

## La décision en chirurgie

Pierre DEVALLET  
Montauban

Décider, c'est trancher.  
Décider, c'est analyser et choisir.  
Décider, c'est pouvoir et agir.  
Décider, c'est **penser**.

Décider, c'est exprimer et assumer sa liberté, son autonomie, sa dignité humaine.

De la *décision* à l'*incision*, le tronc commun étymologique est la césure.

D'*incision* à *précision*, le lien transitif avec la chirurgie s'impose de lui-même.<sup>1</sup>

Où pouvait-on donc trouver une plus grande proximité entre la pensée et l'acte, dans ses fondements comme dans ses conséquences, que dans l'exercice de la chirurgie considérée comme un artisanat de « sur mesure », et non comme un « prêt à porter » standardisé ?

La notion plus ou moins galvaudée de « précision chirurgicale » reste une référence, même dénuée de tout objectif de soins, et témoigne encore maintenant, dans l'imaginaire collectif, du rapport étroit qui existe entre efficacité du geste et « tempérament chirurgical », considéré comme « *la qualité d'une personne qui sait rapidement prendre parti et ne revient pas sans motif valable sur ce qu'elle a décidé. Ce peut être aussi la fermeté de caractère d'une personne qui sait prendre et assumer des choix difficiles.* »<sup>2</sup>

Si le chirurgien est « *par excellence un homme d'action* » (Paul BOURGET), il est donc fondamentalement « un décideur », qui donne un sens tout particulier au mouvement, au geste, pour en faire un acte...chirurgical, source d'émotions toutes particulières, pour le patient comme pour l'opérateur.

Cette conception de l'acte chirurgical, global, et du chirurgien, semble être remise en cause par une évolution sociale inédite qui modifie la hiérarchie des castes, et déclasse le médecin, hors du cercle des « décideurs ». La pensée et l'acte se séparent, l'acteur cède le pas au médiateur-contrôleur du lien formalisé, la responsabilité de chaque décision « médicale » est noyée dans l'anonymat, l'émotion de la décision personnelle risquée mais aboutie disparaît devant le principe social de précaution qui fige et norme la relation des consciences humaines, la réflexion individuelle ou duelle cède le pas à une stratégie collective fondée sur des algorithmes élaborés par des machines, la relation chirurgien/patient est sans cesse revisitée, évaluée en terme d'efficacité **mesurable**, à l'aune de celle entre un pilote d'avion et sa machine....

« *L'écart qui jusque-là séparait les êtres entre eux et entre les êtres et les choses (qui) peu à peu se réduit* ».<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> « qualité de la personne qui fait les gestes exactement appropriés à une situation, à une action » avec... *adresse et... précision* (CREVECOEUR, *Voyage*, t.1, p.234). Empr. au lat. d'époque impériale *praecisio* « action de couper, de retrancher », formé sur le supin *praecisum* de *praecidere* (v. *précis*). Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

<sup>2</sup> Wikipédia : « décision » <https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9cision>

<sup>3</sup> Eric SADIN : *La Vie algorithmique. Critique de la raison numérique*, Paris, L'Échappée, coll. « Pour en finir avec », 2015 ; cité par MDUGAIN et C. LABBÉ in : « L'homme nu » Ed. Robert LAFFONT / PLON

## Le principe de décision

Intuitivement, chacun a sa conception sur la façon dont il prend une décision. Cependant, toutes les décisions ne sont pas les mêmes : consciente, inconsciente, longuement réfléchie, rapide, individuelle, collective, autant de caractéristiques qui complexifient une notion à connotation faussement simple.

La décision est intimement liée à l'action. Pour certains, elle est l'action.

Ainsi, elle relève de la « *philosophie de l'action* » des penseurs antiques.

L'homme a toujours voulu marquer son environnement de sa volonté, par ses décisions, qui s'opposent à une activité purement réactionnelle, adaptative, commune aux règnes végétal et animal. Cette attitude volontariste relève des mêmes concepts que la pensée humaine, apparue au cours de l'évolution.

Si je suis, c'est que je pense, et *si je pense, je décide*....

L'action est envisagée comme un déplacement de masses, par des muscles, un *mouvement*.

Intuitivement toujours, c'est la volonté qui est à l'origine de la décision, mais il existe des mouvements, y compris corporels, qui échappent à ce processus volontaire (les mouvements automatiques, la motricité digestive, les réflexes, etc.): dans ce cas, ils sont liés à notre cerveau le plus ancien, partagé avec nos très anciens cousins ancêtres reptiliens. L'avènement de nos actions réfléchies, décidées, ne survient qu'à partir de notre cerveau le plus récent, le télencéphale et le développement plissé du cortex.

Il existe aussi des « non-mouvements » qui sont le résultat d'une décision, comme des décisions entraînant des « actes intellectuels » sans mouvement musculaire immédiat...mais même ceux-là devront se traduire en actes formalisés par une motricité musculaire, celle de la communication active, orale ou scripturale.

La décision n'est pas toujours action musculaire, et l'absence de mouvement extériorisé peut-être aussi le fruit d'une réflexion, d'un calcul.... Une étude statistique, dans les milieux du football professionnel, a établi qu'un gardien de but, dans son « *angoisse au moment du penalty* », avait un fort pourcentage de chances d'arrêter le ballon...en ne bougeant pas de sa position centrale, plutôt que de choisir un côté où « plonger ».

Par ailleurs, l'absence de choix de mouvement n'est pas une décision sans conséquences.

Comme l'a fort bien démontré Henri LABORIT<sup>4</sup>, l'animal – et l'homme – réagissent devant une situation de stress suivant trois attitudes :

- L'action, le combat, la lutte pour réduire cette situation de stress : c'est la solution qui va stimuler les centres et les circuits nerveux de la récompense et permettre de renouveler cette expérience.
- La fuite : c'est une solution de protection du sujet mais c'est aussi une attitude de décision
- Enfin le statu quo, *l'indécision* : c'est la plus mauvaise solution pour la protection mentale et physique du sujet concerné. En termes d'actions, il peut s'agir d'une délibération prolongée, à condition que celle-ci ne le soit pas trop, auquel cas elle est génératrice d'un stress pathologique : c'est le principe de qui s'auto mutile soit de façon visible soit de façon invisible.

En médecine, la décision se traduit de façon classique par l'élaboration du *diagnostic*, puis la *prescription*, puis éventuellement par la *réalisation de l'acte technique prescrit*

---

<sup>4</sup> Henri LABORIT « Éloge de la fuite » 1976

En chirurgie, jusqu'à maintenant dans la plupart des cas, le prescripteur décideur est aussi l'effecteur technique de l'acte prescrit ; la prescription est *l'indication opératoire*, l'acte effecteur *l'intervention chirurgicale*.

Quel que soit le type de décision, il y a toujours une première phase de « délibération » : celle-ci peut être très brève, ou très longue, consciente (le « cas de conscience ») ou inconsciente, individuelle ou collective.

Cette délibération peut être aussi envisagée comme anticipée, voire même standardisée. Cette conception sous-entend que la décision/délibération peut se traduire en termes de « réaction », à un stimulus extérieur, une information afférente à laquelle le cerveau va répondre par une action. C'est bien en effet le cerveau qui est à l'origine d'une action/décision.

En approche neurophysiologique de l'action musculaire, les travaux d'Alain BERTHOLZ<sup>5</sup> sur « *le sens du mouvement* » ont apporté des notions tout à fait intéressantes sur les rapports entre le cerveau et la pensée.

*« le cerveau est avant tout une machine biologique à aller vite en anticipant ».*

*« Le cerveau ne traite pas les informations des sens indépendamment les unes des autres. Chaque fois qu'il engage une action il fait des hypothèses sur l'état que doivent prendre certains capteurs au cours de son déroulement. »*

BERTHOLZ affine une « théorie motrice de la perception » :

*« la perception n'est pas seulement une interprétation des messages sensoriels : elle est contrainte par l'action, et les simulations internes de l'action, elle est jugement et prise de décision, elle est anticipation des conséquences de l'action. »*

Le cerveau est un « simulateur d'actions », comme on parle d'un simulateur de vol...

Pour ce professeur au Collège de France, co-directeur du laboratoire de physiologie de la perception et de l'action, cette conception s'appuie sur une architecture neuronale revisitée. Il décrit par le menu des liaisons neuronales d'une complexité extrême, mais observées de manière scientifique :

*« ces mécanismes enseignent d'abord que la décision qui adopte un comportement plutôt qu'un autre ne consistent pas à construire ex nihilo un comportement adapté à une situation donnée. Nous disposons d'un répertoire de comportements bien définis. La décision est donc d'abord sélection de comportements déjà présents. Bien sûr ces comportements peuvent avoir été appris ou appartenir au répertoire génétique de l'espèce ».*<sup>6</sup>

Son exemple d'une course de ski est transposable de manière extrêmement facile à l'acte chirurgical :

*« le champion de ski ne peut pas vérifier en permanence, et en continu, l'état de tous ces capteurs sensoriels ; il simule mentalement le décours de son trajet sur la piste, et ce n'est que de temps en temps, de façon intermittente, son cerveau vérifie si l'état de certains capteurs sensoriels est conforme à sa prédiction de l'angle des genoux, la distance au piquet etc... »*

*Nous appellerons ces groupements de capteurs des « configurations » et nous dirons que le cerveau vérifie la configuration de capteurs spécifiés en même temps que le mouvement est programmé. »*

*« L'ensemble des capteurs sensoriels qui nous permet d'analyser le mouvement et l'espace donne ce que nous appellerons le sens du mouvement ou kinesthésie... »*

*« Ainsi le cerveau peut utiliser la mémoire pour prévenir les conséquences de l'action. »*

---

<sup>5</sup> Alain BERTHOLZ : « le sens du mouvement » O.Jacob 1997 réédition 2013

<sup>6</sup> Alain BERTHOLZ : « La décision » O.Jacob 2003 réédition 2010

Les décisions humaines ne seraient donc ni des réactions simples à des stimuli sensoriels de protection ou de survie émanant de l'environnement, ni le résultat de « superstructures » évanescentes indépendantes de l'architecture neuronale...

Le cerveau serait un organe pro-actif et anticipateur, un vrai simulateur d'actions qui teste en permanence un certain nombre d'actions possibles par une perception active et non passive, pour déterminer in fine celle qui convient le mieux à un cahier des charges complexe, et souvent inconscient, et donner ainsi un « sens au mouvement ».

C'est dire l'importance de l'expérience individuelle, mais aussi du temps nécessaire à son acquisition, avant l'accomplissement d'une mission, et de sa nature personnelle :

*« l'expérience est une lanterne sourde qui n'éclaire les pas que de celui qui la porte. »*

Appliquée à l'exercice chirurgical, comment ne pas reconnaître une parfaite adéquation de cette théorie avec l'importance d'une acquisition de connaissances « théoriques » dans une base de données cognitives en permanente expansion , mais également avec les *acquis de l'expérience* qui sont autant de scénarii dynamiques gravés par répétition, dans lesquels le chirurgien va puiser avant même que sa main ne bouge, pour se créer un plan d'action et stratégique que sa main suivra presque automatiquement , en précédant la conscience même du geste effectué ?

Quel chirurgien ne s'est pas surpris, comme un conducteur sur l'autoroute, à poursuivre une dissection précise mais routinière, alors même que sa pensée s'est mise à dériver, durant quelques secondes, vers d'autres préoccupations ?

Comment expliquer autrement la facilité apparente de maniement d'une caméra d'arthroscopie par un opérateur entraîné, dont le « Système de Positionnement Global » (GPS) personnel s'est formé au fil du temps ? Quand sa « décision », son intention, est d'aller manipuler telle structure hors du champ avec sa main dominante, son autre main, tenant la caméra, a déjà anticipé, sans réflexion consciente, en modifiant de quelques degrés de rotation et de quelques millimètres de translation la position de l'optique...Le plan de travail s'effectue en amont de la conscience, autoprogrammé...

Dès le premier contact avec un consultant, le processus de soin n'est qu'une suite de « décisions » qui suit un plan de route reproductible, un canevas, que le chirurgien va étoffer tout au long de la consultation, en temps réel, dans un permanent aller-retour entre réception d'informations qu'il suscite et adaptation de stratégies qu'il sélectionne dans sa bibliothèque personnelle.

Cette bibliothèque n'est jamais parfaite, idéale, exhaustive.

*Mais « l'expérience montre, en effet, que les praticiens expérimentés mobilisent des ressources cognitives non calculatoires permettant de combler la béance de savoir et d'information. Il est notoire que les cliniciens avertis émettent précocement au cours de leur démarche une ou plusieurs hypothèses diagnostiques alors même qu'ils savent très peu de choses du patient. L'opération mentale consiste à sélectionner la bonne information a priori et à ce propos, on peut parler de véritable stratégie diagnostique en situation d'incertitude. »<sup>7</sup>*

A toutes les étapes du processus de soin, il semble que les décisions médicales, rejoignant les théories de BERTHOLZ à partir de ses constatations neurophysiologiques , soient essentiellement de type analogique. Mais les bibliothèques de choix possibles pour l'action ne sont pas toutes identiques d'un homme à l'autre ; elles sont certes héritières d'un fond

---

<sup>7</sup> Alain Charles MASQUELET : : Penser la relation de soins . Pour une approche clinique renouvelée Ed Seli Arslan 2011

d'espèce, mais aussi de culture, de civilisation, d'une morale, d'une Histoire, d'un « récit » à la fois collectif et très personnel.

Il semble même, selon plusieurs études, que nous ne réagissons pas de la même manière à des problèmes moraux lorsqu'ils nous sont exposés dans notre langue maternelle ou dans une langue étrangère.<sup>8</sup>

Et il ne s'agit pas non plus d'aller simplement puiser dans une base de données la solution adaptée à un cas qui serait d'abord analysé de façon statistique, numérique, ce dont rêvent les tenants d'une médecine sans médecins, numérisée, et débarrassée du principe d'incertitude qui imprègne la relation de soins, et qui en fait une relation *humaine*.

La décision médicale, si elle emprunte certainement et avec profit aux deux, ne relève strictement ni de la théorie probabiliste ni de celle de l'analyse des cas passés.

Ces deux théories, avec leurs apports positifs mais aussi leurs limites dans la construction du diagnostic et le choix d'une thérapeutique, ne permettent pas, à elles seules de rendre compte des mécanismes décisionnels en médecine de l'Homme.

*« En réalité, sur l'échelle de la certitude des états de la certitude quasi absolue (toutefois jamais absolue) jusqu'à l'ignorance totale, plusieurs modèles de prise de décision coexistent. En situation de quasi-certitude par exemple, la décision converge vers l'espérance d'une utilité optimale. En situation d'ignorance, qui traduit une incertitude radicale, c'est le raisonnement hypothétique in abstracto caractéristique de l'application du principe de précaution qui prévaut. En réalité, le décideur est confronté à une méta décision qui implique une sélection du modèle ad hoc sans que la démarche soit à l'évidence formalisable de façon continue. »<sup>9</sup>*

Car la médecine humaine, et au grand dam des adeptes militants d'une médecine « scientifique », reste avant tout liée à la caractéristique de l'homme : la complexité de sa pensée.

Et la décision médicale est liée à la *pensée*, apanage de l'esprit humain, une pensée capable de jugement, d'une appréciation d'une situation qui va engager l'homme dans sa relation au monde.

La décision, comme la pensée, procède donc aussi de la philosophie morale, très présente dans la philosophie antique, réactivée par Spinoza et Kant, et fortement présente au XX<sup>e</sup> siècle, encore récemment développée, après la deuxième guerre mondiale, par des penseurs comme Hannah ARENDT.

Les notions de « vertu », de « bien » et de « mal » participent pleinement au processus de délibération préalable à une décision. Comme l'exprime AUGUSTIN, évêque d'Hippone, (354-430) :

*« l'homme qui, connaissant le bien, ne parvient pas à le faire, perd le pouvoir de savoir ce qui est bien ; et l'homme qui, ayant le pouvoir de bien faire, ne le veut pas, perd le pouvoir de faire ce qu'il veut »<sup>10</sup>*

L'action, si elle est décision, suppose l'intention, et une volonté d'atteindre un objectif que le sujet s'est lui-même fixé, en toute liberté.

---

<sup>8</sup> <http://www.lesechos.fr/idees-debats/sciences-prospective/0211295221455-votre-morale-change-en-fonction-de-la-langue-que-vous-utilisez->

<sup>9</sup> Alain-Charles MASQUELET : op.cité

<sup>10</sup> AUGUSTIN : De libero arbitrio, 3.19.53 p.181

*« Toute action ayant son contraire, il n'est pas possible de ne pas choisir : la dignité, lorsqu'elle est libérée de la volonté, s'enracine dans la pensée, et l'agir humain obéit à cette opposition inéluctable que constitue le couple agir-ne pas agir » <sup>11</sup>*

L'action de soigner relève incontestablement d'une intention de bienveillance, de « sollicitude » (Paul RICŒUR), et non pas seulement de la recherche d'une activité lucrative ou d'une nécessité « objective », utile seulement à la survie biologique de l'espèce... Prendre soin des faibles s'oppose même clairement à une évolution naturelle purement darwinienne où seuls les adaptés, les « résistants » seraient favorisés pour survivre... La dignité est ce qui reste à l'Homme quand la souffrance et la maladie lui rappellent sa fragilité et l'échéance inéluctable de sa mort, dont il est le seul dans l'univers connu à avoir conscience par sa pensée :

*« Mais, quand l'univers l'écraserait, l'homme serait encore plus noble que ce qui le tue, parce qu'il sait qu'il meurt, et l'avantage que l'univers a sur lui, l'univers n'en sait rien.*

*Toute notre dignité consiste donc en la pensée. » <sup>12</sup>*

L'éthique dans une relation humaine de soin ne concerne d'ailleurs que celui qui a la capacité d'agir éventuellement contre la dignité humaine de l'autre... Dans cette relation asymétrique de fait, le patient est en situation de faiblesse, de dépendance, car il a besoin de l'Autre et il est en situation de demandeur d'une action, d'une décision dont celui-ci peut abuser, ou qu'il peut même lui refuser.

Et le médecin libre de ses décisions a toujours été « honoré » par le patient, en reconnaissance de cette indépendance et de l'usage imbibé de déontologie et d'éthique qu'il faisait de son immense pouvoir.

Mais si le pouvoir de décision est un corollaire de la liberté d'agir et de penser, et donne un pouvoir exceptionnel au médecin et au chirurgien, il est aussi **responsabilité engagée**.

Car la décision, en médecine et particulièrement en chirurgie, est nécessairement transgression : si être autonome, c'est décider de sa vie, du sens que l'on lui donne, décider, c'est aussi pouvoir s'affranchir des règles communes de sujétion, d'obéissance, de servitude.

*« on gagnerait beaucoup à pouvoir éliminer du vocabulaire de notre pensée morale et politique ce pernicieux mot d'obéissance. Si nous envisagions ces matières par le menu, nous pourrions retrouver une certaine confiance en nous et même une certaine fierté, c'est à dire ce que nous appelions autrefois la dignité ou l'honneur de l'homme : non pas peut-être du genre humain, mais du statut de l'être humain » <sup>13</sup>*

Décision en chirurgie signifie d'abord transgression consentie par un autre de la violation de son intégrité physique, exception pénale spécifique réservée aux médecins... sous conditions. Pour un chirurgien, la frontière à franchir, la césure particulière, relève de l'effraction de la barrière organique et symbolique de la peau, protectrice et dissimulatrice à la fois de l'intérieur sacralisé du corps. Certes, les diverses techniques d'endoscopie digestive, respiratoire, urinaire, génitale qui ne relevaient pas vraiment de cette symbolique, et qui utilisent les orifices naturels du corps pour pénétrer « à l'intérieur », sont en train de faire évoluer cette notion de frontière jusque-là purement cutanée .

---

<sup>11</sup> Pierre BONJOUR revue Reliance 2006/2 (n° 20) Page 124 Introduction à l'ouvrage coordonné par Thomas De Koninck et Gilbert Larochelle : La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine.

<sup>12</sup> Pascal : Pensées, fragment 347, éd. Br

<sup>13</sup> Hannah ARENDT : Responsabilité et jugement Petite bibliothèque PAYOT

Ce privilège de transgression de l'intégrité du corps, instrumental pour les chirurgiens, mais commun à tous les médecins, qui est l'objet de chaque décision de soins, ce pouvoir d'agir à double tranchant, a toujours, depuis l'Antiquité, été l'objet de réflexion, mais aussi de régulation.

En effet, si un choix de technique se prend au regard de notre bibliothèque intime riche à la fois de nos connaissances apprises et de nos expériences acquises, il reste, comme dans beaucoup d'autres domaines de décision (politique, militaire, mais aussi scientifique), une question fondamentale :

*Je sais quoi faire, je sais le faire, mais **dois-je le faire ?***

Et la question est fréquemment posée au chirurgien en fin de consultation : « Docteur, j'ai compris vos explications, mais **« faut-il le faire ? »** ».

### **Qui décide *in fine* de « faire » ?**

Jusqu'à une période relativement récente, la décision du médecin se prenait dans l'intimité de sa conscience, en fonction de la morale de l'époque, qui lui donnait toute latitude de choix de technique et de délai, avec une impunité basée sur sa « bienveillance » supposée inaltérable et non discutable. Et certains éminents chirurgiens du début du XX<sup>e</sup> siècle ont opéré de force des patients réticents, sous contrainte physique, « pour leur bien », et sans aucun scrupule. Ces décisions qui nous paraissent actuellement scandaleuses relevaient donc à cette époque d'une morale collective qui considérait le « pouvoir de guérir », ou du moins d'essayer comme un devoir fondamental, d'origine presque transcendantale, qui prenait le pas sur toute autre considération. Le médecin avait le devoir de soigner, car il savait, mieux que le patient lui-même, ce qui était « bon pour lui ».

Avec l'avènement progressif de la « mort de Dieu » et du nihilisme au XIX<sup>e</sup> siècle, et la montée en puissance d'un espoir de bonheur universel lié au développement de la science et de la technologie, la transgression médicale a cherché sa justification dans la recherche scientifique.

Les perversions dramatiques de cette évolution dans les camps nazis, mais aussi dans certains abus de la recherche médicale, ont conduit à la nouvelle formalisation dans la conscience des nations, occidentales surtout, de la notion de « dignité humaine », qui se veut universelle, et qui a permis la résurgence d'une très ancienne notion philosophique, *l'éthique*.

La notion d'éthique participe de la philosophie morale qui pose la question fondamentale de la vertu dans l'action : « **que dois-je faire ?** ».

Cette simple question renvoie bien entendu aux valeurs du « bien » (la « vertu ») et du « mal », mais aussi de l'action, de son but, de ses moyens.

Comme pour toute philosophie, il s'agit d'une pensée réflexive, complexe, qui se réfère aux questions ontologiques de l'être humain, de la conscience de sa propre existence et du sens de celle-ci, de son origine et de sa fin, et de la relation à l'autre soi-même, « l'alter ego », individuellement ou collectivement.

Certains théoriciens, comme Pierre le COZ<sup>14</sup>, considèrent visiblement que

*« La plupart des décisions médicales n'appellent pas de réflexion éthique. Les critères qui les rendent efficaces et moralement satisfaisantes pour le patient autant que pour le praticien sont le respect du code de déontologie, le savoir-faire, la compétence technique, l'application des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles validés par les autorités compétentes. »*

On pourrait déjà s'interroger sur la notion de « protocoles », d'autorités (de la conscience

---

<sup>14</sup> Philosophe, Vice-président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

individuelle ?) *compétentes* ( en quoi?) ? ; mais, au-delà de ces questions sémantiques et socio-politiques, il nous semble que toute décision individuelle dans le domaine du soin chirurgical relève dans chaque cas d'une réflexion éthique, certes souvent non formalisée, mais toujours présente... Elle a d'ailleurs été imposée formellement par la jurisprudence de la Cour de Cassation française, qui déclare que l'absence de preuve d'information claire et loyale, et adaptée, avant **chaque intervention**, si « bénigne » soit-elle a priori, prélude indispensable au consentement éclairé du patient, est une atteinte formelle à la dignité de la personne, un manquement aux devoirs d'humanité, et donc susceptible de sanctions, même en l'absence de tout autre préjudice corporel... et cette « information » ne doit pas être seulement écrite et distribuée, mais elle doit être doublée de la preuve que le praticien a pris la peine, oralement, personnellement et en prenant son temps – très variable et qui confine parfois à l'infini – de s'assurer de la compréhension, de l'intégration parfaite de la part du patient de l'ensemble des données transmises... un challenge démagogique improbable...

Mais s'il y a liberté de décision, de transgression, elle doit être régulée : c'est le principe de *responsabilité*.

La liberté doit être assumée dans les conséquences de son exercice, et elle ne peut l'être que de façon individuelle : une décision d'acte aux effets majeurs, même in fine réalisé par une coordination de plusieurs, doit être assumée par un seul ; c'est son honneur, sa valorisation, mais aussi sa charge.

Dans l'armée, où les décisions opérationnelles engagent aussi la vie et la mort, la fonction prime le grade ; c'est à dire que c'est celui qui est chargé de la mission active et de prendre les décisions sur le terrain, qui prend le pas sur un éventuel gradé supérieur présent sans mission. Le décideur a la responsabilité, mais aussi le pouvoir de l'assumer, le contrôle de ses décisions.

La responsabilité individuelle est un élément capital de la dignité humaine de chaque *personne*, qui n'est pas qu'une unité fonctionnelle d'un système, et va de pair avec sa capacité reconnue de « décider d'agir ».

Or notre société, dominée par l'Etat omnipotent qui tend à s'accaparer tout pouvoir de décision, en s'arrogeant le droit, ainsi ses soi-disant serviteurs, d'être seul juge du « bien commun », tend à ôter toute dignité particulière à un individu, dès lors qu'il agit dans le cadre d'un rôle social. Il lui est nié de pouvoir agir en fonction d'une réflexion éthique personnelle, reflet d'un projet de vie personnel, donnant un sens à sa vie, mais partagée, qui serait au-delà (mais non en opposition) d'une morale collective contingente, et même d'une déontologie formalisée.

Or l'éthique est justement conviée à la période de délibération pré-décisionnelle, quand la décision doit tenir compte d'intérêts contradictoires, d'un choix entre des « valeurs » de même hiérarchie.

Quand il existe une morale officielle, fondée peu ou prou sur une transcendance qui imprègne toute la société, y compris le Droit, qui fixe les règles de vie collective, et les limites de la liberté individuelle, la décision est plus simple, car elle contourne la phase de délibération... Cette logique des tenants d'une législation contraignante sur des sujets à forte connotation émotionnelle comme les extrêmes de la vie, a mené à la création d'un comité national d'Ethique, consultatif : mais celui-ci se garde bien de donner des recommandations pour les décisions au jour le jour des professionnels de santé. Et le Droit français encore récemment n'autorisait pas un médecin à « donner la mort » ; simplement, il ne sanctionnait pas le professionnel qui pouvait prouver qu'il avait pris une décision technique dans le respect de la dignité humaine après délibération formalisée pour être traçable et probatoire. Peu à peu cependant, il semble qu'on veuille l'obliger à passer outre cette délibération personnelle pour

le sommer d'obéir à une injonction, à la mise en œuvre d'une fonction basée sur l'obéissance à une morale collective déclinée individuellement.

Un médecin sans éthique, sans conscience, un médecin de devoir et de règlement.

Et il n'est pas neutre de s'apercevoir combien les médecins, dans leur pratique personnelle, et sans objectif politique quelconque, sont capables, au grand dam des technocrates à la calculette fébrile et à la « recommandation » facile, d'offrir à ce rouleau compresseur étatique et idéologique une résistance passive, qualifiée « d'inertie médicale » à la connotation ambiguë... et pourfendue par ceux qui préfèrent le confort arrogant d'une décision irresponsable prise dans un fauteuil au risque de l'assumer dans le sang et sur le terrain. Après avoir secoué le milieu militaire du XX<sup>e</sup> siècle, l'objection de conscience gagnerait-elle le terrain médical ?

### **Le Chirurgien et la décision.**

Homme d'action, le chirurgien est donc un homme de décision, qui donne un sens tout particulier au mouvement, au geste, instrumentalisé ou pas, de sa main.

Par nécessité autant que par l'Histoire qui l'a entouré depuis des siècles d'une aura de puissance redoutée et jalouée quelque peu ésotérique, dont il a su user mais aussi hélas abuser, le chirurgien, d'abord méprisé par les médecins dans un monde où le savoir magique primait sur le pouvoir d'agir, a été élevé au rang de l'élite des décideurs dans la vie sociale. Les puissants du monde, mis à terre par le moindre abcès ou calcul d'un corps irrespectueux de leur hiérarchie sociale, avaient vite compris combien il était souvent utile d'avoir à proximité un expert en usage d'outils tranchants et affûtés qui décidaient – vite - et agissaient, plutôt que des savants aux mains lisses, réputés sachants mais souvent très impuissants. Le chirurgien est bien celui qui sait faire le choix binaire fondamental : inciser ou pas, « y aller » ou pas, celui qui avait l'autorisation permanente a priori, maintenant soumise à confirmation du « consentement », d'agresser le corps d'un autre en toute impunité, dès lors qu'il agissait par « bienveillance »...

Plus encore qu'en médecine, le choix de faire de « la chirurgie » sa profession relève certainement de multiples motivations, mais dont l'une des plus répandues est probablement la volonté d'accéder à un statut social d'élite professionnelle, de « leader », de **décideur**, et non pas de suiveur et de subordonné, ou même de « simple » membre d'une équipe, sauf si celle-ci était faite de pairs.

Notons que dans nos sociétés dont les valeurs post-modernes sont basées sur « l'efficacité » des actions, les « élites » ne sont plus les « honnêtes hommes », les esprits « cultivés », les « intellectuels » qui prolongent sine die le principe de délibération, de débat, de discussion sur des idées, mais des « décideurs », ceux qui détiennent le pouvoir d'agir... et quand ce pouvoir est mesuré à l'aune du classement du magazine FORBES, on voit combien le pouvoir est lié au seul média financier, avant même l'esprit « d'entreprendre », c'est à dire de **décider de prendre des risques...**

Or la prise de risque est inhérente à l'exercice chirurgical....

Et la satisfaction d'accomplir avec succès des actes aussi complexes et aux conséquences aussi lourdes que des actes engageant la vie et la mort, au bout de ses mains, est certainement une valorisation immense d'une estime de soi qui a permis à des générations de jeunes internes en chirurgie de supporter, jour après jour, nuit après nuit, les contraintes majeures d'une telle « mission », jugée d'ailleurs « impossible » ( pour eux-mêmes) par bien d'autres jeunes en recherche de sens à leur vie...

De nombreuses plaisanteries très anciennes témoignent de la réputation solide des chirurgiens quant à leur ego surdimensionné, leur arrogance, leur « individualisme », en bref leur tempérament narcissique.

Quelques études ont cherché à définir la psychologie d'un chirurgien, surtout dans le but de pouvoir repérer et réorienter, dans les filières de formation spécialisée, ou même avant, les quelques étudiants qui se révéleront inaptes à cet exercice du moins en fonction des qualités supposées nécessaires à celui-ci. Définir celles-ci relèverait d'ailleurs de critères éminemment circonstanciels, qui prédéfiniraient la « fiche de poste » d'un exercice professionnel jusque-là basé sur un projet personnel fort complexe, probablement inconscient pour la plupart des acteurs, pour transformer une « formation » en un « formatage » pour une fonction requise par un système normé par ses dirigeants.

Ces études, inspirées de celles réalisées dans les filières de formation des pilotes de chasse (seuls à bord..) pour éviter des échecs coûteux de formation inutile, pèchent par de nombreux biais de méthodologie, mais sont intéressantes dans ce qu'elles révèlent d'une forte tendance à « faire rentrer dans le rang », à tenter de sélectionner, sous le principe devenant sacré de la « prévisibilité », les exécutants d'un projet préétabli, d'un « objectif », au service d'une idéologie sous-jacente de standardisation « efficiente » de toute relation professionnelle inter-humaine.

Il est intéressant de lire, sur des sites « grand public », ce que des non-professionnels pensent de la « fiche métier » (sic) d'un futur chirurgien : <sup>15</sup>

« Les chirurgiens ont pour mission :

- de poser un diagnostic à partir d'examens médicaux, (**<<>> délibération**)
- d'exposer aux patients les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à eux, qu'elles soient ou non chirurgicales, (**<<>> délibération**)
- de déterminer l'opération chirurgicale la plus judicieuse à pratiquer en fonction de la pathologie et de l'état de santé des patients, (**<<>> décision**)
- de réaliser l'opération chirurgicale au bloc opératoire, , (**<<>> décision**)
- de diriger l'équipe du personnel soignant qui gravite autour de lui (anesthésistes, assistants?), , (**<<>> décision**)
- de prescrire les soins à apporter après l'intervention et les médicaments à administrer, , (**<<>> décision**)
- de rencontrer les patients après l'opération chirurgicale pour effectuer un suivi. , (**<<>> Responsabilité assumée de la décision**)

Tous ces critères « d'aptitude au poste » témoignent, sans vraiment le vouloir, de la place de leader du chirurgien au sein de l'équipe, même vis à vis d'autres médecins comme les anesthésistes, qui revendiquent haut et fort leur autonomie décisionnelle, technique et professionnelle... En droit civil de la responsabilité, le chirurgien est toujours, malgré de nombreuses tentatives de modification formelle de la notion de responsabilité, le « **chef responsable – au moins in solidum-** de l'équipe soignante, en secteur public comme en secteur libéral...

Psychologiquement, il est facile de noter que l'archétype du chirurgien relève du leadership narcissique. Mais celui-ci est-il synonyme de défaut, de pathologie, de perversion ?

On peut en effet aussi considérer qu'il existe un narcissisme « sain », positif, constructif, efficace, générateur de décisions à plus-value équivalente, mais non identique, pour le patient et pour le chirurgien : une relation « gagnant/gagnant », pour utiliser le vocabulaire post-moderne du management, le narcissisme « négatif » étant plutôt assimilable à une relation « chirurgien gagnant / patient perdant ».

---

<sup>15</sup> <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/chirurgien.html> le parisien.fr

Certains auteurs ont analysé ces deux types de « narcissisme » :<sup>16</sup>

Caractéristiques	Narcissisme sain	Narcissisme destructeur
Confiance en soi	Confiance en soi adaptée à la réalité, ouverte vers l'extérieur	Mégalomanie
Désir de pouvoir, de richesse et d'admiration	Avoir envie de pouvoir	Volonté de pouvoir à tout prix, manque d'inhibitions dans sa poursuite
Relations	Préoccupation sincère pour les autres et leurs idées ; n'exploite ou ne dévalorise pas les autres	Préoccupations limitées aux réponses sociales ; dévalue et exploite les autres sans remords
Habilité à suivre un trajet cohérent	A des valeurs ; suit des projets	Manque de valeurs ; facilement ennuyé ; change souvent en cours de route
Fondation	Enfance saine avec estime de soi et limites appropriées envers les autres	Enfance traumatique vis-à-vis de l'estime de soi et/ou l'apprentissage qu'il/elle n'a pas besoin d'être attentif aux autres

Peut-on vraiment classer chaque chirurgien dans une de ces deux catégories très opposées ? ou n'y a-t-il pas plutôt chez chacun d'entre eux une part claire, et une autre plus sombre, le « mauvais côté de la Force » (de caractère) ... ?

D'autres, encore très récemment<sup>17</sup>, se sont intéressés au tempérament de certains « grands hommes », dont la réputation dans le domaine scientifique est mondiale, mais dont le comportement, jugé selon d'autres critères de relation humaine, témoigne d'une arrogance destructrice pour les autres, et d'une incapacité flagrante à des relations humaines « justes » basées sur un respect mutuel. Le terme de « *mandarin* » (généralisé dans cette analyse du monde de la recherche) aux pouvoirs discrétionnaires a fait carrière chez les chirurgiens au point de devenir presque une qualification réservée aux professeurs de chirurgie, empreinte de crainte, de soumission, mais aussi, souvent, d'une admiration qui témoigne aussi d'un charisme capable de fonder des « écoles » pérennes tenues par des disciples inconditionnels de leur « patron ».

Ne faut-il pas aussi considérer dans cette analyse qu'une grande estime de soi, une confiance en soi affichée jusqu'à une certaine démesure, pourrait être une condition indispensable pour pouvoir prendre, au jour le jour, des décisions répétées aux conséquences potentiellement aussi lourdes ? Le « leader » doit-il toujours être un dictateur ? le pouvoir de décision doit-il être systématiquement corrupteur ?

Ne connaît-on pas des chirurgiens adulés par leurs patients, et exécrés par leurs équipes ? Des taiseux abrupts avec leurs patients, mais connus et recherchés par les mêmes et leurs correspondants pour leur sang-froid en toutes circonstances et leur conscience professionnelle ?

Le doute permanent, l'indécision structurelle, ne sont-ils pas des défauts majeurs pour un chirurgien, à l'aune de l'efficacité de sa mission ?

Dans les promotions d'étudiants en chirurgie, les seniors repèrent souvent très vite les quelques impétrants qui se sont « trompés de voie »... C'est assez rare, car la plupart d'entre eux ont anticipé d'eux-mêmes et ont compris qu'ils n'avaient pas le profil psychologique adapté à leur motivation parfois très réelle...

<sup>16</sup> Lubit, R. (2002), 'The long-term organizational impact of destructively narcissistic managers', Academy of Management Executive, 16 (1), 127-38. Lubit, R.

<sup>17</sup> Lemaitre Bruno, *An Essay on Science and Narcissism* (Essai sur la science et le narcissisme, autoédition, non traduit, in Le Monde : supplément Science et médecine. 6 septembre 2016.

## **L'évolution du pouvoir de décision médicale : mythes et réalités d'une décision chirurgicale « partagée ».**

Cette analyse du rôle essentiel- et souvent bénéfique - du chirurgien dans le principe de décision chirurgicale n'est elle pas obsolète, dépassée ?

Notre société est de plus en plus marquée par des principes idéologiques de méfiance vis à vis des experts, des « sachants », des décideurs individuels, des détenteurs d'un quelconque pouvoir, toujours suspects de glisser de la bienveillance à la maltraitance, à l'excès de pouvoir...

Le système de santé n'échappe pas à cette remise en cause d'une confiance effectivement souvent écornée dans l'histoire récente.

La notion de « démocratie sanitaire » médiatisée à l'extrême n'est que l'expression d'une volonté de soumettre les processus de décision médicale aux mêmes règles que les processus de décision politique... Il n'est pas vraiment sûr que ceci réponde, en terme de résultats sur la santé de chacun, à l'appréciation bien connue de Churchill sur la démocratie comme régime politique..., « *pire système, à l'exception de tous les autres essayés dans le passé* ».

Nous assistons en effet progressivement au glissement progressif d'une décision individuelle assumée par un expert à un processus décisionnel de plus en plus collectif, « partagé »... Mais que partage-t-on et pourquoi ?

Les décisions chirurgicales ne peuvent bien entendu pas être celle d'un seul chirurgien, et ...elles ne l'ont jamais été ou presque..

Bien entendu, au cours de l'acte opératoire lui-même, sauf cas très particulier, les décisions prises lui appartiennent à titre exclusif.

Cependant, l'avènement des techniques d'anesthésie locorégionale, surtout en orthopédie, en permettant de reprendre certaines délibérations avec le patient, lorsque des circonstances imprévues nécessitent un choix stratégique au cours d'une intervention, ont tempéré la totale puissance individuelle de décision que procurait le temps d'anesthésie générale.

En fait et en droit, la décision du chirurgien a toujours été considérée comme devant être « partagée », « élaborée », avec son patient.

Si les problèmes de responsabilité civile ont pu modifier assez profondément la relation chirurgien /patient depuis les années 90 du XXe siècle, avec la révolution, en France qu'a apporté la jurisprudence de la Cour de Cassation quant au « renversement de la charge de la preuve » en matière d'information et de consentement, la recherche de l'approbation du patient quant aux soins qui lui sont proposés, et la recherche de sa confiance dans la décision que prend le chirurgien, ont toujours été des éléments primordiaux de la déontologie chirurgicale.

Mais il est plus qu'évident que les modifications promues dans la relation de soin, quant au devoir d'information, au « consentement éclairé » plutôt qu'à l'ancienne « confiance éclairée », relèvent plus d'une démagogie flatteuse de préjugés, et d'une idéologie de destruction progressive de tout élitisme, fut il bienveillant de fait, que d'une vraie recherche d'efficacité des soins et de respect de la personne.

La question est clairement plus politique que médicale...

La volonté affichée d'« aide à la décision » affichée par la haute Autorité de Santé, est rien moins qu'ambiguë, et fait surtout preuve d'une volonté de ne voir la réalité des consultations quotidiennes qu'au travers d'un filtre idéologique rémanent :

Le patient serait de principe cultivé, responsable, sûr de lui, en pleine possession de ses moyens, mais surtout capable de revendiquer ses droits sociaux « à la santé », et aurait la

capacité d'intégrer en quelques minutes, grâce à de merveilleux documents informatifs , les éléments délibératifs d'un choix complexe qu'un chirurgien a mis quinze ans de formation et plus encore d'expérience souvent jonchée d'obstacles et de stress, à simplement approcher ...

*« Lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, les expressions « décision médicale partagée », « prise de décision partagée » ou « processus partagé de décision » traduite de l'anglais « shared decision making » décrit un processus au cours duquel :*

- *Le professionnel de santé et le patient partage de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;*
- *Le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de pas agir ;*
- *Un choix éclairé entre les différentes options effectuées est accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé*

*Ces aides constituent également, au côté des recommandations destinées aux professionnels, un des moyens de mettre en pratique les principes de la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine), puisqu'elles facilitent un temps d'échange et de délibération entre patient et professionnels de santé où sont prises en compte les données de la science concernant les différentes options disponibles, l'expérience du professionnel et les attentes et préférences du patient. »<sup>18</sup>*

En matière de démagogie sanitaire, la langue de bois n'est pas la moins partagée....

Quant au partage de la décision au-delà du couple médecin/ patient, avec l'entrisme permanent dans les institutions de la notion « d'équipe » remplaçant progressivement l'individu médecin, il s'agit là aussi de relativiser les « progrès » de la « démocratie sanitaire ».

La délibération collégiale n'est pas une nouveauté en médecine hospitalière, dont l'archétype est la chirurgie. Tous les chirurgiens connaissent les « staffs », les « réunions de service » dont la fréquence et l'heure matinale sont fonction des habitudes du chef local... Tous les chirurgiens ont été formés à « rendre des comptes » sur leurs choix thérapeutiques, leurs décisions, et beaucoup de chirurgiens seniors, installés, qui sont sortis de l'univers collectif et protecteur du CHU, éprouvent le besoin, parfois jusqu'à la fin de leur carrière, de confronter certaines décisions difficiles aux avis spécialisés d'autres de leurs collègues dans des réseaux souvent informels de délibération.

Au quotidien, la pré-décision ,à son stade délibératif, est partagée d'abord avec « l'équipe » de « professionnels » participant à la « coordination » des soins et en premier lieu le tandem tellement médiatisé chirurgien/ anesthésiste(s). Il y a plus d'un demi-siècle, la qualification médicale nécessaire des professionnels en anesthésie, ayant permis au chirurgien des actes salvateurs de plus en plus lourds, les a introduits brutalement dans le processus de décision. Mais cette capacité ne revêt pas tout à fait les mêmes caractéristiques que la décision chirurgicale.

En effet, le médecin anesthésiste n'intervient qu'après le premier niveau de choix du chirurgien , pour l'empêcher, voire le reporter éventuellement... Mais il ne décide pas l'acte lui-même : il peut le *contre-indiquer*, non l'indiquer.....le « no go » , sans le « go » assumé

---

<sup>18</sup> HAS : publications : « Patient et professionnels : décider ensemble.

Concept, aide destinée aux patients et impact de la « décision médicale partagée » 2013

personnellement ( le travail en « pool » aux éléments interchangeables devenant la règle de fonctionnement généralisée), ce qui modifie incontestablement le rôle du médecin anesthésiste dans le processus de décision « proactive ».

D'autres intervenants peuvent apporter leur pierre à l'édification d'une stratégie préopératoire qui va permettre la mise en place des meilleures conditions pour diminuer le degré d'incertitude, le « risque » de voir survenir un élément perturbateur pouvant affecter le résultat de l'acte opératoire. Mais tous ces intervenants, là encore, ne peuvent qu'un rôle d'encadrement de la décision, de prévention du risque, d'alerte à la fois du patient et du chirurgien. En aucun cas ces intervenants ne peuvent eux-mêmes prendre la décision de réaliser un acte, celle-ci étend donc réservée à l'opérateur lui-même.

De même qu'un pilote d'avion peut décider de ne pas décoller pour des raisons qui semblent illogiques à sa compagnie, de même qu'un capitaine de navire reste seul maître à bord, quitte à rendre compte personnellement de sa décision, un chirurgien senior, jusqu'à maintenant, restait « *in fine* » maître de sa décision.

Jusqu'au dernier instant avant le coup de bistouri qui définit l'incision, même après que le patient avait déjà bénéficié d'un acte d'anesthésie, le chirurgien se devait de délibérer avec les autres membres intervenants dans le processus préopératoire. Cette délibération collective, qui était plus ou moins informelle, mais il est vrai aussi parfois inexistante, à trouver sa justification formalisée dans la check-list héritée de la culture anglo-saxonne et des cockpits de l'aviation internationale .

Et pour poursuivre une comparaison très aérienne, tant qu'il n'a pas franchi la porte de l'avion, le parachutiste peut toujours renoncer à se lancer dans le vide où il ne peut compter que sur lui-même.

Une fois l'incision faite, et même s'il y a plusieurs chirurgiens en titre autour de la table, il n'y en a qu'un qui se sent complètement responsable du résultat de l'intervention.

À chaque étape de celle-ci il n'y a en général pas de retour en arrière possible et le processus opératoire n'est qu'une succession de décisions de mouvement qui n'appartiennent qu'à un seul.

Il y a toujours un opérateur et des aides opératoires..

Certains types d'intervention peuvent cependant nécessiter des temps intermédiaires de délibération, des moments charnières, entre plusieurs acteurs dont la coordination est capitale pour le succès d'une intervention. Certaines interventions de chirurgie cardiaque en particulier sont dans ce cas de figure qui se rapproche énormément effectivement d'un management d'équipe qu'on rencontre dans d'autres situations de crise nécessitant des compétences complémentaires et non pas hiérarchisées.

Ces situations ont permis à des observateurs avertis de transposer des situations où avaient été prises des « décisions absurdes », par excès de narcissisme, à la sphère de la décision chirurgicale, par manque de coordination et d'application de quelques principes élaborés de management de personnels.<sup>19</sup> Mais la grande majorité des actes chirurgicaux ne relève pas de ces cas particuliers.

Il apparaît donc que la promotion permanente, récurrente, par les décideurs de la politique hospitalière en France, de la notion d'équipe chirurgicale suppléant peu à peu au sujet chirurgien pensant et décidant, a pour objectif de faire peu à peu disparaître toute hiérarchie entre les intervenants, pour que personne -et surtout pas le chirurgien - ne puisse finalement pouvoir se targuer d'être l'auteur de la réussite du soin.

---

<sup>19</sup> Christian MOREL les décisions absurdes I (2002) et II (2012) ed Gallimard

Le patient finalement n'aura plus à être reconnaissant à un chirurgien nominativement connu qui aura su s'entourer de compétences qu'il aura lui-même évaluées, choisies, et qui aura su prendre les « bonnes décisions ».

Il ne pourra que constater qu'il aura pu accéder à un système de soins dont l'anonymat collectif lui interdira de manifester une quelconque reconnaissance personnalisée et de valoriser une quelconque autre personne qui aura su prendre soin de lui.

Le citoyen assuré n'aura fait que jouir de ses droits, qu'il aura en principe financé par avance, pour être englouti dans un système opaque, anonyme, où la bureaucratie a repris tous ses droits.

Cette évolution est déjà à l'œuvre dans les hôpitaux publics, où la décision a changé de mains : de celles des médecins, elle est désormais sous l'autorité des administratifs et financiers, dont les missions ne relèvent jamais du questionnement éthique, mais du bilan financier dont ils sont comptables...

Dans les établissements, les « équipes », c'est à dire les groupes de « professionnels » prenant en charge un patient tout au long de son chemin clinique, sont formées de personnes dont toutes, sauf les médecins, n'ont en principe que des fonctions effectrices, avec peu de décisions réelles. Elles sont censées « faire le job », c'est à dire adhérer au plus près au formalisme écrit dans leur fiche de poste, sans y introduire d'autre initiative personnelle...

Mais, si dans un staff d'hôpital universitaire, les conséquences des décisions individuelles comme collégiales sont assumées en responsabilité par l'administration hospitalière, il n'en va pas de même en secteur libéral où le chirurgien doit répondre personnellement non seulement de ses propres décisions, même après délibération collégiale informelle, mais aussi de celles des autres membres de l'équipe, dont il est encore réputé le « chef »... Chaque succès est réputé celui d'une « équipe », qui s'évanouit au premier problème important... laissant le chirurgien aux prises avec son assurance et avec le système administratif ou judiciaire... La solidarité est souvent soluble dans l'adversité et il n'y a pas de contrat même tacite d'unité « pour le meilleur et pour le pire ».

De fournisseur de moyens au service des décisions médicales, l'administration de la santé publique a donc décidé que le payeur serait le décideur, et qu'elle serait maître de la production...

Beaucoup d'autres médecins que les chirurgiens sont soumis à ces nécessités de délibération avant décision ; mais pas tous aussi souvent... Seuls les médecins ayant des choix de go/no go binaires, comme les médecins confrontés aux situations dramatiques de début ou de fin de vie, vie qui est entre leurs mains de « décideurs », participent des angoisses décisionnelles des chirurgiens... Mais, par exemple, relevons qu'on peut distinguer une différence fondamentale entre l'euthanasie « active » et les autres modalités d'accompagnement d'une fin de vie... Seul l'acte accompli sans retour possible relève d'un vrai principe de décision...

Ainsi, les chirurgiens, les obstétriciens, et les anesthésistes ( et ceux-ci de moins en moins...) restent les médecins les plus exposés à voir leur responsabilité mise en cause; et ce qu'on leur reproche le plus souvent, ce sont leurs décisions, que ce soit sur le plan technique, ou sur le plan éthique des **modalités** de la *décision*, du **partage** de la décision...

Car, une fois le stade de délibération collégiale passé (souvent d'ailleurs impossible comme en urgence...), le chirurgien reste seul pour mettre en œuvre la prescription fruit de sa délibération : contrairement au médecin (non « interventionnel ») qui ordonne une prescription médicale laissant au patient toute liberté de refus au jour le jour ( ce qui le

fait accuser de « manque de compliance), le chirurgien est aussi chargé de la réalisation de l'acte technique. Cette spécificité signifie une succession de choix, de décisions en temps réel, dans des situations parfois critiques, où la délibération est rarement partageable, par nécessité, est rarement partagé et tout choix est générateur de stress... mais aussi de gratification quand on a fait « le bon choix... »

Et dans l'avenir, que va devenir le chirurgien décideur ?

Pour l'instant, et malgré les progrès extraordinaires et médiatisés de la technologie, les gestes per-opératoires adéquats au but recherché sont toujours décidés par un chirurgien humain : les machines éventuellement utilisées ne sont en rien des robots autonomes, mais des « mains augmentées », des outils perfectionnés : et ce n'est fondamentalement pas la même chose, malgré la tromperie volontaire et orientée à but lucratif de certains « communicants », qui parlent de « chirurgie sans chirurgiens ». Dans ces circonstances, le corps à corps traditionnel du chirurgien, le contact avec le « sang », élément chargé de symbole de l'acte chirurgical s'il en est, est abandonné et « médiatisé » par la machine... mais il n'en reste pas moins que l'acte/décision reste dans « les mains », c'est à dire en réalité dans le cerveau d'un humain...

Il reste d'ailleurs à prouver, au regard du nombre d'échecs et de complications propres à l'utilisation de ces machines surtout dans les phases de courbe d'apprentissage que la perte de perception tactile d'un acte « téléguidé » n'a aucun effet négatif sur le résultat de l'intervention... si la décision du mouvement est d'abord une perception proactive, comme semble le prouver BERTHOLZ, celle-ci, qui pouvait corrélérer deux données sensorielles (toucher- même par un instrument- et vision) en chirurgie « directe », se réduit à la seule vision, la plus « passive » des deux.

Il y a donc une véritable modification du formatage du cerveau des chirurgiens, mutation non génétique, mais par enrichissement de la « bibliothèque » recensant pendant la formation les expériences répétées de décision du mouvement, acquises lors de la manipulation de « joy sticks » qui démultiplient le geste décidé, avec des données de géolocalisation interne acquises de façon radicalement différentes que lors de l'apprentissage « classique »...

Les témoignages de formateurs de chirurgie « robotisée » sont formels sur ce point : les étudiants de la génération « Y » habitués à l'usage des consoles de jeux en trois dimensions, apprennent beaucoup plus vite à se servir des « robots » que les chirurgiens plus anciens qui se forment en cours de carrière...

Les multiples décisions au cours de l'acte-mouvement ne peuvent qu'en être affectées, même sur le plan neurophysiologique. Mais il n'est pas non plus illégitime de se poser la question de savoir si ces nouveaux chirurgiens, habitués à une activité multitâche sur leurs écrans, auront la même capacité de concentration, de délibération pré-décisionnelle, et se sentiront aussi concernés par le succès de l'acte que leurs aînés...

Le chirurgien connecté aura-t-il encore le frisson de la réussite d'un acte délibérément risqué, la valeur ajoutée de l'estime de soi, source de confiance en soi, pour renouveler d'autres actes aussi dangereux ?

Cette campagne de valorisation d'une chirurgie robotisée, sans chirurgien, surfe de façon délibérée sur la peur savamment entretenue que chacun d'entre nous, pour peu qu'il garde sa liberté de pensée, éprouve de manière légitime, quand il s'agit de confier le contrôle de son corps, de l'abandonner même provisoirement, à un autre être humain ; sachant qu'on s'adresse à un autre être humain qui devra prendre lui-même des décisions, subjectives, sans possibilité de retour en arrière, il faut une certaine dose de confiance dans les motivations du chirurgien... mais fera-t-on plus confiance à une machine autonome, et à ses « décisions » qui auront été soit formatées de façon anonyme, soit – rêve avoué des concepteurs de robots – arrivant à élaborer eux-mêmes leurs processus d'action/ décision... on peut se demander sur

quels critères de délibération...et en cas d'échec( car il y en aura toujours), ce que deviendra la « pièce » mal formée ...Il est plus facile de revoir sa décision au cours d'un traitement médical de long cours, qu'après le « one shot » d'un remplacement articulaire, ou d'une colectomie totale....

### **Sexe, décision et chirurgie....**

Pendant des siècles, et l'Histoire de la chirurgie et des chirurgiens en témoigne, la pratique chirurgicale a été pour ses acteurs directs, non pas un choix « rationnel » ou par défaut, mais un appel, une vocation au sens étymologique, mue par une passion dévorante, une exigeante maîtresse, car réservée aux hommes, liée non pas à « l'intelligence », mais à la puissance virile, celle de l'action, celle de la décision, qui pouvait jusqu'à sacrifier des impératifs tels que le temps consacré à la famille, apanage immémorial de la femme-mère.

Le pouvoir de décider a très longtemps été réservé aux hommes, et l'est encore dans beaucoup de civilisations – on dit maintenant de « cultures »-. Le droit de vote des femmes, de choix de ses représentants, n'a d'ailleurs été imposé en France, par Charles DE GAULLE, qu'en 1945...et certaines professions, certaines fonctions de pouvoir (religieux par exemple), ont été (et sont toujours) réservées aux hommes, indépendamment de questions de force physique....

Les aventuriers solitaires, explorateurs du monde, capables d'abandonner une famille pour un inconnu plus que risqué, même à l'époque moderne, les génies innovateurs en tout genre travaillant en solo et à la relation souvent difficile, ont été et sont encore en grande majorité des hommes...

Le compagnonnage, école particulière de formation technique et humaine, si essentielle à la transmission à la fois de connaissances collectives, d'expériences individuelles, mais aussi d'une culture de l'acte, d'une philosophie de l'action, n'est ouvert aux femmes que depuis peu de temps.

Le monde des décideurs est encore très dominé par les hommes...

Dans les sociétés occidentales travaillées par les crises sociales et philosophiques marquant le XX<sup>e</sup> siècle, cette conception « sexiste » semble vouée de façon inéluctable, et malgré une certaine résistance, à sa disparition ou en tout cas à une vraie mutation...

L'exercice de la chirurgie n'y échappe pas, et cette évolution n'en est très probablement qu'à ses débuts.

Cependant, il est on ne peut plus évident que ce processus de féminisation de la profession, du moins dans nos sociétés occidentales, ne signifie pas que les femmes vont se soumettre aux codes socio-professionnels masculins largement en vigueur dans le corps chirurgical depuis des siècles : ce sont les fondamentaux de l'exercice chirurgical qui sont en train de changer, et en particulier dans le domaine de la décision.

La « Science » elle-même, la science « dure », celle qui se veut basée sur des preuves et des faits, apporte – peut-être - des données intéressantes pour l'analyse de cette évolution.

En étudiant les connexions de substance blanche dans le cerveau par une technique récente d'imagerie par tenseur de diffusion., les scientifiques ont mis en évidence des différences très notables entre les hommes et les femmes : chez ces dernières, les connexions neuronales se font essentiellement entre hémisphères droit et gauche, alors que chez les hommes, le « câblage » est essentiellement mono-hémisphérique, de haut en bas.

Mis en relation avec des études de comportement sur environ 1000 personnes, ces scientifiques ont constaté que :

*« les femmes obtiennent de meilleures performances dans les domaines de l'attention, de la mémoire des mots et des visages, et de la cognition sociale (émotions, raisonnement en situation sociale, prise de décision collective), les hommes ayant de*

*meilleurs résultats dans la perception de l'espace, le repérage tridimensionnel, et la vitesse d'exécution sensorimotrice.*

*Les différences cérébrales vont exactement dans ce sens : les plus fortes connexions chez l'homme au sein d'un même hémisphère accélèrent la vitesse de traitement des informations et les tâches liant la perception à l'action. Les plus fortes connexions chez la femme entre les deux hémisphères favorisent l'intégration du raisonnement et de l'intuition, produisant une meilleure intelligence émotionnelle (capacité d'analyser son propre ressenti et celui des autres, à l'exprimer et à agir en société, domaine où les femmes tendent à faire mieux que les hommes), et un meilleur niveau de langage.<sup>20</sup>*

Si ces expériences reflètent réellement une réalité « scientifique », elles sont alors parfaitement cohérentes avec l'évolution socio-professionnelle de l'exercice médical, et plus particulièrement chirurgical. La méthodologie de ces expériences ne semble pas avoir prévu des tests de sujets féminins ayant déjà investi des postes et des situations de responsabilité décisionnelle (comme la chirurgie), par choix personnel... Que deviennent leurs connexions cérébrales ? On peut en effet se demander si le cerveau féminin des femmes qui choisissent de s'investir pleinement dans une profession telle que la chirurgie fonctionne différemment de celui de celles qui continuent de préférer une autre vie que l'aventure personnelle et individualiste, marquée d'égoïsme et de tant de recherche d'action valorisante, de leurs prédécesseurs masculins ...

***Ou bien le « cœur du métier » de la chirurgie est-il en train de changer profondément de nature, y compris le principe même de décision/acte ?***

Il n'est peut-être pas complètement neutre de constater que cette évolution se fait en parallèle d'un entrisme beaucoup plus important depuis quelques décennies des femmes dans les postes de responsabilité de la société civile, et en particulier dans le système médico-social de santé ... Dans les établissements de santé, le médecin et le chirurgien ont de moins en moins de place privilégiée dans la décision, et ne sont plus que les effecteurs d'une prescription qui doit d'ailleurs être très contrôlée et correspondre à un consensus collectif préalable, *la procédure*, en principe déjà chargée de « pertinence » (au regard d'une moyenne statistique).

Il est évident que la chirurgie qui jusque-là était une activité réparatrice chargée de sens de soin ( un « cure » patiné de « care ») va évoluer vers une activité purement technique utilisant des outils du corps de plus en plus sophistiqués, non plus pour réparer mais pour modifier, préventivement et avant toute souffrance, le corps pour répondre à d'autres désirs d'un patient devenu client-roi.

Le chirurgien mercenaire préleveur d'organes à distance est déjà une réalité sociale. Certains chirurgiens très médiatiques ne voient d'ailleurs dans la révolution numérique et l'évolution de la technologie que des aspects positifs pour chaque individu.

Dans son livre « *Une Médecine sans médecins* », le chirurgien Guy VALLANCIEN, volontiers provocateur, laisse transparaître une certaine jubilation dans la description qu'il espère futuriste mais à court terme de l'exercice de la chirurgie : pour lui, le médecin/chirurgien actuel qui est l'effecteur de sa propre décision, va disparaître pour être remplacé par une équipe où chacun aura sa place efficiente, mais où le décideur (d'un acte chirurgical) ne sera plus l'effecteur de l'acte. La rupture est consommée...

---

<sup>20</sup> Sébastien BOHLER, neurobiologiste : <http://www.scilogs.fr/l-actu-sur-le-divan/cerveau-dhomme-cerveau-de-femme-les-differences-observees-au-scanner/>

Il prétend ainsi rendre au médecin, qu'il revendique vouloir rester (mais sans opérer ?), toute sa dimension relationnelle, d'attention à l'Autre, d'émotions, de compassion, de prise en compte d'une situation particulière.

Il passe malheureusement complètement sous silence le danger que s'il n'y a plus de chirurgien/médecin, il risque de ne plus y avoir non plus de médecin responsable d'une décision.

Le numérique, et sa dictature invisible, auront dans le même temps, substitué, à la décision éthique d'un médecin, des algorithmes à but inavoué, soi-disant rationnels et au mieux validés par des « agences » annoncées comme « indépendantes » mais en fait téléguidées par une caste au pouvoir, défendant une idéologie économique utilitariste, dans une phase de cycle social où l'intérêt de la ruche prend le pas sur celui de l'abeille (sauf pour la Reine et le cercle averti de ses proches..).

Cette évolution de la profession chirurgicale s'inscrit, comme d'ailleurs s'en réjouit Guy VALLANCIEN, dans la « révolution du numérique » qui tend à modifier le processus de décision. Ce qui relevait jusqu'alors, dans chaque situation analysée, dans sa singularité complexe et non numérisable, d'un enchaînement perception-acte proactif contrôlé par l'éthique et l'expérience contrôlée, sera remplacé par des algorithmes préétablis, ne reflétant qu'un processus hiérarchisé, une « puce » virtuelle implantée par des méthodes éprouvées de lavage de cerveau, censé être efficace « à la moyenne » pour le plus grand nombre. Les marges seront sacrifiées sur l'autel de l'efficacité.

Il n'y a pas de calcul numérique sans calcul idéologique.

Hier le patient français était opéré par un chirurgien-médecin responsable de ses décisions prises en accord – tacite ou exprimé – avec lui, dans une relation basée sur l'éthique du médecin et la confiance du patient.

Dans un avenir palpable et prévisible, il sera « pris en charge » par une équipe médico-sociale délibérante hors sa présence, et le geste opératoire sera décidé par procédure normée statistique sur son intérêt pour le plus grand nombre, et au moindre coût.

Demain, comble d'efficacité et de respect de son autonomie, l'indication opératoire, et le geste induit, seront décidés (ou rejetés) et même réalisés par un algorithme intégré, à partir des informations que le « titulaire de droits » aura lui-même rentrées sur une grille évaluatrice d'un dossier médical « partagé » (entre initiés anonymes..), prenant en compte l'efficacité attendue de cette décision au regard des besoins de santé publique.

Et les chirurgiens n'auront plus qu'à rejoindre le « cercle des décideurs disparus »....

Car décider, c'est pouvoir s'affranchir des règles de sujétion, d'obéissance, de servitude.

Décider, c'est aussi assumer son action, être responsable de sa vie, de son identité.

« *Un homme doit choisir. En cela réside sa force : le pouvoir de ses décisions.* »<sup>21</sup>

Oter sa capacité de décision indépendante à un chirurgien est comme couper sa chevelure à Samson...c'est le rendre impuissant à accomplir sa mission, malgré sa capacité apparente.

La décision va-t-elle devenir obsolète pour un chirurgien, va-t-on, avec la dissolution de son indépendance dans un monde virtuel et numérique de choix préfabriqués par des machines « intelligentes », lui ôter même sa dignité de penser ?

La chirurgie est décision. Le chirurgien est et doit rester un décideur, dans une unité ontologique à la fois « professionnelle » mais aussi d'identité. Dans ce début de siècle, la question fondamentale et métaphysique « qu'est-ce que l'être humain ? » est soumise au choc des promoteurs d'un transhumanisme même pas rampant, mais affiché – voire d'un post-humanisme déjà adolescent.

La dignité de penser remplacée par la solution préfabriquée.... L'innovation par le copier/collé ...

---

<sup>21</sup> Paolo COELHO : La cinquième montagne. 1996

Le dialogue des consciences remplacé par la relation homme/ machine ou bientôt machine-machine ?

La fonction « professionnelle » doit- elle éclipser complètement l'Homme qui l'exerce ?

Après la « main augmentée » du chirurgien, par les « robots », qui démultiplient ses degrés de liberté gestuelle, on est en train d'assister au déclasserement du médecin en « décideur-diminué » qui réduit considérablement sa liberté-dignité de penser ....

Nous sommes entrés de plain-pied dans l'ère de la gouvernance algorithmique censée soulager l'homme du poids des décisions quotidiennes....Évolution inéluctable ?

Une chance pour la survie du maximum de citoyens/ assurés /électeurs, et/ou un grand danger pour la dignité de penser , de liberté de choix, de décision de chaque Homme souffrant, pour la perte de contrôle de son « principe d'humanité » ?

