

LA TECHNICITE COMME FORME ETHIQUE
- Vers une éthique de la distance -

Marc GIRARD
19, rue de la Glacière
75013-PARIS

"Depuis 1950, l'Occident, plus particulièrement en Europe, et presque caricaturalement en France, est submergé par l'utopie d'une sécurité généralisée, d'une asepsie universelle, d'une immunisation du corps et de l'esprit contre toutes les incertitudes et tous les périls".

Jean-Paul Aron (1925-1988)

N.B. : Le présent travail est l'adaptation en français d'un article paru dans Journal of Medical Ethics (1988, 14, 25-30) et joint en annexe.

RESUME

Le présent article est fondé sur l'idée que la relation thérapeutique est foncièrement inégale; le concept d'inégalité ainsi développé se réfère simplement aux positions respectives du médecin et de son patient par rapport au savoir médical. Un strict professionnalisme devrait garantir que cette inégalité reste dans les limites d'une donnée de fait, et qu'elle ne prend aucune valeur affective essentielle. Cependant, si les deux partenaires laissent l'affectivité envahir la relation thérapeutique, alors ils prennent le risque de voir leurs comportements guidés par des motifs plus inconscients que rationnels. Dans de telles conditions -et compte tenu, notamment, de la violence inhérente à de nombreux gestes diagnostiques ou thérapeutiques-, les allégations classiques, mais non vérifiables, de philanthropie ou de paternalisme pourraient parfois constituer la rationalisation d'un sadisme médical -justifiant, par les contraintes inhérentes aux soins médicaux, une volonté d'inférioriser le patient.

La notion de *forme éthique* est introduite comme un critère non verbal de crédibilité morale: un exercice de la volonté, visant au respect constant de règles rationnellement justifiées et socialement acceptables. Dans cette optique, nous suggérons qu'un effort pour se limiter toujours à un savoir scientifiquement validé constituerait, pour les médecins, un véritable entraînement à la chasteté relationnelle (une sorte de *volonté de ne pas savoir...*). A plus long terme, cette expérience de réserve pourrait produire une sorte de *catharsis*, et aider le praticien à découvrir les motifs inconscients de certains de ses comportements. Les limites validées du savoir médical sont plus étroites qu'on ne le laisse trop souvent entendre dans la société contemporaine; s'y limiter fermement constituerait sans doute une bonne protection contre la dérive affective qui peut menacer l'intégrité morale du patient comme de son médecin au cours de la relation thérapeutique.

L'actuelle contestation de ce qu'il est convenu d'appeler le "pouvoir médical" oppose fréquemment technicité et respect du patient, comme pour laisser entendre que les deux sont difficilement compatibles: à en croire certains bruits, le médecin qui se limiterait à la simple technique de son art serait forcément dur et brutal avec ses malades... A rebours de ce courant dominant, nous voudrions montrer, dans les lignes qui suivent, que la recherche d'une technicité optimale pourrait justement constituer une garantie éthique dans l'exercice de la médecine.

*
* *
*

Notre réflexion va s'amorcer sur deux constatations qu'on nous permettra d'exprimer assez dogmatiquement, en simples prémisses: chacun conviendra qu'elles ne seraient pas difficiles à justifier. La première, c'est que la relation soignant-soigné est foncièrement *inéga*le. Le patient ne fonctionne pas au mieux de ses capacités physiques, intellectuelles ou psychiques; il ne sait pas, souffre, va souffrir ou redoute une souffrance: comme le dit Pellegrino, il ressent les effets d'une véritable "agression ontologique" [1]. Le médecin, lui, est supposé savoir; il ne souffre pas, a le droit d'ordonner, d'interdire, de toucher, de pénétrer, voire de mutiler. Dans un monde où la maladie est souvent vécue comme une régression et où la mort paraît constituer le mal suprême, le rapport entre eux deux ne saurait être équilibré: réduit à "un état d'humanité blessée", le patient "est obligé de se livrer au pouvoir du médecin" [1].

Laissant transitoirement en suspens les conséquences de cette première constatation, abordons sans tarder la seconde. La médecine occidentale est *violente*, et par conséquent pénible pour

le patient. Par ce mot sans doute fort, nous ne cherchons nullement à polémiquer, encore moins à brandir l'étendard mirifique des médecines prétendument *douces*. Simplement, nous entendons exprimer le fait que bien souvent, la médecine *fait mal*, et que même elle peut "nuire" dans une certaine mesure [2]. Pour peu que l'on consente à y réfléchir sans présupposé culturel, le plus banal des gestes médicaux -l'injection- représente une agression corporelle considérable, eu égard spécialement aux normes de non-violence physique qui, dans nos sociétés, régissent de plus en plus les comportements relationnels. Quant aux techniques d'exploration "non invasives", elles sont d'une iatrogénicité reconnue ou soupçonnée: celle des rayons X est désormais classique, mais les persistantes controverses quant à l'innocuité des ultra-sons manifestent qu'il est décidément difficile d'avoir la conscience tranquille en médecine[3]. Faudrait-il, enfin, mentionner les médicaments, avec leur cortège d'effets indésirables inéluctables [4]?

Peut-être n'est-il pas inutile de souligner que jusqu'à présent, nous croyons n'avoir émis aucun jugement de valeur: nous n'avons pas dit qu'il était regrettable que le patient fût en état d'infériorité; nous n'avons pas critiqué non plus l'état présent de la médecine. Mais si le lecteur admet notre constat que la relation thérapeutique est inferiorisante et violente, alors il ne jugera pas éthiquement inacceptable la suggestion que la justification première d'un acte médical devrait être, sans conteste, la demande *du patient*: le médecin entre en action dès lors qu'on l'a sollicité. Corollaire évident: la relation thérapeutique -incompatible avec l'équilibre d'une relation humaine normale (une "humanité intacte", pour suivre la pensée de Pellegrino)- devrait se voir imposer des limites strictes.

L'objection qui vient le plus immédiatement à l'esprit pourrait être celle-ci: si une demande du patient est nécessaire avant toute intervention, que se passera-t-il lorsque ce dernier ne sera pas en mesure d'exprimer sa volonté? A notre avis, ce genre d'objection n'impressionnera que ceux qui refuseraient de

considérer dans toute son ampleur le problème que nous essayons de traiter ici, à savoir la médicalisation de la société contemporaine. Certes, il arrive qu'on trouve des individus isolés, comateux; mais lequel d'entre nous, découvrant un blessé inconscient au bord d'une route, s'aviserait d'imaginer que cette personne-là est sûrement très opposée à l'intervention médico-chirurgicale qui s'impose? Nous croyons quant à nous que si la question de la médicalisation se résumait à celle de savoir s'il est permis de secourir un individu momentanément privé de la capacité *physique* d'exprimer sa volonté, il n'y aurait pas de problème du tout (bien entendu, il est licite de réserver son jugement pour les cas plus complexes où un sujet est jugé *psychiquement* irresponsable).

Une seconde objection pourrait être celle-ci: que faire si la demande du patient est excessive, ou inacceptable? En affirmant que cette demande était une condition *sine qua non* au déclenchement de la relation thérapeutique, nous n'avons pas voulu signifier qu'elle devait en gouverner le déroulement dans son intégralité. Un médecin n'a pas à se soumettre aux desiderata de la personne qui le consulte; sa technicité, son éthique personnelle sont autant de références possibles pour refuser, le cas échéant, une demande qui ne cadrerait pas avec. L'argument trop fréquent selon lequel un médecin devrait toujours accepter de prendre en charge la souffrance du demandeur (et donc, au moins une part de sa demande) nous paraît très excessif; ne pourrait-il pas même constituer une façon détournée de justifier le maintien de la relation inégale décrite précédemment? Précisément -cette question est au coeur du présent article-, il existe des souffrances non médicalisables: quel privilège le médecin revendiquerait-il? Confronté à elles, il est comme tout un chacun: il ne sait pas quoi faire... En vérité, n'est-il pas un peu confortable de prétendre qu'on *doit* répondre à la demande des patients, en sous-entendant du même coup qu'on *peut* toujours? Reconnaître, à l'opposé, les limites de son savoir -ou de son savoir-faire-, ne serait-ce pas aussi accepter celles de son

pouvoir? A la lumière de quoi, le refus d'une intervention médicale apparaîtrait pour ce qu'il peut être vraiment: un acte d'humilité lucide, et non un geste d'inhumanité.

Insensiblement, nous en arrivons à la plus forte des objections qui pourraient être opposées aux idées que nous avons commencé d'exprimer. En gros: *tout ce qui vient d'être dit va à l'encontre d'une tendance bénéfique de la médecine contemporaine, qui s'efforce désormais d'appréhender le patient dans sa totalité, dans son être physique, mais aussi psychologique, moral, social, etc.* Par conséquent, notre réflexion va avancer, à partir de maintenant, en trois étapes successives:

(1) Quelles sont les problèmes scientifiques et moraux soulevés par cette vision d'une médecine "totale" (que les anglosaxons qualifient volontiers d'"holistique")?

(2) Quel type de limites pourrait-on proposer aux relations médecin-patient (nous présumons ici qu'un sujet qui consulte un médecin n'est pas nécessairement *malade*, d'où notre dénomination préférentielle de "patient")?

(3) Quels sont les implications morales, philosophiques ou épistémologiques des limites que nous aurons été ainsi amené à proposer?

1. Plaidoyer contre une médecine "totale"

Qui croirait que l'interventionnisme médical contemporain s'est fixé des limites de nombre, d'espace ou de temps? Faut-il rappeler ici les premières recherches sur la contraception hormonale, manifestement conçues à l'intention des pays pauvres: sur la demande de qui? Est-il besoin d'insister sur la fonction quasi religieuse d'une médecine qui poursuit les manifestations fonctionnelles d'un mal de vivre protéiforme: avec quel succès? Que penser, d'autre part, de la sacro-sainte médecine préventive, qui tend à faire de tout un chacun un malade en puissance: en vertu de quelle philosophie de la vie, de quelle éthique universelle? Que dire, enfin, des innombrables domaines dont la

médecine prétend s'emparer, pour dicter nos comportements sportifs, alimentaires, sexuels: au nom de quel savoir, validé comment? Ainsi, par de multiples failles hors des chemins hippocratiques, les médecins envahissent, médicalisent, maladisent -et donc, forcément, infériorisent.

Mais sur quoi l'auteur du présent article se fonde-t-il pour insinuer que les patients ne sont pas toujours d'authentiques demandeurs? Remarquons tout d'abord ceci: nier qu'un individu soit spontanément demandeur ne dit pas -en bonne logique formelle- qu'il est pris en charge contre son gré: car entre la demande spontanée d'une part, et la contrainte caractérisée d'autre part, il y a l'intermédiaire du simple consentement. Il convient donc, préalablement, d'examiner la nature de l'offre à laquelle répond le consentement du patient. Peu de médecins contesteront que de nombreux traitements offerts par les médecines "parallèles" soient éthiquement contestables, et ce, nonobstant le fait qu'ils puissent parfois redonner un certain espoir aux patients. Cependant, les innombrables offres implicites par lesquelles la médecine *académique* s'infiltré de plus en plus dans notre vie ont-elles nécessairement une plus grande crédibilité? Quel savoir validé justifie les multiples entreprises médicales citées plus haut? Dans ces conditions, que peut bien signifier qu'une demande est "spontanée" dès lors que le demandeur est porté, par une *mystification culturelle*, à entretenir de vains espoirs? N'existe-t-il pas aujourd'hui une sorte d'incitation à la demande, consécutive à des allégations excessives sur l'étendue et sur la profondeur du véritable savoir médical? "Qui demande consent", dit-on souvent; mais quand la demande du patient a été abusivement stimulée, le consentement de ce dernier peut-il être "éclairé"?

Ainsi, on pourrait parfaitement conduire le procès de la médecine "totale" sur des bases purement scientifiques, l'enjeu apparaissant alors celui de la *validation* du savoir médical. Il est évident, par exemple, qu'il y a un contraste frappant entre la fréquence, la précision et l'intensité des recommandations

diététiques "officielles" d'une part, et, d'autre part, l'énormité des incertitudes qui persistent au sujet des mécanismes ou conséquences réelles de l'obésité[5]. Des remarques convergentes pourraient être faites sur ce qu'il est convenu d'appeler "la sexologie". Or, à partir du moment où des travaux de validation montrent que nos diagnostics peuvent être faux dans 50% des cas[6], où des chercheurs osent se demander si nous ne sommes pas en train de "perdre la guerre contre le cancer"[7], nous croyons quant à nous que nous devrions revenir à une attitude d'humilité professionnelle et consacrer nos forces à l'amélioration de nos procédures techniques, plutôt que de chercher à envahir encore davantage la vie de nos contemporains. Ainsi, lorsque nous lisons que confronté à un jeune homme qui refuse la chimiothérapie de son cancer testiculaire en raison d'intolérables nausées, le médecin traitant a le droit "d'obliger son patient à recevoir son traitement"[8], notre première objection ne devrait pas être: un médecin a-t-il le droit de forcer un agent moralement libre[9] (ce qui est, bien entendu, une question fondamentale)? Pour notre part, nous demanderions en préalable à tout: comment peut-on forcer quelqu'un à prendre un traitement qui n'a pas fait la preuve de son efficacité dans 100% des cas?..

Cependant, cette question de la validation du savoir mérite également d'être examinée d'un point de vue plus philosophique. En effet, la médecine actuelle est trop totalisante pour ne point risquer de devenir totalitaire. On ne peut s'empêcher de frémir lorsqu'on entend tel médecin "progressiste" déclarer qu'elle ne peut soigner ses patients à moins de "tout" savoir sur eux[10]. Grands dieux! Au nom de quel savoir *validé* ce médecin ravale-t-il ses patients au rang de confessants? Sur quels *critères* déterminera-t-elle la limite entre les contraintes techniquement motivées et le besoin personnel d'inférioriser autrui? Quelle perfection spirituelle, enfin, garantit qu'elle saura toujours se placer par rapport à eux dans cette relation d'une criante inégalité?

Pour tout dire, le concept de médecine "totale" nous paraît caractériser un modèle de relation thérapeutique où le médecin est quasiment assimilé à un prêtre, tandis que les indubitables échecs de la médecine contemporaine sont discrètement escamotés. C'est une donnée bien connue de l'éthique médicale que ce modèle tend fatalement vers une relation "paternaliste". Or, il y a quand même, dans le paternalisme médical, une sorte de complaisance pour l'infériorité objective du patient. Le sadisme, au sens freudien, étant en dernière analyse un refus ou une incapacité de traiter l'Autre en égal, nous sommes donc tenté de considérer le paternalisme comme rien de moins qu'une forme particulière de sadisme médical. C'est d'ailleurs un fait d'observation courante que bien des médecins, qui sont indubitablement affectionnés par leurs patients, ont des difficultés relationnelles majeures dès lors qu'ils ne sont plus en situation professionnelle. Comment s'en étonner? Une vague gentillesse teintée d'aimable condescendance ne suffit plus pour garantir des relations satisfaisantes avec un partenaire qui n'est pas en situation d'infériorité - un conjoint, un enfant, un confrère...

La médecine, pourtant, ne devrait pas être un mode de résolution des problèmes relationnels personnels: il serait moralement prudent et psychanalytiquement avisé de se méfier des bénéfices libidinaux trop faciles d'une relation forcément inégale. Qu'y a-t-il derrière cette fameuse "conscience professionnelle" où nous nous réfugions à l'occasion de chaque problème un peu difficile? Assurément, aucun médecin ne revendiquerait d'éprouver une jouissance devant la faiblesse d'autrui; mais qui n'a jamais connu cet étrange pincement de coeur corrélatif à la reconnaissance, à l'espérance ou à la docilité d'un patient? Avertis de toutes les rationalisations qu'un être humain peut inventer pour se dissimuler les véritables motifs de ses comportements, nous devrions chercher à justifier notre conduite professionnelle sur des bases plus crédibles que notre seule "conscience".

Comment donc la sollicitude d'un médecin pour un être humain pourrait-elle témoigner d'un respect adulte, et non trahir l'immaturité d'une complaisance pour l'infériorité d'autrui? Il nous faudrait un critère pour mesurer le degré de fiabilité de nos allégations philanthropiques: nous l'appellerions une *forme éthique*.

Nous avons aperçu deux voies de réflexion apparemment divergentes. Notre propos initial concernait le patient et l'épreuve que constitue pour lui une relation thérapeutique; puis, peu à peu, nous avons été amené à nous interroger sur la validité du savoir médical. Les deux problèmes sont étroitement liés: d'un point de vue éthique, il est difficile de déterminer si une inégalité de savoir peut justifier une inégalité de pouvoir; mais il est scientifiquement et moralement certain qu'un faux savoir ne saurait fonder aucun pouvoir.

2. Limites de la relation médecin-patient

En médecine, comme on l'a dit, les impératifs techniques débouchent sur une situation caractérisée par un déséquilibre relationnel et une certaine violence des procédés. Ce déséquilibre et cette violence, factuels en eux-mêmes, *créent des conditions optimales pour une dérive de la relation thérapeutique vers une situation de sadisme médical*. La question fondamentale de l'éthique médicale nous apparaît donc être la suivante: *comment empêcher qu'une inégalité de fait ne se pervertisse en une inégalité morale ou essentielle, et s'appliquer au contraire à ce qu'elle demeure émotionnellement le plus neutre possible?* Ce qui, à notre avis, marque le début de la dérive sadique, c'est le moment où un plaisir mutuel ou unilatéral, conscient ou inconscient, tend à prolonger ou aggraver les contraintes de la relation thérapeutique au delà des limites justifiées par des considérations d'ordre purement scientifique ou technique. Par

quoi on en revient forcément à la question de la validation du savoir.

Dans un pays comme la France, il est difficile, aujourd'hui, d'être un médecin "progressiste" sans se reconnaître une certaine dette envers Balint[11,12]. Qu'une approche balintienne permette de se préserver des pièges du pouvoir médical, voilà qui paraît aller de soi pour de nombreux contemporains. Quelles que soient les réserves que la pensée de Balint pourrait inspirer en elle-même, on peut s'interroger sur les fondements de la mode qu'elle suscite. En ce bas-monde en effet, il n'est point d'Idée en soi, valable une fois pour toutes: l'évaluation d'une pensée ou d'une oeuvre doit être dynamique -c'est-à-dire, dans le cas présent, historiquement modulée. Quelle fut la valeur des idées de Balint au moment de leur publication? Nous n'avons pas la prétention de le dire de façon absolue; mais il est clair que le contexte de l'après-guerre était marqué par un certain enthousiasme pour la technique, et que la pensée de Balint, centrée sur la dimension irrationnelle de la relation thérapeutique, allait à contre-courant d'un mouvement dominant qui espérait trouver dans la chimie et la pharmacologie les remèdes aux principaux maux de l'humanité: à ce titre, elle avait bel et bien une valeur de contestation.

Qu'en est-il aujourd'hui? Nous ne croyons pas que la pensée de Balint, figée dans une expression historiquement datée, ait gardé ce potentiel contestataire. Au contraire, et conformément à un schéma classique de "l'histoire des mentalités", cette pensée se nourrit désormais des faillites du pouvoir médical actuel pour préparer celui de demain. Car le contexte a changé en quelque quarante années! La pensée dominante n'est plus au triomphalisme technologique. La recherche thérapeutique stagne. Signe des temps: l'espérance de vie des pays développés stagne aussi, voire régresse[13]. Incapables de fournir les réponses *techniques* que, dans la ligne des succès antérieurs, les gens ont pris l'habitude de leur réclamer, les médecins détournent le problème: loin

d'avouer leur incompétence peut-être transitoire, ils s'attaquent au psychisme, voire au spirituel. Notre but, ici, n'est évidemment pas de rétablir l'antique dichotomie corps/esprit; nous tenons simplement à faire remarquer que la formation médicale universitaire -la nôtre- est axée sur le corps (à tort ou à raison), et que se préoccuper de l'esprit quand on ne sait plus quoi faire du corps, c'est masquer son ignorance par une autre ignorance. Dans cette stratégie, la pensée de Balint (qui contourne étonnamment la question de la formation psychologique des praticiens) fournit une arme formidable: rien ne permet d'authentifier un quelconque progrès dans cette dérive psychologique. On chercherait vainement, cette fois, le potentiel contestataire d'une pensée sans doute non-orthodoxe en son temps, mais dont la fonction actuelle la plus évidente est de maintenir un pouvoir médical en masquant ses échecs.

Tous les grands esprits médicaux, au contraire, ont senti le déséquilibre et les risques inhérents à la relation médicale; en conséquence de quoi, ils ont éprouvé le besoin de délimiter les frontières de leur art. C'est évidemment le nom d'Hippocrate qui vient d'abord à l'esprit. Si chacun connaît sa stricte prohibition des relations sexuelles dans le cadre d'une relation thérapeutique, il nous semble possible d'en approfondir les motivations à la lumière des tendances opposées qui se font jour maintenant dans certains domaines de la médecine. Replongé dans le contexte de l'époque -avec un certain type de hiérarchies sociales ou de pratiques magiques-, le privilège sexuel du soignant sur le soigné, ou sur son entourage, était peut-être banal: pourquoi Hippocrate a-t-il éprouvé le besoin de l'abolir? On peut conjecturer qu'il a senti le déséquilibre inhérent au type de relation thérapeutique qu'il cherchait à promouvoir, et qu'il a parfaitement vu que si le médecin n'imposait aucune limite à ses gestes, alors il serait difficile d'empêcher le patient d'être ravalé au rang de chose simplement manipulable. Et celui qui obtiendrait ainsi une jouissance par (et peut-être *dans*)

l'asservissement de ce dernier, ne serait-il pas réduit au rang d'assassin symbolique?

Comment ne pas faire référence, également, au grand Freud? Là-encore, chacun connaît sa sévère prohibition des relations sexuelles entre soignant et soigné; en revanche, il nous semble qu'on a moins insisté sur sa recommandation, dûment réitérée, d'exclure l'examen somatique de l'investigation psychanalytique: pourquoi cette exclusion des gestes sur le corps? Freud -qui a toujours reconnu à ses disciples le droit de ne recourir qu'à l'*auto-analyse*- mesurait trop l'épreuve constituée par l'analyse pour ne pas sentir, avec son génie médical profond, que l'abandon obligé du patient devait être limité en quelque façon: la "règle fondamentale de l'analyse", par ce qu'elle impose de docilité mentale, exclut forcément la docilité physique qu'il est habituel de demander à un patient dans n'importe quel autre contexte médical. N'est-ce pas aussi sur la base de ce contrat implicite que peut s'établir la situation analytique: le patient sait que certaines limites ne seront pas franchies, qu'il ne saurait devenir la chose du médecin puisqu'il garde la totale maîtrise de son corps, sans aucune restriction.

C'est, qu'au fond, on ne peut demander à un patient une docilité psychique et somatique: il faut choisir. Le pouvoir sur le corps et sur l'âme, c'est précisément la prérogative de Dieu -"qui sonde les reins et les coeurs". La question, ici, n'est pas celle d'une croyance religieuse: ce que nous cherchons à exprimer, c'est que les prescriptions d'une médecine moderne et "totale" transposent curieusement un type de relation où, durant longtemps, l'imaginaire collectif a reconnu le pouvoir et la rationalité de la Divinité. Il semble que pour les simples mortels, au contraire, l'acquisition d'une certaine maturité humaine passe par la capacité de reconnaître l'Autre dans l'intégrité de son irréductible éloignement... Faut-il revendiquer pour ceux qui soignent des prérogatives véritablement divines? S'il est donc nécessaire de choisir dans une médecine traditionnellement plus

orientée sur les soins du corps que sur ceux de l'âme, la chasteté sexuelle qu'il est usuel de recommander au soignant pourrait bien représenter un prototype et un exercice pour une forme plus complexe de réserve: une chasteté émotionnelle et intellectuelle. La question centrale de l'éthique médicale devient dans ces conditions: comment déterminer à partir de quel distance un patient peut se sentir reconnu et respecté?

L'ampleur de nos connaissances scientifiques fournit certainement une borne supérieure de ce qui peut être entrepris avec un patient. En médecine, il n'est sûrement pas acceptable de faire tout ce qui serait techniquement possible; mais il est incontestablement immoral d'aggraver les contraintes de la relation thérapeutique au delà de ce qui est scientifiquement justifié. En restreignant la zone des relations possibles avec un patient au domaine d'un savoir scientifiquement validé et fiable, nous poserions les limites en dehors desquelles nous acceptons d'être transparents, inexistants. Redécouvrant une certaine idée de l'autonomie du patient, de son droit au secret, nous nous approfondirions nous-mêmes en apprenant à ne pas nous projeter sur un être -fût-il consentant. En nous retenant, en réfrénant éventuellement la demande désastreuse d'un individu en voie de perdition, nous nous persuaderions qu'il y a toujours un écart infranchissable entre deux êtres. Reconnaître cette irréductibilité de l'Autre, c'est accepter qu'il ne soit pas le lieu où vont cristalliser nos fantasmes égotistes; c'est apprendre à le reconnaître comme "objet" à part entière -au sens psychanalytique. C'est tendre vers cette capacité de vision sereine constamment appelée, sous une forme ou sous une autre, par la sagesse religieuse, philosophique ou psychanalytique.

3. Corollaires éthiques et épistémologiques

Le présent article n'est rien de plus qu'une amorce de réflexion; il ne prétend évidemment pas apporter une réponse définitive aux complexes questions de l'éthique médicale. La proposition de

réévaluer le concept de technicité, par exemple, soulève bien des difficultés dans la mesure où elle est fondamentalement imprécise. En médecine, en effet, il n'y a pas de consensus sur ce qui est scientifiquement validé ou non. Le débat sur l'éventuelle carcinogénicité des contraceptifs oraux illustre ce genre de problème: le corpus de connaissances sur la pilule est-il, ou non, suffisant pour soumettre des millions de femmes à un risque parfaitement connu[14,15,16]?

Néanmoins, évaluer objectivement et sans complaisance l'étendue de son savoir validé et fiable, pour déterminer dans quelle mesure il peut et doit répondre à la demande des patients, représente, pour le médecin, un remarquable exercice. Exercice scientifique d'une part: il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt, pour la médecine, de renforcer ses propres procédures de contrôle et de validation[2]. Mais exercice éthique, également. Appelons *forme* une règle de conduite, un entraînement de la volonté destiné à l'acquisition d'un certain état spirituel: un exercice précisément défini, patiemment réitéré, comme ceux auxquels exhortent constamment les philosophes qui, dès qu'il s'agit d'éthique, se sentent davantage concernés par les actes que par les paroles (Epictète, par exemple, ou certains mystiques comme les Pères du désert). Pourquoi de tels exercices d'éthique? Parce que, bien avant que Freud n'institue *l'ère du soupçon*, on a toujours su que les seules paroles ne sauraient garantir l'authenticité des sentiments moraux. Les formes éthiques trouvent leur raison d'être dans la nécessité, pour les allégations morales, de se voir mises à l'épreuve hors de leur subjectivité native: on n'est jamais moral tout seul...

En ce qu'elles impliquent toujours une relation entre plusieurs partenaires, les actions éthiques ont une portée éminemment sociale. En médecine, elles vont concerner les deux agents de la relation thérapeutique. En ce qui concerne le patient, la délimitation d'une zone de savoir validé et fiable constitue une sorte de protection. L'objectivité du processus réside en

particulier dans le fait que le praticien pourrait être questionné sur les conséquences pratiques de ses actes: c'est une chose d'interroger une femme sur sa vie sexuelle; ce pourrait en être une autre de lui expliquer avec un minimum de précision quelle influence ses réponses auront sur son traitement... Mais les formes éthiques sont également une garantie pour le médecin lui-même. Il est étrange, en effet, que la plupart des travaux sur l'éthique médicale paraissent considérer que les actes immoraux ne nuisent qu'au patient: d'un point de vue philosophique, un médecin peut être grandement détérioré par ses propres erreurs éthiques. Manquer de chasteté intellectuelle ou morale, se satisfaire de l'infériorité objective des patients, c'est refuser un gain d'humanité ou de maturité: c'est se complaire dans son sadisme inné.

Bien entendu, le modèle plutôt technique proposé ici n'est pas sans dangers. On pense tout de suite au risque d'une déshumanisation de la médecine. Toutefois, il serait juste de reconnaître que ce risque existe déjà dans l'état présent des choses. Pour notre part, si nous avons à être soigné par un praticien sadique, nous préférerions nous retrouver dans une situation sévèrement contrôlée sur des bases scientifiques, plutôt que livré à son seul bon vouloir, comme ce serait le cas aujourd'hui.

De plus, il n'est pas exact que davantage de technicité médicale s'accompagne nécessairement d'une déshumanisation; nous croyons au contraire que les excès de la médicalisation seraient inconcevables sans une certaine légèreté scientifique, et partageons tout à fait l'opinion d'A. R. Feinstein, d'après laquelle de meilleures procédures techniques ou scientifiques ouvriraient la voie d'une réhumanisation de la médecine: par exemple, en permettant d'accorder à certaines données cliniques "molles" (i. e. non quantitatives et difficilement standardisables) toute l'attention qu'elles méritent[17,18]. En d'autres termes, le défi, pour les médecins aujourd'hui, c'est

d'être humains non pas en s'identifiant à des prêtres, mais en s'assumant comme techniciens ou scientifiques.

Certes, un travail comme le nôtre pourrait également être remis en cause sur la base de ce scepticisme général qui vise l'abord véritablement philosophique de l'éthique médicale: "Tout cela est bien trop subjectif"[19]... A ce type de contradicteur, nous voudrions en retour faire les trois remarques suivantes:

(1) En dépit de son incontestable subjectivité, une réflexion philosophique impose une analyse des problèmes moraux; la rigueur de cette analyse peut présenter un intérêt même pour ceux qui en rejettent les présupposés éthiques.

(2) Il serait pour le moins léger de s'imaginer que, de son côté, l'interventionnisme médical contemporain soit moralement neutre. Deux, au moins, de ses présupposés moraux sont particulièrement voyants, à savoir:

* une vision de la maladie comme fondamentalement mauvaise, et de la mort comme le mal ultime;

* un positivisme de fait caractérisé par une bonne dose d'optimisme quant à la portée et à la validité du savoir médical. Par conséquent, ce n'est pas se lancer dans un combat d'arrière-garde que de remettre en cause la pratique médicale moderne sur des bases éthiques: ce que d'aucuns aimeraient négliger comme un assaut dérisoire de la vieille Philosophie contre la Science moderne constitue, en réalité, rien de moins que la confrontation d'une éthique explicite avec une éthique implicite.

(3) Il nous paraît illusoire de penser, à l'instar de Pellegrino[1], qu'on puisse fonder une éthique professionnelle sur un consensus a-philosophique, "indépendamment d'une adhésion à un certain système de valeurs". En effet, nous ne vivons pas sur des engagements philosophiques sélectivement adaptés à nos divers environnements et sans aucun lien entre eux; nous n'avons pas une éthique comme médecins, une autre comme parents, une autre comme croyants ou athées, une autre comme citoyens, etc.: nous avons une éthique ou nous n'en avons pas, et, comme Sénèque le remarque dans l'une de ses *Lettres*, le meilleur critère de qualité pour une

philosophie morale reste encore l'aptitude de ses adeptes à vivre en conformité avec, d'une façon ferme, cohérente et convaincante. Un fondement philosophique général ne saurait donc constituer une tare pour une éthique professionnelle: il atteste au contraire une exigence de cohérence interne et de profondeur.

*
* *
*

En médecine, les nécessités techniques imposent une inégalité de savoir et une certaine violence des procédés: elles peuvent donc permettre de rationaliser une tendance au sadisme médical. Et même indépendamment de ce sadisme, la dynamique spontanée des situations inégalitaires tend vers l'aggravation spontanée. Médecin et patient doivent s'interroger sur la façon dont ils peuvent se garder des pièges moraux inhérents à la relation thérapeutique.

Il est illusoire ou présomptueux de prétendre évaluer les motivations intérieures d'un être -alors que, même pour lui, elles peuvent demeurer inconscientes. Cela n'entraîne pas, cependant, que toute transaction sociale se réduise fatalement à une confrontation sauvage de subjectivités, car la subjectivité s'exprime au moyen d'actes qui, eux, peuvent être testés ou soumis à diverses vérifications. Une tâche importante de la vie relationnelle devrait être de rendre aussi objectif que possible le contenu subjectif qui motive les actes sociaux, de telle sorte que *les autres* - les partenaires ou destinataires de ces actes sociaux, en particulier- puissent avoir quelque indication sur l'authenticité de ces motifs. Une *forme éthique* est le processus d'objectivation d'une subjectivité morale.

Le but de la vie sociale n'est pas de croire, ou de faire croire, n'importe quel type d'allégation subjective: il est de fournir et d'exiger toutes les preuves possibles d'authenticité. Trop souvent, en médecine, le concept de "confiance" est perverti, et

agit plutôt comme moyen d'aliénation: ce n'est jamais le devoir d'un patient de croire son docteur "sur parole". S'il n'est pas possible de juger la sincérité ou la bonté d'un médecin, du moins la pertinence des contraintes techniques justifiant ses actes peut-elle être soumise à un certain type de vérification. Nous pensons que, comme forme éthique, le concept de technicité mérite d'être réévalué. En tout état de cause, si le prestige de la médecine dans la société tire son origine de la grande valeur attribuée à la "Science", il devrait être normal de pouvoir critiquer les attitudes médicales d'un point de vue de validation scientifique.

De là, le risque de voir un dérapage de la relation thérapeutique -d'une inégalité de fait à une situation de domination de l'un par l'autre- s'atténuerait, même s'il ne s'annulait pas complètement. Il faut, de toute façon, insister sur le fait que l'inégalité n'est pas, en elle-même, une chose négative. Pour un individu (fût-il médecin), une maladie peut être une expérience spirituelle importante: un moment où, se sentant diminué dans sa propre autonomie, il cherche le secours d'un autre humain. Dans son caractère inéluctable, cet appel à l'aide peut constituer un approfondissement personnel, dont le caractère structurant dépend de la définition claire des rôles respectifs et d'une ferme délimitation des distances mutuelles.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] PELLEGRINO E. D.: Towards a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *The Journal of Medicine & Philosophy*, 1979, 4, 32-56.
- [2] GIRARD M.: Le rapport risque/bénéfice des médicaments. L'exemple des antidépresseurs. *L'Encéphale*, 1988, 14, 97-99.
- [3] CONSENSUS CONFERENCE: The use of diagnostic ultrasound imaging during pregnancy. *J. Am. med. Assoc.*, 1984, 252, 669-672.
- [4] GIRARD M.: Les effets indésirables des médicaments. *La Recherche*, 1987, 185, 234-241.
- [5] KOLATA G.: Obese children: a growing problem. *Science*, 1986, 232, 20-21.
- [6] MERCER J., TALBOT I. C.: Clinical diagnosis: a post-mortem assessment of accuracy in the 1980s. *Postgraduate med. J.*, 1985, 61, 713-716.
- [7] COHEN M. M., DIAMOND J. M.: Are we losing the war on cancer? *Nature*, 1986, 323, 488-489.
- [8] WEISS G. B. : Paternalism modernised. *Journal of Medical Ethics*, 1985, 11, 184-187.
- [9] MATTHEWS E.: Can paternalism be modernised? *Journal of Medical Ethics*, 1986, 12, 133-135.
- [10] ANONYME: Une médecine à petits pas. *Le Monde Dimanche*, 9 juillet 1975.
- [11] CORCOS M.: Le Balint aujourd'hui. *Gaz. Med.*, 1986, 93, 6-10.
- [13] CHESNAIS J. C.: La durée de vie dans les pays industrialisés. *La Recherche*, 1983, 147, 1040-1048.
- [14] CONNER C. S.: Conflicting data in the literature: a true dilemma. *Drug Intell. Clin. Pharm.*, 1986, 20, 444-445.
- [15] GOLDBERG A.: Oral contraceptive and breast cancer. *Br. med. J.*, 1986, 293, 760.
- [16] McPHERSON K., DRIFE J. O.: The pill and breast cancer: why the uncertainty? *Br. med. J.*, 1986, 293, 709-710.
- [17] FEINSTEIN A. R.: On exorcizing the ghost of Gauss and the curse of Kelvin. *Clinical Biostatistics*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1977, Chap. 16, 241.