

---

# Philosophie et chirurgie

**Conférence prononcée le 26 février 2003 à Dakar  
à l'occasion de la séance commune à l'Académie nationale  
de Chirurgie et aux chirurgiens africains francophones**

---

Yves CHAPUIS

Président de l'Académie nationale de Chirurgie

---

Il peut paraître surprenant ou prétentieux d'aborder devant vous, de préférence à un sujet purement chirurgical, la question des rapports susceptibles d'exister entre la chirurgie et la philosophie, ou plus précisément la part que peut occuper une réflexion, à caractère philosophique, dans l'exercice de notre métier.

Pour moi, ce choix s'est appuyé sur une double raison.

D'abord la lecture d'un livre de Pierre Jourdan, chirurgien français installé à Arles en 1945, promoteur en France puis au-delà, d'une grande révolution technique, la suture en un plan des tuniques digestives. Dans ce livre, intitulé « Misère de la philosophie chirurgicale », Jourdan déplore que les chirurgiens, pourtant journellement confrontés à la détresse ou aux difficultés physiques et morales de leur semblables, assumant la responsabilité de franchir la barrière du corps, de briser son intimité, de le modifier, ayant à assumer la conséquence de cet acte, vis à vis des autres, d'eux-mêmes et de la société, se soient rarement donné l'occasion de poser leur fardeau et de méditer sur son poids et son contenu. En effet, seuls, à ma connaissance, abstraction faite de considérations "philosophiques" généralement ponctuelles et fragmentaires prononcées à l'occasion de discours, de portraits ou d'éloges, ou les réflexions qui parsèment les Oeuvres d'Ambroise Paré, quatre ouvrages en langue française répondent de manière suivie à une telle préoccupation. D'abord celui d'un homme méconnu, Julien Offray de la Mettrie, chirurgien aux Armées du Roi Louis XV de 1742 à 1746. Plus récemment, les livres de Jean Fiolle "Vie intime d'un chirurgien", de René Leriche "Philosophie de la chirurgie" et enfin le livre de Pierre Jourdan auquel je faisais allusion plus haut.

La deuxième raison tient aux difficultés que rencontre la chirurgie dans le monde actuel. Certes, ces difficultés sont très différentes dans leur gravité et leur nature selon les latitudes. En Europe elles tiennent à la décrue des vocations chirurgicales, à la complexité croissante des relations des chirurgiens avec le corps social, au décalage entre les dépenses nées des progrès de la médecine et la part

utilisable du revenu national. Dans de nombreux pays africains au contraire, c'est la pénurie de chirurgiens et de personnel soignant eu égard à la nécessité de satisfaire les soins les plus élémentaires, l'insuffisance des infrastructures, le manque de ressources de base qui sont en cause.

Alors me direz-vous, que vient faire la philosophie dans tout cela ?

La réponse est simple. Elle nous est donnée par le dictionnaire. Dans sa définition actuelle, moderne, la philosophie est :

"l'ensemble des études, des recherches, visant à saisir les causes premières, la réalité absolue ainsi que les fondements des valeurs humaines, en envisageant les problèmes à leur plus haut degré de généralité". À partir de là, on peut dire que les limites de la philosophie sont indéfinissables. Mais ce que je crois pouvoir dire, c'est qu'être chirurgien, c'est être philosophe. Pourquoi ? La réponse vient de grands penseurs, Socrate, Platon, Heidegger, qui nous apprennent que l'indignation est le point de départ de la philosophie. Or, ne sommes nous pas des hommes indignés, indignés par la misère physique, la maladie, la souffrance ? Ce qui nous distingue d'autres hommes indignés, c'est qu'à cette indignation nous pouvons donner une réponse concrète, immédiate, volontaire et non pas contemplative et abstraite.

En disant cela, je pense par exemple à Théodore Monod, ethnologue célèbre, initiateur en 1939 du muséum d'histoire naturelle de Dakar, et qui, indigné par l'injustice et la barbarie dont le monde n'arrive pas à se défaire - la visite de la maison des esclaves à Gorée en est, parmi d'autres, un terrible rappel-, décida de se lancer en ermite, dans la découverte du désert saharien. Mais cette contemplation, sans conséquence pratique, ne parvint pas à calmer son indignation.

Je n'ai pas la prétention, dans cet exposé, d'embrasser tous les aspects philosophiques qui se rattachent à notre spécialité. Je me contenterai de retenir quelques considérations d'ordre moral, psychologique, logique et méta-

physique, illustrées chacune par quelques faits ou exemples.

Je commencerai par l'aspect moral. En ouvrant par hasard un ouvrage publié en 1931 par Cathelin, urologue parisien, président de la Société des Chirugiens de Paris, j'ai lu cette citation d'Ollier, le grand orthopédiste lyonnais, tirée de la préface de son *Traité des Résections* : "Plus la chirurgie devient puissante, plus elle doit devenir morale".

Puissante, elle l'est devenue de plus en plus, en 20 ans, sous nos yeux. Je ne ferai que citer : -l'arrivée de la chirurgie à cœur ouvert, -le remplacement d'organes et la greffe de tissus, celui, prothétique, d'articulations, d'organes ; avec le cœur et demain le foie artificiel. Il y a à peine 10 ans, des ouvertures majeures ont été évitées grâce à la vidéo-endoscopie, donnant une vision autorisant les plus délicates des interventions (hépatectomies, résections coliques, prostatectomies, exérèses pulmonaires par exemple). On apprend même que la main du chirurgien abandonne les instruments au profit d'un robot, aux ordres d'un ordinateur programmé, contrôlé par l'ancien opérateur. À l'extrême, et par ce moyen, au prix d'une audace technologique et financière considérable, l'intervention a été conduite au-delà des mers, l'un, l'opéré ici, le chirurgien là-bas. Je pourrai donner d'autres exemples.

Naturellement ce regain de puissance a été facilité. D'abord par les progrès de la technologie, l'arrivée de nouveaux médicaments, une anesthésie et une réanimation qui ne se séparent plus de l'acte opératoire, mais l'encadrent voire le précèdent. Ensuite par un fantastique et rapide accroissement des moyens biologiques et radiologiques qui participent à la préparation et à la réalisation de l'acte opératoire.

Cette surpuissance qui a profondément élargi l'éventail des traitements, interpelle la morale de plusieurs manières.

D'abord en ce qu'elle est très inégalement répartie, selon les régions du globe, entre deux pays voisins, et parfois à l'intérieur d'un même pays. Là où elle devient, comme l'exprime dans sa définition l'Organisation Mondiale de la Santé, un moyen de bien-être et une exigence sociale à laquelle les gouvernements sont acculés, elle reste ailleurs absente, en devenir ou lentement ébauchée, puisque c'est encore avec peine et au prix de grands efforts que les maladies les plus graves y sont combattues, que ses médecins doivent se contenter d'un relatif dénuement et que les populations n'y ont qu'un accès incertain. Devant cette situation, quel désarroi ne devrait-il pas saisir le détenteur de puissance, quelle énergie et générosité n'est-il pas mis en demeure de déployer pour tenter de rétablir tant soit peu l'équilibre !

Mais revenons à l'échelle individuelle, celle du seul chirurgien, qui court d'un point de vue moral, là où il a la chance de disposer d'équipements techniques modernes et renouvelés, plusieurs dangers. D'abord être obnubilé, asservi par la technique, au point de perdre de vue le malade dans sa totalité, pour n'en retenir que la maladie et dans celle-ci l'organe qui le concerne et l'intéresse. N'est-ce pas cette préoccupation exclusive qui a conduit à

abandonner à d'autres le souci de la douleur, de son atténuation voire de sa maîtrise, à accepter, au profit de la correction recherchée, des voies d'abord délabrantes, des risques disproportionnés avec le bénéfice escompté, une sous-estimation du contexte individuel, familial, social dans lequel s'inscrit l'opéré ? Autre conséquence fâcheuse, l'enthousiasme excessif pour une technique nouvelle peut conduire à en répandre trop rapidement les effets jugés heureux, à susciter trop vite des émules, insuffisamment préparés et équipés, enfin à retarder la recherche de son bénéfice réel à moyen et long terme (les rares et tardives publications consacrées à la qualité de vie après transplantation d'organes en sont une illustration).

Mais avant l'acte opératoire lui-même que de menaces ! La multiplication des examens dits complémentaires, l'utilisation de l'informatique qui assujettit le chirurgien à la toile, vont épaissir la barrière qui sépare le chirurgien de son patient. Je voudrais rappeler à cet égard ces paroles récentes de Jean-François Mattei, ministre français de la Santé : "Si le médecin consacre plus de temps à son ordinateur qu'à son patient, quelque chose ne va plus. Le regard du médecin fixe l'écran et celui du patient reste seul dans la quête de l'autre".

La puissance croissante de la médecine ne se contente pas de rester au plan moral, une affaire personnelle, individuelle. Elle doit conduire le chirurgien à méditer aussi sur la retombée collective de son action individuelle dans ce qu'il est convenu d'appeler la distribution des soins, *expression à laquelle je préférerais d'ailleurs, celle d'attribution ou de don des soins*. Cette question se pose avec vigueur là où un système de solidarité nationale est présent. Souhaitons qu'elle puisse s'étendre à tous les pays. Pour illustrer ce point, je prendrai un exemple.

Je lisais récemment dans le journal de la Société Française de Transplantation les conclusions des Assises de cette Société, qui montrent à quel point il serait nécessaire que le prélèvement d'un rein, d'un cœur, d'un foie, d'un pancréas, soit effectué par des chirurgiens très expérimentés, entraînés voire spécialisés dans cet acte qui engage le succès de la greffe. Cette analyse, que l'on pourrait étendre à d'autres secteurs de la chirurgie, témoigne d'une démarche critique exemplaire. Mais en même temps elle fait surgir trois questions. D'abord celle de l'inadéquation entre une ressource thérapeutique puissante et les moyens humains disponibles. Ensuite l'acceptation implicite d'une inégalité de chances parmi les receveurs puisque l'on constate une qualité variable de greffons selon les compétences. Enfin, pour répondre à une exigence de qualité, le recours à une solution irréaliste et égoïste, puisqu'il s'agirait d'orienter des chirurgiens vers un domaine très spécialisé, alors que la demande, dans des secteurs prioritaires ; anesthésie, obstétrique, chirurgie digestive, est en peine de recrutement.

Nous allons voir maintenant que la morale est ou inséparable ou en contradiction avec la psychologie des acteurs.

Les qualités requises pour faire un bon chirurgien s'étaient dans de nombreux ouvrages. Nous devons avoir l'exigence du devoir et de notre responsabilité, faire preuve de bon sens et de sang froid, sans pour autant manquer d'instinct ou de tempérament chirurgical, dispo-

ser d'une grande habileté manuelle, résister à la fatigue, être d'un dévouement absolu, y ajouter de la bonté, comprendre la société qui nous abrite, toutes qualités que Paul Valéry s'est employé, non sans complaisance, à mettre en relief en 1938 dans son "Discours aux Chirurgiens". Nous savons bien qu'il s'agit là d'un idéal qu'il faut atteindre, qui rend la chirurgie fascinante et attractive, mais nous savons aussi combien cet idéal souffre d'imperfections, parce que le corps et l'esprit sont imparfaits. Dans ces défaillances, la psychologie, c'est à dire les sentiments et les mouvements naturels de l'âme, joue son rôle.

Le goût de l'argent, le souci de s'attirer par des moyens artificiels, voire douteux, une clientèle, la lassitude, l'orgueil, l'indifférence, le besoin de puissance, aucune de ces défaillances n'épargne le chirurgien.

La plus commune est une résistance instinctive à reconnaître le changement dans la chirurgie et de s'y adapter. Certains, et des plus grands, se sont laissés aller à proclamer que le sommet de notre art était atteint et qu'il ne fallait rien y changer. Leurs émules s'abritent aujourd'hui derrière une attitude de scepticisme et de méfiance vis à vis de techniques nouvelles.

D'autres ont insinué que le respect du malade, l'affection, l'humanité se délaient au fur et à mesure que monte le progrès technique. Il eut mieux valu dire, comme Ollier, que le progrès grandissant devait accentuer la vigilance morale. Mais c'est un fait, comme je l'ai rappelé plus haut, qu'il y a danger.

Notre esprit peut se laisser gagner par la lassitude. La répétition des actes, un sentiment de monotonie, la détérioration de l'environnement affectif ou matériel, la pression sociale, l'exigence des patients, justifiée ou non, mais finalement pesante, sont susceptibles avec le temps, souvent pour certains en fin de carrière, d'altérer la vigueur d'un engagement, pourtant indissociable d'un tel métier.

On a beaucoup épilogué sur l'instinct chirurgical. Pourquoi un instinct ? Pourquoi pas et mieux, un tempérament ? Mais comment le définir ? Besoin d'action, passion de la technique et du geste, soumission à des règles précises, poursuite d'un objectif thérapeutique immédiatement matérialisé, le tempérament c'est tout cela, mais exprimé à des degrés divers.

Il s'exprime, pour quelques uns, par une accumulation d'actes ne laissant aucun répit. D'autres s'accommodent d'une cadence plus mesurée, modelée sur une orientation librement choisie. D'autres enfin s'en éloignent, plus enclins à la lecture, l'analyse statistique, la compilation. Ce sont nos platoniciens ou nos sophistes. La matérialisation de la chirurgie n'est pas dans leur nature. Ils préfèrent l'abstraction. À un point tel, quelquefois, mais je caricature, qu'ils s'y mettent à plusieurs pour colliger les résultats des autres, les exprimer de manière statistique, et conclure par des évidences. Ainsi dans la lecture récente d'une revue américaine j'ai découvert que les résultats des appendicectomies laparoscopiques étaient d'autant meilleurs que le patient était jeune et résistant, l'affection moins évoluée et l'opérateur expérimenté...

L'orgueil alimente parfois le souci de faire sa place au soleil. Une communication dans un récent Congrès m'inspi-

rait pour son auteur la réflexion suivante : il s'en croit l'inventeur puisqu'il est le dernier à l'avoir pratiquée. Notre époque me paraît en effet marquée, chez de nombreux jeunes chirurgiens, par l'oubli des acquisitions du passé, manière de s'affirmer certes, mais non conforme à la vérité et à l'honnêteté. Cet oubli trouve peut-être sa source dans l'abus que nous avons fait nous-mêmes, en notre temps, du respect de l'apport de nos aînés. Ou encore dans cette règle anglo-saxonne qui ne retient dans les références que celles récentes des 5 ou 10 dernières années.

L'indifférence aux exigences que j'ai exposée plus haut est tantôt inconsciente, mais parfois consciente. Elle connaît tous les degrés. Ce peut être un moyen de défense. Ce peut être un moyen d'isolement. Ce peut être une infirmité. Cette infirmité nous la déplorons au spectacle d'un chirurgien plus préoccupé de son emploi du temps que de la qualité de son acte opératoire, incapable, en cas d'échec, d'en rechercher honnêtement les raisons et de se corriger. Incapable, s'il est enseignant, chef d'école, d'étendre à ceux qui viennent chercher auprès de lui leur éducation chirurgicale, ce souci de vérité.

Infirmité aussi chez celui qui, après avoir choisi notre métier, l'abandonne, ignore voire méprise la servitude de son exercice, refuse de s'y soumettre, tout en prétendant y jouer un rôle, voire même en dirigeant le mouvement. Seule une carapace d'indifférence est, me semble-t-il, de nature à expliquer une telle cassure. À moins que cette carapace ne s'appuie sur une autre ressource de l'esprit : le besoin de puissance.

Le besoin de puissance est inhérent à l'âme du chirurgien. Avant d'opérer l'autre, il lui faut obtenir sa confiance, le dominer. Il doit parallèlement dominer sa propre crainte, s'installer dans la certitude et la tranquillité de sa compétence. Quant à l'opération elle-même c'est parfois un défi, un combat. Dans une thèse en préparation de doctorat en philosophie que j'ai eu l'avantage de consulter, mon élève et ami Philippe Icard, professeur de chirurgie thoracique à Caen, se demande si la chirurgie n'a pas une parenté avec la guerre et la chasse, non pas seulement parce qu'elle recourt à des outils tranchants, mais parce que le chirurgien engage un combat ("combattre le mal à main armée" dit Valéry, "détruire les forces qui s'opposent à la vie" prônait Bichat), expression inconsciente d'une agressivité dont la finalité n'est pas la victoire dans une compétition sportive, la réussite en affaires, mais, au prix parfois de la maîtrise de sa propre peur, un acte thérapeutique.

Mais ce besoin de puissance n'a rien à voir avec celui qui conduit à une position haute, destinée à dominer les autres, à organiser leur travail, en leur donnant des directives. Cette dualité inéluctable et nécessaire ne peut se concevoir, à mon avis, dans le domaine de la chirurgie, que dans la mesure où le contact avec la réalité matérielle est maintenu. Celui qui s'en éloigne totalement perd le qualificatif de chirurgien.

Dans l'exercice de la chirurgie beaucoup de qualités sont requises. Nul ne peut les posséder toutes. On peut

donc, comme le relève Pierre Jourdan, observer une infinie variété de chirurgiens. Mais il existe entre les extrêmes un juste milieu, une logique, conforme au bon sens, qui tire sa source d'une analyse des qualités nécessaires. Ces qualités, il convient, ni de les exalter par outrecuidance, ni de les passer sous silence. Mais elles ont besoin d'un enseignement. Ce ne peut être qu'un enseignement pratique, pragmatique, de terrain, à tonalité variable selon les personnalités, faisant à partir de l'exemple, appel à la conscience, à la sensibilité de l'élève. C'est un enseignement socratique qui s'inscrit dans une logique de comportement et de pédagogie.

La logique, en chirurgie, peut, par extension, alimenter des considérations catégorielles, tenant par exemple au souci dans nos sociétés actuelles de cantonner le chirurgien dans son domaine opératoire, et pour le reste de le mettre à l'écart. Je m'explique à ce sujet. Lorsque Edouard Quénu, mon lointain prédécesseur à Cochin, entreprit en 1909, conseillé par Pasteur, de construire un nouveau service de chirurgie, il en fut l'architecte. Quarante-vingts ans plus tard il me fallut batailler ferme contre architectes, administrateurs, hygiénistes, comités de toute nature, pour obtenir des décisions rendant le bloc opératoire utilisable selon nos exigences et nos critères. Ainsi du respect du notable, du connaisseur d'un métier et de son environnement, nous sommes passés à la lutte d'influence ou à la mise à l'écart. Les mésaventures du plus moderne et du plus récent de nos hôpitaux parisiens sont une parfaite illustration de ces comportements illogiques. Ce constat doit nourrir notre résistance et mettre en alerte tous ceux dont l'ambition est d'améliorer leur outil de travail.

J'ai indiqué au début de cet exposé qu'un des motifs de mon choix tenait pour une part à la question que soulevait chez nous, et que pourrait soulever demain ailleurs, l'avenir de la chirurgie. Sa pratique et donc le secours apporté aux hommes sont compromis par un tarissement des vocations. Parmi les raisons avancées figurent la pénibilité du métier, d'où la réclamation d'une "autre vie", la modicité des ressources qu'il procure en contrepartie et par comparaison avec d'autres professions, l'aggravation de la responsabilité juridique. Pour tenter de remédier à cette crise, entrevue depuis des années, les gouvernements d'abord acculés par des déficits sociaux générateurs de décisions malencontreuses, étudient des aménagements destinés à atténuer une future carence de soins.

Faut-il voir dans ces seules précautions matérielles une issue possible ? N'est-ce pas un éloignement par rapport à certaines valeurs morales, plus exactement l'altération du besoin d'y épanouir la personnalité, le caractère, qui a préparé le terrain à ce relatif abandon ? Il me semble que si nous arrivions à captiver les jeunes médecins autour des valeurs qui sont propres à la chirurgie, nous aurions un espoir de renouveau. Il faudrait aussi qu'ils méditent l'exemple de ceux qui, comme vous, malgré des moyens insuffisants, un nombre restreint eu égard aux besoins de la population, affrontent avec détermination leur mission et honorent les termes du contrat qui est notre choix.

Pour terminer, je voudrais aborder la dimension métaphysique qui s'attache à notre métier. Je dis métier intentionnellement et non art, artisanat ou science. Pour moi en effet, en dépit des parentés avec la recherche de l'esthétique, la poursuite d'un objectif s'élevant au-delà du commun, la chirurgie, qui mélange artisanat, art et science donne avant tout à l'homme, un métier.

La dimension métaphysique de la chirurgie tient à ses relations avec le temps, avec le corps et avec la mort.

**Avec le temps.** Le chirurgien a cette particularité que, moins que quiconque, il ne peut compter son temps dès qu'une intervention lui est confiée. Le temps consacré à l'autre se substitue alors à son temps intime, successions d'évènements, d'impressions, de sensations, d'émotions personnelles. Au bloc opératoire, les heures s'écoulent. Certains jours, le soleil apparaît et disparaît sans avoir été entrevu. Dans l'action, la notion du temps s'est effacée. Saint Augustin dans le livre XI de ses confessions nous dit : " Si tu ne me demandes pas ce qu'est le temps, je sais ce que c'est ; dès que tu me le demandes, je ne sais plus ce que c'est ".

**Avec le corps.** Dès l'antiquité, par instinct dit Paul Valéry, nous avons entrepris d'en arracher la souffrance. Puis il nous a été abandonné. L'âme y avait pris le dessus. Il eut été indigne pour le médecin, pour le clerc, de se souiller à son contact. Indifférents à l'humiliation, animés d'une foi et d'une grande prescience, les chirurgiens sont sortis de l'ombre au milieu du 18<sup>e</sup> siècle. Ils nous ont légué un champ d'action en perpétuelle croissance. Pour les autres, notre relation avec le corps a toujours été une interrogation. C'est un fait qu'y plonger main et bras sans état d'âme, accaparé par l'aspect technique, ayant eu pour premier souci de l'acquiescer et de le maîtriser, délivrés des réticences, de la crainte ou du dégoût qu'il inspire aux autres hommes, nous donne un caractère particulier. Ajoutons une part de captation psychique qui nous apparente au sorcier. Qui nierait en effet que, pour certains de nos opérés, un regard, une parole, la douceur de la main qui palpe n'exercent un pouvoir apaisant, dont les répercussions physio pathologiques sont possibles, en tout cas les effets psychologiques certains. Bref en nous plongeant dans son intimité saignante et matérielle, le corps fait de nous des guérisseurs dont une part de pouvoir n'est pas seulement technique mais morale.

Quant à la mort, c'est notre ennemi mais elle nous côtoie, d'une manière qui aujourd'hui heureusement n'a rien de commun avec un passé récent. Imaginez l'âme ou le caractère qu'il fallait avoir à l'époque où, devenue une possibilité de salut, l'opération pouvait se solder par une mortalité considérable. Comment affronter un regard au moment de la décision, comment assumer les échecs répétés ? Nous sommes sortis de cet âge. Mais la mort est encore là. L'intention de la combattre doit-elle nous conduire au-delà du raisonnable ? Mais où est cette frontière ? Comment dominer sa réminiscence lorsqu'au contraire elle s'est imposée par surprise, à la faveur d'une erreur d'appréciation, de réaction, d'organisation. Où avons-nous conduit l'autre, porteur de sa croyance, de ses espoirs, de ses affections ?

Une plus grande responsabilité encore se dessine avec les progrès de la génétique. Déjà, pour certaines maladies, la lutte contre la mort commence dès la naissance chez les sujets porteurs du gène prédisposant. Anticiper par une intervention préventive pour un risque putatif, ou se mettre en embuscade à partir d'une relation juste avec la potentielle victime, tels sont les nouveaux dilemmes qui s'imposent aux chirurgiens.

Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères, j'ai le sentiment, dans cette réflexion sur quelques rapports entre philosophie et chirurgie, de m'être largement inspiré de mon expérience personnelle, avec les moyens dont j'ai disposé, et qui sont, pour les priorités, les ressources, différents des vôtres. En réalité, les contingences s'effacent devant le caractère universel de notre exercice. Où que nous soyons, et quelle que soit la nature des obstacles, il me semble que le seul fait de passer du particulier au général, de soulever, sans indulgence ou complaisance à notre égard, mais sans non plus d'introspection malsaine, des questions qui tiennent à notre démarche, à notre environnement, est de nature à nous enrichir et à orienter, comme il convient, en fonction des besoins, la pratique ingrate et enrichissante qui est la nôtre.