

Le chirurgien, le droit et la philosophie À propos de « Petite philosophie de la chirurgie »

Surgeons, law and philosophy

Philippe Hubinois

*Chirurgien, docteur en droit, docteur en philosophie
Expert près le TGI de Paris et la CAA de Paris.*

Mots clés

- ◆ Chirurgie
- ◆ technique
- ◆ progrès
- ◆ droit
- ◆ loi
- ◆ justice
- ◆ faisabilité
- ◆ légitimité

Keywords

- ◆ Surgery
- ◆ technology
- ◆ scientific progress
- ◆ law
- ◆ justice
- ◆ feasibility
- ◆ justifiability

Résumé

De tout temps, chirurgie, droit et philosophie ont entretenu des rapports intimes, comme la vie de Rabelais, entre autres, pourrait nous le rappeler. En ce XXI^e siècle débutant, la transmission instantanée de l'image et du son à des milliers de kilomètres, la consultation en un seul clic par le non-spécialiste des traités de médecine sur le net, la rapidité exponentiellement croissante du progrès technique, jointes à la multiplication consumériste des mises en cause judiciaires, obligent le chirurgien à une transparence accrue de ses indications et de sa technique, ainsi qu'à une remise en question permanente de ses connaissances et de ses procédures. Il nous apparaît que l'une des meilleures manières pour lui de ne pas céder sur sa passion, qui sous-entend une appétence inentamée pour le progrès technique, en évitant cependant de prêter le flanc à une critique constatant la possible dangerosité de son activité, est de ne pas sacrifier la proximité clinique et éthique avec son patient à la constante évolution de la technique chirurgicale.

Abstract

Surgery always stood near law and philosophy. In the twenty-first century, Internet allows everyone to consult medical books almost instantly. Law trials have become more and more frequent. In their daily practice, surgeons must protect themselves from strict productivity, keeping a real proximity with their patients, using technology progress when its safety has been really proved. Such a practice is the only way to best avoid law trials.

Parler en quelques lignes des intrications possibles entre la chirurgie, le droit et la philosophie, résumer un ouvrage qui en traite n'est pas chose aisée.

Quelques mots cependant, non pas sur la « philosophie de la chirurgie », mais plus prosaïquement sur « le chirurgien, le droit... et la philosophie ».

Pourquoi chirurgie-droit-philosophie, dans cet ordre ? Parce que je pense que si le droit peut rendre notre métier désormais parfois plus difficile, la « philosophie » me semble par contre rester, pour le chirurgien, un fidèle allié dans les difficultés, à la condition qu'il veuille bien la considérer non pas comme une pure abstraction, mais comme une philosophie « pratique », une philosophie en acte.

Il est traditionnel de penser qu'il ne peut y avoir aucun point commun entre la chirurgie et la philosophie. On associe habi-

tuement philosophie et contemplation, philosophie et discours (*logos* disaient les Grecs anciens). Alors qu'à l'opposé la chirurgie est tout sauf une contemplation ; il y est question avant tout d'action (*ergon* en grec). La chirurgie est étymologiquement *kheir-ergon*, c'est-à-dire la tâche, le travail de la main. Pour cette raison et jusqu'à un édit royal de 1691, qui sépara définitivement chirurgiens et barbiers-perruquiers (1), le chirurgien fut longtemps associé aux « mécaniques », de purs ouvriers manuels.

De quelle philosophie s'agit-il ici ?

En réalité, ni la philosophie ni la chirurgie dont je veux ici parler ne me paraissent totalement exprimées par de telles

Correspondance :

philippe.hubinois@wanadoo.fr

associations de mots. Il ne s'agit pas pour moi de la philosophie académique ; car dans celle-ci le philosophe, au fil des siècles, s'acharne à construire un « système » philosophique, censé tout englober de la vie des hommes, de leur vie de tous les jours, de leur vie professionnelle, de la vie des peuples et des nations. Un autre système pourtant, tout aussitôt, vient remplacer le précédent, à peine est-il élaboré, découvrant toujours l'inévitable faille par où ce système péchait. Non, il s'agit d'une philosophie plutôt prise au sens que lui donne Bergson : « *la philosophie n'est pas une construction de système, mais la résolution une fois prise de regarder naïvement en soi et autour de soi* » ; cette capacité à prendre du recul sur l'activité quand on le peut - et peut-être même que l'on doit se contraindre à prendre - et qui remet en question systématiquement des problèmes semblant pourtant définitivement réglés. Philosophie au sens foucauldien donc aussi, dans la mesure où pour Michel Foucault (dont le père et le frère étaient chirurgiens) la philosophie n'est pas une pure et abstraite théorie, mais une pratique, et même une pratique quotidienne, par laquelle le sujet « travaille sur soi ». Voici la philosophie dont il est pour moi question.

Mais de quelle chirurgie est-il alors question ?

Le dictionnaire Robert (édition 2003) donne la définition suivante de la chirurgie : « *partie de la thérapeutique médicale qui comporte une intervention manuelle, avec des instruments, aidée d'appareils (laser, robot)* ». Le chirurgien est installé ici dans la posture du manuel, même s'il n'y est pas totalement réduit, dans une position de « mécanique » comme l'on disait au Moyen Âge.

Pourtant au Moyen Âge déjà, Henri de Mondeville, l'un des plus grands chirurgiens de l'époque et chirurgien de Philippe le Bel et de Louis X (dont il embaumait le cadavre), aimait à rappeler à ses concitoyens que le chirurgien ne pouvait agir qu'à l'unisson de la nature ; il concevait cette dernière au triple sens de : nature environnante et « mécatrice » (une nature qu'il fallait « aider, diriger, sans jamais la contrarier », disait Mondeville) ; nature humaine ; environnement sociétal. Il écrivait en 1306 dans *Cyurgia*, son grand traité de chirurgie, que « *la nature est comme le joueur de viole dont la musique conduit et règle les danseurs* ». « Nous », disait-il, « *les médecins et les chirurgiens, nous sommes les danseurs et nous devons danser en mesure, quand la nature joue de la viole* ».

Mondeville inventa la suture colique au fil de soie, le porte-aiguille, la contre-incision et pratiqua la ligature vasculaire dans les amputations bien avant Ambroise Paré (mais après Abdoukassim, chirurgien arabe, qui la préconisait déjà au X^e siècle) ; il sous-entendait par là que notre métier avait, à côté de sa part manuelle, une large part intellectuelle d'appréciation raisonnable de ce qui peut et doit être fait.

Et l'on voit alors que la chirurgie ainsi conçue et la philosophie conçue au sens bergsonien ou foucauldien ne sont plus si éloignées.

Ce que Mondeville toutefois ne pouvait prévoir, c'est que le chirurgien allait devenir, à la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e, non plus un danseur qui danse au son de la viole ni seulement un technicien toujours plus aventureux pour le bien de ses patients, mais un homme « pressé » à qui la « philosophie » - philosophie cette fois-ci au sens le plus familier du mot, supposant résistance et même parfois révolte - allait devenir de plus en plus indispensable.

Le chirurgien du XXI^e siècle est un homme « pressé »

Mais pourquoi, par quoi cet homme est-il devenu pressé, en

nos temps dits postmodernes ?

Il me semble que c'est par trois ordres de contraintes schématiquement : des contraintes économiques, des contraintes juridiques et judiciaires, enfin, et ce ne sont pas les moindres, des contraintes techniques.

- **Le chirurgien du XXI^e siècle, un homme « pressé » par des contraintes économiques, d'abord.** Dans le plan hôpital 2007, dans celui de 2012 et ceux qui suivront, le secteur public de la médecine en France est de plus en plus confronté, au même titre dorénavant que le secteur dit « libéral » mais pour d'autres raisons, à des obligations de productivité et d'efficacité, c'est-à-dire d'efficacité au moindre coût. Si de telles obligations ne posent pas de problème majeur dans les prestations de service non médicales, il en est autrement en médecine et en chirurgie. Car opérer toujours plus de patients, tout en économisant davantage et en recherchant une qualité des soins croissante n'est pas loin de réaliser la quadrature du cercle. Il n'est pas sûr non plus que le « consommateur de santé » conçoit l'action directe sur son corps avec la même sérénité qu'il n'envisage les prestations commerciales habituelles.
- Deux éminents enseignants-chercheurs en gestion et management ont montré, dans un article récent du quotidien *Le Monde* du 26 décembre 2007 (2), que l'application à l'hôpital de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), associés à un financement exclusif au travers de la tarification à l'activité (T2A), à un contrôle par les résultats et à des primes à l'activité n'était pas, selon eux, la bonne manière pour obtenir une « performance accrue à l'hôpital ». Pire, ils considèrent même qu'une telle politique, confrontée à la fréquence de l'imprévisible en matière médicale, pourrait nuire à la créativité des établissements et aboutir à « éviter l'hospitalisation des cas complexes ou polypathologiques ». Pour ces auteurs, le déficit « ne mesure que l'écart entre ce que l'État juge souhaitable de dépenser pour les hôpitaux et ce que ceux-ci dépensent effectivement » et résulte à ce titre « non pas d'un équilibre économique comme sur un marché, mais d'un choix politique ».
- En chirurgie plus spécifiquement, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a déclenché en 2007, dans de nombreux établissements-pilote d'Île-de-France, des exercices - dits de *benchmarking* - de comparaison du fonctionnement des blocs opératoires. On trouve dans ces évaluations non seulement la mesure des temps opératoires, ce qui est banal, mais aussi, parmi d'autres, un indicateur destiné à mesurer les « débordements » (c'est le terme employé) par rapport aux temps d'intervention habituels. Ce qui représente indéniablement une sage mesure en termes d'organisation et de management du bloc opératoire, mais pose quelques questions éthiques pour ce qui est de l'exercice de la spécialité chirurgicale. Car si l'on n'y prenait garde, on pourrait revenir par ce biais au temps pré-anesthésique où la qualité la plus décisive et la plus incontournable du geste chirurgical était la seule rapidité de l'intervention.
- **Le chirurgien, un homme « pressé » aussi par les contraintes juridiques et judiciaires.** Avec une particularité en ce début de XXI^e siècle : au temps relativement long de la justice s'oppose le temps de plus en plus court du législateur. La loi, qui s'adapte à l'évolution des mœurs, votée par les représentants du peuple, peut être tentée parfois, consumérisme ambiant oblige, de donner aux problèmes une solution rapide, une solution qui pourra réserver ultérieurement quelques surprises... Un exemple en chirurgie : le traitement législatif de l'infection dite « nosocomiale », qui prit en 2002 l'étymologie de ce vieux mot d'origine grecque strictement à contresens. On choisira d'accorder pourtant à ces infections un régime juridique exceptionnel en droit médical, dérogeant au droit commun de la responsabilité médicale, celui d'une responsabilité de plein droit ou de responsabilité objective, avec une obliga-

tion de sécurité-résultat et une exonération de responsabilité par la seule « cause étrangère ». Il faudra aux tribunaux et à la Justice cinq longues années de travail et de décisions pour venir remettre en question certaines approximations théoriques, un peu trop rapidement intégrées à la loi. En 2007, sur le site du Ministère de la Santé, on ne parle plus d'infections nosocomiales mais « d'infections associées aux soins », sans que bien sûr il ne faille voir dans cette périphrase une reconnaissance automatique de la culpabilité du système de soins et/ou des praticiens. Ce que l'Académie de médecine rappelait déjà en 2001 et confirmait le 17 janvier 2006. Sur ce site, il est également précisé que les deux tiers des infections associées aux soins peuvent être considérés comme inévitables. En un mot, dans un monde de la stricte causalité, qu'on pourrait dire « *mécanistique* », où il faut d'ores et déjà en médecine à chaque événement indésirable une cause, chassez le « hasard » ou l'aléa par la porte, il rentrera par la fenêtre...

- Le chirurgien, un homme « pressé » enfin, et là n'est pas la moindre contrainte qui pèse sur lui, par des contraintes techniques. Le goût marqué des « consommateurs de santé » pour les techniques de pointe et les techniques chirurgicales sensationnelles relayées par les médias est devenu de jour en jour plus grand, à mesure que la diffusion des « exploits » auxquelles elles donnaient lieu se faisait plus rapide et plus facile, grâce à l'informatique.
- Il ne s'agit pas ici de la *technè* grecque, qui n'était autre que l'art de l'artisan ou du médecin, un art tout en finesse, comportant un ensemble de règles et de savoirs, mais de la technologie (on emploie ce dernier mot parfois de nos jours en lieu et place du mot technique, alors qu'au sens premier il s'agit du discours sur la technique), une technologie dont l'essor est permanent, sans jamais de pause pour la réflexion, ce que n'imaginait sans doute pas Jean-Louis Faure au siècle dernier, quand il écrivait, en 1928 : « *La chirurgie a été portée à un degré de perfection qu'elle ne dépassera plus. Nous avons la certitude de tenir aujourd'hui la vérité chirurgicale, et rien ne saurait la détruire... Il n'y a plus rien à faire ; il n'y a plus rien à tenter. C'est une profonde satisfaction d'esprit de nous rendre compte que nous assistons aujourd'hui à l'apogée* ».
- Où l'on voit que le « progrès » techno-scientifique a parfois marqué des arrêts dans notre spécialité au cours du XX^e siècle, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. On pourrait donner comme preuve de cette accélération exponentielle de la « technique » l'apparition, vingt ans après le développement de la coelioscopie et alors même que celle-ci est loin d'être évaluée dans toutes ses indications, de la chirurgie transluminale. La réalisation d'interventions chirurgicales « sans cicatrice » est séduisante, même si elle ne fait en réalité que reporter celles-ci de la peau vers des zones profondes, invisibles certes mais potentiellement septiques et peut-être parfois moins anodines que de petites incisions cutanées (3). Mais elle est surtout le moyen de poursuivre le développement de centres de compétitivité médico-industrielle, capables d'exporter à l'étranger des technologies nationales. Capables aussi d'entraîner des progrès dans la chirurgie courante, à partir des applications des procédés « de pointe ».
- Axel Kahn, pour juger du « progrès technoscientifique », propose une analyse en trois ordres : l'ordre de la faisabilité (c'est le critère technique de l'expertise, celui du vrai et du faux, celui de la science), l'ordre de la rentabilité (c'est le critère économique) et l'ordre de la légitimité (c'est le critère de l'éthique, le critère « du bon et du mauvais » pour l'homme). Axel Kahn établit une hiérarchie entre ces trois ordres, jugeant personnellement qu'il convient de toujours apprécier la faisabilité et la rentabilité à l'aune de la légitimité.
- Une telle analyse oblige en chirurgie à prendre du recul, du temps, avant d'admettre qu'à chaque progrès technique

correspond inmanquablement et systématiquement un progrès au plan humain et/ou social. Faisabilité n'est pas synonyme obligatoire de progrès, au moins immédiatement, avant que le temps n'ait permis une juste évaluation de la découverte.

- Le goût prononcé du « consommateur de santé » du XXI^e siècle pour les techniques sensationnelles est véritablement paradoxal puisqu'il s'accompagne d'une stricte intolérance à l'accident quel qu'il soit, alors même que l'on sait pertinemment que celui-ci est plus fréquent dans la phase de développement des nouvelles techniques.
- Mais, au-delà même des phases de développement des nouvelles découvertes, dans le domaine de l'action sur le vivant, la stricte causalité (à tout événement il faut une cause) n'exclut pas l'aléa, comme Martin Heidegger l'exprimait déjà il y a cinquante ans, en écrivant : « *toutes les sciences qui ont en vue le vivant doivent, en toute nécessité, justement pour rester rigoureuses, s'établir hors de la dimension de l'exactitude* ».
- L'objectif du « zéro défaut » en chirurgie en particulier ne peut représenter autre chose que ce que Kant appelait au XVIII^e siècle un « idéal régulateur », c'est-à-dire un idéal qu'il faut inlassablement tenter d'approcher, sans avoir une seule chance de l'atteindre jamais.

Comment rester passionné malgré les contraintes ?

Alors, écartelé entre les demandes sans cesse croissantes du consommateur de santé, les restrictions budgétaires par temps de crise, la rigueur judiciaire et les pièges de la technique, le chirurgien peut-il pourtant, pour exercer correctement son métier, aujourd'hui comme hier, rester passionné, s'il est vrai, comme le dit Kierkegaard que « *l'homme qui s'est perdu dans sa passion a moins perdu que l'homme qui a perdu sa passion* » ?

Comment peut-il conserver la passion d'opérer, sans s'y perdre, malgré les contraintes ?

Pour exprimer mon opinion sur ce point, je voudrai faire ici un rapide détour par la mythologie grecque. Chiron (*kheir-on*, c'est-à-dire le « manuel ») est le premier des chirurgiens. C'est un centaure, cet être « monstrueux », ni homme, ni animal. Mais c'est un centaure bon et sage, à l'opposé de ses frères. Ce demi-dieu, né de Saturne, à qui l'immortalité est promise, décide d'en faire don à Prométhée, préférant passer sa vie de mortel à enseigner la médecine et la chirurgie à Asclépios (Esculape), dont l'hagiographie fait descendre Hippocrate.

Détour pour rappeler que si le métier de chirurgien ne va pas sans désir de changement, en particulier sans appétence pour les nouvelles techniques, il suppose pourtant en même temps un souci constant de proximité avec l'opéré, proximité que seule la clinique et la réflexion sur le métier nous permettent de conserver inentamée. C'est dans une dialectique permanente entre le désir et la proximité que l'action quotidienne du chirurgien se construit, une dialectique qui n'est autre finalement que l'application du *primum non nocere* hippocratique.

Et si l'on voulait, par analogie avec les trois ordres d'Axel Kahn, caractériser en trois ordres l'activité, l'*ergon* du chirurgien, ce pourrait être : l'ordre de l'esthétique, celui de l'*aïsthésis* des Grecs, l'ordre de la sensation, qui laisse dorénavant de plus en plus de place à la vision, immédiate ou magnifiée par l'électronique, et qui est purement technique. Puis celui de la *praxis* (ou de l'action au quotidien), qui n'est plus seulement d'ordre technique mais aussi d'ordre intellectuel. Et enfin celui de la réflexion sur l'action et le métier.

C'est la réflexion sur l'action et sur le métier qui « seule » peut aider à construire un rempart, fût-il mince, entre la sensation et l'action chirurgicales au quotidien d'une part, et

la judiciarisation de l'activité d'autre part.

La réflexion sur l'action chirurgicale (que l'on peut peut-être qualifier de « philosophie de la chirurgie ») reste donc le plus fidèle allié du chirurgien, dans l'adversité.

C'est ce que Nietzsche nous signifie, sans doute, dans cette citation : « *tout art, toute philosophie peuvent être considérés comme un remède et un secours au service de la vie en croissance, en lutte* », dans une vision bien sûr beaucoup plus générale que sa seule application à notre métier commun.

Références

1. Hubinois P. Petite philosophie de la chirurgie. Paris: Michalon; 2006. p. 56-61. (Encre marine).
2. de Geuser F, Saulpic O. Hôpitaux : une gestion à repenser. Le Monde; 26 décembre 2007:13.
3. Bulletin du cancer 2007;94 (12):1033-4.