

3 décembre 2021

La médecine : de quoi s'agit-il ?

Olivier JONQUET

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

Professeur émérite (Médecine Intensive-Réanimation) de l'Université de Montpellier

Nota. Pour retrouver les autres conférences de ce colloque : dans la page d'accueil (<https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/>) cliquer sur "Rechercher un document" et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : COLL2021

MOTS CLES

COLL2021, Hippocrate, médecin, malade, maladie, science, technique, éthique, morale, palliatif.

RESUME

L'archéologie nous l'apprend, on parle d'hominisation depuis que des êtres se sont préoccupés d'assurer une sépulture à leurs morts et de prendre soin de leurs semblables faibles et vulnérables. Hippocrate (460-377 av. J. C.) et ses successeurs ont bâti la médecine occidentale fondée sur une relation triangulaire médecin, malade, maladie, soutenue par un code moral. Une certaine rationalité est présente pour rendre compte de la survenue d'une maladie. Après deux millénaires, cette médecine a acquis une efficacité grâce au développement de l'économie, de la connaissance scientifique, des techniques et des possibilités qu'elles mettent à disposition des personnes, mais avec un risque de défis éthiques majeurs. Ce que je peux faire, dois-je le faire ? Ici, comme ailleurs, les questions fondamentales se posent, que puis-je faire, que dois-je faire et que puis-je espérer ? Une réflexion sur le sens du soin est nécessaire. La philosophie du soin palliatif (qui entoure, protège) permet une approche concrète et féconde.

KEY WORDS

COLL2021, Hippocrate, disease, patient, physician, moral code, increase of knowledge, technical possibilities, new ethical problems, palliative care.

ABSTRACT

As archaeology teaches us, hominisation started when people were concerned with burying their dead and caring for their weak and vulnerable fellow human beings. Hippocrates (460-377 BC) and his successors built Western medicine based on a triangular relationship between doctor, patient and disease, supported by a moral code. A certain rationality is present to account for the occurrence of a disease. After two millennia, this medicine has become effective thanks to the economic development, scientific knowledge, techniques and possibilities, that become available to people, but with the risk of major ethical challenges. What I can do, should I do? Here, as elsewhere, fundamental questions arise: what can I do, what should I do and what can I hope for? A reflection on the meaning of care is necessary. The philosophy of palliative care (which surrounds, protects) allows a concrete and fruitful approach.

En introduction de cet après-midi, il m'a été demandé d'exposer une vision de la médecine après le beau témoignage de ma consœur et amie le docteur Virginie Perotin. J'avoue être intimidé par les orateurs prestigieux de ce colloque. Je ne suis ni historien, ni philosophe, ni sociologue, ni scientifique. Mon témoignage ne veut être que celui d'un médecin. Ce médecin est en fin de carrière. Au cours de celle-ci, il a assumé, avec son métier de médecin, des responsabilités dans son monde universitaire, hospitalier et dans le monde associatif. Ce lien avec des personnes en situation de handicap a nourri ce champ d'expérience. Il va essayer de regarder avec vous ce parcours et les changements qu'a subis son exercice au cours des dernières décennies. Le risque est d'idéaliser une médecine pétrie d'humanisme, un passé mythique en face d'un présent où les repères classiques semblent avoir disparu. Ce présent serait livré à l'emprise de moyens techniques coupant une relation entre une personne en demande et une autre personne (ou une entité) supposée répondre à cette demande ou à ce questionnement : le médecin, la médecine ou le système de santé.

La personne en demande est le malade, le patient, le client ou l'utilisateur selon les dénominations administratives successives. La personne supposée répondre à cette demande est le médecin. Le médecin est à la fois un individu inclus, lui aussi, dans un ensemble plus vaste, le système de santé, où la médecine a sa place mais non exclusive.

La caricature est facile. On peut idéaliser les temps anciens. En moins d'un siècle cependant, les progrès de la médecine nous ont fait gagner 25 ans d'espérance de vie, pour la plupart dans de bonnes conditions. Cela ne s'est pas fait tout seul.

La médecine, du latin *mederi*, soigner, guérir, nous dit le dictionnaire, est *l'ensemble des techniques et de pratiques qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé*¹. La complexité de ce qu'est la médecine m'a fait ajouter le sous-titre *de quoi s'agit-il ?* C'est la question que posait le maréchal Foch devant des situations complexes. Il avait aussi coutume de dire que, si un problème n'était pas difficile, ce n'en était pas un.

On pourrait décliner de multiples façons le terme générique de médecine. Il y a diverses modalités d'exercice de la médecine (allopathie, homéopathie, médecines douces, alternatives...), diverses conceptions sans compter les divers types de médecins.

Je voudrais rappeler les principes fondamentaux qui fondent la médecine hippocratique, la base de la médecine occidentale, celle que nous essayons de pratiquer. Elle a servi de fil conducteur à l'Université de médecine de Montpellier dont nous célébrons le huitième centenaire, prétexte de ce colloque.

Bien sûr, nous n'exerçons pas comme au temps d'Hippocrate mais nous essayons d'en garder l'esprit. Il y a des « invariants », des « fondamentaux ». J'essaierai de montrer que l'on peut toujours garder l'esprit d'une médecine au service de la personne et, par là aussi, au service de la société.

1. Les invariants, les fondamentaux

1.1. Les invariants

- *L'origine naturelle des maladies*

Le grand apport et mérite de la tradition hippocratique fut d'avoir extrait la maladie des causes divines et d'affirmer l'origine naturelle des maladies. Les maladies ne sont

¹ Alain REY, *Dictionnaire culturel en langue française*, Dictionnaires Le Robert, Paris, 2005, p.483.

pas la conséquence de vengeances divines, de forces occultes, conséquences des fautes des individus, d'un peuple ou des ancêtres.

Il est nécessaire de nos jours de le rappeler. Force est de constater, en effet, que la doctrine de la rétribution a la vie dure puisque, près de 25 siècles après Hippocrate, certains ont vu le doigt de Dieu lors de l'apparition du SIDA et plus près de nous la pandémie de la COVID 19 reprend ce thème dans certains réseaux sociaux.

- **L'abord de la médecine** que promeut Hippocrate se veut **global**.

Il met en présence trois acteurs : le malade, la maladie et le médecin. Dans l'adresse du *Quart Livre*, l'étudiant montpelliérain Rabelais reprend, à sa manière, ce qu'écrivait Hippocrate dans les *Épidémies* : « *de fait, la pratique de médecine bien proprement est par Hippocrate comparée à un combat et farce jouée à trois personnages, le malade, le médecin, la maladie*² ». Cette vision de la médecine est en cohérence avec la philosophie grecque de son temps qui voit l'homme comme un corps et un esprit dans le monde, le cosmos.

Dans le *Phèdre* de Platon, à la question de Socrate : « *La nature de l'âme, crois-tu qu'il est possible de la concevoir sans connaître la nature de l'univers ?* » Phèdre répond : « *En tout cas, s'il faut en croire Hippocrate, qui est un descendant d'Asclépios, on ne peut pas traiter du corps sans avoir recours à cette méthode* ». Et Socrate de renchérir : « *Oui, mon ami, il a raison. Pourtant il faut en plus d'Hippocrate consulter la raison et voir si elle s'accorde avec lui*³. »

Dans son traité *Air, eaux, lieux*, Hippocrate renchérit : « *Quiconque se propose de faire des recherches exactes en médecine doit agir en ce sens : considérer d'abord les saisons de l'année et l'influence exercée par chacune (...). En second lieu, considérer les vents chauds et froids (...). Ensuite, il doit également examiner les vertus des eaux (...). Ainsi, lorsqu'un médecin arrive dans une ville qu'il ne connaît pas, il lui faut en observer soigneusement l'emplacement et voir quelle est son exposition aux vents et au soleil. Son enquête sur les eaux consommées par les habitants doit être la plus précise possible : sont-elles dormantes et molles, dures et issues d'endroits élevés, ou encore saumâtres et rebelles à la digestion ? (...). Enfin, qu'il étudie le régime favori des autochtones : aiment-ils le vin, la bonne chère et l'indolence ? Sont-ils au contraire attirés par la dépense physique et amoureux des fatigues, avec un grand appétit et une petite soif ?*

*C'est à partir de ces observations générales, qu'il faut évaluer chaque cas particulier*⁴. »

- Une autre dimension est donc à noter : **chaque situation est singulière**.

Elle ne peut être ramenée d'emblée, sans examen, à des généralités. La médecine au service de l'homme reste un va et vient permanent entre le singulier et le général.

- **Une certaine rationalité**, à défaut d'être fondée sur la science au sens actuel.

La santé vient de l'équilibre des quatre humeurs : le sang (αἷμα), le phlegme (φλέγμα), la bile jaune (κρῖτινη χολή), la bile noire (μέλας χολή) rattachés à des qualités (le chaud, le froid, le sec et l'humide) et à des éléments (le feu, la terre, l'air et l'eau). La maladie sera la conséquence d'un déséquilibre entre les humeurs, les éléments et les

² François RABELAIS, *Œuvres Complètes*, Gallimard, Paris, Collection La Pléiade, 1955, p. 518.

³ PLATON, *Phèdre* 270c in *Œuvres Complètes*, Flammarion, Paris, 2008, p. 1287.

⁴ HIPPOCRATE, *Airs, eaux, lieux*, Rivages poche/Petite Bibliothèque, Payot et Rivages, Paris, 1996, p. 47-48.

qualités. La médecine devra y **remédier**. La racine indo-européenne *med* signifie une remise en ordre.

- ***L'importance de l'observation, du temps.***

L'interrogatoire reconstruit l'histoire de la maladie. La séquence des symptômes permet de nommer un syndrome. L'évolution de ces symptômes détermine un *pronostic* à partir de la *crise* (Κρίσις), lieu du jugement, du discernement, où la maladie bascule du bon ou du mauvais côté.

L'observation liée à l'expérience permet de déterminer le moment opportun (Καίρός) pour intervenir.

Dans le panorama succinct que je viens de faire, ces intuitions restent valables, même si les conditions ont changé. Hippocrate ne s'y était pas trompé en commençant ses aphorismes par ces assertions : « *la vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience incertaine, et le jugement difficile*⁵. »

Continuons sur **des principes** qui ont évolué dans la forme, compte tenu de l'évolution des connaissances et des techniques, mais qui restent actuels, toutefois.

1.2. Les principes fondamentaux

L'exercice de la médecine fait appel à plusieurs concepts souvent mêlés : la techné (τέχνη, l'art), l'empēiria (ἐμπειρία, l'expérience), la thérapēutiké (θεραπευτική de θεραπεύω, traiter, prendre soin) et la phronésis (φρόνησις, la sagesse pratique).

La techné est souvent traduit par « art » ou « production », vulgarisé par le terme technique opposé à la science et maintenant relié sous le terme de technoscience. C'est une confusion. La techné, l'art, est intermédiaire entre l'expérience et la science.

« *Pour les humains, l'expérience naît de la mémoire (...). Et même, l'expérience paraît presque semblable à la science et à l'art ; pour les humains, la science et l'art résultent de l'expérience, car l'expérience a produit l'art, l'inexpérience (a produit) le hasard. L'art naît lorsque, de nombreuses notions d'expérience, résulte une seule conception universelle à partir de cas semblables. En effet, pour concevoir que, pour Callias atteint de telle maladie, tel remède est bon, puis pour Socrate, et pour beaucoup de gens dans le même état, pris un par un, cela relève de l'expérience ; mais concevoir que tel remède est utile à tous ceux qui sont tels, malades de telle maladie, cela relève de l'art. Donc, du point de vue de l'action, on est d'avis que l'expérience ne diffère en rien de l'art, et même les gens d'expérience réussissent mieux que ceux qui possèdent une définition sans l'expérience. La cause est que l'expérience est connaissance des singuliers, l'art (la connaissance) des universels. Celui qui soigne ne guérit pas l'humain mais Callias ou Socrate ou quelque autre de ceux qui se trouvent être un humain. Donc quiconque possède la définition sans l'expérience et acquiert la connaissance de l'universel, mais ignore le singulier contenu dans l'universel, se trompera souvent de traitement, car ce que l'on soigne est le singulier*⁶. » On dit souvent que la médecine est une science, que les médecins sont des scientifiques. Certains le sont mais la médecine, dans son exercice, est un art au carrefour de plusieurs sciences.

Et l'art médical, la techné, est un art qui ne produit rien même si certains économistes ont voulu employer le terme de *production de soins*. *L'art médical est une*

⁵ HIPPOCRATE, *Aphorismes*, Boehm, Montpellier, 1839, p. 3.

⁶ Aristote, *Métaphysique* 980 in *Œuvres Complètes*, Flammarion, Paris, p. 1737-1738.

pratique soignante, personnalisée, accompagnée de science et de technique, selon Dominique Folscheid⁷.

Traditionnellement, la médecine est faite pour essayer de guérir par une acception rétrécie du terme grec *therapeutiké* englobant aussi le prendre soin : « *c'est délivrer complètement les malades de leurs souffrances, mitiger les maladies très intenses, et ne rien entreprendre pour ceux que l'excès du mal a vaincu ; sachant bien que la médecine ne peut pas tout*⁹. »

Tout acte médical, comme tout acte humain, est un acte éthique, car il s'adresse à un être humain et fait appel à l'intelligence et à la volonté. Hippocrate, ou son école, donne un serment dans lequel on ne parle pas d'une éthique médicale mais d'une manière d'être et d'exercer son métier dans un cadre précis, fruit d'une éducation et d'un long apprentissage : reconnaissance envers ses maîtres dont les enfants sont considérés comme des frères. Avoir des mœurs respectables, éliminer les actes d'emprise, notamment sexuelle (déjà...). Ne pas donner du poison, même si on en fait la demande ni de donner à personne un pessaire abortif.

Je ne regrette pas la société grecque du temps d'Hippocrate mais le fait de donner volontairement la mort à un être humain, même si la société l'admet, ce qui était le cas du temps d'Hippocrate, n'était pas considéré du ressort de la médecine dans la société de ce temps. C'est un élément à méditer.

2. Une longue maturation

Ce cadre va durer des siècles. La médecine restait ignorante, inefficace, mais quasiment sacrée, selon l'expression du doyen Guiraud-Chaumeil. Ses lacunes énormes, ses raisonnements spécieux ont alimenté le théâtre de Molière et, plus près de nous, Jules Romain avec le *Knock ou Le triomphe de la médecine*. Celui-ci, dans une réplique célèbre, reprend d'ailleurs une vision hippocratique que « *les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent*¹⁰. »

Au cours de cette longue période, de manière progressive, a été acquise non seulement une meilleure connaissance du corps humain, de son anatomie, de son fonctionnement avec la physiologie, mais aussi un essai de nomenclature des maladies avec Boissier de Sauvages.

Au XIX^{ème} siècle, la méthode anatomo-clinique, la méthode expérimentale, la découverte des microbes avec les écoles de Pasteur et de Koch vont accroître les connaissances.

Mais d'efficacité, toujours point, si ce n'est le début du développement de la vaccination.

Cette recherche d'une rationalité scientifique, appuyée par une certaine lecture de Descartes qui, dans sa philosophie, amplifie le caractère mécanique de la vie, n'explique cependant pas tous les phénomènes observés.

Barthez à Montpellier a tenté, à la fin du XVII^{ème} siècle, sans grand succès, d'introduire, par la notion de *principe vital*, que tout ne s'explique pas par des phénomènes physico-chimiques. Il « *appelle principe vital de l'Homme, la cause qui produit l'ensemble des phénomènes de la vie dans le corps humain. Le nom de cette cause est assez indifférent et peut être pris à volonté. Si je préfère celui de Principe Vital,*

⁷ Dominique FOLSCHIED, La question de la médicalité in Philosophie, éthique et droit de la médecine. PUF, Paris, 1997, p. 121.

⁹ HIPPOCRATE, De l'Art, <http://remacl.e.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/art.htm>

¹⁰ Jules ROMAINS, *Knock ou le triomphe de la médecine*, Gallimard collection Folio, Paris, 1972.

*c'est qu'il présente une idée moins limitée que le nom d'impetum faciens, que lui donnait Hippocrate, ou autres noms par lesquels on a désigné la cause des fonctions de la vie*¹¹. » (Médecine de l'homme). Bichat à Paris est dans la même dynamique. À la même époque, il qualifie la vie comme « *l'ensemble des fonctions qui s'opposent à la mort* ». Même si le vitalisme reste fragile au point de vue scientifique et philosophique, cette intuition invite à méditer ce qu'évoque Edgar Morin devant la complexité d'analyse de ces phénomènes. Dès le XIX^{ème} siècle et toujours de nos jours, la rareté des communications « *entre la connaissance scientifique et la réflexion philosophique* » a abouti à une simplification : « *la réduction du complexe au simple (réduction du biologique au physique et de l'humain au biologique). Ce principe de disjonction a isolé radicalement les uns des autres les trois grands champs de la connaissance scientifique : la physique, la chimie, la science de l'homme*¹². » La médecine, si elle commence à devenir savante, reste toujours inefficace mais toujours respectée.

Tout au plus au milieu du XIX^{ème} siècle, la méthode anesthésique, l'asepsie et l'antisepsie vont autoriser des progrès substantiels dans le domaine de la chirurgie. Le concept de vaccination amorce le début timide de la prévention des maladies infectieuses. Au travers des épidémies de choléra et de la diffusion de la tuberculose, le XIX^{ème} siècle voit se mettre au point des politiques de prévention de ces maladies en développant l'hygiène et la santé publique dans le cadre de la médecine préventive. Jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale on va en rester là.

3. À partir de la fin de la deuxième guerre mondiale s'installe une dynamique fulgurante, mais jusqu'où aller ?

Le débarquement de Normandie, du 6 juin 1944, nous a apporté la pénicilline qui a commencé à rendre la médecine efficace avec un meilleur contrôle des maladies infectieuses bactériennes. Il a amené d'autre part les statistiques qui permettent d'évaluer scientifiquement l'efficacité de tel traitement par rapport à un autre.

Une étape capitale : la médecine devient efficace et se met à compter. On passe d'une médecine fondée sur l'expérience à une médecine fondée sur la preuve.

Le système de santé compte les malades, évalue les causes des maladies, établit des corrélations, des causalités.

La santé se met à avoir un budget inscrit dans les comptes de la nation. Elle se définit aussi. Elle n'est plus « *la vie dans le silence des organes* » mais « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » selon la définition extensive et quelque peu idéaliste de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette *ataraxie* (qui a donné le nom d'un médicament anxiolytique), que devient la santé, amorce une révolution.

Depuis, ce sont les progrès économiques, la diffusion à l'ensemble de la population de l'accès aux soins, les progrès de la connaissance scientifique et de la recherche, les développements technologiques qui vont révolutionner la pratique de l'art médical.

L'accès aux soins pour tous se met en place.

L'hospitalisation publique jusque-là réservée aux indigents, s'ouvre à l'ensemble de la population. L'hospitalisation privée se développe. Initialement issue de groupes de

¹¹ Paul-Joseph BARTHEZ, Nouveaux éléments de la Science de l'Homme, Germer Baillière, Paris, 1858, p. 47.

¹² Edgar MORIN, *La complexité humaine* cité dans Laurent DENIZEAU, Jean-Marie GUEULLETTE, *Guérir*, Le Cerf, Paris, 2015, p. 95.

médecins, ou de congrégations religieuses, la gestion des établissements privés passe progressivement dans les mains de grands groupes nationaux ou internationaux, de certains fonds de pension. Les dénominations changent : les hôpitaux, les cliniques deviennent des établissements de soins puis des établissements de santé. Les secteurs public ou privé sont tous deux rémunérés par le système de l'assurance-maladie. Les cabinets médicaux n'échappent pas à ces évolutions sémantiques : centres de santé, maisons pluri-professionnelles de santé.

Ces glissements sémantiques ne sont pas anodins. D'une part, ils modifient des schémas de pensée, d'autre part, la massification a modifié le rapport avec le médecin, l'individu va se sentir pris dans la masse. Souvenons-nous de la chanson de Jacques Dutronc Sept cents millions de Chinois et moi et moi... Le système social s'est introduit dans la relation médecin-malade. Il rémunère les acteurs du soin et de la médecine. Il veut avoir le droit de savoir pourquoi, pour quoi et pour qui. Cela se conçoit.

Dans les années 1980, s'est insinué le New Public Management (NPM) dans le système général de gestion de nos institutions. Le domaine de la santé n'y a pas échappé. Ce NPM s'inscrit dans un phénomène de transformation des États où les activités de régulation interne des systèmes administratifs sont confiées à des bureaux spécialisés.

Le principe issu du monde anglo-saxon, vise à nier toute différence dans la gestion des activités des secteurs publics ou privés et veut aboutir à un amincissement de l'État.

Les collectivités locales, la haute fonction publique sont considérées comme privant les politiques des informations nécessaires à l'efficacité et à la responsabilité des décisions à prendre. D'où l'idée de confier les missions d'expertise, de contrôle des performances de qualité à des agences dites indépendantes munies d'un budget et d'un management autonome (mais c'est l'État qui finance directement ou indirectement). Pourquoi pas ?

On peut toutefois en discuter la mise en œuvre puisqu'on retrouve, un jour, les mêmes personnes dans une administration et le lendemain dans un de ces organismes ou agences, s'attachant à reproduire les modes de fonctionnement des administrations qu'elles sont censées suppléer. L'amincissement projeté aboutit paradoxalement au renforcement de l'État.

Que devient le malade, l'usager ?

Dans le système de l'hospitalisation publique et privée rémunéré par la sécurité sociale, il est regroupé dans 2 300 Groupes Homogènes de Malades classés à partir de 15 000 diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM). Ces groupes sont issus des Résumés de Sortie Standardisés (RSS). Ces GHM conditionnent la rémunération des séjours.

On peut comprendre un certain malaise des médecins qui peuvent passer plus de temps à coder qu'à regarder le malade comme l'évoque Jean-Philippe Pierron : *« Le traitement du réel en termes d'informations, littéralement donne une forme. Le processus informatique transforme ainsi les données vivantes du soin en informations médicales. Or, raisonner en termes de données, d'indicateurs et de codage mobilise une intelligence analytique qui opère un profond travail d'abstraction et d'anesthésie qui n'est pas sans effets sur ce que sont l'intelligence clinique et la relation soignante. Ce travail de traduction prend le risque de la trahison, lorsqu'il traduit la relation de soin dans ce qu'elle a de plus individualisant, concret et sensible, d'abord en mots (sémiologie et nomenclature), puis de mots en nombres (numération, quantification biologique, score) et maintenant de nombres en données (données massives ou big data en médecine génétique). Il faut se demander ce qui se gagne et ce qui se perd dans cette traduction.*

Ce travail de traduction n'a-t-il pas pour effet d'encourager un processus d'insensibilisation de l'expérience et une disparition du vif du travail de soin¹³ ? »

La médecine se racontait, maintenant, elle compte et code. Difficile de trouver un sens si on ne voit que cela.

D'un autre côté, le malade a, lui aussi, été entraîné par l'évolution du système de santé. Devenu un objet de soins, il veut devenir lui aussi un sujet de soins, un acteur de soins, les siens. C'est aussi légitime, c'est de lui qu'il s'agit.

L'épidémie du SIDA a imposé aux médecins la prise en compte de leurs besoins et parfois de leurs désirs. L'affaire du sang contaminé a donné un coup d'arrêt à l'euphorie de la puissance de la médecine et du désintéressement de certains de ses acteurs et d'un système administratif et politique gouvernant la médecine.

La médecine, pourtant savante et plus efficace, devenait suspecte.

C'est aussi l'époque de l'assistance médicale à la procréation, la fécondation *in vitro*, extraordinaire prouesse technique. Le décryptage du génome humain ouvrait les portes de manipulations génétiques. Devenait possible ce qui était décrit dans *Le meilleur des mondes* d'Aldous Huxley, 1984 de Georges Orwell, *Nous autres* d'Eugène Zamiatine, *L'Île du Docteur Moreau* de H. G. Wells et autres...

Dans un autre domaine, la réanimation était arrivée à maintenir artificiellement, et quasi indéfiniment, des personnes en vie. On évoquait l'acharnement thérapeutique requalifié en obstination déraisonnable.

La possibilité du diagnostic prénatal de certaines maladies ouvrait la possibilité d'une rupture anthropologique forte : pour la première fois dans l'histoire de la médecine, on pouvait supprimer le malade pour supprimer la maladie par une interruption, dite médicale, de grossesse.

Les questions de Kant revenaient à la surface : que puis-je faire ? Que dois-je faire ? Que puis-je espérer ? *Qu'est-ce que l'homme ?* Pour reprendre le titre d'un ouvrage de Chantal Delsol¹⁴.

La tentation de l'*hubris*, la démesure à laquelle n'avait pas échappé Esculape dans la mythologie grecque, est révélatrice de l'âme humaine. Souvenons-nous, Esculape, le demi-dieu de la médecine avec le sang de Méduse, avait le pouvoir de ressusciter les morts et d'aller ainsi contre l'ordre naturel des choses. Il n'y avait pas de raison que nos contemporains y échappent.

Le président François Mitterrand crée alors par décret, en 1983, le Comité Consultatif National d'Éthique qui a « pour mission de donner son avis sur les problèmes moraux qui sont soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, que ces problèmes concernent l'homme, des groupes sociaux ou la société toute entière¹⁵. » Notons qu'il parle de problèmes moraux.

Dans son discours introductif, il rappelait que « la médecine et la biologie modernes cherchent des raisons que la seule raison ne parvient pas à saisir et plus loin : prendre le temps de la mesure, que j'appellerai le temps de l'échange et de la réflexion, c'est-à-dire le temps de la morale¹⁶ ». Notons ici aussi qu'on parle de morale et non d'éthique.

¹³ Jean-Philippe Pierron, Les métiers du soin dans la tourmente. *Études*, 2020/2 février, p. 41-51.

¹⁴ Chantal DELSOL, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie*, Le cerf, Paris, 2010.

¹⁵ Décret N°83-132 du 23 février 1983 portant création d'un Comité Consultatif national d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

¹⁶ <https://www.elysee.fr/francois-mitterrand/1983/12/02/allocution-de-m-francois-mitterrand-president-de-la-republique-a-l'occasion-de-la-mise-en-place-du-comite-consultatif-national-dethique-pour-les-sciences-de-la-vie-et-de-la-sante-paris-vendredi-2-decembre-1983>

Mais depuis cette création, il y a près de quarante ans, la société a encore changé. La définition quelque peu idéaliste de la santé par l'OMS est devenue réalité. La santé individuelle est devenue subjective. La santé collective, le social sont élargis dans un champ sociétal (notons au passage les néologismes).

Certains voudraient revendiquer le droit à tout, indépendamment des autres ; le sens commun semble avoir disparu.

L'éthique, « *la visée d'une vie accomplie articulée dans des normes (...) avec et pour les autres*¹⁷ », s'est solubilisée dans le cadre de la médecine sous la forme d'une éthique dite médicale ou, pire dans un néologisme, la bioéthique. Ce mot chimère, avec l'alibi de la science ou de l'inéluctable évolution des mentalités, est arrivé à donner quitus pour légiférer au service d'intérêts, de désirs particuliers ou communautaires. Le droit (ou plutôt le législateur) a tendance à courir après selon le principe du gouvernement des émotions dont nous parlera Pierre Le Coz ou, comme le tempêtait Nietzsche, *la confiture de moraline*, amplifiée par les réseaux sociaux.

Disons-le franchement, on est souvent sorti du champ de l'éthique avec certains articles des nouvelles lois bioéthiques votées l'été dernier. Le train est lancé. Selon la stratégie du cliquet, on ne reviendra pas en arrière. Olivier Rey dans un entretien parle de la bioéthique comme d'une « *gigantesque escroquerie qui n'est là que pour approuver ce que l'éthique réprouve et ne s'oppose aujourd'hui que pour consentir demain*¹⁸ ». Ce qui est légal est devenu moral.

Comme le remarque Edgar Morin, une vision idéalisée de la science ignore ses intrications avec la technique et le politique avec toutes les ambiguïtés que cela implique. « *Plus généralement, la mentalité formée à un mode de pensée binaire, qui exclut l'ambiguïté, ne peut concevoir que la science soit à la fois bonne et mauvaise, bienfaisante et perverse, utile et néfaste*¹⁹ ».

J'aime relire Hannah Arendt et ses intuitions prophétiques : « Politiquement, la faiblesse de l'argument du moindre mal a toujours été que ceux qui choisissent le moindre mal oublient très vite qu'ils ont choisi le mal²⁰. » En parlant d'Eichmann, mais on peut dire que la nature humaine ne change pas et que le mal est susceptible de réapparaître sous une autre forme : « simplement, il ne s'est pas rendu compte de ce qu'il faisait. (...) Il n'était pas stupide. C'est la pure absence de pensée, ce qui n'est pas la même chose que la stupidité, qui lui a permis d'être un des plus grands criminels de son époque²¹. »

« La « bonne conscience » n'est en général que le fait des gens vraiment mauvais, tandis que seuls les « bonnes gens » sont capables d'avoir mauvaise conscience²². »

Cela rejoint l'inquiétude éthique d'Emmanuel Lévinas et, dans un autre type de développement, l'ouvrage de Monique Canto-Sperber, *L'inquiétude morale et la vie humaine*²³.

Revenons au patient.

¹⁷ Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Points Seuil, Paris, 1990, p. 199-236.

¹⁸ *Le Figaro*, n° 23368, Mercredi 2 octobre 2019, p. 18.

¹⁹ Edgar MORIN, *La méthode t. 6 éthique*. Points Seuil, Paris, 2004, p. 86.

²⁰ Hannah ARENDT, *Responsabilité et jugement*, Payot, Paris, 2009, p. 77-79.

²¹ Hannah ARENDT, *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, Quarto, Gallimard, Paris, 2002, p. 1295-1296.

²² Hannah ARENDT, *La Vie de l'Esprit*, Quarto, PUF, Paris, 1981, p. 22.

²³ Monique Canto-Sperber, *L'inquiétude morale et la vie humaine*, PUF, Paris, 2001.

Gui de Chauliac écrivait que le malade devait obéir à son médecin comme un serf à son maître. Le monde a heureusement changé.

Le patient revendique son autonomie. C'est légitime. « *La rencontre humaine entre le soignant et le soigné laisse désormais place à une meilleure prise en compte de la parole du sujet. S'invente sous nos yeux une nouvelle modalité du pacte de confiance : la faiblesse de l'un ne le livre pas à la seule toute-puissance de l'autre, le soignant ne doit pas substituer sa volonté à celle du soigné, sa compétence et sa bienveillance rencontrent ici une limite, celle de l'autonomie du soigné désireux de maîtriser son destin et de définir les critères de sa propre dignité. Ce nouveau schéma, qui s'installe irréversiblement mais n'a pas encore trouvé son point d'équilibre, complique singulièrement la relation soignant-soigné, tentée maintenant par un mouvement de balancier, au terme duquel le malade afficherait sa souveraineté*²⁴. » Ce ne devrait pas être pour autant un droit de rendre le médecin et la médecine prestataires de service. Il ne faut pas oublier que le médecin, en tant qu'individu, a aussi son autonomie. Selon l'expression de Jacques Ricot, cette autonomie est la « *recherche par le sujet malade lui-même, d'un comportement rationnel et donc universalisable. La rencontre entre le soignant (bienveillant) et le soigné (autonome) trouve alors un terrain commun, permettant tous les ajustements requis par la situation singulière et avec le malade d'une solution rationnelle, ajustée à une situation singulière*²⁵. »

Le médecin doit informer. Pour citer Pierre Le Coz, « *c'est donc aider le patient à être en forme en sachant y mettre les formes*²⁶. »

Une fois informé, il va consentir à ce qu'on va lui faire. Consentir c'est « sentir avec » mais pas avec une feuille de papier qu'on va nous faire signer. C'est *sentir avec* la personne qui nous informe et en qui nous avons confiance. C'est un consentement entre deux êtres. Cela a une implication éthique. Le papier signé est un médium, une trace utile pour les juristes. Il y a un devoir de suite et d'accompagner le consentement. L'information a pour corollaire la préconisation. Il y a aussi dans l'information un devoir d'engagement et de responsabilité.

Le médecin se doit aussi d'être à l'écoute. « *Mon médecin, c'est celui qui accepte, ordinairement, de moi que je l'instruise sur ce que, seul, je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant d'être un réparateur*²⁷. » Pour que cette relation de soins puisse s'installer il faut du temps, une présence. « *Dans l'accueil du visage de l'autre, la volonté s'ouvre à la raison*²⁸ », nous assène Lévinas. Je viens otage du visage de l'autre. Il m'a toujours été difficile, voire impossible, de prendre une décision grave sans avoir vu le patient. La parabole du bon Samaritain est passée dans le vocabulaire courant. Dans cette parabole il y a une inversion du rapport traditionnel de la relation soignant-malade. Le soignant se fait le prochain de la personne souffrante. L'homme couché oblige l'homme debout.

J'ai appris une médecine pour guérir, j'ai découvert qu'on ne pouvait pas guérir tout le monde mais parfois soulager et maintenir en vie. J'ai connu les premiers malades du SIDA. En quelques semaines, les patients décédaient. Ensuite, le SIDA est devenu une maladie chronique, certains cancers de même. Des affections pulmonaires, cardiaques, métaboliques sont devenues, elles aussi, des maladies chroniques avec lesquelles nous vivons des années. Cela ne veut pas dire que ceux qui en sont affectés ne

²⁴ Jacques RICOT, *Philosophie de la fin de vie*, Presses de EHESP, Rennes, 2003, p. 23.

²⁵ Jacques RICOT, *Penser la fin de vie*, Presses de l'HHESP, Rennes, 2017, p. 172.

²⁶ Pierre Le Coz, *Petit Traité de la Décision Médicale*, Le Seuil, Paris, 2007, p. 137.

²⁷ Georges CANGUILHEM, *Écrits sur la Médecine*, Le seuil, Paris, 2002, p. 64.

²⁸ Emmanuel LEVINAS, *Totalité et Infini*, Le Livre de Poche, biblio essais, Paris, 1990, p. 241.

nécessitent pas des soins mais cela veut dire aussi que maintenir la vie ne suffit pas, il faut assurer à ces personnes une vie familiale, sociale pour tous ; professionnelle pour certains. La médecine n'y suffit plus.

Je me suis occupé de myopathes. J'ai beaucoup appris à leur contact. Le problème n'était pas seulement de régler un respirateur mais de voir comment se déroulent la vie, l'intégration professionnelle, familiale, de se démener pour obtenir des allocations diverses etc.

Je ne développerai pas plus mais on devine que, dans cette évolution, les conditions de la prise en soin du malade ont changé, l'exercice solitaire de la médecine n'existe plus.

« *Un homme seul est toujours en mauvaise compagnie*²⁹. » Le travail d'équipe est une condition d'efficacité. Ceux qui nous donnent l'exemple sont les équipes de soins palliatifs. Ce sont les malades et la situation des malades atteints du SIDA qui ont amené la philosophie du soin palliatif et la création des services et unités éponymes. Je m'occupais du secteur de réanimation du service de maladies infectieuses du CHU de Montpellier au début de l'épidémie du SIDA. Cela a modifié fondamentalement ma vision et celle de l'équipe du service dans l'abord, les modalités de prise en soin des malades, de leurs proches, de leurs familles, tout en assurant la technicité inhérente à un service de réanimation. Les équipes de soins palliatifs regroupent le patient lui-même, les personnels médical, paramédical, les familles et les bénévoles. Chacun a droit de parole. Les médecins et professionnels de santé devraient prendre de la graine et s'en inspirer.

Ce sont les soins palliatifs qui ont donné l'impulsion d'une révolution dans le soin. Le malade devient **le** centre et n'est plus **au** centre. Pour clarifier cette nuance, être **au** centre, c'est être regardé par des structures, des services qui se sont, eux, déjà organisés. Être **le** centre, c'est que, de la situation singulière d'une personne donnée, l'organisation de la prise en soin se fait à partir des besoins particuliers de cette personne. C'est la médecine de la personne dans sa globalité et non pas ce terme marketing qui veut la réduire à l'adaptation d'un traitement anticancéreux à la génétique de la tumeur. C'est alors une médecine, peut-être, personnalisée, mais pas une médecine de la personne. Au-delà des notions stimulantes du *care* et du *cure* de dignité d'autonomie, la philosophie du soin palliatif est constitutive, consubstantielle du soin dans quelque domaine que ce soit : on réfléchit en équipe à partir d'une situation singulière ; on organise la prise en soins en fonction. Le terme palliatif vient de *pallium*, le manteau. Le manteau est fait pour entourer, réchauffer, reconforter ; pas pour cacher. Alors qu'ils sont faits pour être des lieux de vie, les services de soins palliatifs sont, hélas encore et pour beaucoup, un expédient, un plan B, disons-le un mouvoir. Les soins palliatifs sont des soins tout aussi spécifiques et techniques qu'une intervention chirurgicale ou une réanimation mais dans un domaine particulier. Tout soin, tout traitement, même de haute technicité, est par nature palliatif quelles que soient la gravité et l'issue prévisible de l'affection.

Un de nos maîtres, c'est-à-dire ceux qui apprennent une manière de voir et d'exercer, nous récitait et nous faisait apprendre ce passage :

« *Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique.*

Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle.

Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille.

Une précision constante.

²⁹ Paul VALÉRY, *L'Idée Fixe* in *Œuvres t. II*, Gallimard, Paris, Collection La Pléiade, 1960, p. 275.

Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes.

C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose³⁰. »

Paul Valéry parle de poème. Qui dit poème dit création. Nous appliquons des protocoles, des procédures, nous entrons dans des logigrammes décisionnels issus de « l'intelligence artificielle » traduction fallacieuse et paresseuse d'un terme anglo-saxon. C'est bien, souvent utile et efficace, mais cela ne crée rien. Il est donc nécessaire de garder la main.

Cette création, cette poésie toujours renouvelée, est dans la relation avec le patient, son visage, son regard. L'âme, le principe vital de la médecine et de son exercice, est cet aller-retour entre une relation humaine et une compétence adaptée à une situation singulière. C'est cela qui fait que l'on dure dans ce métier.

³⁰ Paul VALÉRY, *Mélange* in *Œuvres t. I*, Gallimard, Paris, Collection La Pléiade, 1957, p. 322-323.