. **Il ne s'agit pas d'une description du réel ni d'une nouvelle discipline, mais d'un cadre conceptuel préparatoire en situations de haute vulnérabilité qu'un professionnel peut choisir de suivre ou de ne pas suivre. La « médecine de la complexité » ne saurait être identique au concept polysémique de médecine intégrative, même si des liens existent.** Elle se fonde sur une approche précise de la relation interindividuelle et nous sommes dans l'expression la plus individualisée qui puisse être du soin. **Il s'agit d'enseigner la transition d'une approche de l'incertitude en santé qui consiste à la combattre, puis à l'accepter (et à gérer ses conséquences cognitives) à, enfin, l'explorer et en faire un outil thérapeutique par sa capacité à générer un chaos, source féconde de réinterprétations, et même de nouveaux « événements » pour le binôme soigné-soignant.**

Bibliographie

1. Bean WB. Sir William Osler: Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings. British Journal for the Philosophy of Science 1954;5(18):172-173.
2. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut J-P. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale 2020;21:39-51.
3. Audétat MC, Nendaz M. Face à l'incertitude : humilité, curiosité et partage Facing uncertainty: humility, curiosity and sharing. Pédagogie Médicale 2020;21:1-4.

4. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty — The next medical revolution? N Engl J Med 2016;375:1713-5.
5. CNRTL, définition du mot « complexe ». <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>. Consulté le 20/10/2024.
6. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : Points essais, 2014.
7. Whitehead AN. Modes de pensée. Paris : Vrin, 2004.
8. Héraclite. Fragments recomposés présentés dans un ordre rationnel par Marcel Conche. Paris : PUF, 2017.
9. Abad S. La médecine de la complexité. Gestions hospitalières 2024;637:338-40.
10. Abad S. Manifeste pour une médecine de la complexité, consultable sur le site <https://naulimus.org>.

Figures



Figure 1 – Relation classique entre soi et autrui

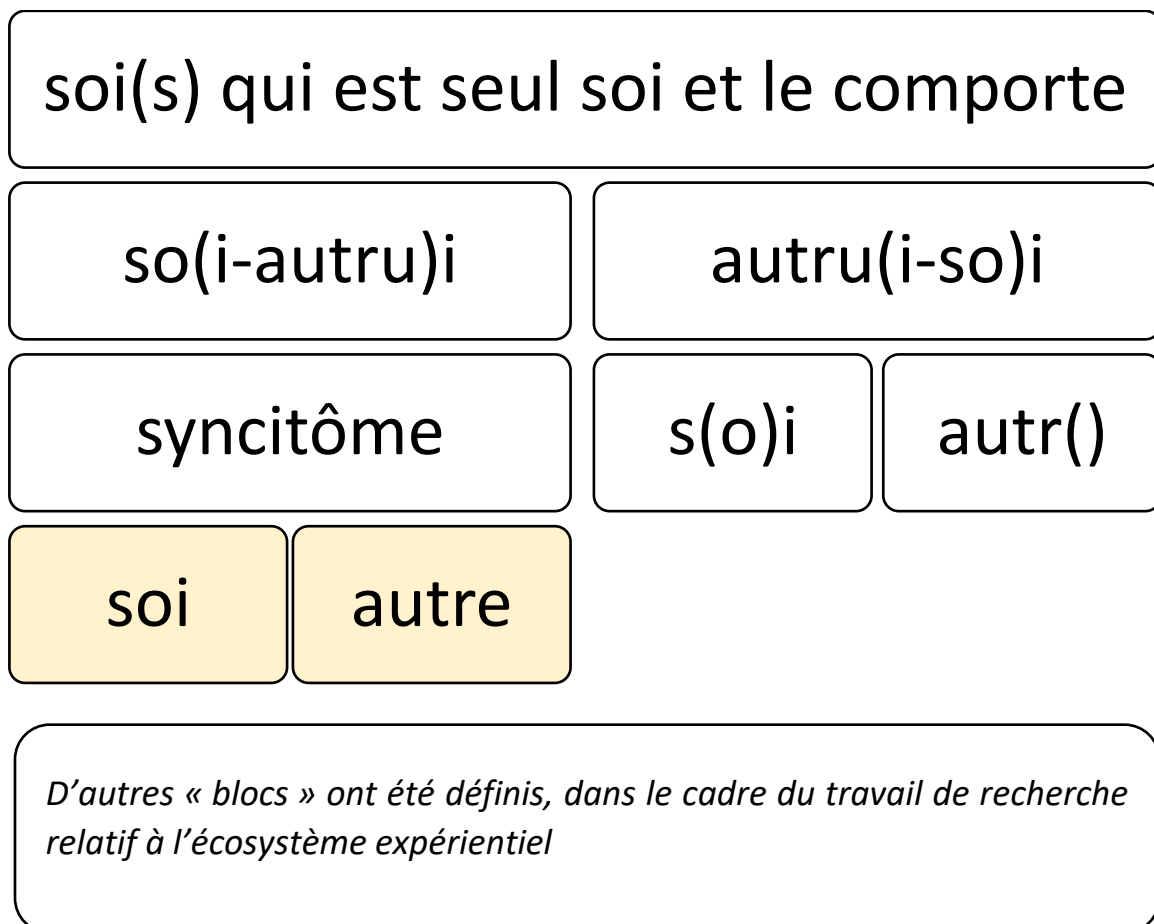


Figure 2 – écosystème expérientiel de *soi(s)* ou *entités de soi(s)* – schéma simplifié

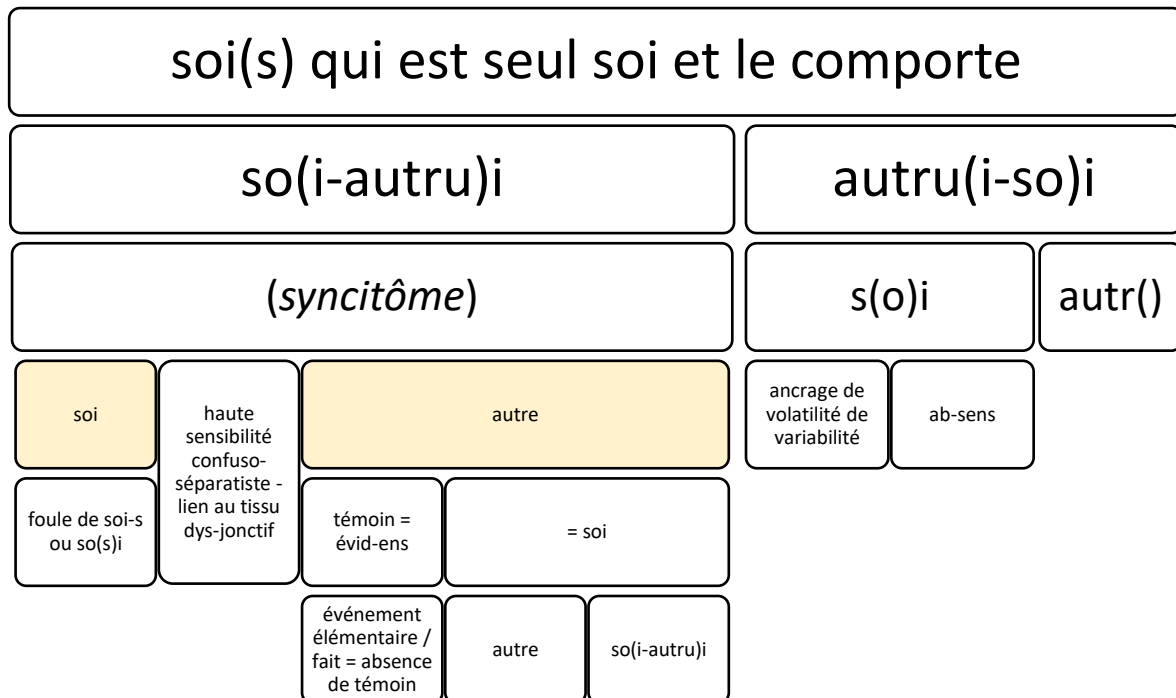


Figure 3 - écosystème expérientiel de *soi(s)* ou *entités de soi(s)* – schéma développé

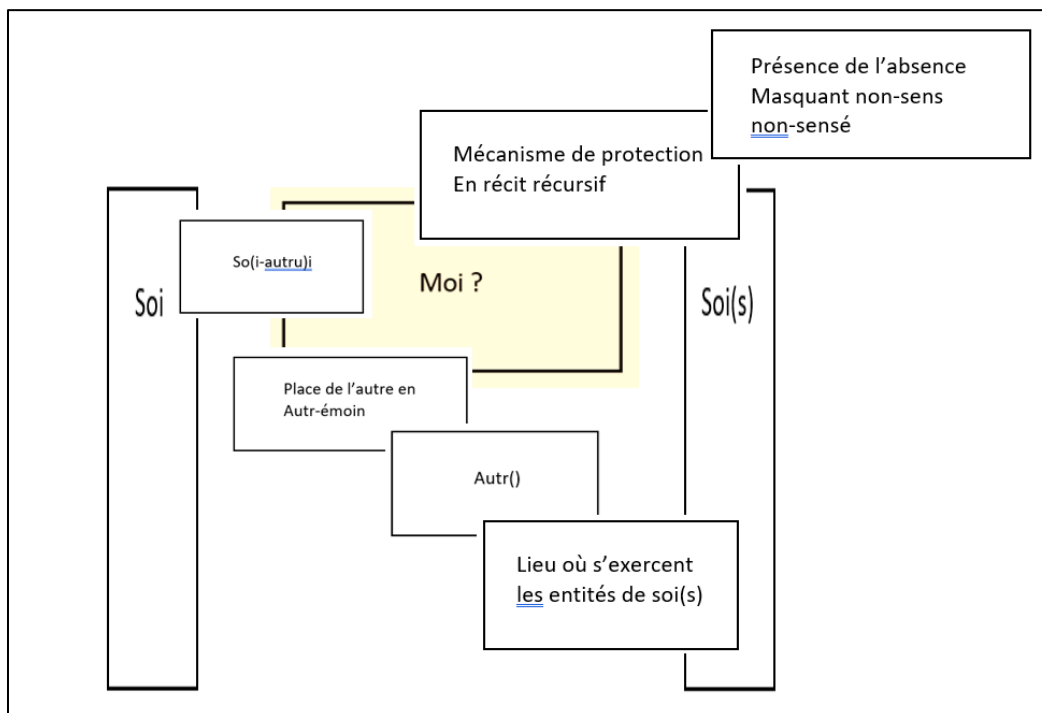


Figure 4 - moi