

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Maîtriser la décision médicale ?

Guillaume, Genevieve

Published in:
Ethica Clinica

Publication date:
2022

Document Version
Autre version

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Guillaume, G 2022, 'Maîtriser la décision médicale ? La raison pratique en appui du protocole dans la prise en compte du malade et de sa maladie', *Ethica Clinica*, vol. 108.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Maîtriser la décision médicale ?
La raison pratique en appui du protocole dans la prise en compte du malade et de sa maladie.

Dr Geneviève Guillaume
Chirurgienne, chercheuse au sein du centre de bioéthique de l'université de Namur,
Esphin, Belgique

L'humain cherche la maîtrise de son univers. Cette recherche de maîtrise est aussi vieille que notre monde occidental. Déjà, les mythes nous parlent de ce désir humain. Ainsi Antigone de Sophocle. Le mythe nous confronte au tragique d'une décision. Lors de la guerre de Troie, le frère d'Antigone, Polynice est tué. Il est considéré comme traître par le roi Créon. De par ses liens familiaux, Antigone se doit d'honorer son frère en lui offrant des rites funéraires. Mais Créon s'y oppose au nom d'autres valeurs : les lois de la cité interdisent une sépulture aux traîtres. Tout cela se terminera très mal pour tout le monde. Le chœur, qui commente l'action et cherche à comprendre tour à tour les deux points de vue, nous présente les hommes qui découvrent le monde en cherchant à le dominer, à le maîtriser en éliminant les aléas et les dangers, en cherchant à contrôler à la fois la mer, la terre, mais aussi les relations humaines politiques et la mort !

Le chœur s'extasie devant les exploits humains : « *L'homme est le grand prodige, le bras fort qui dirige, l'esprit qui sait et peut; il a la terre et l'onde, et, dans ses mains le monde, il en fait ce qu'il veut*¹ »

Dès le départ, nous dit le mythe, l'homme a souhaité substituer son pouvoir à la puissance de la nature. Il cherche à maîtriser la navigation et l'agriculture. « *Sa nef victorieuse, sur la mer furieuse la met à la raison ; sa charrue obstinée, oblige chaque année, la terre à la moisson* ». Ce geste initial de maîtrise va contraindre l'homme à la domination, y compris de ses propres productions : via outils, langage, intellect, et passions. Il piège et soumet la nature, il cherche par la science à échapper à la mort et construit une cité politique, un autre monde, qui va s'imposer à lui. « *Sa lutte opiniâtre, contre l'hiver, a l'âtre. Contre les vents, le port. La science hardie contre la maladie.* »

Mais il y a un MAIS ...

¹ Sophocle, Antigone, Traduction J.Bousquet, Librio, 2005.

En effet, où mène cette maîtrise, si elle n'a comme visée qu'elle-même ? Ce faisant, nous dit le mythe, l'homme s'oublie ! La maîtrise trouve son sens en choisissant sa visée. *« Il s'engage alors dans la bonne ou mauvaise route. En défendant la justice et le respect qu'on doit aux dieux, il se hissera au sommet ; qu'il en soit rejeté s'il s'abandonne à son audace. Si grand qu'il puisse être, bannissons ce vil maître du foyer et du cœur ! »*. L'homme s'égare entre ce monde qu'il fabrique et le réel, dans cette volonté de dominer le mystère de l'univers, et d'oublier sa vulnérabilité et ses limites.

Que maîtrise-t-on ? Le mythe d'Antigone nous met en garde contre une illusion: en cherchant à soumettre le monde, à le dominer, le plier à sa volonté, l'homme s'égare. Il construit une réalité parallèle, différente du monde réel, mais qu'il considère comme vraie. Ce faisant, il s'oublie lui-même : il ne prend en compte qu'une construction en négligeant ce qui fait de lui un humain : son mystère inaccessible.

La médecine n'échappe pas au désir de maîtrise et de domination. Je voudrais vous montrer cependant, qu'ici aussi, cette recherche d'absolue maîtrise est un leurre, qui aboutit à négliger des paramètres qui devraient cependant être pris en compte dans une décision bien menée. Comme le dit le chœur de Sophocle, chercher à maîtriser totalement, à sécuriser, à éliminer le risque dans une décision revient à la déshumaniser. Le mythe nous met en garde : attention de ne pas construire une réalité parallèle qui oublie ou qui perd l'homme.

La recherche de maîtrise en médecine passe par exemple par « l'amélioration continue », terme managérial qui exprime une recherche d'efficacité des processus. Pour ce faire, les responsables se sont intéressés à la manière dont sont gérés les risques dans d'autres disciplines comme l'aéronautique. Les gestionnaires médicaux ont été influencés par les modes de gestion en œuvre dans l'aviation, modes qui ont fait de la check liste un devoir obligatoire. Son but : éviter le crash.

Si le monde médical a repris le vocabulaire aéronautique de protocole ou de check liste, il ne s'autorise pas, par contre, à parler de crash. Pourquoi ? Parler de crash c'est parler d'objet. Parler de crash est déshumanisant. En se refusant à employer ce vocabulaire désincarné et inhumain, la médecine montrerait ainsi, inconsciemment peut-être, sa résistance : elle n'en serait pas encore à ce point de non-retour. Ses praticiens et ses usagers semblent encore

convenir que ces checks listes et ces protocoles, avec toutes les avancées sécuritaires qu'ils offrent indéniablement, ne peuvent suffire à contenir la pratique médicale. L'expérience, les connaissances pratiques, et surtout la qualité des relations que construit le praticien, avec lui-même, ses collègues, le patient et l'entourage au sens large restent indispensables à une « bonne pratique ».

La médecine n'a de sens que dans l'action. Ce n'est pas une science théorique mais une pratique. Elle est concernée par l'incertitude et l'urgence et comporte une forte composante émotionnelle. Elle doit tenir compte de la complexité du contexte sanitaire.

L'analyse de ces caractéristiques dépasse le cadre de cet article. Par contre je voudrais insister sur un élément central à l'origine de la pratique médicale : la demande d'aide.

Comment faire de la place à la personne qui demande conseil ? Comment ne pas la réduire à un objet ? Comment concilier cette prise en compte avec la recherche de maîtrise ? Comment réaliser le grand écart entre donnée, résultat, EBM, protocole, conduite à tenir, ... et le sujet qui demande de l'aide ?

Répondre à une demande va engager une réflexion. A côté de la réflexion rationnelle qui préside à ce que nous connaissons dans notre pratique de mesurable, de calculable, de formel, existe un autre mode de raisonnement, moins valorisé, rarement mis en évidence, voire déconsidéré par certains courants épistémiques. Il s'agit du raisonnement pratique, appelé aussi raison pratique ou phronesis. Ces deux courants abordent l'objectif du soin, la demande du patient, de manière très différente.

Comment définit -t-on l'objectif ?

En médecine on peut penser que l'objectif soit « la santé » du malade. Mais qu'est-ce que cela veut dire ? Peut-on chercher à le définir de manière objective, comme le ferait un protocole, par une mesure physique, le poids par exemple, ou biologique, le taux de cholestérol ? Mais pourrait-on accepter que la demande du patient, la santé, ne soit pas précisément définie ? Qu'elle reste indéfinie, ouverte aux circonstances et aléas ? Définir une fois pour toute ce que représente la santé reviendrait à objectiver et à figer le patient dans une position rigide, qui ne soit pas susceptible de se modifier, d'évoluer, de s'adapter.

Pour les tenants d'une médecine purement scientifique, la différence entre un état sain et malade consiste en une différence de degré dont la frontière est fixée arbitrairement, par une décision de santé publique : un patient hypertendu ne se considère pas comme malade, jusqu'au jour où il prendra conscience de son risque statistique objectif de complications liées à cette anomalie de degré. Sa prise en charge visera à corriger cette différence.

Comme l'a montré Georges Canguilhem, la maladie est aussi « une autre allure de la vie² ». Elle se rapporte à une normativité propre à chacun, une capacité à s'autoréguler. Le soin dans ce cas consistera à aider le patient à se construire avec d'autres normes, à retrouver un nouvel équilibre, dans une démarche thérapeutique qui lui sera toujours adaptée et singulière. Il montre que la différence entre se définir en bonne santé ou malade est une distinction qualitative, propre à chacun et non pas une différence de degré.

Le raisonnement rationnel appréhende la santé selon le premier mode : la différence entre un patient sain et un malade est une question de degré. Selon ce mode de raisonnement, il existe une frontière claire entre un état sain et pathologique. L'objet de la médecine, la santé, n'est pas discuté mais fixé arbitrairement et de l'extérieur. Le raisonnement porte sur les moyens à mettre en œuvre pour le réaliser. Il utilise pour cela sa propre logique de fonctionnement : déduction, induction, calculs logiques plus ou moins complexes. La protocolisation des soins de santé cherche à formaliser les moyens à mettre en œuvre dans une situation donnée, en vue d'un objectif fixé par ailleurs. Le protocole se limite à classer, quantifier, organiser une cascade de causes, découlant les unes des autres. Il permet de construire des conduites à tenir, des trajets de soins, des arbres décisionnels, qui nous aident mécaniquement à choisir le moyen idéal susceptible de répondre à la demande. Cette méthodologie du choix rationnel, née il y a bientôt 3 siècles avec les Lumières, espérait ou laissait croire à une manière scientifique, formelle, protocolisée de trancher, sans autre considération que celle de permettre de (re)passer du côté sain de la frontière. Elle a bien sûr été beaucoup critiquée, l'exemple le plus fameux étant celui de Kahneman³. Ces critiques cependant ne s'opposent pas à ce mode de raisonnement mais expliquent pourquoi les décideurs ne le suivent pas toujours, et même rarement !

² Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Vrin, Quadrige, Paris, 2010, p.51.

³ Kahneman, D. (2012). *Système 1/Système 2: Les deux vitesses de la pensée*. Flammarion.

On peut également considérer la demande du patient de son point de vue subjectif. La santé est alors une entité dont le sens est susceptible de varier en fonction du contexte et des circonstances. Cette manière d'envisager le patient, son vécu de la maladie et de comprendre sa demande me semble plus accessible par un autre mode de raisonnement que l'on appelle raison pratique. Pour la raison pratique, l'objectif n'est pas défini par avance mais se construit pratiquement, en direct, en fonction du contexte et des moyens mis à la disposition du médecin, du patient et de l'entourage au sens large.

Il s'agit d'un mode de réflexion qui n'est pas purement rationnel, au sens de formel protocolisé, mesuré ou quantifiable, mais que j'appellerais plutôt raisonnable⁴, au sens pratique, un raisonnement pratique, qui s'adapte aux moyens disponibles et souhaitables. La compréhension de ce qu'est la santé ou l'action à accomplir dans un cas pratique donné passe donc par la connaissance des moyens souhaitables, mais également disponibles au moment où le médecin prend sa décision.

Pour aider à la compréhension de ce mode de pensée, je l'illustre avec un cas récent. Dans notre monde d'abondance, même si l'on pourrait le souhaiter encore plus riche, les deux conditions de moyens que je viens de citer - souhaitables et disponibles - sont ou étaient souvent des synonymes. Nous étions plus souvent amenés à refuser d'employer des moyens disponibles mais qui ne nous paraissaient pas souhaitables que l'inverse. La crise covid nous a montré que, dans certains cas, nous pouvions souhaiter des moyens (de réanimation par exemple) qui n'étaient pas disponibles pour le patient. La compréhension de ce qu'était la santé, dans cette situation particulière, pour ce patient particulier s'en est vue ainsi modifiée.

Un protocole, aussi performant soit-il, va répondre à la question **comment** réaliser un objectif, fixé indépendamment des circonstances.. Il ne s'intéresse pas à la compréhension de l'objectif. Au contraire, il considère cet objectif comme donné, décidé et fixé par ailleurs. Il offre une réponse efficace à une question, ce qui n'est pas négatif en soi, mais insuffisant. Face à une pneumonie bilatérale chez une personne de tel âge hypoxique et présentant également telle et telle autre caractéristique, une intubation sera nécessaire et justifiée... mais est-elle disponible ? Est-elle souhaitée par le patient ? et souhaitable dans un contexte particulier ?

⁴ Ricoeur, P. (2013). *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique*, t. 2 (Vol. 2). p.237.

Il est nécessaire de comprendre **pourquoi** on va employer tel moyen, en quoi cela va servir le patient singulier face à moi et en quoi ce moyen va répondre à sa demande.

Le comment est un calcul, une habileté, une technique. Il est possible de le formaliser : les automatismes, les ordinateurs et maintenant l'intelligence artificielle offrent des possibilités de plus en plus efficaces pour se faire. Mais on reste dans une logique formelle.

Prendre en compte la personne qui me consulte nécessite de comprendre pourquoi le moyen que je vais sélectionner sera celui qui va être efficace et répondre à ses objectifs, aux miens et à ceux de la société en général, y compris ceux du gestionnaire de l'hôpital. Cette compréhension est qualitative. Elle ne peut pas se résumer à un calcul. Elle ne pourra pas faire l'impasse d'une mise en relation. Pour comprendre la situation, nous devons comme soignant nous relier en même temps à nous-même, au patient et à tous ceux qui l'entourent.

La recherche et la médecine scientifique ont souvent été associées à une déshumanisation. La tentation d'un retour en arrière, vers des médecines « douces » chimériques n'est pas souhaitable et ce n'est pas ce que je défends. La médecine trouve son sens dans une demande. On pourrait résumer cette démarche en trois temps⁵ : il y a de la souffrance, du malheur et de l'injustice. Il faut y remédier. Si la tâche semble prométhéenne, nous devons cependant nous y atteler tout en gardant en tête la distance entre l'idéal de ce qu'on voudrait faire et la réalité de ce que l'on peut faire.

Il n'est pas question ici de mettre en cause la science et les connaissances médicales techniques. Il est important que les médecins deviennent ou restent des scientifiques : « on peut faire beaucoup de mal en voulant faire du bien quand on est ignorant »⁶. La volonté de bien faire doit s'appuyer sur des compétences, de la rigueur et de la prudence scientifique.

Ce n'est pas en étant moins scientifiques que nous serons plus humains mais en l'étant autrement.⁷

Qu'est-ce que cela implique ? En pratique, cela demande d'être rigoureusement scientifique et compétent mais d'admettre que cette rigueur ne soit pas détachable d'une visée. Le mythe d'Antigone nous le rappelle : « *Il s'engage alors dans la bonne ou mauvaise route. En*

⁵ Fagot-Largeault, A., Leçon inaugurale au Collège de France, 1^{er} mars 2001, Paris. <http://www.college-de-france.fr>

⁶ Fagot-Largeault, A., *ibid.*

⁷ Alvan Feinstein, cité par Anne Fagot-Largeault, *ibid.*

défendant la justice et le respect qu'on doit aux dieux, il se hissera au sommet, qu'il en soit rejeté s'il s'abandonne à son audace ». Reprenant les catégories de Ricoeur⁸, on retrouve les triples liens relationnels de respect envers soi-même et nos valeurs soignantes, d'amitié, de sollicitude envers le patient et de justice vis-à-vis de son entourage.

Cette visée nous enjoint à récuser la séparation virtuelle entre une science réductionniste protocolisée sans perspective d'ensemble, autre peut-être que l'efficacité et la rentabilité. Elle nous invite à garder en tête nos constructions efficaces, certes, mais qui ne parviendront jamais à englober la totalité du réel, et à rester conscient de la nécessité, à côté de ces constructions, de construire des relations où chacun soit respecté.

Revenons au mythe : La revendication de Créon et d'Antigone de détenir chacun la vérité conduit au drame. Reconnaître et accepter nos limites est le premier pas vers la sagesse. La confrontation au tragique des situations cliniques nous pousse à changer notre regard sur soi, sur les autres et sur le monde. Elle nous force à « l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle ⁹».

⁸ Pelluchon, C. (2022). *Paul Ricoeur, philosophe de la reconstruction: Soins, attestation, justice*. Presses Universitaires de France.

⁹ Ricoeur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Seuil, Point Essais, p. 312.