Du tri à l'autre : éthique et médecine d'urgence

Pierre Valette

▶ **To cite this version:**

Pierre Valette. Du tri à l'autre : éthique et médecine d'urgence. Philosophie. Université Paris-Est, 2011. Français. NNT : 2011PEST0074 . tel-00714219

HAL Id: tel-00714219
https://theses.hal.science/tel-00714219

Submitted on 3 Jul 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PARIS-EST

ÉCOLE DOCTORALE ORGANISATIONS, MARCHÉS, INSTITUTIONS

THESE EN PHILOSOPHIE PRATIQUE

Présentée par Pierre Valette

Du tri à l'Autre

Ethique et médecine d'urgence

Thèse présentée et soutenue à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée
le 1er décembre 2011 devant le jury composé de :

Pr Dominique Folscheid, Paris-Est (directeur de thèse)
Pr François-René Pruvot, Lille II (rapporteur)
Pr Frédéric Worms, Lille III (rapporteur)
Dr Isabelle Blondiaux, Paris

Laboratoire Espaces Ethiques et Politiques - Institut Hannah Arendt

UNIVERSITE PARIS-EST

ÉCOLE DOCTORALE ORGANISATIONS, MARCHÉS, INSTITUTIONS

THESE EN PHILOSOPHIE PRATIQUE

Présentée par Pierre Valette

Du tri à l'Autre

Ethique et médecine d'urgence

Laboratoire Espaces Ethiques et Politiques - Institut Hannah Arendt

Note aux lecteurs

Travail réalisé dans le cadre du Doctorat de Philosophie Pratique de l'Université de Paris-Est

Pour reproduire ou utiliser ce document, veuillez consulter l'auteur ou le maître de cours

Remerciements

Au professeur Dominique Folscheid, pour son enseignement et son accompagnement.

Aux Professeurs François-René Pruvot et Frédéric Worms qui ont accepté sans réserve d'être Rapporteurs.

Au Docteur Isabelle Blondiaux, pour ses conseils et son soutien.

A Ernest, pour sa relecture attentive.

A Dominique, Louise et Henri, pour leur patience.

TABLE DES MATIERES

Introduction **11**

Première partie. Essence de la médecine d'urgence **14**

Prologue 14

Chapitre premier. La mort en urgence **19**

1. La mort examinée **20**

2. La mort en mouvement **21**

1. Réanimation et ressuscitation **21**

2. Chaîne de vie **23**

1. Premier maillon 24

2. Deuxième maillon 25

3. Troisième maillon 26

3. Technophilie et technophobie **29**

3. Le quatrième maillon **31**

Chapitre II. Le geste et la *tekhnè* **34**

1. L'art de la ruse **34**

2. La science poétique **36**

3. La philosophie et la science **39**

1. La philosophie première **39**

2. La science moderne **40**

4. Le geste technique **43**

Chapitre III. Le geste sans acte **45**

1. La machine **45**

2. Le mannequin **47**

3. Le cadavre **49**

Chapitre IV. L'acte sans geste **52**

1. Le médecin, l'artiste et le philosophe **52**

2. L'acte silencieux et l'acte de parole **55**

3. L'Acte sans geste en médecine d'urgence **58**

1. Première scène **58**
2. Deuxième scène **58**
3. troisième scène **59**
4. Le *logos* en acte **60**
Deuxième partie. Espace-temps de la médecine d'urgence **62**
Prologue 62
Chapitre V. Histoire **65**
1. Chirurgiens **65**
1. Ambroise Paré, premier chirurgien sans latin **67**
2. Le triomphe des chirurgiens impériaux **70**
1. Officiers et médecins 70
2. Le premier urgentiste 72
2. Anesthésistes **74**
1. Anesthésie et anesthésistes **74**
2. Anesthésie et réanimation **76**
3. Transport secondaire **77**
4. Transport primaire **79**
3. Psychiatres **82**
1. Psychiatrie de l'avant **82**
2. Psychiatrie de guérilla **86**
4. Urgentistes **88**
Chapitre VI. Temps **91**
1. Discordance des temps **91**
1. Anamnèse **91**
2. Pronostic **93**
2. Ecoulement des temps **94**
1. Temps d'attente **94**
2. Temps médical **99**
3. Temps de l'urgence **100**
4. Le Gardien du temps **102**
5. L'heure dorée **104**
3. Temps et durée **107**

1. Le temps opportun **107**
2. Le temps vécu **108**
1. Quels temps ? 108
2. Pour qui ? 110
3. Le temps de l'autre **112**
Chapitre VII. Espace **114**
1. De l'urgence à l'Urgence **114**
2. De l'Urgence médicale à la médecine d'urgence **117**
3. Distribution hospitalière **119**
1. L'administration nouvelle **119**
2. Le Panoptique à guérir **121**
3. La guerre des étages **124**
Chapitre VIII. Vérité **129**
1. Vérité relative **129**
1. « A chacun sa vérité » **129**
2. La vérité diagnostique **132**
2. Vérité médicale **134**
1. Médecine expectante **135**
2. Médecine conjecturale **136**
3. Médecine expérimentale **140**
4. Médecine d'urgence **142**
3. Vérité absolue **144**
1. La preuve par les faits **144**
1. L'indice 144
2. La preuve 147
2. L'effet sans la preuve **150**
1. Médecine intuitive 150
2. La T2A ou l'ultime vérité 152
Chapitre IX. Déclinaison **154**
1. Objectivation **155**
1. Toucher **155**
2. Sentir **157**
1. Des goûts et des odeurs 157

2. Un autre sentiment 159
3. Parler **160**
4. Voir **162**
1. Voir l'invisible 162
2. Image magique 164
2. Dialectique **165**
1. Pulsion scopique **165**
2. Reconstruction **167**
1. Mise en mouvement 167
2. Analyse médicale 169
3. Extramédicalité **172**
1. Des hommes probables **173**
2. Pour un monde meilleur **174**
3. Dans le Cloaca **175**
Troisième partie. Ethique de la médecine d'urgence **177**
Prologue 177
Chapitre X. Epistémique du tri **180**
1. Tri médical **180**
1. De la catastrophe aux affaires courantes **180**
2. Corps et âmes ou le premier tri **181**
3. Le tri médical des urgences **185**
2. Philosophie du tri **187**
1. Les concepts purs de l'entendement **188**
2. Aristote avant Kant **189**
3. Analytique transcendantale **190**
4. Jugements analytiques et jugements synthétiques **191**
5. Jugements synthétiques a priori **193**
6. Des catégories aux impératifs **194**
Chapitre XI. Technique médicale **196**
1. Expériences **196**
1. Exercices médicaux **196**
2. Expériences de pensée **198**
3. Valence **201**

2. Philosophie 203

***1. Contractualisme*.....203**

***2. Utilitarisme*.....209**

1. La poursuite du bonheur 209

2. Le tri sélectif.....215

***3. Prudence*.....220**

1. Prudence médicale 220

2. Médecine anticipative.....222

Chapitre XII. Ethique médicale 226

1. La sagesse pratique 226

2. La raison pratique 232

3. La philosophie première 234

***1. Ethique* 234**

***2. Responsabilité* 236**

***3. Justice*.....239**

Conclusion 243

Reprise.....243

Ouverture.....246

Glossaire des sigles et acronymes..... 250

Bibliographie..... 253

Filmographie 264

Index 266

Introduction

Le clown Buttons ne se démaquille jamais, même lorsqu'il n'est plus *Sous le plus grand chapiteau du monde*[1], un film à grand spectacle et gros budget des années 1950 comme Cecil B. DeMille sait les entreprendre. On devine au fil de l'histoire, en toile de fond, presque en filigrane, le lourd passé du clown Buttons, magnifiquement interprété par l'acteur James Stewart. Un chirurgien a tué celle qu'il aimait et se cacherait dans le cirque *Ringling Bros. and Barnum & Bailey Combined Shows*. Une nuit, le train emmenant toute la troupe et son matériel en tournée subit un déraillement faisant de nombreuses victimes parmi lesquelles le directeur, Brad Braden (Charlton Heston). Sachant qu'un inspecteur accompagnait le convoi et allait procéder au recueil d'empreintes digitales au prochain arrêt, Buttons profite de la confusion pour s'enfuir. Il est rattrapé par la trapéziste Holly (Betty Hutton) qui lui demande son aide. Brad présente une plaie artérielle abdominale qui demande des soins immédiats. Buttons hésite mais rapidement *tombe le masque* malgré la présence du policier. La qualité des soins prodigués signe ses antécédents : avant d'être Buttons, l'homme au masque de clown fut un chirurgien de talent qui a tué sa femme atteinte d'un mal incurable. « *You're doing fine, Doc !* » dit le policier non sans admiration en lui serrant la main avant de lui passer les menottes.

Le moment d'hésitation du clown Buttons, déchirement entre l'intérêt personnel et l'intérêt d'autrui, fait partie de ces scènes fortes qui marquent durablement les consciences jusqu'à susciter des vocations. On se souvient très nettement de Jean Valjean caché sous le respectable Monsieur Madeleine, maire de Montreuil, que « l'œil de faucon » de Javert semble avoir repéré. Le père Fauchelevent vient de tomber sous la charrette dont le cheval s'est abattu. L'attelage lourdement chargé s'enlise un peu plus à chaque instant dans le sol humide, écrasant la poitrine du vieil homme. On n'a pas le temps d'aller chercher un cric, il faut que quelqu'un se glisse sous la voiture, la soulève avec le dos et la maintienne le temps que le pauvre soit tiré par les autres. Javert n'a jamais connu qu'un seul homme capable d'une telle entreprise, « c'était un forçat… du bagne de Toulon ».

[1] Cecil B. DeMille, *The Greatest Show On Earth*, Paramount Pictures, 1952.

> « Tout à coup on vit l'énorme masse s'ébranler, la charrette se soulevait lentement, les roues sortaient à demi de l'ornière. On entendit une voix étouffée qui criait : Dépêchez-vous ! Aidez ! C'était Madeleine qui venait de faire un dernier effort. Ils se précipitèrent. Le dévouement d'un seul avait donné de la force et du courage à tous. La charrette fut enlevée par vingt bras. Le vieux Fauchelevent était sauvé[2]. »

Contrairement au clown Buttons qui a besoin d'un médiateur – la trapéziste – pour interroger la morale, Jean Valjean, relégué par la société des hommes, l'ennemi du père Fauchelevent, trouve en lui seul le rappel à l'humanité.

Assassin irresponsable devant la loi – contrairement au Dr Richard Kimble – le clown Buttons est responsable devant le blessé au point de se dénoncer par son acte, un acte médical. Parce que son salut était dans son acte médical et non dans la justice humaine. Plutôt que juste un choix, c'est au choix juste qu'il a remis sa conscience.

Cette attitude envers le blessé, le malade, s'appelle éthique médicale, éthique de la médecine, éthique du médecin, une éthique à hauteur d'homme qui donne à l'homme toute sa taille.

Comment aborder l'éthique médicale à l'heure de la grande confusion entre déontologie, morale, éthique, éthique appliquée, éthique du *care*, méta-éthique, bioéthique…? Peut-être par un retour « aux choses mêmes » comme aurait dit Husserl, un retour à la médecine pour y chercher, comme nichée en son sein, matière à penser l'éthique *de* la médecine et non une éthique fabriquée de toutes pièces qui constituerait, au final et de façon définitive, une éthique *pour* la médecine, une éthique visant la médecine.

Nous nous attacherons à un mode d'exercice particulier, la médecine d'urgence, pour étudier l'acte médical dans sa puissance et son actualisation (en référence aux catégories aristotéliciennes) et ses intersections avec le geste technique.

Après un bref survol historique (chap. V), nous essaierons de comprendre comment le temps (chap. VI) et l'espace (chap. VII) travaillent la vérité médicale (chap. VIII) et quelles sont les conséquences sur la relation médecin malade (chap. IX).

[2] Victor Hugo, *Les Misérables I*, Paris, Librairie Générale Française, 1963, I^{ère} Partie, Livre V, VI, p. 192.

Nous verrons enfin, dans la troisième partie, comment le tri médical, exercice singulier de la médecine de masse, peut nous aider à faire apparaître l'éthique médicale.

Première partie. Essence de la médecine d'urgence

Prologue

A domicile, un matin d'une saison quelconque qui aurait pu être un matin ordinaire. L'équipe de la Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)[3], arrive en renfort des sapeurs-pompiers déjà sur place qui ont entrepris le massage cardiaque et posé le défibrillateur automatique. L'appareil n'a encore délivré aucun choc électrique. Le médecin du SMUR est le quatrième et ultime maillon de la chaîne de survie à l'extérieur de l'hôpital.

Quelques questions sont posées sur l'heure de survenue et les circonstances, les antécédents médicaux, le traitement suivi au long cours… Exécution d'une scène ordinaire pour le médecin. Gestes professionnels pour l'infirmier anesthésiste qui a déjà préparé le matériel d'intubation et posé un accès veineux. L'adrénaline est injectée. Le médecin s'est allongé sur le ventre, à la perpendiculaire du patient. La cuisine est exiguë. Il finit par trouver la bonne position pour pouvoir engager correctement son laryngoscope. Un visage à l'envers est inhumain, il n'y a que des orifices. On arrête le massage quelques secondes le temps pour la sonde d'intubation de se glisser dans la glotte éclairée et rendue béante par la fine lame. Le ballonnet est gonflé, la sonde fixée par une cordelette en coton qui entoure la tête. Elle est immédiatement reliée au respirateur que l'ambulancier a branché sur l'obus d'oxygène. C'est au tour de la sonde gastrique de rentrer par une narine et de s'écouler jusque dans l'estomac. Le sac étanche engagé à l'autre extrémité se remplit à mesure que l'estomac se vide. C'est surtout de l'air, le café n'avait pas encore était ingéré. Le tracé électrique reste désespérément plat. On répète l'injection d'adrénaline.

Après les trente minutes de réanimation, on fait le point : depuis combien de temps était-il en arrêt cardiaque quand sa femme nous a appelés ? Peu de temps semble-t-il mais chaque minute compte, chaque minute écoulée l'éloigne de la vie. *« Il est descendu pour faire le café. Et puis au bout d'un moment, comme je*

[3] L'acronyme SMUR a longtemps signifié *service* mobile d'urgence et de réanimation – lui-même

n'entendais plus rien, je suis allée voir et il était là, allongé par terre, comme il l'est encore maintenant ». Et puis ? *« J'ai appelé tout de suite »*.

> *« Qu'est-ce que j'ai fait ensuite ? On m'a passé le médecin au 15, une dame je crois. Elle m'a demandé si j'étais toute seule et puis elle m'a dit qu'on allait commencer à le réanimer ensemble ! Elle voulait que j'écrase sa poitrine avec mes mains. Et comme je lui disais que je ne comprenais rien, elle m'a expliqué qu'en écrasant sa poitrine on comprimait le cœur et que ça envoyait du sang dans le cerveau. Appuyer sur la poitrine, je n'aurais pas eu la force ! C'est un rude gaillard, mon homme. Et puis je ne voulais pas le toucher, je n'osais pas. J'avais peur de lui faire mal. Je crois que je n'ai pas eu le courage ».*

Plus de quinze minutes sans circulation sanguine. Plus de quinze minutes entre le moment présumé de la survenue de l'arrêt cardiaque et l'engagement par les professionnels des premiers gestes de survie. Si on récupère une activité cardiaque spontanée, quelles seront les séquelles neurologiques ? Par expérience, on connait le pronostic des « cœurs vivants & cerveaux morts ». Encore un peu d'adrénaline ; il est jeune, à peine soixante-dix ans… Jusque quel âge reste-t-on médicalement jeune ? Soixante-quinze, quatre-vingts, quatre-vingt-cinq ans aujourd'hui ?

A l'évidence, la réanimation est un échec. Le cœur ne repart pas et il ne repartira pas. Il faut prendre la décision d'arrêter tout geste, de débrancher le respirateur. La décision incombe au médecin seul mais tous, sapeurs-pompiers, infirmier, ambulancier, approuvent. Ils ont, eux aussi, leur lot d'expériences analogues.

Durant tout le temps de la réanimation, le patient n'est ni vivant, ni mort. Il n'y a en réalité pas de solution de continuité entre la vie et la mort. Une différence de degré se substitue à la différence de nature supposée. Arrêter la réanimation, c'est larguer les amarres et laisser s'éloigner de la berge des vivants le patient allongé sur la barque qui flotte sur le fleuve de l'oubli, ce *no man's land*, ce *no man's time* des Grecs.

On attendra cinq minutes de tracé plat sur l'électrocardioscope pour déclarer le décès. Cinq minutes de calme, de silence durant lesquelles on éponge la sueur. La réanimation à domicile demande une bonne condition physique. Le matériel qui aurait permis de ramener l'homme à la vie est écarté pour être rangé. Les consommables sont jetés. La sonde d'intubation pointe encore depuis la commissure labiale comme un tuyau de pipe grossier. Elle est finalement retirée pour rendre au patient figure humaine.

« Nous avons arrêté la réanimation. Le cœur n'est jamais reparti. Je suis désolé, votre mari est décédé ».

L'annonce de la mort : événement unique où le performatif atteint son paroxysme, où l'énoncé est totalement fondu dans l'énonciation.

Il n'y a pas de bonne manière d'annoncer la mort d'une personne. On peut lire une pile d'ouvrages sur la question, apprendre toutes sortes de techniques de communication, s'entraîner à jouer la scène avec des collègues… Mais au moment capital, les mots viennent d'eux-mêmes sans contrôle et parfois on se met à regretter certains propos. On regrette par exemple d'avoir été trop direct. On n'est pas aussi fort que les Américains avec leur *« I'm so sorry ! »* qui passe si bien à chaque fois. Que faudrait-il dire ? *« Je suis tellement désolé »* ? *« Je vous présente mes condoléances »* ? Ou encore *« Je vous présente mes excuses »* ? Quelles excuses ? Celles de ne pas pouvoir être touché, ne pas pouvoir être peiné autant qu'elle ?

« Tout ça, c'est de ma faute ! Il avait le cœur fragile » On apprendra qu'ils avaient fait l'amour la veille au soir. Pour la dernière fois donc. On se doit de tout livrer au docteur, même les parties intimes de la vie. *« On a eu un rapport. C'était pour lui, moi je n'avais pas très envie. C'était pour lui faire plaisir ».* Ultime étreinte avant le grand saut. *« J'aurais dû dire non, il serait encore là ».*

Le fils vient d'arriver. *« Non maman, ce n'est pas de ta faute ! C'est de la leur ! Parce qu'ils sont arrivés trop tard et maintenant il est mort ! Mon père est mort ! Vous m'entendez docteur ? Il est mort, vous l'avez tué ! »*

Accusé, levez-vous, préparez votre défense ! *« Non, je vous assure, on est parti dès qu'on a reçu l'appel. On était sur la route pendant que ma consœur au 15 essayait de faire faire les gestes qui sauvent ».* Ne pas culpabiliser les proches sans, dans le même temps, se culpabiliser, sans se sentir coupable ou s'exposer en coupable. Exercice de funambule. Et pourquoi ne pas prendre la totalité du fardeau à notre compte ? *« Oui monsieur, vous avez raison, tout est entièrement de notre faute ».* Quand il faut nécessairement un coupable, si les secours ne sont pas reconnus comme tels, ce ne peut-être que le premier témoin, souvent la famille la plus proche.

« Et puis d'abord, il n'est peut-être pas mort ! Maintenant vous allez l'emmener à l'hôpital pour le soigner ! » « Non monsieur, ce n'est pas possible, c'est terminé. Madame, où voulez-vous qu'on l'installe ? Dans son lit ? On ne va

pas le laisser dans la cuisine ! » « Non pas dans son lit, c'est aussi le mien ! Je ne le veux pas mort dans mon lit ! » Le lit de la chambre d'amis est désigné.

Les sapeurs-pompiers emmènent le corps du défunt qui a médicalement et littéralement changé d'identité : c'est maintenant un cadavre. N'ayons pas peur des mots, ils ne rendront pas le mort plus mort qu'il ne l'est.

La femme regarde son mari qui fait encore en vie, qui fait encore envie. *« Lui qui tout à l'heure était encore plein de vie »*.

La raison revient. *« Qu'est-ce qu'il lui est arrivé ? » « On ne sait pas, un infarctus ? Une embolie peut-être ? Il avait des antécédents cardiaques et, suivant le dernier courrier du cardiologue, les choses ne s'amélioraient pas malgré le traitement »*. Les mêmes poncifs sont toujours employés. Tout le monde connaît la gravité de l'infarctus, de l'embolie, de la congestion… Donc le diagnostic est vraisemblable à défaut d'être vérifié. Car en France, on ne pratique pas systématiquement une autopsie. Sauf si la mort est suspecte. On coche alors sur le certificat de décès la case « obstacle médico-légal », synonyme de procédure judiciaire. La mort est ici déclarée naturelle.

Tout semble rentrer dans l'ordre. Le fils est en apparence plus calme. L'épouse, on s'en doute, on le sait, ne s'en remettra jamais. *« Qu'est-ce que je dois faire maintenant ? »* On a envie de lui répondre *« continuer à vivre malgré cela ! »*

Le médecin contacte la régulation pour passer son bilan. A l'autre bout du fil, la consœur qui a assisté, aveugle, à la mort en direct, à la mort en train de se faire, à la mort en mouvement, reformule et résume la situation. L'événement est devenu un dossier médical qui s'ajoutera aux autres pour alimenter une statistique annuelle des arrêts cardiaques. *« Delta Charlie Delta après réa. Laissé sur place. OK, c'est noté. Vous êtes dispo ? » « Oui, oui, on est dispo. » « Bon alors vous partez pour un pendu dépendu en arrêt au 30 rue de… »*. Ça continue. La journée s'annonce mouvementée.

En presque trente ans d'exercice, le médecin a connu bon nombre d'interventions de ce genre où l'on ramène peu de gens vivants à l'hôpital. Il a signé des liasses de certificats de décès. Il laisse un cimetière derrière lui.

Le médecin se rappellera toujours de sa première mission pour « arrêt cardiaque ». Il l'a « récupéré ». Peut-être que si ça n'avait pas été le cas, sa destinée professionnelle en aurait été bouleversée. Mais voilà, il a eu, ce jour-là, le

sentiment de vaincre la mort. Alors il a continué dans cette voie pour faire partie, dans les années 1990, de la première génération de médecins urgentistes. On peut débuter ce métier par accident

. Mais on n'y reste pas plusieurs décennies par hasard.

Le médecin se souvient aussi d'un autre matin particulier. Il avait tout donné pour faire revivre ce nourrisson découvert inanimé dans son couffin. Il avait ensuite annoncé le décès aux parents qui, eux non plus, ne s'en remettraient jamais. Le médecin avait, dans la foulée, était dirigé par la régulation médicale vers la cage d'escalier d'un immeuble situé à l'autre bout de la ville. Il n'avait eu que le temps d'installer la femme de ménage sur le canapé d'un appartement que son propriétaire avait bien voulu lui concéder. La tête s'engageait déjà. L'accouchement s'est finalement bien déroulé. L'enfant a crié immédiatement. Score d'Apgar à 10. Mission accomplie.

C'était comme s'il avait fallu attendre que l'enfant de la première intervention soit déclaré mort pour que puisse naître le suivant.

Chapitre premier. La mort en urgence

Les Egyptiens de l'antiquité avaient fait de la vie, si brève comparée à l'éternité du monde, un cas particulier de la mort. Chez les Grecs, il n'y avait entre les hommes et les dieux qu'une différence de degré pour séparer la finitude des uns de l'immortalité des autres.

Mais l'immortalité ne suffit pas. Éos, déesse de l'aurore, s'éprend de la beauté du jeune Tithôn, un prince troyen, fils de Laomédon et frère de Priam. Elle obtient de Zeus l'immortalité pour celui qui est devenu son époux mais elle oublie de réclamer également l'éternelle jeunesse. Tithôn est condamné au vieillissement éternel, à la vieillesse immortelle, et finit desséché, métamorphosé en insecte, animal sec par excellence. Calypso ne commet pas la même erreur et promet à Ulysse le *jackpot*, à la fois l'immortalité et l'éternelle jeunesse. Ulysse refuse l'offrande pour regagner son Ithaque natale – lieu naturel, lieu vivant – où l'attendent Pénélope et Télémaque.

> « Auguste déesse, ne t'irrite point de ce que je vais te dire. Je sais bien que la chaste Pénélope est dessous de toi et par l'élégance de sa taille, et par la beauté de son visage ; car Pénélope est une faible femme et toi tu es une déesse immortelle, exempte de vieillesse. Cependant je désire chaque jour revoir mon palais et ma terre natale ! – Que les dieux me poursuivent encore sur la mer ténébreuse, je suis prêt à tout supporter ; car ma poitrine renferme un cœur endurci aux souffrances. J'ai déjà essuyé bien des malheurs et enduré bien des fatigues sur les flots et dans les guerres : maintenant advienne ce qu'il pourra[4]. »

Toute la sagesse antique semble s'incarner dans le personnage d'Ulysse qui choisit d'offenser les dieux plutôt que contrarier la nature (*phusis*). Le monothéisme non anthropomorphique procède à un renversement où la désacralisation de la nature suit la sacralisation du divin. La nature n'est plus créative mais création d'un Dieu unique. En proposant la résurrection à la fois des âmes et des corps, le christianisme va s'imposer au milieu du bouillonnement religieux des premiers siècles. L'idéalisme chrétien suit l'idéalisme platonicien : l'âme est tout, le corps n'est rien. Le corps (*sôma*) est la sépulture (*sêma*) de l'âme[5]. Les Modernes avec Descartes vont désacraliser le corps humain en opposant à l'âme immortelle, un corps-machine sur lequel désormais plus rien n'interdit d'intervenir.

---

[4] Homère, *Odyssée*, V, 214-224, http://remacle.org/bloodwolf/poetes/homere/odyssee/livre5.
[5] Platon, *Gorgias*, *in Œuvres complètes I*, trad. Léon Robin, Paris, Gallimard, 1950, coll. « Bibl. de la Pléiade », 493 *a*, p. 440 et *Cratyle*, 400 *c*, p. 635.

1. La mort examinée

Un monisme est aujourd'hui à l'œuvre, un monisme matérialiste, qui propose une biologie de la mort. On en trouve les premières traces chez Claude Bernard (1813-1878) : « La vie, c'est la création » et « la vie, c'est la mort[6] ». Car seul le vivant crée, seul le vivant meurt. La dialectique (pro)création et destruction est la marque de fabrique du vivant, sa griffe, et le couple *Eros* et *Thanatos* en est le maître d'œuvre.

> « L'existence n'est […] qu'une perpétuelle alternative de *vie* et de *mort*, de composition et de décomposition. Il n'y a pas de vie sans la mort ; il n'y a pas de mort sans la vie[7]. »

En 1802, l'année de la mort de Bichat (1771-1802), les allemands Karl Friedrich Burdach (1776-1847) et Gottfried Reinhold Treviranus (1776-1837) forgent le mot « biologie » pour désigner la philosophie de la nature vivante (*Philosophie der lebenden Natur*). Indépendamment semble-t-il, le néologisme apparaît la même année sous la plume d'un certain Jean-Baptiste de Monet, chevalier de Lamarck (1744-1829)[8]. Lamarck est le premier à comprendre la biologie comme une science autonome, avec ses lois propres distinctes de celles des autres sciences positives, des sciences de la matière inerte, mais aussi distincte de la médecine et dont l'objet est l'étude des caractères communs aux végétaux et aux animaux[9].

Un siècle plus tard, en 1903, le biologiste français d'origine russe, Élie Metchnikoff (1845-1916), forge les termes de *gérontologie* pour la science du vieillissement et *thanatologie* pour celle de la mort.

Vie, mort, vieillesse mises en sciences redonnent de l'air au projet dionysiaque. Les individus de certaines espèces frisent « naturellement » l'immortalité ; certains poissons comme la rascasse, le carrelet, l'esturgeon mais aussi le homard ont même le bon goût de ne pas vieillir. Au salon du vivant on rencontre des modèles *utilitaires* mais aussi les hauts de gamme catégorie *luxe*. Ainsi, la mortalité n'est plus une nécessité et l'immortalité est proposée en option.

---

[6] Claude Bernard, *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, Vrin, 1966, pp. 39 et 41.
[7] *Id*., p. 128.
[8] André Pichot, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, coll. « Tel », p. 11, n. 2 et p. 588.
[9] *Id.*, p. 588.

François Jacob parle d'une mort contingente pour les bactéries[10] qui ne meurent pas mais disparaissent en tant qu'entité : « là où il y avait un, il y a soudain deux[11] ».

> « La mort n'apparaît plus comme une nécessité faisant partie de la nature du vivant, mais comme un défaut organique évitable, susceptible au moins en principe de faire l'objet d'un traitement, et pouvant être longuement différé. Une nostalgie éternelle de l'humanité semble être plus proche d'être exaucée. Et pour la première fois nous avons à nous poser sérieusement la question : "Dans quelle mesure est-il désirable ? Dans quelle mesure est-ce désirable pour l'individu, dans quelle mesure pour l'espèce ?" Ces questions touchent à rien de moins qu'au sens entier de notre finitude, à l'attitude face à la mort, et à la signification biologique générale de l'équilibre de la mort et de la procréation[12]. »

On n'est pas étonné que personne, au fond, ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : « Dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité[13]. » Alors, *à quoi bon mourir ?* On reviendra donc à une sagesse enseignée par les philosophes tel Descartes qui s'adresse à son ami Chanut, déçu de n'avoir pu trouver « une médecine qui soit fondée en démonstrations infaillibles[14] » et ainsi soigner l'érésipèle du Père Mersenne : « Au lieu de trouver les moyens de conserver la vie, j'en ai trouvé un autre, bien plus aisé et bien plus sûr, qui est de ne pas craindre la mort[15] ».

2. La mort en mouvement

1. Réanimation et ressuscitation

La réanimation cardio-pulmonaire des arrêts cardiaques répond à une pulsion de vie et amène à la réflexion ontologique et éthique sur la vie même. L'examen de la vie peut être le premier pas de la pensée vers la vie examinée.

---

[10] François Jacob, *La logique du vivant*, Paris, Gallimard, 1970, coll. « Tel », p. 317.
[11] *Id*., 318.
[12] Hans Jonas, *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad. Jean Greisch, Paris, Cerf, coll. « Passages », 1990, p. 39, [48].
[13] Sigmund Freud, « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », trad. Pierre Cotet, André Bourguignon et Alice Cherki, *in Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1981, p. 26.
[14] René Descartes, « Lettre à Mersenne, janvier 1630 », *in Œuvres et Lettres*, Paris, Gallimard, 1953, coll. « Bibl. de la Pléiade », 1999, p. 915.
[15] « Lettre à Chanut, juin 1946 », *Id.*, p. 1236.

On a tendance à parler de ressuscitation, « ensemble des moyens mis en œuvre pour ramener un malade à la vie[16] » voire de *resuscitation*, l'équivalent anglais, plutôt que de réanimation. Jean Hamburger (1909-1992), l'inventeur de l'idée de réanimation dans les années 1950, explique que le terme risquait de créer la confusion avec les méthodes de ressuscitation d'un homme en état de mort apparente.

> « La réanimation médicale n'est nullement l'art de faire revenir à lui un malade évanoui. Elle consiste pendant toute la période critique d'une maladie aiguë à prendre le contrôle du milieu intérieur que l'organisme malade ne contrôle plus[17]. »

On retrouve l'oxymore de « milieu intérieur » forgé par Claude Bernard. Pour comprendre la révolution bernardienne sans laquelle la « réanimation médicale » de Jean Hamburger ne pouvait advenir, il faut revenir au terme de « milieu ». C'est Etienne Geoffroy Saint-Hilaire (1772-1844) qui le premier, en 1831, l'emploie au singulier. La notion semble une transposition en biologie des expressions mécanistes de fluide newtonien et d'éther. En 1838, dans la XL^{e} leçon de son *Cours de Philosophie positive*, Auguste Comte (1798-1857) a toujours le sentiment d'employer une « expression nouvelle » :

> « L'idée de vie suppose constamment la corrélation nécessaire de deux éléments indispensables, un organisme approprié et un milieu convenable. C'est de l'action réciproque de ces deux éléments que résultent invariablement tous les divers phénomènes vitaux, non seulement animaux, comme on le pense d'ordinaire, mais aussi organiques[18]. »

Le mérite de Claude Bernard est d'avoir rompu avec la dialectique du fondateur du positivisme qui entendait par « milieu » non seulement « le fluide où l'organisme est plongé » mais « l'ensemble total des circonstances extérieures d'un genre quelconque, nécessaires à l'existence de chaque organisme déterminé ». Pour Claude Bernard, l'existence de l'être tire son principe non pas du milieu extérieur mais du « milieu liquide intérieur formé par le liquide organique circulant qui entoure et baigne tous les éléments anatomiques des tissus[19] »

> « C'est la lymphe ou le plasma, la partie liquide du sang qui, chez les animaux supérieurs, pénètre les tissus et constitue l'ensemble de tous les liquides interstitiels, expression de toutes les nutritions locales, source et confluent de tous les échanges élémentaires[20]. »

---

[16] Alain Rey (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998, p. 3212.
[17] Jean Hamburger, « La révolution thérapeutique », *Le Monde*, 16 avril 1992.
[18] Auguste Comte, *Cours de Philosophie positive I*, 40ème leçon, 1838, Paris, Hermann, 1975, p. 682.
[19] Claude Bernard, *Leçon sur les phénomènes de la vie*, *op. cit.*, p. 113.
[20] *Id*.

La réanimation consiste à rétablir les conditions originelles du milieu intérieur et les maintenir par le contrôle de l'équilibre acido-basique, glycémique, thermique, azoté… bref de l'homéostasie et de l'hématose et se distingue, selon Jean Hamburger, de l'acte médical de réanimer, de « ressusciter » un « malade évanoui ».

Le processus intensif des soins, cristallisé dans le « contrôle du milieu intérieur », se déroule dans un lieu particulier, un service médical organisé à cet effet que les Anglo-Saxons appellent *intensive care unit* ou *critical care unit* ; *care* et non *cure*. La réanimation, comme les urgences sont devenues le lieu qui est à l'origine de la qualification de l'état de santé du patient. En théorie, pas de réanimation en dehors du service de réanimation. D'où l'apparition de néologismes comme « déchoquage » qui à son tour est aussi devenu un lieu, la salle d'accueil des urgences vitales à l'acronyme bien nommé SAUV. Le mot « déchoquage » dérive, tout comme le verbe « déchoquer » et le participe passé « choqué », de l'état de choc, défaillance microcirculatoire associée à une hypoxie donc une souffrance tissulaire aboutissant de façon spontanée au *multi-organ failure syndrome* (MOFS) ou syndrome de défaillance multiviscérale. On déchoque un malade en état de choc, on déchoque un malade choqué au déchoquage ou ailleurs mais pour finir par l'installer au déchoquage. Et pour le déchoquer, on le *technique*. En dehors du service de réanimation, on déchoque, on ressuscite, mais on ne réanime pas. La gravité des malades donc leur pronostic est soumis à la rhétorique des lieux.

2. Chaîne de vie

Pour améliorer le pronostic de la ressuscitation des victimes d'arrêt cardiaque, Richard O. Cummins de l'*University of Washington Medical Center* à Seattle, met au point en 1991 la notion de chaîne de survie[21] ; une chaîne pour laquelle chaque maillon d'importance égale représente une action. Le premier

[21] Richard O. Cummins, Joseph P., Ornato, William H. Thies & *al.*, « Improving survival from sudden death cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac care Committee, American Heart Association », *Circulation*, 1991, 83(5), pp. 1832-1847.

maillon se fixe sur la reconnaissance de l'arrêt cardiaque et l'alerte. Le deuxième porte sur l'application des gestes élémentaires de survie. Le troisième fait intervenir l'usage d'un défibrillateur. *Le* défibrillateur est l'appareil de ressuscitation des personnes en état de mort apparente suite à l'arrêt brutal de la circulation sanguine, résultat d'une activité électrique cardiaque inefficace dont la fibrillation ventriculaire est l'exemple le plus courant. Le quatrième maillon est centré sur la réanimation cardiaque médicalisée, incarnée en France principalement par les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) provenant d'un centre hospitalier. Les deux premiers maillons sont conçus pour s'adresser à n'importe quel témoin issu du grand public.

La défaillance d'un seul maillon diminue significativement les chances de survie de la victime. L'amélioration de la performance du système ne peut être envisagée que dans sa globalité. Aussi, le comportement, la conduite des premiers témoins sont déterminants pour la survie des victimes.

1. Premier maillon

Le premier témoin initie la chaîne en installant le premier maillon lequel a été simplifié dans son appréhension puisque l'arrêt cardiaque se définit dès la présence conjointe de deux manifestations : une victime inanimée – c'est-à-dire qui ne bouge pas, qui ne parle pas – et qui ne respire pas. La constatation de ces deux « signaux » incite à donner l'alerte c'est-à-dire à former un numéro gratuit à deux chiffres (15) ou le numéro européen des urgences (112) ou encore les sapeurs-pompiers (18). La composition de ces numéros aboutit toujours *in fine* au centre de régulation médicale du SAMU où un médecin régulateur va conseiller et encourager le témoin à constituer le deuxième maillon. On peut d'ores et déjà insister sur l'importance du lien téléphonique dans la participation au succès de l'intervention. Le premier témoin est à l'origine d'une véritable chaîne éthique car le concept de chaîne de survie fait le pari audacieux de créer du lien entre les citoyens, de susciter un sentiment de responsabilité sans obligation ni sanction hormis celles que l'on s'impose à soi-même ; de créer un sentiment de responsabilité débarrassé de toute culpabilité.

Rien n'interdit d'imaginer que la chaîne de survie s'accomplisse en dehors du champ médical en une chaîne éthique, une éthique par la chaîne, une éthique qui trace les limites de l'humanité et place à l'extérieur, d'une façon aussi radicale que l'écrit Levinas, celles et ceux qui ont volontairement, délibérément choisi la négligence. « Négligence », littéralement la négation du lien, *neg-ligere*, « ne pas faire le lien ». Une éthique qui serait une négation de négation se rapprocherait de l'*inter-ligere*, « relier, établir un lien » qui a donné le mot « intelligence ». Le contraire de la négligence, au-delà de l'étymologie, est l'*intelligence*. Une éthique qui touche à l'intelligence, qui fait confiance en l'intel-ligence a des airs de famille avec la *phronèsis*, vertu dianoétique, vertu intellectuelle, habileté vertueuse, habileté du vertueux que l'on retrouvera au cours de la troisième partie.

2. Deuxième maillon

La chaîne éthique se prolonge avec le deuxième maillon, la réanimation cardio-pulmonaire de base de l'adulte qui a été volontairement limitée, pour le profane, à la compression rapide et régulière du thorax pour atteindre une fréquence de cent compressions par minute. Le bouche-à-bouche est devenu facultatif pour le grand public. Par peur d'une contamination virale, peu de témoins réalisaient ce geste.

Malgré sa simplification au fil des dernières décennies – fondée sur des preuves scientifiques – trop peu de personnes encore s'engagent dans le procédé et mènent à bien les actions recommandées. Il semble que ce soit la peur de *« ne pas faire comme il faut »*, de *« mal faire »* qui freine plus encore que le refus d'apporter de l'aide. Pourtant, on peut opposer qu'il n'y a jamais de complication médicale à la mort. Il semble qu'une absence d'expérience pousse à la retenue, force l'abstention. Même certains professionnels de santé restent figés dans l'idée du *primum non nocere*. « Avant tout ne pas nuire » est ici « ne pas agir » ; ne pas agir, c'est agir contre le bien de la victime. Ce que les conséquentialistes ont traduit en principe de non-malveillance se retourne contre leur théorie. Une action qui s'impose même en l'absence de toute expérience donc avant toute expérience,

relève d'un impératif catégorique. Nous sommes de plain-pied dans le champ éthique et si l'on voulait mobiliser une vertu, ce serait le courage.

Si, sept fois sur dix, l'arrêt cardiaque survient devant témoin, celui-ci ne réalise une réanimation cardio-pulmonaire de base que dans 17 % des cas. Les échecs ou les succès thérapeutiques, ne sont-ils pas en fait des échecs ou des succès pédagogiques ?

Longtemps, la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base a été la chasse gardée des secouristes. Un certain ésotérisme infiltre les méthodes d'enseignement fondées sur le mimétisme. Le moniteur en démonstration fait le geste qui doit ensuite être reproduit à l'identique par l'élève. Une autre approche est proposée par le personnel de santé à travers la formation aux gestes et soins d'urgences (FGSU), on y reviendra.

3. Troisième maillon

Dans 20 à 40 % des cas de morts subites cardiaques et avant que les contractions des ventricules ne disparaissent de façon durable et irréversible, l'électro-cardioscope enregistre une tachycardie ventriculaire ou un rythme chaotique appelé fibrillation. A thorax ouvert, le cœur prend l'aspect d'un sac de vers frémissants. Toutes les cellules du myocarde s'activent en même temps générant une contraction incapable d'éjecter le sang hors des ventricules. Devant cette « épilepsie »[22] cardiaque où l'organe est pris de convulsions, il n'y a pas d'*arrêt* du cœur *stricto sensu* mais un arrêt de la circulation sanguine par inefficacité de la pompe – le *no flow* que les Anglo-Saxons opposent au *low flow* rencontré durant les états de choc.

Le seul traitement est la soumission du cœur fibrillant à un champ électrique, à une galvanisation. La défibrillation est l'action qui consiste à dépolariser plus de 75 % de la totalité du tissu myocardique et ainsi restaurer les conditions électro-physiologiques originelles propices à une dépolarisation spontanée synchrone cellulaire.

[22] « Epilepsie » vient du grec *epilêpsia* qui signifie « attaque, arrêt brusque ».

La dépolarisation de la masse critique de myocarde est obtenue en plaçant de part et d'autre du thorax deux larges électrodes autocollantes gélifiées reliées à un condensateur – le défibrillateur – qui restitue un courant électrique.

Si au début du XIX^{e} siècle, le Dr Frankenstein donne vie à la créature innominée par l'électricité, il faut attendre 1947 pour passer de la fiction à la réalité avec Claude Beck qui accomplit la première défibrillation à thorax ouvert chez l'homme[23]. La première défibrillation à thorax fermé mettant fin à une fibrillation ventriculaire est rapportée par Paul Zoll en 1956.

Depuis le début des années 1990, les défibrillateurs externes peuvent être automatisés (DAE). Certains appareils sont semi-automatiques, c'est-à-dire qu'il faut une intervention humaine pour déclencher le choc électrique (DSA), d'autres sont entièrement automatisés (DEA) : dès la pose des électrodes conductrices sur la poitrine de la victime, l'appareil délivre ou non de lui-même le choc suivant l'analyse du rythme cardiaque. On parle ici de défibrillateurs externes, pour bien les distinguer des défibrillateurs implantables, un appareil comparable à un stimulateur cardiaque, plus connu sous le nom de *pacemaker*, dont les électrodes ou sondes détectent et corrigent les troubles du rythme par une décharge électrique presque imperceptible pour le patient porteur. La première implantation remonte à 1980.

Les rescapés de la défibrillation vivent sans séquelles si le premier choc est administré dans les six minutes qui suivent l'asphyxie[24] – au sens étymologique du terme : absence de pouls. Chaque minute écoulée sans la moindre intervention diminue les chances de survie de la victime de dix pour cent. Aussi, au-delà de sept minutes les séquelles permanentes sont quasiment inévitables.

Les succès pédagogiques et thérapeutiques d'études pilotes nationales ont rapidement inspiré le législateur pour démocratiser l'emploi des défibrillateurs. Ainsi, dans le décret numéro 2007-705 du 4 mai 2007, l'article R 6311-15 du code de la santé publique autorise *« toute personne, même non médecin »* à employer ces appareils.

---

[23] Claude S. Beck, Walter H. Pritchard, Harold S. Feil, « Ventricular fibrillation of long duration abolished by electric shock », *Journal of American Medicine Association*, 1947, 135, pp. 985-989.
[24] Mickey S. Eisenberg, Richard O. Cummins, Susan Damon & *al.*, « Survival rates from out of hospital cardiac arrest: Recommendations for uniform definitions and data to repart », *Annals of Emergency Medicine*, 1990, 19, pp. 1249-1259 et Mickey S. Eisenberg, Bruce T. Horwood, Richard O. Cummins & *al.*, « Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities », *Annals of Emergency Medicine*, 1990, 19, pp. 179-186.

Les défibrillateurs automatisés externes commencent à participer au mobilier urbain dans les lieux publics, dans les lieux recevant de nombreuses personnes ; ils côtoient les extincteurs dans les bâtiments institutionnels et commerciaux. Plusieurs mairies de villages en ont fait l'acquisition. Des campagnes d'information fleurissent au fur et à mesure des dotations avec le soutien des élus locaux. Le défibrillateur a quitté le monde clos des professionnels du secours à personne pour s'étendre dans l'univers infini de la cité.

Le DAE – peu importe qu'il s'agisse de la DSA ou de la DEA – offre la possibilité d'agir efficacement. Plus encore, la technique pousse à l'action, exhorte à agir. *« Je puis, donc je dois*[25] *»* nous dit Jean-Marie Guyau. Qu'on l'exprime sous une forme, « pouvoir = devoir », ou une autre, « pouvoir implique devoir », on n'est pas en présence d'une méta-norme. L'équation « pouvoir = devoir » a un air de famille avec celle de Francis Bacon, « savoir = pouvoir ». L'équation de Bacon ne constitue pas une vérité conceptuelle[26] – c'est-à-dire une relation de dépendance conceptuelle entre « savoir » et « pouvoir » – car la négation, « savoir ≠ pouvoir », n'est pas contradictoire. De même la négation, de « pouvoir implique devoir », c'est-à-dire « pouvoir n'implique pas devoir », n'est pas non plus contradictoire. On peut ajouter que « pouvoir implique devoir » contredit la « loi de Hume ». Selon David Hume, on ne peut tirer le *doit-être* à partir de l'*être* ; en d'autres termes, on ne peut faire dériver une conclusion normative d'une prémisse non-normative. Le rapport devoir-pouvoir est une question aussi cruciale que celle des rapports fait-valeur de Hume, vérité de fait-vérité de raison de Leibniz ou proposition-règle de Wittgenstein. Nous y reviendrons au cours du dernier chapitre à propos de la responsabilité.

Ce n'est plus la fin qui justifie les moyens mais les moyens qui imposent une fin, *une* fin et non pas *la* fin. Si l'on remplace le défibrillateur par une arme, *pouvoir* tuer implique-t-il *devoir* tuer ? Voilà qui est imposé aux soldats en temps de guerre. Pour suivre les catégories kantiennes, on dira que l'impératif hypothétique n'a pas encore laissé toute la place à l'impératif catégorique.

---

[25] Jean-Marie Guyau, *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction*, Paris, Arthème Fayard, 1985, p. 218.

[26] Ruwen Ogien, « Le rasoir de Kant », *in Le rasoir de Kant et autres essais de philosophie pratique*, Paris-Tel Aviv, L'éclat, 2003, pp. 75-94.

3. Technophilie et technophobie

L'appareil suscite de l'étonnement, de l'inquiétude, de l'interrogation : Et si ça ne marche pas ? Et si ça fait pire que mieux ? N'est-ce pas dangereux pour celui qui l'utilise ?

On est en effet travaillé par un mélange équimolaire de technophilie et de technophobie. Beaucoup de dispositifs nouveaux produisent à la fois fascination et appréhension. On est capable de placer une confiance aveugle dans un grille-pain programmable, dans le système électronique de freinage d'une automobile…

L'imaginaire est travaillé tout autant qu'il travaille les esprits sur le thème de la machine qui s'émancipe de l'homme. Le *robot* – mot tchèque qui signifie « travailleur »[27] – est ce personnage conceptuel qui provoque autant la crainte que l'attirance. La puissante combinaison entre imagination et science fait naître de l'esprit d'Isaac Asimov les trois « Lois de la Robotique » dont la première stipule qu'*« un robot ne peut porter atteinte à un être humain ni, restant passif, laisser cet être humain exposé au danger*[28] *»*. Dès lors, le robot cesse d'inquiéter pour devenir un personnage aidant jusqu'à susciter tendresse et compassion. Mais plus que l'homme, c'est l'humanité tout entière que le robot se donne vocation de sauver. Une Loi transcende les trois premières pour se placer en Loi avant-première ou *Loi Zéro* : *« un robot ne peut nuire à l'humanité ni laisser sans assistance l'humanité en danger*[29] *»*.

> « La Machine dirige notre avenir. […] Elle sait ce qui peut nous rendre malheureux et blesser notre orgueil. La Machine ne peut pas, ne doit pas nous rendre malheureux[30]. »

Le robot se fait « Machine sotériologique », « Machine à bonheur », dont on peut saisir la racine dans la « Machine à soigner » du chirurgien Jacques René Tenon (1724-1816). « La tapisserie de la vie est plus importante qu'un seul fil[31] ».

---

[27] Le mot apparaît pour la première fois en 1920 dans la pièce de théâtre de Karel Čapek, *R-U-R (Rossum's Universal Robots)*, trad. Hanuš Jelínek, *in Quatre pas dans l'étrange*, Paris, Hachette, coll. « Le Rayon Fantastique », 1961.

[28] Isaac Asimov, « Robbie », 1941, trad. Pierre Billon, *in Le Grand Livre des Robots 1. Prélude à Trantor*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1990.

[29] Isaac Asimov, *Les Robots et l'Empire*, 1985, trad. Jean-Paul Martin, *in Le Grand Livre des Robots 2. La gloire de Trantor*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1991, p. 596.

[30] Isaac Asimov, « Conflit évitable », 1950, trad. Pierre Billon, *in Le Grand Livre des Robots 1. Prélude à Trantor*, *op. cit.*, p. 446.

La première Loi revient sous une forme éthique et non plus déontologique.

> « En théorie, La Loi Zéro constituait une réponse à nos problèmes. En pratique, nous ne pouvions jamais décider. Un homme est un objet concret. On peut évaluer et juger la blessure infligée à un individu. L'humanité, en revanche, est une abstraction. Comment s'y prendre[32] ? »

On se souvient d'HAL 9000[33], l'ordinateur de bord du vaisseau *Discovery* inventé en 1971 par Kubrick et Clarke appliquant les consignes dictées par son programme avec un zèle inhumain, ce qui n'a rien de surprenant pour une machine.

> « Je suis désolé, Dave, mais le paragraphe 4 du code spécial C 1435 dit, je cite : "Si l'équipage vient à disparaître ou s'il se trouve réduit à l'impuissance, l'ordinateur du bord doit assurer le commandement." Fin de citation. Je puis donc supplanter ton autorité, Dave, puisque tu n'es pas en état de l'exercer intelligemment. […] Je suis bien plus apte que toi à diriger l'astronef et j'ai tant d'enthousiasme pour cette mission[34]. »

En revanche, ce qui surprend chez HAL, c'est sa capacité à émettre des jugements comparatifs et des sentiments moraux. L'éthique individuelle de l'homme est contrariée par la Loi collective de la machine. On y reviendra à l'occasion du tri médical dans la troisième partie.

Alors, un appareil qui parle et qui ressuscite les morts a de quoi interpeller. La proximité entre une personne inconnue en train de mourir de son vivant, une personne à moitié vivante, une personne semi-vivante et une machine quasi-vivante perturbent les repères traditionnels du sacré et de l'interdit. Une proximité qu'a bien saisi Philip K. Dick dans le roman *Ubik* où les portes d'appartement réclament de l'argent à leur propriétaire à chaque usage et menacent de les poursuivre en justice en cas de fraude[35] tandis que les êtres humains peuvent être maintenus en état de *semi-vie* dans d'immenses cuves agencées par des établissements spécialisés.

---

[31] *Les Robots et l'Empire*, *op. cit.*, p. 596.
[32] Isaac Asimov, *Terre et Fondation*, 1986, trad. Jean Bonnefoy, *in Le cycle de Fondation 2*. *Vers un nouvel Empire*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1999, p. 1141.
[33] HAL peut être un acronyme forgé à partir de chaque lettre qui précède le sigle IBM ou bien le diminutif d'*Heuristically programmed ALgorithmic computer* que l'on pourrait traduire par « système algorithmique à développement heuristique » qui aurait donné SADHE en français. Mais HAL 9000 n'a pas de nom propre, son nom désigne sa fonction ou dans la première hypothèse le nom de la firme qui l'a construit, le nom de son créateur associé à un numéro de série. A l'instar de la créature du Dr Frankenstein, il reste innommé et innommable car inhumain. En traduisant les trois initiales par un prénom – Carl – la version française donne une prétention à la machine qui a peut-être été délibérément exclue par les auteurs américains.
[34] Arthur C. Clarke, *2001 : l'odyssée de l'espace*, trad. Michel Demuth, Paris, Laffont, 1968, p. 190 et Stanley Kubrick, 1969.
[35] Philip K. Dick, *Ubik*, trad. Alain Dorémieux, Paris, Laffont, coll. « Ailleurs et Demain », 1970, p. 33.

Le défibrillateur automate et la loi qui l'accompagne ouvrent la défibrillation aux profanes et mettent ainsi fin à la réserve d'une petite « élite », les diplômés du secourisme en tout genre. La chasse gardée est désormais ouverte à toutes et à tous dans un renversement contradictoire des valeurs jusqu'alors acceptées : désacralisation d'une technique sacralisée et dans le même temps re-sacralisation du corps humain désacralisé.

La technique établit une symétrie des responsabilités entre le témoin et l'initié. Chacun peut sauver une vie. Ce n'est plus une question de compétence, encore moins de qualification.

La réanimation cardio-pulmonaire de base immédiate triple la survie des morts subites en fibrillation ventriculaire ; le même geste suivi d'une défibrillation dans les trois à cinq minutes permet d'atteindre des taux de survie allant de 49 à 75 %.

Ce n'est sans doute pas la négligence qui maintient la plupart des témoins sur leur réserve mais peut-être un principe de non-profanation. Mary Shelley l'a bien perçu dans un songe : « l'effort de l'homme pour imiter le stupéfiant mécanisme du Créateur de l'univers, ne pouvait qu'engendrer un effroi suprême[36] ».

> « Je vis, étendue, l'apparence hideuse d'un homme donner des signes de vie, à la mise en marche d'une puissante machine, et remuer d'un mouvement malaisé, à demi vital. Spectacle nécessairement effrayant[37]. »

Le registre symbolique du corps investi, du corps-propre, de la chair fait obstacle, fait écran, à l'agir sur un corps humain inerte, sur un cadavre chaud. Pour atteindre la juste mesure entre réification et sanctification, il faut cette vertu cardinale que les Grecs appelaient la force d'âme ou courage.

3. Le quatrième maillon

Les succès thérapeutiques, mais aussi les insuccès, de la réanimation précoce des arrêts cardiaques induisent des questions totalement inédites.

---

[36] Mary W. Shelley, « Introduction à l'édition de 1831 », *in Frankenstein*, trad. Germain d'Hangest, Paris, Garnier-Flammarion, 1979, p. 344.
[37] *Id*.

En brouillant les frontières classiques tracées par la médecine moderne, la ressuscitation des arrêts cardiaques oblige à une réflexion sur la responsabilité médicale vis-à-vis de la personne, du corps et du cadavre et du vivant de façon générale. Une réflexion qui doit dépasser la réflexion ontique ; une réflexion ontologique.

Face à l'arrêt cardiaque, une décision médicale doit être prise dans un temps très bref. Face à la mort en mouvement, la mort en train de se faire, il n'y a pas de place pour la délibération infinie. La grande question éthique et technique, peut-être la seule, se pose en ces termes : *Intuber ou ne pas intuber ?* Raccourci saisissant du questionnement classique : *Faut-il ou non réanimer ?*

Le médecin urgentiste est souvent seul pour décider en un instant, en quelques secondes, s'il doit ou non intuber une victime devenue son patient. La question technique renvoie pour lui à l'indication de la réanimation toujours difficile à poser dans un environnement pauvre en informations médicales : antécédents, maladie actuelle, projet thérapeutique en cours… S'ajoute la pression des proches en attente du miracle médical. Le questionnement éthique va de pair avec la question technique et épistémique ; il en représente même le fondement.

L'équation *pouvoir = devoir* soulève une autre question dont la réponse fera toute la différence entre un acte d'urgence et un geste technique. Avoir la possibilité technique de réanimer n'est pas et ne doit pas être nécessairement associé au devoir de le faire. Le *devoir* change d'échelle pour entrer de plain-pied dans la sphère éthique, une sphère éthique qui précède et recouvre celle de la technique. La responsabilité du médecin prend toute sa dimension étymologique : répondre *à*, répondre *de* et répondre *pour*.

En France, il est si rare, si exceptionnel, si improbable de trouver, glissée dans la poche d'une personne qui vient d'être victime d'un arrêt cardiaque brutal, une déclaration écrite de demande de non réanimation qu'aucun acte médical ne débute par cette recherche. De même, le consentement informé de la personne ne peut jamais être obtenu. En effet, délivrer une information à quelqu'un plongé dans le coma relève du délire d'interprétation. Confondre information et communication, c'est se comporter comme ces policiers des films américains qui « lisent ses droits »[38] au présumé coupable tout en le malmenant. Ici, le médecin

[38] Il s'agit du célèbre *Miranda warning* ou « avertissement Miranda » dont les Américains ont tiré le verbe *to mirandize* pour désigner l'action de lire ses droits à une personne en état d'arrestation.

urgentiste dit avec Levinas : *« Me voici ! »*. Par l'accusatif « me », il répond *de* et *à* la victime, il répond à sa place, il répond *pour* la victime. Face à l'arrêt cardiaque, nous sommes tous responsables de tout, et le médecin urgentiste plus que quiconque.

Convoquer la loi Leonetti dans l'urgence, c'est la tordre, la dépraver pour se débarrasser d'une responsabilité trop encombrante, une responsabilité insupportable. « Il n'y a jamais d'urgence à mourir[39] ». La loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie[40], dont la marque majeure est de substituer un *laisser mourir* au *faire mourir* de l'euthanasie, impose une procédure collégiale associant « directives anticipées », avis de la « personne de confiance », appréciation collégiale entre soignants, médecins sans liens hiérarchiques, décision motivée. Un dispositif lourd mais précis dimensionné pour, et seulement pour, la maladie chronique. La présence du mot dans la poche révolver de la victime n'est jamais condition suffisante pour suspendre la spontanéité, pour suspendre la réanimation.

[39] François-René Pruvot, « Attention à la notion de "droit à mourir" », *la Voix du Nord*, 25 août 2011.
[40] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 et article R.4127-37 du code de la santé publique.

Chapitre II. Le geste et la *tekhnè*

1. L'art de la ruse

Selon Milan Kundera, un jour charmé par un signe de la main d'une femme qui n'avait plus vingt ans, nous ne nous servons pas de gestes, ce sont les gestes qui se servent de nous ; « nous sommes leurs instruments, leurs marionnettes, leurs incarnation[41] ». Arithmétiquement parlant, il est impossible que chaque être humain ait son propre répertoire de gestes. Il y a donc incomparablement moins de gestes que d'individus ; « un geste est plus individuel qu'un individu ». En d'autres termes, et sur un mode proverbial : « *Beaucoup de gens, peu de gestes*[42] ».

Mais plus encore de gestes que de positions. Le corps humain ne peut franchir certaines limites qui sont celles de l'amplitude de ses articulations. La contorsion, au sens propre de position forcée du corps, fin en soi pour l'acrobate ou au service d'une position d'artiste, danseur, acteur, mime par exemple, s'arrête à la luxation ou la fracture. Les os et les articulations étant en nombre fini, les possibilités de positions le sont aussi. Mais ce sont ces possibilités comme le maintien debout ou la pince de la main qui a fait la différence il y a quelques millions d'années. Très peu de positions, bien plus de gestes mais quand ces gestes servent une fin autre qu'eux mêmes, autre qu'un beau geste, ils sont encore moins nombreux.

Pour passer du geste naturel au geste technique, pour que le geste technique devienne comme une seconde nature, pour que le geste devienne un beau geste, il faut une répétition du geste, une répétition qui va générer un changement. Au commencement est la reproduction, l'imitation d'un geste observé qui devient, avec ce que l'on pourrait appeler un *habitus*, *limitation* d'un geste naturel. En effet, sans limitation, le geste du chirurgien, par exemple, peut devenir geste assassin. Tout est dans l'intention.

Avec la répétition, la mémorisation, on acquiert une expérience (*empeiria*). Mais pour accéder à l'« art », pour accéder à la *tekhnè*, il faut aussi un peu de

[41] Milan Kundera, *L'immortalité*, Paris, Gallimard, 1993, rééd. Folio, p. 19.
[42] *Id*., p. 18. C'est l'auteur qui souligne.

connaissance. Ainsi, contrairement à l'expérience, la *tekhnè* s'enseigne. C'est un *savoir-faire*, un *faire* qui s'autorise d'un savoir. Ni *empeiria*, ni *épistémè*, la *tekhnè* est une excellence, qui porte sur la détermination des moyens dans le champ opératif. C'est une vertu intellectuelle, capable donc d'être enseignée, une disposition à produire accompagnée de règle vraie. Sans *savoir*, le geste est reproduction automatique que la machine exécute mieux que l'homme. Pour le massage cardiaque, la *Non-invasive Cardiac Support Pump* alias « planche à masser » – dispositif de compression thoracique automatisé après réglage – est plus performante que le secouriste et peut avantageusement le remplacer. Mais on peut enseigner au secouriste, au soignant, à l'étudiant en médecine un savoir qui le placera à une distance incommensurable de la machine. On lui enseignera par exemple le *but* de la compression thoracique – alias massage cardiaque externe – qui est d'amener le sang au cerveau. On lui enseignera le *principe* de la compression thoracique qui est de chasser le sang du cœur en comprimant en même temps les poumons et le médiastin par écrasement homogène et limité de la cage thoracique.

Dans le monde du travail, on parle plus de métier, synonyme d'expérience professionnelle retrouvée dans les expressions *« avoir du métier »*, *« c'est le métier qui rentre ! »*. Le mot vient de la fusion probable de *ministerium* dérivé de *minister* lequel a donné « ministre » et de *mysterium*, « mystère », vocabulaire empreint de religion. Pour bien faire son travail, pour que *« ça marche »*, souvent il faut aller à tâtons, contourner les consignes, il faut ruser, comme Ulysse, ruser comme Oudeis, ruser comme Personne ; il faut, non pas frauder car on ne trompe personne, mais tricher, tricher avec la nature, la constitution des choses.

Avoir du métier, c'est disposer de cette intelligence particulière que les Grecs ont divinisée en Mètis, fille de Thétis et Océan, première femme de Zeus. Lorsque Mètis apparaît enceinte, Zeus craint que son pouvoir puisse être mis à mal par sa progéniture et avale alors son épouse. C'est dans le ventre de Zeus que Mètis accouche d'une fille. Le dieu des dieux est pris alors d'une violente céphalée qui oblige Héphaïstos, sur les bons conseils d'Hermès, à lui percer la tempe. Athéna sort toute casquée du trou de trépan tandis que Mètis reste dans les entrailles du dieu cannibale. La fille de Zeus est cette déesse de l'intelligence à qui Prométhée dérobera la *tekhnè* pour la distribuer aux hommes. Mais fruit des entrailles de Mètis, elle est aussi pleine de ruses comme elle le rappelle à Ulysse :

> « Toi, tu l'emportes sur les autres hommes par tes conseils et tes paroles ; moi, parmi les dieux, je suis honorée par mon esprit et par mes ruses[43] »

Descendue chez les hommes la *mètis* sera cette forme intelligence qu'on appelle intelligence pratique.

> « La *mètis* est bien une forme d'intelligence et de pensée, un mode du connaître ; elle implique un ensemble complexe, mais très cohérent, d'attitudes mentales, de comportements intellectuels qui combinent le flair, la sagacité, la prévision, la souplesse d'esprit, la feinte, la débrouillardise, l'attention vigilante, le sens de l'opportunité, des habiletés diverses, une expérience longuement acquise ; elle s'applique à des réalités fugaces, mouvantes, déconcertantes et ambiguës, qui ne se prêtent ni à la mesure précise, ni au calcul exact, ni au raisonnement rigoureux[44]. »

La pensée technique sort de la tête, s'exprime par la tête et participe à son maintien tel l'appareil orthopédique appelé minerve comme l'Athéna romaine. Le métier se dérobe au fond des entrailles, chevillé au corps, *rentré* dans le corps ; il fait partie intégrante avec le corps, il fait corps avec le corps. En dévorant Métis, Zeus incorpore la *mètis*. On retrouve alors naturellement les expressions citées : « *avoir* du métier », « le métier qui *rentre* ». Invisible, d'indicible, d'inexprimable, dans son mystère, le métier est intransmissible. Certains métiers restent totalement hors de la *tekhnè*, sont laissés à dessein hors de la *tekhnè*. On ira au plus simple, au plus efficace ; c'est ainsi que les secouristes ne cherchent plus à palper le pouls carotidien, c'est ainsi que les *paramadics* anglais disposent de sondes d'intubation trachéales raccourcies pour éviter les intubations bronchiques donc sélectives…

L'apprentissage et l'expérience aidant, on acquiert la pratique dans un processus de transformation de soi. Tout apprentissage est transformation. Les sciences poétiques, sciences de l'activité transitive sur le monde précèdent dans la logique les sciences pratiques, sciences de l'action immanente du sujet sur lui-même.

2. La science poétique

[43] *Odyssée*, XIII, 298-299, http://remacle.org/bloodwolf/poetes/homere/odyssee/livre13.
[44] Marcel Detienne et Jean-Pierre Vernant, *Les ruses de l'intelligence. La* mètis *des Grecs*, Paris, Flammarion, 1974, rééd. Coll. « Champs essais », 2009, p. 10.

Les anciens s'accordent pour faire de la médecine une *tekhnè* et plus encore chez Aristote, l'exemple même de la *tekhnè*. Science poétique, en tant que science des moyens, la *tekhnè* ne fixe pas les fins. Le geste technique ne porte pas en lui ses indications. Il faut l'acquisition de sciences théoriques, d'un savoir scientifique, pour poser les bonnes indications de chaque geste technique. Par exemple, pour l'intubation trachéale, la question n'est plus être ou ne pas être capable de *faire* le geste, la question est de savoir *quand* le faire. La vertu intellectuelle qui porte sur la détermination des fins, la disposition à agir accompagnée de règle vraie est la *phronèsis*[45]. Elle est aussi appelée sagesse pratique par analogie à la *sophia*, la sagesse théorique.

La *phronèsis* fait entrer le geste technique dans l'acte médical. L'acte médical est l'actualisation d'une puissance (*dunamis*), d'une capacité, d'un potentiel qui ne s'exprime qu'au contact d'une situation réelle. L'acte médical est la réalisation de la médecine.

La *phronèsis* est l'étape nécessaire pour accéder à la *sophia*. La progression logique dans les sciences, de poétiques à pratiques, de pratiques à théoriques, est contre-intuitive, est en contradiction avec l'histoire, la chronologie. Chronologique n'est pas logique. L'étudiant commence par acquérir un savoir théorique qu'il va mettre en pratique par la suite, lors de ses stages hospitaliers, puis son savoir deviendra opératif et au bout du *terme* il fera sa propre expérience. On l'a vu, l'expérience ne procède pas nécessairement d'un savoir théorique. L'*empeiria* du vieux soignant se frotte parfois à l'*epistèmè* du jeune interne. Le jeune interne ne dispose pas encore de la *tekhnè*, ne connaît pas le pourquoi et la cause, qui va le distinguer de l'homme de la seule expérience lequel connaît certes la chose mais ignore le pourquoi. De même, chez une personne, l'*empeiria* peut jouer des tours à la *tekhnè*.

Une expérience fâcheuse peut déposséder l'homme de son art. Lorsqu'un médecin est confronté à un effet indésirable quoique rare pour tel médicament, il aura tendance à ne plus le prescrire par la suite même si la prévalence des troubles occasionnés est de l'ordre du cas sur plusieurs milliers d'individus traités. Quand l'expérience parle trop, l'art – traduction de la *tekhnè* – se tait. A l'inverse, il est presque naturel de négliger l'existence d'effets adverses rares mais graves

[45] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1997, VI, 5, 1140 *b*, p. 285.

associés à des médicaments couramment prescrits lorsque l'on n'y a jamais été personnellement confronté.

L'affaire se complique si l'on fait intervenir l'efficacité. L'efficacité pratique ne peut départager la véritable *tekhnè* de l'*empeiria*. Au contraire, Gorgias peut même se vanter d'être plus persuasif que son frère médecin pour faire administrer un remède à un patient récalcitrant[46]. Encore que si la performance d'un traitement symptomatique peut relever de l'expérience seule, l'efficacité apportée par le traitement étiologique ne peut provenir que de l'art. Ici il convient d'être suffisamment habile pour convaincre le patient de prendre son traitement, de le rendre *compliant*[47]. C'est quitter alors la médecine pour une autre *tekhnè*, que les Grecs tenaient en haute estime, la rhétorique ou l'art de la persuasion. La décision de recevoir les soins, l'acceptation des soins, revient – théoriquement et légalement – au patient seul. Mais on ne soupçonne jamais assez le potentiel de persuasion que peut recéler une information. Surtout, on ne peut le prédire et nombreuses sont les informations en apparence neutres qui se sont révélées de remarquables outils de propagande d'idées.

On se souvient que Monsieur Homais, le pharmacien, avait convaincu à la fois Charles Bovary et Hyppolite, le médecin et le patient, de la nécessité d'une intervention chirurgicale pour corriger un pied-bot[48]. On connaît l'évolution malheureuse du cas : la *tekhnè* n'a pas été acquise et Hyppolite a perdu la jambe.

Le patient d'aujourd'hui doit pouvoir bénéficier d'une éducation thérapeutique et non se conformer ou obéir avec docilité aux prescriptions. Mais alors que l'on se croyait affranchi du paternalisme médical, tout un courant idéologique fondé sur la psychologie cognitive tente de s'imposer au cœur de la pratique de l'approche du malade.

N'y aurait-il qu'une différence de degré entre les arts ? Alors, dans l'art de soigner les corps, la médecine serait supérieure à la gymnastique mais non radicalement différente. Et la cuisine « qui fait mine de savoir quels sont pour le

[46] Platon, *Gorgias*, *op. cit.*, 456 *b*, p. 388.
[47] Ce terme anglais à l'allure de participe présent d'un verbe du premier groupe, en forte pénétration dans le langage médical, pourrait se traduire par « accommodant ». En physiologie, on parle de *compliance* pulmonaire pour évoquer la propriété d'un poumon à se laisser distendre par un mélange gazeux. La *compliance* est l'inverse de l'*elastance*, terme lui-aussi anglais qui se rapporte à l'élasticité. Pareille fortune a touché le mot « résilience », originaire de l'univers métallurgique.
[48] Gustave Flaubert, *Madame Bovary*, Paris, Pocket, 1998.

corps les aliments qui valent le mieux[49] » se placerait légèrement en dessous dans l'échelle des arts. Car elle ne doit rien « qu'à la routine et à l'expérience de sauvegarder un souvenir de ce qui a coutume de se produire[50] ». La médecine, en revanche, est « en état de rendre raison de chacune de ses démarches[51] » possédant ainsi quelque pouvoir de prévision. Si l'excellence peut élever la cuisine en art culinaire, *a contrario*, la médecine peut descendre dans la cuisine lorsque les protocoles thérapeutiques sont appliqués comme des recettes, les marmitons ou *kitchen boys* prennent alors la place des grands chefs. Quand ça marche, on peut dire que les dieux sont aussi dans la cuisine. Mais rappelons-nous qu'une horloge arrêtée est vertueuse deux fois par jour.

Avec ses gestes qui sauvent, ses gestes de survie, ses gestes techniques, la médecine d'urgence a tous les attributs d'une médecine d'action. Le mouvement serait alors un bon candidat pour en exprimer l'essence. La médecine d'urgence, une médecine tout en mouvement qui marche en direct avec la mort, avec la vie qui s'échappe et la mort en train de se faire, qui se glisse dans les limbes qui séparent la présence de signes négatifs de vie et l'absence de signes positifs de mort. Le mouvement la rapproche de la peinture baroque.

Le mouvement est l'une des catégories du changement, passage d'une forme à une autre sans transformation des formes qui ne passent à l'acte qu'en s'incarnant dans la matière. Porter son attention sur le devenir plutôt que sur l'être semble la marque d'une rupture épistémique majeure à l'œuvre depuis Héraclite et Parménide.

3. La philosophie et la science

1. La philosophie première

On peut penser qu'Aristote appelle « Philosophie première » la plus haute des plus hautes sciences, la science théorique ou théorétique ou contemplative. La

[49] Platon, *Gorgias*, *op. cit.*, 464 *d*, p. 399.
[50] *Id*., 501 *a*, p. 452.
[51] *Ibid*., p. 451.

philosophie première aussi appelée la science de l'être en tant qu'être est-elle au même titre Théologie ? La Théologie donne peut-être son nom aux sciences théoriques. L'étymologie de « théorie », *theion orao*, *ta theia orao*, signifie « je vois le divin », « je vois les choses divines ». Les sciences théoriques font accéder au point de vue de Dieu, nous installent à la place de Dieu, pour voir ce que le divin voit : le cosmos grec, la voûte étoilée… Ainsi la contemplation est à la fois contemplation du divin et contemplation de ce que voit le divin. Les sciences théoriques comprennent une science seconde, indissociable de la première, dont l'objet porte sur les êtres en mouvement et séparés en tant qu'ils subsistent par eux-mêmes, qu'ils n'ont besoin de rien d'autre qu'eux-mêmes pour exister. La science seconde ou science de la nature ou Physique serait science première « s'il n'y avait pas d'autre substance que celles qui sont constituées par la nature[52] ». Toutefois, dans l'ordre du sensible, la Physique est antérieure à la Théologie, le particulier précède l'universel[53]. Encore une fois, chronologie n'est pas logique. D'où l'ambiguïté sur la traduction du mot « Métaphysique » forgé vers 60 av. J.-C. par Andronicos de Rhodes, un éditeur des œuvres d'Aristote. La *Métaphysique* rassemble les textes d'Aristote qui portent sur « la science sans nom ». La Métaphysique est la spéculation sur les principes, les causes premières, et comme son nom l'indique, science première par rapport à la Physique car au-delà (*meta*) de la nature (*phusis*), *trans physicam* plutôt que *post physicam* ; la Métaphysique donc, une science qui s'étudie à partir de la Physique, après la Physique, mais qui vient avant dans l'ordre logique. Entre philosophie première et philosophie seconde, la science qui intéresse les objets ou les êtres immobiles séparables de la matière par l'esprit mais abstraits, c'est-à-dire qui n'existent pas par eux-mêmes, est appelée Mathématique. Aristote arrache au monde des *Idées* les mathématiques ; un geste renouvelé en partant des mathématiques elles-mêmes par le Théorème d'incomplétude de Gödel en 1931.

2. La science moderne

[52] Aristote, *Métaphysique I*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1991, E, 1, 1026 *a*, p. 226.
[53] *Id.*, Δ11, 1018 *b*, p. 189.

La science moderne va coller les mathématiques à la physique et expulser de son domaine la théologie. La théologie porte sur le premier moteur immobile. L'immobilité n'est pas le contraire du mouvement, elle en est la contradiction, la négation. Mouvement et repos sont du même genre, celui de la mobilité. Le soignant en salle de repos reste constamment « mobilisable ». Le mouvement (*kinèsis*) se distinguerait du changement (*métabolè*) comme la réalisation du réalisé. On assiste au mouvement par son accomplissement alors que l'on constate le changement à l'aune d'un accompli.

L'origine grecque du changement se retrouve dans « métabolisme », « métabolique », transformation biochimique qui ne laisse aucune place à quelque génération (*génésis*) ou corruption (*phtora*) spontanée. La traduction latine *mutatio* a donné « mutation », terme technique de la génétique et de l'administration.

Les mutants, résultat d'une mutation ou modification irréversible de l'information génétique et héréditaire, fascinent autant la science que la fiction. Bactéries et *X-Men* ont en commun des superpouvoirs.

Dans le champ administratif, on parle de mutation professionnelle ; on dit d'un agent ou d'un cadre qu'il a « demandé son changement ». Lorsqu'un patient quitte un service pour un autre au sein du même hôpital, c'est une mutation ; lorsqu'il quitte un service pour un autre établissement de santé, c'est un transfert (*phora*), espèce du mouvement. Le mouvement est aussi générique du couple croissance (*auxèsis*)-décroissance (*phtisis*) qui a donné la phtisie, ancien nom de la tuberculose pulmonaire, et de l'altération (*alloïôsis*).

La science moderne, la science mathématique de la nature ne porte plus que sur la *phora*, un réductionnisme qui met fin au statut ontologique du changement, qui interdit toute pensée du changement comme actualisation d'un être en puissance.

> « La science n'opère sur le temps et le mouvement qu'à condition d'en éliminer d'abord l'élément essentiel et qualitatif – du temps la durée, du mouvement la mobilité[54] ».

Là où la science antique ne s'arrête que sur les moments, les instants privilégiés du même genre comme le repos, « privation dans ce qui reçoit le

[54] Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *in Œuvres*, Paris, PUF, éd. du centenaire, 1959, p. 77 [86].

mouvement[55] », comme le sommet (*acmè*), comme le terme, l'achèvement (*télos*)… la science moderne accueille le temps comme variable indépendante. Les moments privilégiés deviennent des instants quelconques qui remplacent le jeu des formes et l'ordre des poses[56]. La synthèse de l'intelligible fait place à l'analyse du sensible.

> « Quelle fut la principale découverte de Galilée ? Une loi qui reliait l'espace parcouru par un corps qui tombe au *temps* occupé par la chute[57]. »

L'étude du mouvement se donne comme la mesure d'un déplacement dans l'espace sur un temps donné. Le mobile forme, par sa trajectoire, un espace divisible dans lequel il peut s'arrêter à tout moment. Mais le mouvement en lui-même est insécable. La mobilité en est l'essence[58]. Le mouvement a déjà décrit un espace lorsqu'on tente d'appréhender ce qu'il réalise.

Tout geste technique s'accroche aux produits de la techno-science, miracle de rabougrissement de la *métabolè*. Le cœur représenté par des figures électrocardioscopiques défile sur un écran à plasma et seul le bouton « *freeze* » peut l'immobiliser mais jamais ne l'arrête. La mesure continue de la fréquence cardiaque et l'oxymétrie pulsée donne le *tempo*, le *beat*, façon « techno » ; la mesure discrète de la pression artérielle non invasive est encadrée par des alarmes bruyantes et des lumières scintillantes. Les seringues dont le piston est poussé par un moteur n'ont plus besoin de mains. Plus qu'un accompagnement du geste naturel, la techno-science se charge d'avoir prise sur le malade ou le blessé. Les patients ne s'y trompent pas. *« On m'a branché ! »*. Qui est branché ? La perfusion sur le cathéter ou le malade à sa perfusion ? Le renversement est parfois total. *« Branchez-le ! »*. Aucune ambiguïté n'entache l'injonction. Il ne s'agit pas de connecter l'appareil de surveillance cardiaque, l'appareil de ventilation électromécanique, l'appareil d'hémodialyse… sur le secteur mais bel et bien de raccorder le malade à la machine pour en faire – provisoirement on l'espère – un organisme gouverné par des circuits intégrés, une espèce de *cyborg*. Lorsque la blessure grave ou la maladie évoluent sous le regard soignant, à l'œil nu pourrait-on dire, n'importe quel moment donné doit être capable de supporter le diagnostic et le traitement. On court derrière le *kairos* – figure grecque du moment opportun

[55] Aristote, *Physique*, trad. A. Stevens, Paris, Vrin, 1999, V, 2, 226 *b*, p. 204.
[56] Gilles Deleuze, *L'image-mouvement*, Paris, Minuit, 1983, p. 13.
[57] Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *in Œuvres*, *op. cit.*, 1959, IV, p. 777 [333].
[58] Henri Bergson, *Matière et mémoire*, *in Œuvres*, *op. cit.*, IV, p. 327 [213].

que l'on retrouvera dans la deuxième partie – avec le sentiment d'avoir toujours un coup de retard lorsque l'on ne parvient pas à stabiliser l'état clinique du patient.

4. Le geste technique

Le geste technique, opération, action transitive sur l'homme devenu objet des meilleurs soins – objet quand même – trouve sa dénomination dans le verbe « techniquer ». Le vocabulaire moderne ne dispose pas de verbe traduisant « faire des gestes techniques ». Le verbe *gestire*, littéralement « faire des gestes », trouve son équivalent dans les intransitifs « gesticuler », « exulter ». *Techniquer* est passé dans le jargon médical ; comme le néologisme *bilanter* qui signifie « faire un bilan », « pratiquer un bilan », « bénéficier d'un bilan », bref, faire un *check up*. Dans *bilanter*, on ne comprend pas d'où vient le *t*. « bilaner » aurait été plus logique.

« Ton malade est techniqué ? Technique-le bien avant de le descendre au scanner ! – OK ! Je le technique pour la route ! ». « Techniquer » s'entend comme une mise en condition lors d'une prise en charge. L'expression « mise en condition » se réfère à une main mise, à une prise en main, un agrippement, un conditionnement au sens alimentaire du terme. On dit parfois à la place de techniquer, « conditionner ». La mise en condition est soumission, soumission à la technique.

Par opposition à la *tekhnè*, la technique est, pour Heidegger, pro-vocation (*Herausfordern*), interpellation (*Stellen*) de la *phusis* sur un mode de défi, sur un mode policier, celui d'un appel à comparaître. La technique met en demeure la nature de « livrer une énergie qui puisse comme telle être extraite et accumulée[59] ». Le patient techniqué est-il exhorté à livrer un dernier combat, à puiser dans ses ultimes ressources pour assurer sa « *sur*vie » ? Les amines vasopressives délivrées à la seringue auto-pulsée stimulent la sécrétion de catécholamines endogènes ; les corticoïdes excitent les récepteurs adrénergiques cellulaires … Mais pour le reste, avec la technique, l'homme-soignant monte à

[59] Martin Heidegger, « La question de la technique », *in Essais et conférences*, trad. André Préau, Paris, Gallimard, 1958, rééd. coll. « Tel », pp. 20 et 22.

bord du navire-organisme qui n'a plus de capitaine-santé – de capital santé – et prend les commandes ; il arraisonne.

« Arraisonner », si l'on suit l'origine latine, *arraticionare*, c'est « chercher à persuader quelqu'un par des raisons », c'est « rendre à la raison » selon le principe tyrannique que « rien n'est sans raison » – sauf… le principe de raison. Le verbe est entendu au sens autoritaire, disciplinaire ; « rendre à la raison », c'est donc « mettre au pas », presque punir. Ainsi, l'on adapte le patient à son appareil de ventilation mécanique en administrant un médicament curarisant alors que les recommandations de bonnes pratiques médicales demandent que la machine assiste la respiration humaine. *« Il n'est pas adapté ! Il ventile "à côté" de sa machine ! Vérifie l'intubation, sédate-le mieux et puis curarise-le et mets le respi. en volume contrôlé ! Vérifie la gastrique aussi et mets-la en aspi. ! »*.

« Arraisonner » au sens heideggérien du verbe (*Gestellen*)[60] fait accéder au rang des verbes délocutifs[61] le geste technique. En se livrant à des gestes techniques, on est emballé par la technique, « emballé » vaut autant pour « enthousiasmé » que « précipité ». En se livrant à des gestes techniques on devient comme prisonnier volontaire de la technique. Médium entre deux sujets, le soignant et le soigné, la machine, cause matérielle de la technique, devient sa cause finale. La machine fait au départ ce que l'homme sait faire, comme par exemple la planche à masser déjà citée, mais, on l'a dit, elle le fait mieux. La machine devient plus importante que l'homme, elle devient *quasi vivante* avec son langage propre et ce qui nous paraît être ses caprices n'est que le reflet de notre incapacité à la dompter, à l'arraisonner. L'homme devient *comme* serviteur et possédé par la machine, prisonnier de processus qu'il a lui-même déclenchés « sans fixation d'un but, presque à la manière d'un destin (*Geschick*) [62] ».

[60] *Id*., pp. 24-26.
[61] Les verbes délocutifs sont des verbes formés à partir d'une locution. (Emile Benveniste, « Les verbes délocutifs », *in Problèmes de linguistique générale I*, Paris, Gallimard, 1996, rééd. coll. « Tel », p. 277).
[62] Hans Jonas, *Le Principe Responsabilité*, *op. cit.*, p. 298, [388].

Chapitre III. Le geste sans acte

1. La machine

On peut « réussir » une réanimation sans guérir le malade. C'est malheureusement souvent le cas pour l'arrêt cardiaque. Lorsque la finalité de l'acte se résume à la seule reprise d'une activité cardiaque spontanée (RACS), la médecine change d'objet. L'acte se rétracte pour disparaître dans un geste technique. Il n'y a alors plus de différence entre le corps humain et le mannequin d'entraînement en latex.

> « Il se serait trouvé empêché à discerner, entre des vrais hommes, ceux qui n'en avaient que la figure[63] ».

Agir comme une machine, c'est agir *machinalement*, comme hypnotisé au sens thérapeutique du terme. En effet, l'hypnose ericksonnienne provoque le verrouillage de la conscience de l'action.

In fine, qui est arraisonné ? Le patient *techniqué* ou le médecin *épiméthéen* qui réanime d'abord et réfléchit ensuite aux conséquences de son action ?

L'adjectif « épiméthéen » dérive du nom propre Epiméthée, le frère de Prométhée. Pour l'histoire familiale, les deux Titans ont pour père Japet, le frère de Kronos, et sont donc des cousins germains de Zeus. Si l'on ajoute qu'Epiméthée est le mari de Pandore, la curieuse, l'étourdie, la désobéissante, on cerne encore mieux le personnage. Pour la légende, Platon la place dans la bouche d'un sophiste, peut-être l'un des plus brillants, Protagoras, dans le dialogue éponyme[64]. Selon Protagoras, Epiméthée – étymologiquement « celui qui réfléchit après coup » – n'est « pas extrêmement avisé[65] ». Lors de la distribution des facultés à toutes les espèces animales, il oublie de pourvoir l'homme qui reste « tout nu, pas chaussé, dénué de couvertures, désarmé[66] ». Prométhée – étymologiquement « celui qui réfléchit à l'avance », celui qui est pourvu de *mètis* c'est-à-dire d'intelligence et d'habileté – va réparer l'erreur commise par son

[63] René Descartes, « A***, mars 1638 » *in Œuvres et lettres*, *op. cit.*, p. 1002.
[64] Platon, *Protagoras*, in *Œuvres complètes I*, *op. cit*.
[65] *Id*., 321 *b*, p. 89.
[66] *Ibid*., 321 *c*, p. 89.

frère. L'homme épiméthéen est donc ce personnage qui agit d'abord et réfléchit ensuite aux conséquences de son action.

Le médecin qui se « jette » sur la victime et lui intube la trachée avec un tuyau de plastique pour ensuite le relier à un appareil mécanique de ventilation ; qui contracte les sphincters capillaires à coup d'adrénaline perfusée dans une veine cathétérisée par un tube de polyuréthane… Ce médecin, qui se comporte *comme* maître et possesseur de la technique, se trouve conditionné *par* la technique et entraîne à son tour le patient *dans* la technique. L'instrumentalisation est réciproque, donc totale. Le corps humain est devenu ce *cybernetic organism* – contracté en *cyborg* – gouverné par un procédé qui lui est totalement étranger. Les mots « cybernétique » et « gouvernail » ont d'ailleurs la même racine grecque (*kubernètikè*). Dans une fusion mi-homme mi-machine plus rien ne distinguerait le corps humain de ce qui a été ajouté comme pour l'astronaute Will Hartnett, l'*Homme-plus* créé de toute pièce par le romancier Frederik Pohl[67] ou encore le soldat Duane William Fitzgerald, *Le dernier de son espèce*, engendré par Andreas Eschbach[68]. C'est la techno-science qui est à l'œuvre dans l'« exotraitement » de l'astronaute pour l'adapter à la vie martienne ou dans la transformation du soldat en guerrier-cyborg du projet *Steel man*. C'est la techno-science qui est à l'œuvre et non la *tekhnè* comme pour le bateau de Thésée ou la *phusis* pour ce qui recouvre la statue de Glaucos.

> « On aurait de la peine à voir encore sa primitive figure : des anciennes parties de son corps, les unes en effet ont été brisées, les autres se sont usées et ont été complètement endommagées par les vagues, tandis que d'autres corps sont venus s'y incruster, coquillages, algues, cailloux ; si bien qu'il ressemble à je ne sais quelle bête, plutôt qu'à ce qu'il était naturellement[69]. »

La question de l'identité, l'écart entre *être* et *manière d'être* sont radicalement renouvelés. Une fois encore, le mythe et la littérature de fiction explorent sans prescrire les limites de la réalité à la manière des variations eidétiques de Husserl. On pourrait définir comme le paradigme du geste sans acte, non pas la transformation de personne vivante en un produit fini comme dans les œuvres de fiction mais l'action sur le mannequin ou le cadavre.

---

[67] Frederic Pohl, *Homme-plus*, 1976, trad. Philippe Hupp, Paris, Calmann-Lévy, coll. « Dimensions », 1977.
[68] Andreas Eschbach, *Le dernier de son espèce*, trad. Joséphine Bernhardt et Claire Duval, Nantes, L'Atalante, coll. « La Dentelle du cygne », 2006.
[69] Platon, *La République*, *in Œuvres complètes I*, *op. cit.*, X, 611*d*, p. 1228.

2. Le mannequin

Au départ réservé exclusivement à l'usage médical, maintenant placé entre toutes les mains, le défibrillateur est bien connu des secouristes et des personnels paramédicaux depuis de nombreuses années. Lorsqu'un médecin pose les électrodes sur le thorax d'un malade en arrêt cardiaque, il *défibrille*, il accomplit un acte thérapeutique. Lorsqu'il s'agit d'un secouriste ou de toute autre personne non médecin qui fait le même geste, il *utilise* un défibrillateur, il porte secours. Le même geste est un acte médical ou un geste élémentaire de survie selon le sujet concerné. Mais c'est déjà le cas pour le massage cardiaque à mains nues ; soin pour l'un, secours pour l'autre. Le mannequin d'entraînement est par contre le point de rassemblement, le point de fusion du soin et du secours, de la médecine et du secourisme. Mais c'est aussi le moment où le médecin peut sortir de l'acte. Par sa forme anthropomorphique inerte, le mannequin rappelle étrangement un cadavre humain. Les gestes exécutés sur l'homme en plastique qui ne bouge pas, ne parle pas, ne respire pas, préfigurent ceux qui seraient ou seront réalisés sur la personne morte.

Il n'y a aucune raison objective d'enseigner de façon différente un même geste, qui doit avoir les mêmes effets, les mêmes résultats, selon le public concerné. Pourtant les méthodes d'enseignement s'opposent de façon radicale.

Côté ministère de l'Intérieur, jusqu'en 1991, la formation aux gestes de secours et de survie donne lieu au brevet national de secourisme (BNS), un diplôme délivré par l'Etat[70]. A partir de 1991, des organismes formateurs agréés peuvent signer une attestation de formation aux premiers secours (AFPS) et l'Etat continue de délivrer un diplôme intitulé désormais brevet national de premiers secours (BNPS) et remplace le BNS[71]. En 1997 le BNPS est abrogé et il n'y a plus qu'un seul diplôme, l'AFPS. Depuis le 1er août 2007, une formation d'une dizaine

[70] Moyennant quelques heures de formation supplémentaire, le BNS peut se compléter de la « mention Ranimation ».

[71] L'acquisition d'un certificat de formation aux activités des premiers secours en équipe (CFAPSE) délivré par le Préfet du département dans lequel est organisé l'examen préalable à l'obtention du diplôme ou d'une attestation de formation complémentaire aux premiers secours avec matériel (AFCPSAM), qui correspond aux cinq premiers modules du CFAPSE complétés par l'attestation de formation à l'utilisation du DSA (AFUDSA), permettent l'équivalence avec le BNS mention Ranimation.

d'heures intitulée « prévention et secours civiques de niveau un » (PSC 1), remplace définitivement l'AFPS. Elle s'en distingue par l'enseignement de l'utilisation du défibrillateur. Comme l'AFPS, le diplôme de PSC 1 est accessible à tout public. Les personnes appartenant aux services de secours public, comme les sapeurs-pompiers, ou aux associations de sécurité civile agréées pour les opérations de secours ou pour la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours doivent être titulaires des unités d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 1 » ou PSE 1 (35 heures) et des unités « premiers secours en équipe niveau 2 » (35 heures supplémentaires)[72].

Côté santé, depuis 2006, une formation aux gestes et soins d'urgence donne lieu à une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Elle s'adresse à une population restreinte[73] décomposée en trois niveaux. Une première formation de douze heures, l'AFGSU 1, s'adresse à tout personnel employé par un établissement de santé ou une structure médico-sociale. S'y ajoute pour les professionnels de santé, les neuf heures de formation de l'AFGSU 2 et pour certains neuf heures supplémentaires représentées par l'AFGSU 3 qui porte sur les risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques alias NRBC. Les AFGSU ont une durée de validité de quatre ans pour les niveaux 1 et 2 et de deux ans pour le niveau 3. Les attestations sont délivrées sous l'autorité des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) rattachés à chaque SAMU départemental.

Mais le partage entre les deux enseignements est bien plus que ministériel. On aurait d'un côté une pédagogie d'obédience comportementaliste – la méthode démonstrative – et de l'autre cognitiviste – la méthode de découverte.

Dans la formation à la « prévention et secours civiques de niveau un » (PSC 1), le moniteur de secourisme est dans la démonstration et l'apprenant dans l'imitation. Seul le geste bien exécuté compte. Le moniteur de secourisme commence par faire le geste de façon parfois ésotérique, puis il le dit et enfin il le montre à l'apprenant ; faire, dire, montrer.

Dans la formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU), pour l'enseignant, l'ancrage durable des connaissances nouvellement acquise passe par

[72] Le PSE 1 remplace le cursus AFPS et AFCPSAM, le PSE 2 complète le PSE 1 pour remplacer le CFAPSE.
[73] Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

une transformation chez l'apprenant. Il faut donc commencer par mobiliser les connaissances antérieures c'est-à-dire anciennement acquises. On peut enseigner tout ce que l'on veut, même ce que l'on ignore. Le but est d'émanciper l'apprenant c'est-à-dire de le pousser à user de sa propre intelligence. C'est la devise des Lumières selon Kant : « *sapere aude !* Aie le courage de te servir de ton *propre* entendement[74] ! » Le maître ignore les inégalités entre intelligences, il rétablit la symétrie entre deux volontés, entre deux intelligences, celles d'un enseignant et d'un apprenant. Le maître ne doit pas enseigner ce qu'il sait mais ce que l'élève ignore. L'enseignant fait faire le geste, le fait dire et ensuite dit le geste ; faire faire, faire dire, dire.

3. Le cadavre

De prime abord, la mort est une situation dans laquelle le diagnostic et le pronostic sont établis avec certitude. La réanimation médicale des arrêts cardiaques cherche la reprise d'une activité cardiaque spontanée associée à une activité cérébrale qui trop souvent évolue vers l'état de mort encéphalique – destruction totale et irréversible de l'encéphale et du tronc cérébral. En l'absence de reprise de l'activité cardiaque spontanée malgré une réanimation bien conduite, on attend du médecin une attitude raisonnable.

On a tendance à assimiler le raisonnable et le rationnel au point où une formule telle que « tout ce qui est raisonnable est rationnel et tout ce qui rationnel est raisonnable » semblerait frappée au coin du bon sens. Mais le sens commun accepte qu'une conduite rationnelle puisse être déraisonnable et qu'une décision raisonnable ne soit pas nécessairement rationnelle. On peut proposer une distinction à partir des impératifs kantiens de la raison pratique dont on reparlera en troisième partie : le rationnel se rapporte aux impératifs hypothétiques de la raison pratique empirique, et le raisonnable aux impératifs catégoriques de la raison pratique pure. Le rationnel se déploie ainsi dans le champ causal ou inductif, prenant la forme d'un raisonnement fin-moyens. Le raisonnable est

[74] Emmanuel Kant, *Réponse à la question : Qu'est-ce que les Lumières*, trad. Heinz Wismann, *in Œuvres philosophiques II,* Paris, Gallimard, 1985, coll. « Bibl. de la Pléiade », p. 209.

d'ordre général, logique ou déductif, dans l'esquive permanente de la contradiction.

Donc, en l'absence de reprise de l'activité cardiaque spontanée malgré une réanimation bien conduite, une attitude raisonnable n'est pas nécessairement rationnelle. Une obstination thérapeutique rationnelle qui n'a d'autre objet que le maintien artificiel de la vie peut sembler « déraisonnable », « inutile », « disproportionnée » pour reprendre les termes de la loi Léonetti[75]. C'est pourtant ce que vise le programme inédit de prélèvement d'organes sur donneur à cœur arrêté.

Lors du prélèvement « classique » d'organes, la mort encéphalique précède la mort cardiaque. La destruction totale et irréversible de l'encéphale et du tronc cérébral est la seule référence dans la définition légale de la mort. Pour le prélèvement sur cœur arrêté, la mort cardiaque qui se traduit par un silence électrique ou tracé plat durant cinq minutes sur l'électrocardioscope précède toute recherche objective de destruction cérébrale sans faire obstacle à la constatation de décès. L'ordre des événements n'est pas indifférent. On ne peut que regretter avec le comité d'éthique de la société de réanimation de langue française (SRLF) l'absence de débat démocratique et social précédant les dispositions réglementaires et recommandations pratiques[76].

Le cadavre devient donc *comme* un mannequin qui cette fois n'est pas l'objet d'un entrainement mais celui d'un prélèvement. Le cadavre est devenu une figure particulière non pas du vivant mais du mannequin. Il n'y a plus qu'un corps-objet, un corps-machine chez qui la seule trace de vie s'exprime par l'expansion du thorax provoquée par l'insufflation d'oxygène dans les poumons et l'ondulation du pouls fémoral au rythme des compressions thoraciques de la planche à masser. Un corps utilitaire, dans la tradition « statue ou machine de terre » ou encore « tôles et boulons » où « toutes les pièces qui sont requises pour faire qu'elle marche, qu'elle mange, qu'elle respire » ont été mises au-dedans[77] ; un corps fournisseur d'organes, sans âme, pure matière inerte issue directement de

[75] Article R.4127-37 du code de la santé publique.
[76] Commission d'éthique de Société de réanimation de langue française, « Position de la SRLF concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté », *Réanimation* 2007, 16, pp. 428-435.
[77] René Descartes, *Traité de l'homme*, *in Œuvres et Lettres*, *op. cit.*, p. 807.

la réduction galiléenne prolongée par La Mettrie : « Il n'y a dans tout l'Univers qu'une seule substance diversement modifiée[78] ».

Le prélèvement d'organes relève-t-il d'un geste sans acte ? Il rejoindrait alors le domaine de l'autopsie ou celui de la dissection où les fins se distinguent radicalement du sujet sur lequel on agit. Et lorsqu'un médecin est obligé de découper un mort – le terme médical est nécropsie – pour permettre l'accès des secours à une personne blessée incarcérée comme on a pu le vivre lors de certains accidents de trains, est-on confronté à un geste sur un cadavre qui va précéder un acte sur le vivant ?

Dans ces différents cas de figure, on s'éloigne de la médicalité (*Artzum*) de la médecine, terme forgé par Viktor von Weitzäcker, ce qui fait que la médecine est médecine, son « invariant[79] », son être « et non ses manières d'être, son noyau dur et non ses aspects périphériques, sa réalité substantielle permanente et non ses éléments variables[80] ».

[78] Offray de La Mettrie, *L'homme-machine*, Paris, Denoël/Gonthier, 1981, rééd. Folio, p. 214.
[79] Dominique Folscheid, « La question de la médicalité », *in* Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattéi (Dir.), *Philosophie*, *éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, coll. « Thémis », 1997, p. 121.
[80] *Id*., p. 111.

Chapitre IV. L'acte sans geste

1. Le médecin, l'artiste et le philosophe

Comment un geste technique devient-il un acte médical ? C'est son auteur qui fait l'acte. L'existence du médecin est première sur l'acte. Lorsqu'il est réalisé par un médecin, le geste change de nature. Un médecin qui réalise des gestes de secourisme, identiques à ceux que pratiquerait un secouriste en pareille circonstance, réalise un acte médical, non par une quelconque qualité statutaire mais par celle de dépositaire d'un savoir (*épistémè*), savoir médical. A la différence de l'action qui se détermine elle-même, l'acte ne s'achève jamais, ses effets se poursuivent dans le temps et l'espace.

Le médecin est toujours dans l'acte, dès son premier acte. Ainsi le médecin partage la même (in)fortune que l'artiste contemporain, le philosophe ou l'homme public et tout particulièrement l'homme politique.

Pour certains artistes, ce n'est plus l'œuvre qui fait l'art mais l'acte artistique. Lorsque Marcel Duchamp signe des objets ordinaires comme, par exemple, un égouttoir à bouteilles[81] ou une pelle à neige[82], il fait acte de « désignation » et invente le *ready-made*. Donner un titre à un objet courant efface sa signification utilitaire, l'objet d'art fait à l'art de l'objet. En 1917, le même Marcel Duchamp inscrit sur un urinoir en porcelaine « R. Mutt », l'intitule *Fontaine* et tentera en vain de l'exposer à New York. L'installation dans un musée conditionne l'observateur d'une œuvre d'art. La démarche de l'artiste, son acte artistique, est privilégiée par rapport à l'œuvre, la *praxis* par rapport à la *poïesis*. L'art ne réside plus dans la création mais dans le seul acte. Jamais *praxis* et *poïesis* n'ont été dissociées aussi explicitement.

On a vu que la médecine comme *tekhnè* ne peut se dissoudre dans la production d'œuvre car « le "produit" est identique à l'acte qui s'exécute[83] ». Elle est une *praxis* comme l'art contemporain. Comme l'artiste contemporain est

[81] *Porte-bouteilles* ou *séchoir à bouteilles* ou *Hérisson*, Paris, 1914.
[82] *En prévision du bras cassé*, New York, 1915.
[83] Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Trad. Georges Fradier, Paris, Calmann-Lévy, 1961 et 1983, rééd. Pocket « Agora », 1994, p. 268.

capable de donner une nouvelle image du quotidien, le médecin peut donner un nouveau sens à l'existence d'une personne. Une personne devient « patiente » une fois le médecin consulté. Elle devient « cardiaque », « insuffisante vasculaire », « dépressive », « psy »… selon l'orientation diagnostique ou simplement le spécialiste consulté.

Quand le philosophe décide de cesser de philosopher, il prend une attitude philosophique qui est celle de *ne-pas-philosopher*, une attitude « antiphilosophique » qui à l'extrême peut prendre le masque d'un courant de pensée en *isme*, d'une idéologie dont certains ont pu vivre les redoutables effets politiques. Quand le médecin décide de cesser les soins, les conséquences peuvent être d'une importance capitale. Dire *« J'arrête de soigner »* n'a pas de sens : au mieux il s'agit encore d'un soin fondé sur une décision d'abstention thérapeutique donc une décision médicale et au pire un refus d'assistance, une non-assistance à personne en danger.

Le médecin peut-il sortir de l'acte et n'accomplir que des gestes sans cesser de soigner ? Peut-il s'extraire de l'acte, être acteur comme un acteur de théâtre sur scène ? Dans la pièce éponyme de Dumas revue par Sartre[84], Kean, le fameux acteur shakespearien du Théâtre Royal de Drury Lane est un débauché qui chaque soir quitte le manteau de Richard ou d'Henri pour courir les tavernes en costume de matelot.

> « Pour jouer, il faut se prendre pour un autre. Je me prenais pour Kean qui se prenait pour Hamlet, qui se prenait pour Fortinbras. […] Fortinbras lui ne se prenait pour personne. Fortinbras et M. Edmond sont de la même espèce : ils sont ce qu'ils sont et disent ce qui est[85]. »

Acteur, il n'est pas l'*auteur* de ses actes.

> « Sais-tu que j'étais peuplé de gestes : il y en avait pour toutes les heures, pour toutes les saisons, pour tous les âges de la vie. J'avais appris à marcher, à respirer, à mourir[86]. »

Pour être l'auteur de sa vie, il lui faut des actes.

> « Comprenez-vous que je veuille peser de mon vrai poids sur le monde ? Que j'en ai assez d'être une image de lanterne magique ? Voilà vingt ans que je fais des gestes pour vous plaire ; comprenez-vous je puisse vouloir faire des actes[87] ? »

Un soir, sur scène, devant son public, pour une femme, dans une sorte de *coming out*, Kean « sort » de son rôle. L'acteur Kean cesse d'être acteur, de

[84] Alexandre Dumas et Jean-Paul Sartre, *Kean*, Paris, Gallimard, 1954.
[85] *Id*., acte V, scène 2, p. 175
[86] *Ibid*., acte V, scène 2, p. 177.
[87] *Ibid*., acte II, scène 2, p. 65.

n'exécuter que des gestes. Il devient l'auteur de ses actes. Mais il en arrive à confondre les deux situations

> « … Etait-ce un geste ou un acte ? […] C'était un geste, entends-tu ? Le dernier. Je me prenais pour Othello ; et l'autre, qui riait dans sa loge, je la prenais pour Desdémone. Un geste sans portée, dont je ne dois compte à personne : les somnambules ne sont pas responsables […] Un acte ou un geste ? Voilà la question […] C'était un acte puisqu'il a ruiné ma vie[88]… »

Quand l'homme est faux, tout est faux autour de lui. « Ainsi donc tout n'était que mensonge et comédie ? Je n'ai pas agi : j'ai fait des gestes » conclut Goetz à la fin de la pièce de théâtre de Sartre, *Le diable et le bon Dieu*[89].

L'acte ruine l'acteur.

> « Un moyen sûr de jouer petitement, mesquinement, c'est d'avoir à jouer son propre caractère. Vous êtes un tartuffe, un avare, un misanthrope, vous le jouerez bien ; mais vous ne ferez rien de ce que le poète a fait ; car il a fait lui, le Tartuffe, l'Avare et le Misanthrope[90]. »

Kean est une métaphore théâtrale où l'acteur qui joue l'acteur joue à cesser de jouer l'acteur pour être auteur de ses actes. Le médecin pour sortir de l'acte, à l'opposé de *Kean*, devrait « jouer » à cesser de ne pas « jouer ». Le médecin ne peut sortir de l'acte par un redoublement de jeu. Il ne peut changer ses actes en gestes ni faire semblant. Il est toujours l'auteur de ses actes, pour lui et pour l'autre personne. Pour Sartre, sortir du jeu, c'est faire l'expérience de sa contingence, c'est sortir de sa « mauvaise foi ». Comme la plupart des héros sartriens, Kean est frappé de lucidité, et par le passage du geste à l'acte il fait l'expérience de sa propre liberté, des conséquences de son refus de la « mauvaise foi ». Ce que dénonce Sartre, c'est l'homme qui se fait posséder par un rôle, qui prend au sérieux le personnage dont il se trouve habité. Pour le médecin, vouloir sortir du jeu, c'est entrer dans un autre jeu proche du jeu de la « mauvaise foi » sartrienne. Le médecin se laisse habiter par une « mauvaise foi » quand il refuse d'affronter certaines responsabilités, certaines décisions thérapeutiques, quand il se soumet à des algorithmes, à des contraintes hiérarchiques, à des contraintes financières. En d'autres termes, quand il refuse l'authenticité de la relation médecin-malade. Il n'accomplit plus que des gestes mais *in fine*, parce qu'il est médecin, il est

[88] *Ibid*., acte V, scène 2, p. 178.
[89] Jean-Paul Sartre, *Le diable et le bon Dieu*, Paris, Gallimard, 1951, rééd. Folio, Acte III, X^e^ tableau, scène 4, p. 233.
[90] Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, Paris, Gallimard et Librairie Générale Française, 1996, p. 176.

toujours auteur, il est toujours en acte, toujours responsable, toujours seul et sans excuses.

2. L'acte silencieux et l'acte de parole

Pour bien saisir cette différence radicale entre l'acte et le non-acte, cette transcendance de l'acte, il faudrait pouvoir imaginer une expérience de pensée, un *puzzle case* dont sont friands certains philosophes anglo-saxons et que l'on aura l'occasion de rencontrer lors de la troisième partie, où l'acte médical s'actualiserait sans action, sans geste. Une expérience de pensée imaginerait une situation où le médecin exercerait son art sans faire le moindre geste en apparence envers la personne soignée. Un médecin immobile, silencieux et… invisible représenterait la forme la plus achevée de l'expérience. Une telle expérience est en réalité l'essence même de la thérapie par la psychanalyse. Le psychanalyste, selon l'image d'Epinal bien connue, est assis derrière l'analysant allongé sur le divan. Il écoute. Sa seule présence suffit à faire acte médical si le psychanalyste est médecin. La rencontre de deux inconscients donne acte.

En dehors de la psychanalyse, la consultation médicale se constitue essentiellement, ou tout au moins dans un premier temps, autour du dialogue entre deux personnes, l'un médecin et l'autre patient. Aucun geste n'est réalisé. C'est au moment de l'interrogatoire qui recueille les antécédents personnels et familiaux, le traitement en cours, l'histoire de la maladie que se profile déjà le diagnostic. Sans toucher le patient on peut très souvent avoir une approche diagnostique intuitive, mais qui n'en constitue pas moins une hypothèse solide demandant parfois à être confirmée par un examen clinique et par la suite des examens dits paracliniques.

Ce moment de l'interrogatoire fait la part belle au symptôme. Le symptôme touche au plus proche de l'essentiel du *palpable* de la maladie ; il est la transcription première de son inaccessible nature, la transparence de ses invariants visibles et invisibles[91]. A partir de deux plaintes capitales, *« j'ai mal »* et *« je ne me sens pas bien »*, la douleur et le malaise, le médecin traduit le symptôme en

[91] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, rééd. coll. « Quadrige », pp. 89-90.

signe, un signe qui dit la même chose que le symptôme « à ceci près que le signe *dit* cette même chose qu'*est* précisément le symptôme »[92]. Là où le symptôme est ontologiquement subjectif, le signe est épistémologiquement objectif.

Le discours, « langage mis en action[93] », construit une nouvelle réalité sociétale dans laquelle l'un des interlocuteurs est reconnu comme médecin, comme quelqu'un à qui on se livre, à qui on dévoile une grosse part de son intimité et du même coup fait accéder l'autre au statut de patient.

Comme les scientifiques, les médecins pensent que les mots pour dire les symptômes, les antécédents, le traitement… décrivent une réalité différente d'eux-mêmes, que ces mots ne sont que des énoncés indépendants de leur énonciation. Le philosophe britannique John L. Austin appelle ces énoncés, « constatifs[94] ». Pourtant, lorsque le médecin s'adresse au patient, ses mots peuvent prendre une telle texture qu'ils ne décrivent plus la réalité mais deviennent la réalité qu'ils décrivent. Quand un médecin dit au patient de ne pas s'inquiéter, quand il souhaite le rassurer, de son point de vue il constate une réalité. Mais les déclarations médicales peuvent manquer leur cible. Pour le patient, elles instaurent une réalité nouvelle pas nécessairement rassurante. Elles peuvent même avoir l'effet inverse. Les énoncés du médecin valent l'accomplissement d'une action, ils sont la réalité même qu'ils décrivent. Austin introduit cette forme d'énonciation en les qualifiant de « performatifs », du verbe anglais *to perform*, « accomplir », « exécuter ». Ce sont des énoncés dont l'énonciation est condition de réalisation de l'action. On les dit « sui-référentiels » car ils se réfèrent à une réalité qu'ils constituent eux-mêmes tant qu'ils sont énoncés dans les conditions qui leur font accomplir une action[95]. Et en règle générale, tous les énoncés du registre de l'intimation ou de l'assertion sont assimilables à des performatifs. Ainsi la portée d'une phrase prononcée par un médecin est incomparable à la même phrase prononcée par un profane du monde de la santé. Pour le patient, le dire est toujours plus important que le dit. Ce qui fait dire à Austin : « Si vous être juge [ou médecin] et que vous disiez : "je décide que…", prononcer ces mots,

[92] *Id*., p. 92.
[93] Emile Benveniste, « De la subjectivité dans le langage », *in Problèmes de linguistique générale I*, *op. cit.*, p. 258.
[94] John L. Austin, *Quand dire c'est faire*, trad. Gilles Lane, Paris, Seuil, 1970, rééd. « Points Essais », p. 39.
[95] Emile Benveniste, « La philosophie analytique et le langage », *in Problèmes de linguistique générale I*, *op. cit.*, p. 274.

c'est décider. Ce n'est pas aussi sûr dans le cas de personnes moins officielles : il pourrait s'agir de la simple description d'un état d'esprit[96] ». Que le médecin mente ou non, qu'il parle par ignorance, qu'il commette une erreur sur le diagnostic, il dit toujours, pour le patient, la vérité. Une vérité médicale que le patient est ensuite libre d'accepter ou non.

Un acte de parole est un acte institutionnel, qui n'existe que relativement à une institution humaine[97]. Les paroles servent à accomplir un acte social, un acte illocutoire c'est-à-dire un acte effectué *en disant* quelque chose, un acte accompli *dans* la parole, *in locutio*. Il diffère radicalement de l'acte locutoire qui est l'acte *de dire* quelque chose[98]. L'acte illocutoire, ce que l'on veut dire par ce que l'on dit, est toujours un acte conventionnel, conforme à une convention[99]. Il est fonction de ce que l'on veut dire et du cadre dans lequel on le dit. Le discours du médecin possède une force illocutoire considérable puisque ses paroles sont à la fois performatives et prononcées relativement à une institution. Même lorsqu'il dit faux sur le plan scientifique, il dit vrai pour le patient. Chaque fois qu'il dit quelque chose, il accomplit quelque chose. Chaque fois qu'il dit quelque chose, il ne doit pas oublier la portée illocutoire de son discours. Cet acte produit encore un effet sur le patient, un effet perlocutoire, c'est-à-dire non plus l'acte accompli *en disant* quelque chose (*in saying*) mais accompli *par le fait de dire* (*by saying*) quelque chose[100]. L'acte perlocutoire n'est plus à proprement parler un acte linguistique car à la fois il utilise et masque les conventions qui le constituent et le mobilisent. Parce qu'il est médecin, ce que dira un médecin aura toujours un effet sur son destinataire et l'effet produit va s'émanciper jusqu'à parfois saper la signification qu'il entendait avoir.

[96] John Austin, *Quand dire c'est faire*, *op. cit.*, p. 105.
[97] John Searle, *Les actes de langage. Essai de philosophie du langage*, trad. Oswald Ducrot, Paris, Hermann, 1972, p. 92.
[98] John Austin, *Quand dire c'est faire*, *op. cit.*, p. 113
[99] *Id*., p. 117
[100] *Ibid*., pp. 114 et 119.

3. L'Acte sans geste en médecine d'urgence

1. Première scène

En médecine d'urgence, on peut envisager trois scènes d'acte sans geste.

Dans la première scène, quand quelqu'un crie : *« Y-a-t-il un médecin dans la salle ? »*, il fait appel à l'Idée de médecin avec tout le potentiel d'acte qu'il apporterait avec lui en se manifestant, en actualisant sa *puissance*. Son apparition suffirait à le disposer en *acte* et non plus en *puissance*. Le fait d'évoquer le médecin entraîne déjà sa manifestation, sa présence malgré son absence. Mais l'acte est antérieur à la puissance car en effet c'est parce qu'elle peut agir qu'une puissance est puissance[101]. Le fait d'être absent engage le médecin, non nécessairement en droit, mais au moins dans sa conscience. *« Les-absents-ont-toujours-tort »* s'adresse à lui plus qu'à tout autre. La pensée collective, souvent magique, l'exige toujours disponible, *au-service-de…* cette vision platonicienne du médecin est confortée par la réalité d'un médecin toujours en exercice de son acte même s'il est absent, même quand il dort. Des médecins se sont vus reprocher leur absence par de fidèles patients victimes d'une maladie grave et aiguë survenue au cours d'une garde dont il n'avait pas ou plus la charge. A l'inverse, des médecins très appréciés, ou très craints, peuvent influencer l'attitude d'une équipe soignante et améliorer la qualité des soins prodigués même après s'être retirés dans la chambre de garde.

2. Deuxième scène

Un médecin silencieux mais immobile intervient dans la seconde scène. Aucun geste de soins n'est observable. Ce médecin a les bras croisés au milieu d'une agitation comme celle qui peut régner autour du malade grave dans une

[101] Aristote, *Métaphysique II, op. cit.*, Θ, 8, 1049 *b*, p. 44.

salle de déchoquage. Seuls le stand de ravitaillement de *formule 1* et le plateau de tournage d'un film ou d'une série de télévision pourraient éventuellement supporter la comparaison à une salle d'urgence en pleine activité. Le médecin aux bras croisés serait, pour un observateur neutre, le seul qui ne soit pas (pré)occupé. Ses collègues, médecins, infirmier (e)s, aide-soignant(e)s, brancardiers, bougent, font des mouvements, des gestes, s'agitent, gesticulent même, parlent haut, hurlent des ordres, transpirent... Chacun a une tâche bien définie à accomplir tout en louchant sur celle du corps de métier voisin : le désir mimétique se niche, inconsciemment, au sein de l'activité professionnelle la plus triviale. Notre *médecin-aux-bras-croisés* est pourtant celui qui est le plus dans l'acte médical : il observe et écoute. L'inspection d'un malade grave est peut être la partie de l'examen clinique la plus importante, la plus féconde dans la démarche diagnostique et pronostique. Mais ce médecin est dans l'acte tout en restant immobile parce qu'au même moment, d'autres effectuent des gestes de survie à sa place et sous sa responsabilité. Il n'y a pas de *non-acte* possible, ce qui a été exposé précédemment.

3. troisième scène

La troisième scène met en jeu un médecin seul cette fois-ci, sans équipe à laquelle il pourrait déléguer sa gestuelle. Il est immobile, de nouveau invisible et, comme tout médecin quel que soit son mode d'exercice, il parle. C'est le médecin régulateur d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) de SAMU, appelé encore « *Centre 15* ». Cet exercice médical très particulier, celui d'un médecin assis derrière un téléphone qui ne peut voir le malade, qui ne peut le toucher et dont le seul instrument de travail est la parole, évoque l'image d'un médecin derrière un paravent et invite à envisager la médecine d'urgence sous un autre jour, loin de cette médecine d'action souvent vécue ou imaginée.

4. Le *logos* en acte

« Il fait plus clair lorsque quelqu'un parle[102]. »

Le principe d'une veille permanente est l'évolution naturelle qu'a suivie un service qui originellement rendait service à un autre. Un centre de régulation ne devait dépêcher un SMUR que sur une intervention proportionnée aux compétences de cette structure. En clair, pour une mission qui en valait le déplacement, qui en valait le détour, qui en valait la peine. Le premier principe de régulation médicale était donc fondé sur la protection contre le risque de surqualification de l'équipe SMUR. Les premières lois insistaient sur le caractère médical exclusif de la réponse.

Au sein de presque tous les SAMU de France, siège aujourd'hui au bout d'un numéro départemental à deux chiffres – le *15* – le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) déjà cité précedemment, réduit par l'usage à « Centre 15 ». Service au service d'un autre service, au service du SMUR, le CRRA 15 devient service à la population. Le principe est maintenant d'offrir à la personne qui compose le quinze sur son téléphone la réponse la mieux adaptée à la situation décrite. Il s'agit d'un exercice singulier de la médecine d'urgence où médecin et patient sont comme séparés par un paravent. Le médecin régulateur, comme aveugle et paralysé dans sa tâche, redécouvre les vertus de l'interrogatoire médical, de l'écoute attentive de la personne qui appelle ; il redécouvre la « place royale » du symptôme. De l'autre côté, le patient impuissant ne peut « toucher » son interlocuteur que par les mots, les expressions, le ton, le flux verbal, le silence… Le sifflement d'une expiration, la faiblesse du flux verbal en disent long sur la capacité respiratoire de l'appelant. Mais au-delà de ces cas particuliers, les signes physiques sont inaccessibles et les mots seuls, dits par une voix sans visage, peuvent faire accéder à une hypothèse diagnostique, un pronostic de gravité.

Tout le résultat de l'acte de régulation tient dans l'effet du discours sur le patient. L'acte est un « succès », pour parler comme Austin, si l'effet est réellement celui recherché par le médecin et non une contradiction performative.

[102] Claude Roy, *Permis de séjour. 1977-1982*, Paris, Gallimard, 1983, rééd. Folio, 1997, p. 306.

Le poids de son discours demande au médecin une attention sur le dit, le dire et le fait de dire.

Pour le médecin régulateur, l'acte médical est un acte de parole, dans la puissance du *logos* qui est à la fois performatif et opérationnel. Le faire est dans l'agir et l'agir dans le verbe. Il conseille, il rassure, il fait faire des gestes sans les faire lui-même. Il agit sans faire. Faire faire c'est agir. Il fait déclencher les secours – envoi d'ambulances privées ou de VSAV des sapeurs-pompiers, envoie d'équipe de SMUR, envoi du médecin de garde… – et fait faire des gestes élémentaires de survie aux témoins…

Détachée de tous ses oripeaux, la médecine d'urgence se présente comme une médecine de parole, une médecine où le *logos* est premier. L'essence de la médecine d'urgence est la parole, l'action n'en est qu'un des attributs.

Deuxième partie. Espace-temps de la médecine d'urgence

Prologue

Le véhicule léger du SMUR peine à se frayer un chemin au milieu de la colonne des secours routiers. Un gendarme attire l'attention de l'ambulancier. Il faut se garer ici et faire le reste du chemin à pied, le matériel à la main. Dans un froid crépusculaire, le ciel est bleu, d'un bleu gyrophare. Couleur silencieuse car les deux tons en seconde, quarte et quinte se sont tus.

La voiture est à quelques dizaines de mètres du bord de la route, la calandre avant mordant encore l'arbre qui a arrêté sa course. L'« écureuil », un sapeur-pompier agile, s'est déjà glissé à l'intérieur de la carcasse. Le masque à oxygène est plaqué sur le visage de la passagère avant. Un collier cervical maintient la tête droite. *« Par ici docteur ! Pour lui c'est fini ! Elle, elle était encore consciente à notre arrivée. Maintenant elle ne parle plus et ne bouge plus. Mais elle respire et elle a l'air encombrée »*. Les jambes de la passagère sont coincées entre le siège et le tableau de bord. A chaque expiration se forme une mousse rosée, mélange d'air et de sang qui couvre le visage. Le score sur l'échelle de Glasgow est à 3. La portière droite est bloquée. L'issue sera vers l'arrière et le haut. Il faut dégager le toit. Mais il faut intuber maintenant, avant l'extraction.

Un accès à l'avant-bras droit a permis la pose d'un soluté de remplissage. Il n'y a pas la place pour le garrot du tensiomètre mais les électrodes peuvent transmettre sur l'écran du scope un rythme cardiaque rapide, précisément une tachycardie sinusale. L'extrémité des doigts est trop froide pour que l'oxymétrie de pouls puisse rendre compte de la teneur en oxygène de l'hémoglobine. Les sapeurs-pompiers sont parvenus à affaisser le dossier du siège ; la rectitude de l'axe « tête-cou-tronc » commence à se rétablir. Le médecin s'est installé péniblement à l'arrière, protégé des éclats de pare-brise par une couverture. Sans qu'il ne dise le moindre mot, l'infirmière lui tend au fur et mesure des besoins le matériel nécessaire. Aspiration buccale d'un mélange de sang et de mucosités. La mâchoire est intègre. Les gestes sont empêchés par le collier cervical. Il faudra plus de quatre mains pour procéder à l'intubation. Induction à séquence rapide

(IRS). Le tube est glissé jusqu'à sa place pendant qu'est maintenu fermement le rachis cervical.

Durant l'acte médical, les écarteurs hydrauliques et les découpeuses à plasma rongent la tôle. Union de la chair et du métal plus forte encore que celle imaginée par James G. Ballard dans *Crash*[103]. Sans son *hard top*, la voiture a l'air d'une authentique décapotable.

Déblocage. Les jambes sont maintenant dégagées. Extraction. La planche *Olivier* est glissée dans le dos de la victime, le corps hissé vers le haut. Une fois sanglé, l'ensemble est déplacé lentement vers le brancard recouvert du matelas à dépression qui l'attend quelques mètres plus loin.

On emmène la passagère dans le véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). Protégés du froid et du bruit, on refait un point : saignement actif de scalp, embarrure fronto-pariétale droite. L'examen des pupilles est inaccessible en raison d'un hématome en lorgnette qui recouvre chaque œil. L'auscultation thoracique met en évidence une diminution du murmure vésiculaire dans le champ pulmonaire droit. La palpation du bassin révèle une instabilité en *open book*. Une augmentation de volume de la cuisse droite témoigne d'une fracture fermée du fémur. Un nouveau contact avec la régulation permet d'alerter la salle de déchoquage du CHU.

Des pales en rotation écrasent tous les autres bruits. Le bilan flash initial a eu son effet. Il était temps pour l'hélicoptère sanitaire car la nuit aéronautique n'est plus très loin. L'appareil se pose sur la route au milieu d'une *drop zone* (DZ) improvisée et correctement balisée par les gendarmes et les sapeurs-pompiers.

La victime va changer de mains, une fois installée dans un paysage hémodynamique plus clément. Le médecin transmet les informations à son confrère de l'équipe héliportée.

Une fois que l'aéronef n'est plus qu'un bruissement invisible, un gendarme l'invite à constater le décès du conducteur et à pratiquer les prélèvements toxicologiques en vigueur. La vision d'un hélicoptère sanitaire en action est toujours pleine d'une émotion forte renouvelée à chaque décollage. Le médecin qui tombe du ciel. Durant cet instant, le temps est suspendu comme la coque au retors de pales.

---

[103] James G. Ballard, *Crash*, trad. Robert Louit, Paris, Calmann-Lévy, coll « Dimensions », 1973, et David Cronenberg, 1996, pour l'adaptation cinématographique.

La voiture accidentée devait être une pièce de collection. La Chevrolet Corvair, avec son moteur six cylindres à refroidissement à air à qui elle doit son nom – la première et dernière américaine à propulsion et moteur arrière – avait la fâcheuse tendance à survirer dans les courbes. La Corvair a gardé sa réputation de tueuse. Sa production, débutée en 1961 fut interrompue en 1969.

Le conducteur non ceinturé a percuté la colonne de direction avec la poitrine. Le port de la ceinture de sécurité n'a été rendu obligatoire en France à l'avant et hors agglomération qu'à partir de 1973 et le port à l'arrière en 1990[104]. La cage thoracique est enfoncée. La tête repose sur le volant aux branches restées intactes. Elles auraient pu se briser pour absorber une partie de l'énergie du choc. Faiblesse de conception. Au cours d'un choc frontal, la plus grande partie de l'énergie doit être absorbée par la partie antérieure de la voiture avant d'atteindre l'habitacle.

[104] Un brevet de bretelles protectrices a été déposé en 1903 par Gustave Désiré Lebeau. Tous les véhicules Volvo sont équipés en série dès 1957. L'ingénieur Nils Bohlin de la firme suédoise fait breveter en 1958 la ceinture à trois points d'ancrage. En France, l'équipement a été rendu obligatoire sur tous les véhicules neufs à partir de 1970 et le système à enrouleur a été imposé aux constructeurs en 1977.

Chapitre V. Histoire

La médecine d'urgence hors des murs de l'hôpital est une pratique ancienne. Celle qui nous intéresse va à la rencontre des grands conflits, dont le terrorisme est l'une des manifestations contemporaines, des grandes catastrophes naturelles ou technologiques, tout en se distinguant radicalement des œuvres humanitaires, filles d'Henri Dunant.

Organisée, structurée, soutenue par des doctrines, elle s'est constituée en système à partir de plusieurs spécialités médicales, notamment la chirurgie, l'anesthésie et aussi la psychiatrie. De chacune de ces trois disciplines va se dégager trois lignes de force qui ont convergé tout récemment pour former une quatrième discipline, la médecine d'urgence, spécialité encore en germe, venue jouer le trouble-fête nécessaire au sein du doux ronronnement hospitalier.

Chirurgie, anesthésie, psychiatrie, trois spécialités qui s'exercent habituellement en un lieu propre, un lieu dédié, le bloc opératoire pour les deux premières et l'« asile » pour la dernière, vont se retrouver projetées loin de leurs bases pour y inventer de nouveaux modes opératoires.

1. Chirurgiens

Les chirurgiens ont pris l'habitude d'importer le vocabulaire de guerre. Pour ne citer qu'un seul exemple, on se met à parler tels des chefs d'état major de *damage control* dans le traitement des blessés graves, encore un terme emprunté à la marine. Pour les situations sérieusement critiques, l'*U.S. Navy* a en effet forgé l'expression de *damage control*, une procédure qui permet le maintien de l'objectif opérationnel malgré une atteinte de l'intégrité du bâtiment de guerre. L'importation de la notion en médecine remonte à certaines pratiques chirurgicales des pathologies hémorragiques majeures où le seul objectif de l'opération est l'arrêt du saignement et non nécessairement la réparation du ou des organes atteints[105].

[105] H. Harlan Stone, Priscilla R. Strom, Richard J. Mullins, « Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy », *Annals of Surgery*, 1983, 197, pp. 532-535 et Michael F. Rotondo, C. William Schwab, Michael D. McGonigal *& al.*, « Damage control: an

On rencontre du matériel militaire et civil détourné pour l'usage médical comme par exemple le pantalon anti-G pour antigravitation ou *G-suit* des pilotes d'avion à partir de 1940. Le pantalon anti-G est devenu le pantalon anti-choc, alias « compression circonférentielle sous-diaphragmatique pneumatique externe contrôlée », permettant la mobilisation du volume sanguin des membres inférieurs et de l'abdomen vers la région sus-diaphragmatique pour une meilleure perfusion des organes vitaux, cœur et cerveau, en cas d'hémorragie grave.

Le combat, la lutte, l'opposition, la résistance face à un ennemi souvent invisible parcourent le vocabulaire médical. Toute la médecine pourrait se résumer en termes d'affrontement, affrontement contre la maladie retranchée dans les méandres tissulaires des organes, affrontement anticorps-antigènes, affrontement poison-antidote, affrontement bactéries-antibiotiques… Affrontement virus-antirétroviraux ou sigles contre acronymes comme le rapporte avec humour et cynisme le dandy Henry Wotton, pygmalion de Dorian Gray, transposé par Will Self au début des années SIDA :

> « Je dois avouer que toutes les initiales, AZT, DDI, qu'ils introduisent dans mon organisme pour soigner mon acronyme sont efficaces[106]. »

C'est la lutte permanente, lutte contre le cancer, lutte contre les conduites addictives, lutte contre le suicide. C'est la lutte organisée en comité, contre la douleur (CLUD), contre les infections nosocomiales (CLIN)… De nombreux médecins de première ligne se sont *rendus* au lit du malade aux deux sens du terme tel le soldat à l'ennemi. Mais aucun drapeau blanc ne peut être agité. La seule signature d'armistice sera *in fine* celle apposée en bas du certificat de décès.

> « Mon autre virus, l'hépatite C, s'est allié avec le VIH pour me donner un cancer du foie. La pneumonie a achevé mes poumons et ma vue est irrécupérable. J'éprouve une sensation gothique, comme si la cathédrale de Cologne était enfoncée dans mon fondement. Non, c'est la fin[107]. »

Mais plus souvent le mot victoire réjouit l'opinion, autant que celui de progrès. La médecine tire ses victoires des progrès de la science. Victoire et progrès deviennent synonymes. Et la fameuse rançon du progrès à payer apparaît comme une évidente nécessité. La notion d'aléa thérapeutique, de responsabilité

---

approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury », *The Journal of Trauma*, 1993, 35, pp. 375-382.

[106] Will Self, *Dorian*, trad. Francis Kerline, Paris, L'Olivier /Seuil, 2004, pp. 216-217.

[107] *Id*., p. 274.

sans faute, peut s'installer dans les consciences à côté du principe de précaution dont on reparlera dans la troisième partie.

Les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) rappellent un état-major où se discutent les stratégies thérapeutiques. Les techniques d'exploration et de traitement se partagent en invasives et non-invasives selon les nécessités. La « voie sanglante » consacre certaines méthodes thérapeutiques et même diagnostiques…

Et le héros est celui qui est de garde ; la *garde*, comme extension nocturne, dominicale ou fériée, du domaine de la lutte quotidienne. Le mot rappelle les hauteurs impériales et ses faits d'armes dans l'Histoire. *« La garde meurt mais se rend pas ! »* répond Le Général Pierre Cambronne, sans appel, le 18 juin 1815 à Waterloo, à moins que ce ne soit le Général Michel.

La médecine d'urgence, comme nulle autre spécialité, est née au milieu des champs de bataille qui vont offrir le terrain favorable à la mise en application des théories chirurgicales et le développement des expérimentations les plus hardies. L'évolution des techniques de soin suivra celle des armes de guerres.

1. Ambroise Paré, premier chirurgien sans latin

Le XVI^{e} siècle français est le siècle de la Renaissance, de la réforme et des guerres de religion, le siècle d'une activité prolifique dans tous les domaines de l'action et de la pensée. Il suffit de s'arrêter sur la seule date de 1543 pour saisir toute l'importance d'une période de l'histoire qui porte en germe les Lumières futures. L'année 1543 est celle de la première publication à Nuremberg du livre de Nicolas Copernic *De revolitionibus orbium coelestrium libri sex* (*Des révolutions des orbes célestes*), celle de l'idée d'une projection cylindrique tangente du globe terrestre par Gerhard Kremer dit Mercator et celle de la sortie des imprimeries Jean Oporinus de Bâle du traité d'anatomie d'André Vésale *De humani corporis fabrica libri septem* (*Sur la construction du corps humain*). Ce dernier ouvrage couramment nommé la *Fabrica* connaitra la fortune d'un *best-seller*. La révolution est totale. On assiste à une conversion du regard dans une objectivation sans précédent de l'univers, de la terre et du corps humain. La *fabrica* de Vesalius

dont les dessins sont attribués à Jan Stefan van Calcar, un peintre de l'entourage du Titien, est bien plus que la reliure des tableaux d'une exposition universelle. Le jeune médecin flamand qui vient d'obtenir la chaire d'anatomie de l'université de Padoue, procède, pour corriger les nombreuses erreurs de Galien, à un renversement épistémologique : concevoir la connaissance comme une action (*praxis*), une opération (*poïesis*) et non plus seulement comme une contemplation (*theôria*), concevoir la connaissance comme une invention, une création et non plus une découverte.

> « La découverte porte sur ce qui existe déjà, actuellement et virtuellement ; elle était donc sûre de venir tôt ou tard. L'invention donne l'être à ce qui n'était pas, elle aurait pu ne venir jamais[108]. »

Vésale réunit en lui-même la division tripartite de la dissection universitaire de son époque. Il sera tout à la fois *magister*, *demonstrator* – ou *ostentor* – et *prosector*. Il raille ces maîtres qui, du haut de leur chaire, ne font que répéter les textes anciens confiés à leur mémoire, un second devant les assister pour montrer à l'auditoire la description du cadavre préparé par un chirurgien ou un barbier. Avec Vésale, l'acte soumet le mot, soumet la preuve et l'explication. Les arts mécaniques rejoignent les arts libéraux. La vérité n'est plus dans les livres mais au bout du scalpel du Maître, sous l'œil et la main du Maître, sous le geste du Maître. En propre *demonstrator,* l'anatomiste élève « sa main à la dignité d'un instrument d'enseignement et même d'un instrument de connaissance. »[109]

C'est dans le siècle de Vésale, le siècle de l'anatomie, dont on dit pourtant que la médecine n'y a pas connu la même fortune que l'astronomie ou la géographie qu'un chirurgien va s'illustrer avec une nouvelle technique de traitement des plaies artérielles par arquebuse. Au XVI^{e} siècle, préférer la chirurgie à l'art médical relève de l'audace voire de l'arrogance tel le Zenon de *L'Œuvre au noir* :

> « Mais de toutes les hardiesses, la plus choquante peut être était celle qui, disait-on, lui faisait ravaler la belle profession de médecin en s'adonnant de préférence à l'art grossier de la chirurgie, salissant ainsi ses mains de pus et de sang[110]. »

Les guerres qui traversent ce siècle sont autant d'occasions pour Ambroise Paré (1510-1590) d'exercer son art mais surtout d'inventer et d'expérimenter.

---

[108] Henri Bergson, *La Pensée et le Mouvant*, *in Œuvres*, *op. cit.*, p. 1293 [52].
[109] Georges Canguilhem, « L'homme de Vésale dans le monde de Copernic : 1543 », *in Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 1994, p. 32.
[110] Marguerite Yourcenar, *L'Œuvre au noir*, Paris, Gallimard, 1968, rééd. Folio, 1991, p. 77.

Lors de la bataille du Pas de Suse (1537) durant la campagne de Piémont, le capitaine Le Rat reçoit un coup d'arquebuse à la cheville droite. Paré extrait la balle, retire les esquilles osseuses et cautérise encore à l'huile bouillante. Le Rat se rétablit et Paré note une phrase devenue célèbre : « Je le pansais ; Dieu le guérit ». La guérison ne peut être que l'œuvre de Dieu, de la nature même – *deus sive natura* – si l'on suit Paracelse. En rupture avec le galénisme, Philippe Aurélien Théophraste Bombastus de Hohenheim dit Paracelse – « après Celse », en référence au médecin romain du premier siècle Aulus Cornelius Celsus dont il espérait la même notoriété – enseigne à l'université de Bâle (1517) une médecine qui doit prendre la nature comme point de départ. Une théorie médicale doit dériver de la pratique. Pour l'homme de la Renaissance, les fins sont encore domiciliées dans la nature pour reprendre la formule de Hans Jonas[111]. Le chirurgien propose, agit, opère et la nature du patient dispose. La nature qui fait bien les choses, la nature bienveillante qui avec de bons soins peut guérir de grands maux est encore une *phusis* c'est-à-dire nature vivante et créatrice.

Après le tremblement de terre de Lisbonne (1755) qui fera entre 50 000 et 100 000 victimes, la nature n'est plus observée de la même manière[112]. Après ce réel tsunami, l'idée même de fondement[113] au sens propre tout comme au figuré aurait été, selon certains, remise en question[114]. La médecine ne peut plus s'appuyer sur des théories naturelles pour espérer atteindre une forme d'efficacité. Toute action médicale doit désormais se faire contre nature. La main du chirurgien peut et doit mettre de l'ordre dans le désordre naturel. Une chirurgie moderne avance sans complexe en découpant les vivants comme les morts. La désacralisation de la nature – non plus créatrice mais création – débutée avec l'ère chrétienne et poursuivie dans le projet cartésien peut désormais aboutir.

---

[111] Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, *op. cit.*, p. 107, [142].

[112] Le tremblement de terre de Lisbonne est l'occasion pour Voltaire de railler la philosophie de Leibniz. Pourtant, il semble qu'il y ait une mésinterprétation de la théorie du meilleur des mondes possibles. Le « meilleur » chez Leibniz peut être entendu comme optimal, au sens mathématique du terme, et non parfait au sens moral. Dans l'infinité des mondes possibles, Dieu a choisi le meilleur et non créé la perfection.

[113] *Grundlege* et non *Grundlegung*, « fondation », qui implique une notion d'activité.

[114] Théorie défendue par Werner Hamacher. « Sous l'influence du tremblement de terre de Lisbonne, qui a touché l'esprit européen à une époque des plus sensibles, la métaphore du fondement a complètement perdu son apparente innocence ; elle n'était désormais plus une simple figure de style ».

2. Le triomphe des chirurgiens impériaux

Ambroise Paré pratique la chirurgie *dans* l'urgence et non une chirurgie *de* l'urgence. Sur les champs de batailles des guerres napoléoniennes, un exercice particulier de la médecine, la chirurgie *d'*urgence, organisée, prend forme pendant que la chirurgie civile rayonne dans le monde entier depuis l'ouverture de l'école de Paris (1794).

1. Officiers et médecins

Durant une période d'un demi-siècle, qui a marqué autant Balzac[115] que les historiens du XX^e^ siècle, la médecine passe de l'état d'art conjectural à celui de science positive, un de ces moments majeurs où l'on se met à penser mathématiquement une discipline. A l'essoufflement de la révolution politique au cours de laquelle le peuple n'avait plus besoin des savants, se substitue l'esquisse d'une révolution médicale et s'ouvre une période durant laquelle la médecine « change de prétention, d'objet et de méthode[116] ». C'est l'époque de la constitution à Paris d'une « Ecole » au sens institutionnel – l'« Ecole de Santé » de 1794 devient en 1796 l'« Ecole de Médecine » pour reprendre dix ans plus tard l'ancien nom de « Faculté de Médecine » – mais surtout entendue comme courant de pensée qui prend la forme de l'« Ecole des Analystes ».

C'est aussi l'époque de l'apparition des officiers de santé, militaires et civils. Les décrets de Marly de mars 1707 avaient réglé pour tout le XVIII^e^ siècle la pratique de la médecine et la formation des médecins. *« Article 26 : nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède même gratuitement s'il n'a obtenu le degré de licencié »*. La révolution avait fermé les facultés et universités :

[115] Honoré de Balzac, *La maison Nucingen*, Paris, Gallimard, 1989, coll. Folio, p. 144.
[116] Georges Canguilhem, « Le statut épistémologique de la médecine », *in Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, *op. cit.*, p. 416.

> « Ni examens, ni autres titres de compétence que l'âge, l'expérience, la vénération des citoyens ; qui veut enseigner mathématiques, beaux-arts, ou médecine, devra seulement obtenir de sa municipalité un certificat de civisme et probité ».[117]

Le Consulat redonne à la France une organisation administrative uniforme et hiérarchisée à la centralisation plus poussée et plus efficace que sous l'Ancien Régime. La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) réserve l'exercice de la médecine aux seuls titulaires de diplômes habilités. *« Article 1 : nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi »*. La similitude entre l'*article 26* de la loi de 1707 et l'*article 1* de celle de 1803 est frappante. Pourtant une différence de niveau a été introduite dans la clôture de l'art médical donnant naissance à la première césure sociale chez ceux qui soignent, dans le prolongement de ceux qui sont soignés.

> « On admettait, au XVIII[e] siècle, que les gens du peuple et surtout de la campagne menant une vie plus simple, plus morale et plus saine étaient affectés surtout de maladies externes qui réclamaient le chirurgien. A partir de l'an XI, la distribution devient surtout sociale : pour soigner le peuple, souvent atteint "d'accidents primitifs" et de "simples indispositions", il n'est pas besoin d'être "savant et profond en théorie" ; l'officier de santé avec son expérience suffira[118]. »

Une face *pratique* ou « *empirisme contrôlé* : savoir faire après avoir vu » qu'oppose une face *clinique*, « un regard qui est en même temps un savoir ». On a rencontré plus haut le même clivage dans l'enseignement des gestes élémentaires de survie avec d'un côté la « Prévention et secours civiques de niveau un » (PSC 1) organisée par le ministère de l'intérieur et de l'autre la « Formation aux gestes et soins d'urgence » (FGSU) structurée par les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) des SAMU. On a ouvert la pratique aux officiers de santé mais réservé l'initiation clinique aux seuls médecins[119]. On assiste au premier glissement de tâche du monde de la santé, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir pour conclure. Les officiers de santé peuvent réaliser des gestes chirurgicaux en l'absence de médecin. On se souvient de l'intervention tentée par Charles Bovary : corriger le pied bot d'Hippolyte. L'officier de santé échoue et le Docteur en médecine Canivet est appelé à la rescousse pour constater la complication iatrogène et confirmer la nécessité d'amputer le membre

[117] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, rééd. Coll. « Quadrige », 1997, p. 49.
[118] *Id*., p. 82.
[119] *Ibid*.

gangréné[120]. Flaubert insiste sur la distribution sociale des personnages de la santé : en bas de l'échelle, l'officier de santé Bovary, demi-médecin, et l'apothicaire Homais de Yonville, en haut, le chirurgien hospitalier Larivière de Rouen, demi-dieu de « la grande école chirurgicale sortie du tablier de Bichat » et entre les deux, le Dr Canivet, la célébrité de Neufchâtel.

Les officiers de santé disparaitront progressivement à partir de la loi Chevandier du 30 novembre 1892. *« Article 1 : nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat »*.

2. Le premier urgentiste

On raconte qu'au plus fort de la bataille de Waterloo, Wellington qui en surveillait l'évolution de sa lorgnette fit cesser le feu à l'endroit où il avait reconnu Larrey qui pansait les blessés.

> « Que faites-vous, Votre Grâce ? Interrogea, inquiet, le duc de Cambridge – Je salue l'honneur et la loyauté qui passent[121]. »

Dominique Larrey (1766-1842) est à l'origine de l'idée d'une « médicalisation de l'avant ». Lorsque le blessé n'est mobilisable qu'au prix d'une aggravation des lésions, c'est le chirurgien qui doit aller vers lui, armé de ses instruments. A la suite de la prise de Spire en 1792, Larrey constate que nombre de victimes décèdent sur le champ pour avoir attendu l'ambulance :

> « Ce fut alors que je reconnus, pour la première fois, les grands inconvénients de la marche de nos ambulances et de leur manière d'agir. Les règlements militaires portaient qu'elles se tiendraient constamment à une lieue de l'armée. On laissait les blessés sur le champ de bataille jusqu'après le combat, puis on les réunissait dans un local favorable où l'ambulance se rendait aussi promptement que possible […]. Elle n'arrivait jamais avant vingt-quatre heures, quelquefois même trente-six heures et davantage ; en sorte que la plupart des blessés périssaient faute de secours […] J'eus la douleur d'en voir mourir plusieurs, victime de cet inconvénient ; ce qui me donna l'idée d'établir une nouvelle ambulance qui fut en état de porter prompt secours sur le champ de bataille même[122]. »

[120] Gustave Flaubert, *Madame Bovary*, *op. cit.*, p. 225.
[121] Cité par Jean Marchioni in *Place à Monsieur Larrey, chirurgien de la garde impériale*, Arles, Actes Sud, 2003, p. 13.
[122] *Id.*, p. 37.

La notion de « prompt secours » est toujours d'actualité dans la dialectique SAMU–Sapeurs-pompiers où la frontière entre secours et soins peine à s'établir dans un climat de lutte d'influences.

Pierre-François Percy (1754-1825) partage avec Larrey le même concept, la même éthique. Il invente le *würst*, charrette à rideaux avec table d'opération sur laquelle sont juchés des « soldats infirmiers », emmenée par un chirurgien major à cheval qui indique les zones d'intervention. On lui doit le premier sac médical qui contient un garrot et onze instruments chirurgicaux. Les nôtres sont aujourd'hui plus garnis en matériel plus sophistiqué mais le principe est le même.

En 1797, Larrey transforme les ambulances légères de Percy en ambulances volantes, voitures à chevaux permettant d'évacuer deux à quatre blessés qu'il avait imaginées dès 1792. En 1813, les deux chirurgiens obtiendront la création d'un corps d'infirmiers de l'avant ou *despotats* de l'empire, des brancardiers militaires chargés du relevage des blessés.

La bataille d'Eylau, 9 février 1807, avec 3000 tués et 7000 blessés, reste le grand moment de la chirurgie de guerre et la grange d'Eylau peut être considérée comme le premier poste médical avancé (PMA). Le chirurgien de la grande armée y trie les blessés sans tenir compte du grade. La seule hiérarchie qui préside est celle de la gravité des lésions.

On retrouve le PMA au cours de la première guerre mondiale à travers une scène sublime peinte par Henri Barbusse :

> « Toute cette foule vient enfin déferler, s'amonceler et geindre dans le carrefour où s'ouvrent les trous du Poste de Secours. Un médecin gesticule et vocifère pour défendre un peu de place libre contre cette marée montante qui bat le seuil de l'abri. Il pratique, en plein air, à l'entrée, des pansements sommaires, et on dit qu'il ne s'est pas arrêté, non plus que ses aides, de toute la nuit et de toute la journée, et qu'il fait une besogne surhumaine. En sortant de ses mains, une partie des blessés est absorbée par le puits du Poste, une autre est évacuée à l'arrière sur le Poste de Secours plus vaste aménagé dans la tranchée de la route de Béthune[123]. »

Dans une surprenante dialectique, c'est l'homme en guerre qui fait acte de déclaration de guerre à la mort. Les conflits vécus par les Nord-américains après la fin de la seconde guerre mondiale vont prolonger les développements de la médecine de guerre. Entre la guerre de Corée (1950-1953) et la guerre du Vietnam (1959-1975), le délai d'évacuation des blessés entre la zone de combat et les hôpitaux militaires est passé de quatre à une heure grâce aux transports par

[123] Henri Barbusse, *Le Feu*, Paris, Flammarion, 1965, rééd. Librairie Générale Française, p. 303.

hélicoptère. L'idée que la vitesse de prise en charge est déterminante pour la survie des patients s'installe sérieusement et durablement dans les consciences médicales. Une fois de plus, la médecine de guerre va exporter une pratique dans la vie civile. Mais en France, le relais sera pris par les acteurs d'une discipline médicale en pleine éclosion : l'anesthésie.

2. Anesthésistes

1. Anesthésie et anesthésistes

L'anesthésiologie est une connaissance ancienne. Les premières éponges soporifiques remontent au XII^{e} siècle à l'époque de la *Scola Medica Salernitana*, l'école de Salerne, la plus ancienne université de médecine d'Europe. La pratique est récente, XIX^{e} siècle, et la discipline jeune puisqu'elle ne sera reconnue comme spécialité médicale indépendante qu'en 1967.

L'anesthésie moderne nait sans les anesthésistes. Lorsque le professeur de chirurgie Robert Monod (1906-1993) fonde en 1934 la Société d'étude sur l'anesthésie et l'analgésie (SEAA) qui prendra en 1957 le nom de Société française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation (SFAAR), on compte quatre anesthésistes sur les cent membres. En 1939, les premiers cours d'anesthésie à la faculté de médecine de Paris sont dispensés par des chirurgiens mais l'enseignement à travers un certificat d'études spéciales (CES) ne s'actualise qu'à partir d'un arrêté du 22 novembre 1948[124]. En parallèle, l'APHP crée pour les anesthésistes les premiers postes de médecin assistant en 1947 et les premiers postes de médecin adjoint en 1953. En 1958, Guy Vourc'h (1919-1988) est le premier agrégé d'anesthésie de France, mais le titulaire de la première de la chaire d'anesthésiologie de la faculté de médecine de Paris est un chirurgien, le chirurgien thoracique Jean Baumann. Il faut attendre la réforme Debré et 1966 pour que la création de chefferie de service en anesthésie soit actualisée.

[124] En 1967, la durée des études passe d'un à trois ans.

C'est par la science que l'anesthésiste s'impose dans le milieu chirurgical. L'introduction du curare dans le mode opératoire change radicalement la position de celui qui endort. Jusqu'alors, le dispositif associant le masque d'Ombrédanne[125] et le mélange de Schleich[126] peut être manœuvré par n'importe quel aide opératoire, une infirmière, une religieuse, un garçon de salle… « L'efficacité de l'opérateur se confond avec celle de son propre outil »[127], comme le résume bien Ernest R. Kern (1911-1988), l'un des pionniers de l'anesthésie française moderne. La curarisation fait appel à des connaissances spécifiques en physiopathologie et en pharmacologie. Elle impose un nécessaire contrôle de la ventilation – un arraisonnement – et non plus la simple assistance requise jusqu'alors. Lors d'une communication à la SEAA en 1946, la respiration artificielle offense la digne assemblée :

> « Dieu a donné à l'homme le souffle, Dieu seul a le droit de lui ôter. Je conteste à tout homme et à tout anesthésiste ce droit ! Celui qui agit ainsi commet un acte sacrilège[128]. »

L'anesthésie demande des compétences médicales que traduisent mal les expressions méprisables de « pousse-seringue », « gazier » – *gasman* chez les Anglo-Saxons – et autre « ballonneur ». Au premier ouvrage de langue française consacré à l'anesthésie moderne[129] suit la publication des travaux scientifiques de la discipline rassemblés en monographies fondatrices[130].

En 1951, Henri Laborit (1914-1995), donne la réplique aux anesthésistes avec *L'anesthésie facilitée par les synergies médicamenteuses*[131]. Chirurgien de la marine, père de l'« hibernation artificielle[132] » et de l'« anesthésie potentialisée », Laborit va avoir une influence considérable sur l'orientation intellectuelle et le destin d'une communauté d'anesthésistes[133]. Ainsi Pierre Huguenard (1924-

[125] Louis Ombrédanne (1871-1956) présente en 1908 à l'Académie de Chirurgie un masque permettant l'adjonction d'oxygène aux gaz anesthésiants inhalés.
[126] Mélange d'éther, de chlorure d'éthyle et de chloroforme proposé dès la fin du XIX^{e} siècle par le chirurgien Allemand Carl-Ludwig Schleich.
[127] Ernest R. Kern, *Mes quatre vies*, Paris, Arnette, 1971, p. 201.
[128] Cité par Ernest Kern dans *Mes quatre vies*, *op. cit.*, p. 203.
[129] Nadia du Boucher, *Manuel d'Anesthésie*, Paris, Flammarion, 1946.
[130] Ernest R. Kern, *L'anesthésie intraveineuse au Pentothal-sodium*, Paris, Masson, 1947 et *Le curare en anesthésie*, Paris, Masson, 1951, Marcel J. Dallemagne, *Les aspects actuels de l'anesthésiologie*, Paris, Masson, 1948.
[131] Henri Laborit, *L'anesthésie facilitée par les synergies médicamenteuses*, Paris, Masson, 1951.
[132] Henri Laborit et Pierre Huguenard, *Pratique de l'hibernothérapie en chirurgie et en médecine*, Paris, Masson, 1954.
[133] L'influence intellectuelle d'Henri Laborit dépassera la sphère médicale. Dans le film *Mon oncle d'Amérique* (1980), le réalisateur Alain Resnais met en scène à la fois la personne et certaines de ses théories sur le comportement humain.

2006), qui prend les colonnes de la rédaction d'*Anesthésie-Analgésie*, journal de la SEAA. En réaction, Kern et Jean Lassner fondent en 1953 les *Cahiers d'Anesthésiologie*. En 1960, Huguenard, alors président de la SFAAR, fait sécession et forme l'Association des anesthésiologistes français (AAF). Les deux courants idéologiques ne se rencontreront qu'en 1982 lors de la fusion des deux sociétés savantes, SFAAR et AAF, en Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR).

L'AAF est explicitement bien plus une société d'*anesthésistes* qu'une société d'*anesthésie*. Les anesthésistes de cette « école » posent comme fondement l'acte d'anesthésie déconnecté de l'acte chirurgical. L'anesthésie est première avec la stabilisation de l'état clinique, la surveillance durant le bloc et le suivi postopératoire. C'est l'anesthésiste seul qui doit pouvoir décider du moment de l'intervention. Une telle approche permet de mettre fin à la supposée toute-puissance du chirurgien. Pour les autres, tout doit tourner autour de l'acte chirurgical qui est central. L'anesthésiste prépare le patient pour faciliter l'acte opératoire du chirurgien qui a décidé du moment de l'intervention.

2. Anesthésie et réanimation

Dans le même temps, sous l'impulsion de Jean Hamburger, les premières unités de réanimation voient le jour. Pour la première fois, on a l'idée de regrouper les patients nécessitant des soins intenses. Les Anglo-Saxons appellent ces unités, *critical care* mal traduit en France par « soins critiques ». On aura l'occasion de revoir la crise au-delà de son acception médicale.

La réanimation procède dans son principe à la substitution de la fonction de certains organes par une machine. Et les premières grandes fonctions substituées sont la respiration et la filtration rénale. Pour la respiration, ce sont les épidémies de poliomyélite antérieure aiguë survenues dans les années 1940 et 1950 qui suscitent l'emploi courant des poumons d'acier (*iron lungs*). Le poumon d'acier remplace les muscles respiratoires paralysés par le poliovirus – et notamment le muscle essentiel qu'est le diaphragme – en produisant une dépression atmosphérique autour de la cage thoracique. L'air, enrichi ou non

d'oxygène, pénètre les poumons de façon naturelle suivant un gradient de pression ainsi généré.

A l'Hôpital Municipal de Stockholm, Carl-Gunnar Engström présente le 16 octobre 1951 lors d'une session de la *Swedish Medical Association* un appareil automatique d'insufflation directe sous l'appellation éponyme d'*Engström Universal Respirator*, déjà tout un programme en soi. Le principe d'un respirateur générant une pression positive inspiratoire va connaître une fortune sans précédent et remplacer le poumon d'acier. Engström applique son procédé en 1953 à cinquante quatre patients touchés par la paralysie respiratoire faisant ainsi chuter substantiellement la mortalité[134]. Un principe naturel, celui du poumon d'acier, est balayé par un mouvement contre-nature qui, en soufflant l'air dans les bronches, procède d'une mise en demeure, d'un arraisonnement des voies aériennes inférieures. Mais désormais, l'arrêt respiratoire n'est plus synonyme définitif d'arrêt de mort.

L'idée du service de réanimation – des patients en petit nombre concentrés en un seul lieu et sous la surveillance d'un personnel quantitativement important – parait frappée au coin du bon sens mais elle aura beaucoup de difficultés à faire son chemin dans la pensée médicale dominante. Des praticiens soutenaient encore dans les années 1970 que les patients relevant de leur discipline qu'ils ne parvenaient pas à soigner dans leur service n'avaient pas de meilleures chances de survie aux mains des réanimateurs dans leurs unités nouvelles. En clair, maître absolu de leur art, aucun confrère ne ferait mieux qu'eux. Et les patients ne mourraient que lorsque rien ne pouvaient plus être entrepris pour les sauver.

3. Transport secondaire

Des anesthésistes qui veulent s'affranchir du joug chirurgical et des services de réanimation qui peinent à se remplir, autant d'exigences qui incitent

[134] Carl-G Engström, « Treatment of Severe Cases of Paralysis by the Engström Universal Respirator », *British Medical Journal*, 1954, 2, pp. 666-669.

certains médecins à aller chercher eux-mêmes dans les hôpitaux périphériques de leur CHU les patients pour le plus grand bien de tous et participer à l'extension du domaine d'influence de la médecine hospitalière.

Ainsi naissent les premiers transferts inter-hospitaliers médicalisés alias « transports secondaires » puisque le patient est dans un hôpital et a donc déjà bénéficié d'un premier transport, d'un transport primaire que l'on retrouvera plus loin. Le Pr Louis Lareng, né en 1923, se souvient :

> « On arrivait, ici et là, comme le Messie. Nos appareils de ventilation manuels feraient sourire aujourd'hui. N'empêche que, dans les hôpitaux périphériques, on épatait les confrères locaux. Nous commencions à disposer de sondes particulières. On leur en laissait. Nous avons été dotés des premières seringues jetables, après avoir longtemps utilisé des seringues en verre que nous emportions dans des boîtes métalliques stérilisées chaque soir. Sur place, on préparait le malade. On le perfusait avec le sang des réserves locales. On l'intubait. Vous pensez, quel soulagement pour le petit interne de garde nocturne, quand il nous voyait débarquer[135] ! »

C'est d'abord équipé d'un poumon d'acier que les médecins montent à bord de la Renault Prairie (1958-1959) de la Croix-Rouge Française (CRF). Puis ils s'arment de la « machine-miracle » d'Engtröm actionnée par une pédale installée dans les Chevrolet Impala Break et autres Rambler surélevée de la même CRF pour écrire l'épopée du SAMU en gestation.

Une fois encore, chronologie n'est pas logique ; le transport médicalisé primaire survient après le secondaire. Le transport primaire apparaît dans le contexte précis de ce que l'on pourrait appeler les « Trente tueuses », une période superposable aux Trente glorieuses (1945-1975). Le pouvoir d'achat des français leur permet l'accession à la propriété de voitures. Ils sont donc de plus en plus nombreux à sillonner les routes de France et à être les victimes d'accidents.

A partir des années 1960, la mort accidentelle sur les routes est ressentie comme une mort évitable. Le refus de la fatalité coïncide avec un nouveau régime de mortalité qui a débuté après la seconde guerre mondiale. Diminution de la mortalité infantile, résultat des politiques de prévention sanitaire[136], allongement de la durée de vie, déplacement du lieu de mort vers l'hôpital… La mort cesse transitoirement d'être « honteuse et objet d'interdit ».

---

[135] Michel Burlet, *Entretiens avec Louis Lareng. Batailles pour le SAMU*, Toulouse, Milan, 1995, p. 62.

[136] L'objectif immédiat de la création des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (ordonnance du 2 novembre 1945) a été de diminuer la mortalité infantile qui était alors de 110 pour 1000.

Services de police, gendarmes, pompiers, secouristes en général interviennent sur les lieux pendant que l'hôpital attend les victimes.

4. Transport primaire

Le recensement des blessés et tués sur les routes est devenu plus systématique et plus médiatique.

Le code civil par son article 81 prescrit aux officiers de Police de dresser un procès verbal en cas de *« signes ou indices de mort violente »*. Ainsi, les accidents routiers mortels sont comptabilisés depuis 1825. A partir de 1950, les forces de Police et de Gendarmerie sont tenues d'enregistrer la *totalité* des accidents ayant occasionné un dommage corporel, *mortel ou non*. L'exploitation des renseignements tirés des procès verbaux de Police et Gendarmerie sont exploités par le service d'études et de recherches sur la circulation (SERC) de 1954 à 1967 puis par le Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements (SETRA). On distingue les tués, victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours, et les blessés qui se distribuent en blessés graves dont l'état nécessite une hospitalisation supérieure à 6 jours et les blessés légers pour lesquels l'hospitalisation est nulle ou inférieure à 6 jours. Les chiffres du SETRA sont complétés par ceux de l'INSERM depuis 1968.

Ce n'est donc pas une augmentation inquiétante des accidents de la route qui, dans les années 1950, éperonne la sensibilité publique, c'est la connaissance précise annuelle du nombre de tués. Aux Etats-Unis, la route tue plus que la guerre. En 1965, on déplore 1724 morts au Vietnam, 49 000 sur les routes ; 6 110 blessés au Vietnam, 3 500 000 sur les routes[137].

Au début des années 1960, on assiste à un changement de paradigme : le conducteur n'est plus nécessairement seul coupable en cas d'accident. Il est admis que les voitures peuvent en elles-mêmes et à elles seules être responsables

[137] Toujours aux Etats-Unis, la guerre a tué 605 080 américains en 190 ans et 1 500 000 sont morts sur les routes en 25 ans.

d'accidents souvent mortels. L'avocat Ralph Nader[138] a eu une influence considérable sur la responsabilisation des constructeurs automobiles américains mais aussi européens.

La mort sur la route devient une mort imméritée. Les rescapés porteurs de séquelles handicapantes se liguent en association. Ils vont participer à une conversion du regard sur le handicap de l'adulte.

Les secouristes en association, les ambulances municipales, les cars police secours, les sapeurs-pompiers[139]… Tous se lancent sur les routes pour sauver des vies humaines. La route alimente une « industrie de services ».

> « A Toulouse, c'était la police qui se déplaçait. On couchait la victime sur un brancard et on la conduisait à l'hôpital le plus proche sans autre forme de soin. Tout cela était réalisé avec la meilleure volonté du monde, par des agents qui avaient reçu une formation élémentaire de secourisme. Mais ils ne savaient ni ne pouvaient prendre toutes les précautions requises. Et ils perdaient forcément beaucoup de temps[140]. »

Louis Lareng, président de la SFAAR de 1964 à 1972, conclut par une formule lapidaire devenue célèbre qu'il attribue à son confrère de Marseille, le Pr Marcel Arnaud : « On ramassait un blessé, on transportait un agonisant, on hospitalisait un mort ».

Ces trois éléments vont forcer la main du corps médical et l'engager dans un processus qui fait encore long feu : la médicalisation pré-hospitalière.

Mais ces médecins pionniers de la médecine d'urgence hospitalière étaient peut être aussi lancés dans une stratégie de légitimation interne d'un champ médical en lutte pour la reconnaissance de compétences acquises lors des transports secondaires. Dès lors, les grandes figures de l'anesthésie-réanimation naissante font pression sur les pouvoirs publics. Les décrets de décembre 1965 imposent à 240 hôpitaux de France l'allocation de lits pour l'hospitalisation des victimes d'accidents et la dotation en véhicules de secours qui seront appelés « services médicaux d'urgence routière » ou « services mobiles de secours et de

[138] Ralph Nader, *Ces voitures qui tuent*, trad. A. M. Suppo et A. de Pérignon, Paris, Flammarion, 1966.

[139] L'écart entre « Blancs » des SAMU et « Rouges » des services d'incendie et de secours est toujours présent et ravivé de façon récurrente. Un discours à charge du SAMU par un officier de sapeurs-pompiers en 2006 a imposé la réunion d'un comité quadripartite et la rédaction d'un rapport visant à harmoniser les pratiques (juin 2008). Ce rapport est désormais le support incontournable pour la rédaction du renouvellement des conventions départementales signées entre SDIS et SAMU.

[140] Michel Burlet, *Entretiens avec Louis Lareng. Batailles pour le SAMU*, *op. cit.*, p. 67.

soins d'urgence routiers » (SMUR)[141]. Ils ont vocation *« d'assurer aussi souvent que possible la présence de personnel médical ou paramédical auprès des malades ou des blessés en état de détresse*, *avant même leur transport »* pour *« augmenter leurs chances de survie, empêcher l'aggravation de leur état, faciliter leur guérison »*. Un des principes réside dans l'effacement de *« la solution de continuité qui existe parfois entre l'action des équipes de secours et l'action des équipes de soins*[142] *»*.

Le principe et l'efficacité des SMUR ne seront désormais évalués qu'à l'aune de leur coût financier. Mais pour créer une véritable chaîne de soins du « pied de l'arbre » à l'hôpital approprié sans solution de continuité, il faut un système dont l'objectif répondrait à la règle des *3 R*, forgée par le chirurgien Nord-américain Donald D Trunkey à tout autre dessein, nous allons le comprendre plus loin : *Good trauma care depends on getting the right patient to the right place at the right time*. Le « bon » patient, au « bon » endroit et au « bon » moment. C'est la vocation du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) alias centre 15 des SAMU. On doit à René Coirier[143] l'acronyme SAMU pour initialement « service d'assistance médicale urgente » puis définitivement « service d'aide médicale urgente ». L'acronyme est devenu un mot, Samu, décliné sous divers modes que ce soit dans l'expression Samu social ou dans le langage courant comme le signifiant tout à la fois de l'urgence et de l'excellence.

Le CRRA 15 du SAMU est un service qui efface l'espace entre le médecin et le patient. Par le téléphone, le domicile et l'hôpital se confondent. Instantanément, le médecin régulateur est présent et peut faire agir proches et témoins d'une urgence médicale. Certains ont proposé la belle formule de « Gardien du temps » à défaut d'en être le Maître. Mais c'est quand même la maîtrise des délais d'intervention qui est la marque du métier. Le médecin régulateur est celui qui décide du temps de l'urgence, une fonction totalement inédite dans le champ de spécialités médicales qui recouvrent la surface du

[141] Décret n° 65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret n° 59-957 du 3 août 1959 et instituant l'obligation pour certains établissements de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence. L'acronyme SMUR sera redéfini en service mobile d'urgence et de réanimation en 1966 par Louis Serre à Montpellier.

[142] Circulaire du 22 juillet 1966 relative à l'organisation hospitalière des secours médicaux d'urgence.

[143] Responsable du bureau de la défense au Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Le SAMU de Grenoble porte son nom.

triangle que constituent victimes ou témoins, moyens de transport et hôpitaux de destination.

3. Psychiatres

1. Psychiatrie de l'avant

Un acteur totalement inattendu va participer à la structuration de la médecine d'urgence pour la part qui le concerne : le psychiatre. Ainsi, le docteur des soldats ne se heurte pas seulement aux dommages corporels. Les guerres blessent les âmes autant que les corps. Les champs de batailles lui offrant un large terrain d'observation et d'expérimentation, le médecin militaire a été le premier à s'intéresser aux troubles psychiques post-traumatiques. Ces troubles sont connus depuis longue date. Hérodote rapporte (*Histoire*, Livre VI) le cas d'une cécité brutale spontanée qui touche un soldat athénien en pleine bataille de Marathon (490 av. J.-C.). Saisi d'effroi face au géant Perse dont la barbe couvre d'ombre tout le bouclier, Epizelos assiste impuissant à la mort de son voisin de rang et entrevoit sa propre mort. Il perd brutalement la vue « sans avoir été frappé, ni de près ni de loin ». Nul doute qu'il transfère ou « convertit » sa peur sur l'organe impliqué, c'est-à-dire l'œil, pour échapper à pareille vision dans l'avenir. L'infirmité suscite commisération et sollicitude à son égard, lui qui a tant manqué de soutien au moment crucial[144].

En août 1545, lors de la bataille de Boulogne-sur-Mer contre les Anglais, Ambroise Paré se fait brocarder par les soldats lorsqu'il baisse la tête après avoir senti passer près de lui le vent du boulet. Ce sont plus tard les chirurgiens des armées napoléoniennes, Desgenettes, Larrey, Percy, qui saturent le phénomène en l'élevant au rang de syndrome éponyme, le « syndrome du vent du boulet », pour désigner les états de sidération stuporeuse aigus déterminés par la seule frayeur chez les combattants qui avaient senti passer les projectiles de près, sans avoir été blessés.

[144] Louis Crocq, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Odile Jacob, 1999, p. 33.

Une hypothèse somatique est avancée en Angleterre (1864) par John Eric Erichsen sous le terme d'*Erichsen's disease* ou *Railway spine* car consécutive aux accidents de chemins de fer. Ses travaux sont repris par Hermann Oppenheim qui propose en 1884, toujours à propos de séquelles d'accidents de train, l'idée de névrose traumatique (*Die Traumatische Neurose*). L'écrivain britannique Anne Perry a bien senti le refoulement provoqué par un traumatisme grave. Le détective victorien William Monk et ancien homme d'affaire, a jadis été victime – et peut-être responsable – d'un accident de chemin de fer dont le souvenir reste tapi au fond de son esprit comme « une fosse de pestiférés attendant d'être recouverte ».

> « Il était toujours taraudé par la réminiscence confuse et effrayante de quelque chose de noir, brouillé et violent, l'acier qui se brise, le métal qui se déchire, les étincelles dans la nuit, puis les flammes – et une peur si intense qu'elle lui nouait l'estomac et lui crispait les muscles au point de les rendre douloureux[145]. »

> « Il devait chasser de son esprit cette vision, comme s'il avait encore sous les yeux le dessin représentant les corps enchevêtrés et les sauveteurs qui, poussés par le devoir et terrifiés de ce qui les attendait, essayaient d'arriver jusqu'aux blessés pendant qu'il était encore temps[146]. »

En 1871, outre-Atlantique, Jacob Mendez Da Costa, médecin dans l'armée nordiste durant la guerre de Sécession, décrit le « cœur du soldat » (*soldier's heart*) ou « cœur irritable ». Tachycardie, palpitations et sensation d'oppression thoracique sont observées chez les combattants épuisés par les émotions violentes durant la bataille. La pathologie psychiatrique se précise ensuite avec l'« hypnose des combats » décrit par le Français Georges Milian (1915) à laquelle succèdent les « syndromes du vent de l'obus » – héritage du « vent du boulet » des guerres napoléoniennes – ou « obusite », *shell-shocks* chez les Anglais et *granat-explosions* chez les Allemands, eux mêmes relayés par les anxiétés, neurasthénies et hystéries de guerre, regroupées finalement sous les vocables de « névroses de guerre » et « psychonévroses de guerre ».

En France va se dérouler ce que les psychiatres militaires appelleront la « bataille de l'hystérie » : la simulation est-elle symptôme ou ruse ? La guerre 14-18 induit une épidémie de troubles neuro-psychiques.

> « Si le démantèlement de l'hystérie opéré par Babinski, et sa réduction à la notion de pithiatisme, a pour première conséquence d'entraîner la quasi disparition des grandes crises d'hystérie, dites à la Charcot, la guerre de 1914-1918 s'accompagne d'une recrudescence considérable de manifestations hystériques qu'on croyait disparues avec le maître de la Salpétrière. Complètement débordés par ces nombreux cas qui, d'après André Léri, représentent 50 % des admissions dans les centres

[145] Anne Perry, *Mort d'un étranger*, trad. Eric Moreau, Paris, 10/18, 2004, p. 104.
[146] *Id*., p. 90.

> neurologiques, les médecins militaires déplacent rapidement leur intérêt, et donc leurs propositions thérapeutiques, de l'étude des symptômes hystériques vers le dépistage des manifestations de simulation[147]. »

La question ne se pose plus en terme de discrimination entre hystérie et pathologie neurologique organique mais entre hystérie et fraudeurs.

> « Là où Charcot intégrait la simulation au champ médical, Babinski la rejette dans le champ juridique et se fixe pour objectif de démasquer les fraudeurs[148]. »

Dans le *Voyage au bout de la nuit*, Céline restitue le climat dans lequel étaient plongés les patients quand il s'agissait de confondre parmi eux les fraudeurs :

> « Nous étions hébergés, nous, les blessés troubles, dans un lycée d'Issy-les-Moulineaux, organisé bien exprès pour recevoir et traquer doucement aux aveux, selon les cas, ces soldats dans mon genre dont l'idéal patriotique était simplement compromis ou tout à fait malade. On ne nous traitait pas absolument mal, mais on se sentait tout le temps, tout de même, guetté par un personnel d'infirmiers silencieux et dotés d'énormes oreilles. Après quelque temps de soumission à cette surveillance on sortait discrètement pour s'en aller, soit vers l'asile d'aliénés, soit au front, soit au poteau[149]. »

En sortie de tri, dont la durée est incomparable avec celle du tri médical des pathologies somatiques, on doit pouvoir distinguer les « vrais malades » des « tire-au-flanc ».

Outre-Atlantique, une autre idéologie, fondée sur la doctrine de l'utilitarisme, est à l'origine du tri psychiatrique. Thomas William Salmon (1876-1927), psychiatre consultant de l'American Expeditionary Force durant la première guerre mondiale, établit de nouvelles procédures pour le traitement des ''*shell shocked'' soldiers,* fondées sur une « psychiatrie de l'avant » avec cinq principes (1917).

Dans le principe de « proximité » (*proximity*), le soldat est maintenu à une distance du front telle qu'il ne se sente pas retiré de la bataille. Il y est soustrait pour une courte parenthèse nécessaire à sa récupération avant de retrouver le bruit et la fureur de la tranchée selon l'ordre normal établi. Un hôpital éloigné pourrait être assimilé à un tremplin pour un rapatriement convoité.

---

[147] Isabelle Blondiaux, *Céline. Portrait de l'artiste en psychiatre*, Paris, Société d'études céliniennes, 2004, p. 146.
[148] *Id*., p. 220.
[149] Louis-Ferdinand Céline, *Voyage au bout de la nuit*, in *Romans I*, Paris, Gallimard, 1981, coll. « Bibl. de la Pléiade », pp. 61-62.

Le principe d'« immédiateté » (*immediatety*) doit éviter l'installation, dans une « médiation solitaire et oisive », d'un renforcement des symptômes, motif honorable pour un rapatriement prématuré.

Le principe d'« espérance » ou plutôt d'« expectative » dans l'espérance (*expectancy*) s'adresse aussi bien aux soignés qu'aux soignants : tous doivent être convaincus du bien fondé de la méthode et de son efficacité thérapeutique. Le soldat a présenté « une réaction normale à une situation anormale » !

Le principe de « simplicité » (*simplicity*) concerne les conditions de traitement et de séjour des soldats dans leur retraite provisoire : une courte psychothérapie suggestive centrée sur le seul épisode (le *breakdown*), sans exploration du passé ni de la personnalité du sujet. Les psychiatres militaires appuient la psychothérapie rudimentaire par des mesures physiques élémentaires : repos, boisson, nourriture, restitution de la dette de sommeil.

Le principe de « centralité » (*centrality*) permet une meilleure régulation des flux de patients et une évaluation des résultats thérapeutiques en termes de perte ou récupération psychiatrique[150].

Ces cinq principes permettaient tout à la fois d'une part de traiter sans délai les soldats porteurs d'un trouble psychique pour les « réinjecter » le plus rapidement possible dans la bataille et d'autre part de dissuader les simulateurs qui entrevoyaient dans la blessure ou la maladie un ticket de retour au pays. Les automutilations et simulations étaient assimilées par les tribunaux de guerre à une mutinerie et les médecins militaires portaient beaucoup d'attention à ces phénomènes.

Le premier roman de Joseph Heller (1961) met en scène durant, cette fois-ci, la seconde guerre mondiale cet univers absurde où simuler la folie pour « tirer au flanc » devient une preuve de bonne santé mentale à cause de l'article 22 : *« Quiconque veut se faire dispenser de l'obligation d'aller au feu n'est pas réellement cinglé*[151] *»*.

[150] Louis Crocq, *Les traumatismes psychiques*, *op. cit.*, pp. 52-54.
[151] Joseph Heller, *Catch 22*, trad. Brice Matthieussent, Paris, Grasset et Fasquelle, coll. « Les cahiers rouges », 1985, p. 59.

La guerre ne sévit pas qu'entre Alliés et Allemands, elle fait rage au sein-même d'une même armée. L'ennemi, « c'est quiconque t'envoie à la mort, de *n'importe quel* côté qu'il soit[152] »

L'impératif qui domine la médecine militaire semble au premier abord un impératif hypothétique : si l'on veut que les soldats retournent rapidement au combat, alors il faut les traiter sans délai et au plus près du champ de bataille et débusquer les malades imaginaires qui n'ont comme seul objectif que celui de rester en vie, comme Yossorian lorsqu'il part en mission sur le B-25 :

> « …il n'était plus bombardier de tête, car il se contrefoutait désormais de manquer l'objectif ou non. Il avait décidé de vivre éternellement, quitte à se tuer à la tâche, et il estimait que sa seule mission, quand il s'envolait, était d'atterrir vivant[153]. »

L'expression *Catch 22* est depuis entrée dans le langage courant pour désigner une situation où l'on perd à tous les coups.

2. Psychiatrie de guérilla

La guerre en temps de paix est une guerre infligée par le terrorisme. Le terrorisme est un moyen de communication qui vaut moins par lui-même que par son impact médiatique, sociétal, social, par sa valence. A l'attentat parfaitement préparé doit répondre une riposte institutionnelle qui, par ses réflexions préalables et ses entraînements réguliers permettrait de s'écarter de toute improvisation.

La France n'est pas épargnée et les attentats sont toujours redoutés, en témoigne le plan Vigipirate qui ne cesse de varier entre le niveau orange et le rouge. Le 25 juillet 1995, l'explosion d'une bombonne de gaz remplie de clous dans le train de la ligne B du RER en station Saint-Michel-Notre-Dame à Paris, fait 8 morts et 117 blessés. Le lendemain, le président de la République Française rend visite aux victimes dans un hôpital parisien et prend toute la mesure de leur grande détresse psychique. Il demande au secrétaire d'Etat de l'action humanitaire, le Dr Xavier Emmanuelli, de prendre les dispositions nécessaires pour que désormais les traumatismes psychiques des blessés soient identifiés et traités précocement. Ce dernier charge le Pr Louis Crocq, médecin-général,

[152] *Id*., p. 149.
[153] *Ibid*., p. 41.

spécialiste connu pour ses travaux dans le domaine du psychotraumatisme en temps de guerre, de constituer une équipe de travail à l'origine de la première cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) dont la mission consistera à définir les objectifs et les modalités de prise en charge des victimes d'attentats ou de catastrophe en France. Depuis, chaque département dispose d'une CUMP rattaché au SAMU. La circulaire du 28 mai 1997 prévoit en effet qu'*« en cas de catastrophe ou d'événement majeur ou lorsque le préfet juge que la situation est suffisamment grave pour justifier l'intervention d'équipes volontaires de l'urgence médico-psychologique, il charge le médecin responsable du SAMU départemental de les mobiliser, en liaison avec le psychiatre coordonnateur de la cellule régionale ou le psychiatre référent départemental »*.

Le zèle des psychiatres est sans précédent puisque, non seulement sera pris en compte la grande détresse des blessés, mais aussi la détresse potentielle de tous les impliqués, sauveteurs, soignants et forces de l'ordre inclus. Et comme le refus de toute aide peut être assimilé au symptôme d'un potentiel psychotrauma, on assiste à une mise en abîme du champ d'intervention. Quoiqu'il en soit, le déclenchement de la CUMP est consubstantiel de l'installation de la chapelle ardente. La seule présence sur place de psychologues et de psychiatres définit le statut des personnes impliquées, l'existence de la CUMP actualise les victimes en puissance dans une extension du domaine de la reddition.

> « Supposons que, d'aventure, un médecin, qui ne convainc pas celui qu'il soigne mais qui possède comme il faut son art, oblige un enfant, un homme, une femme à faire, à l'encontre des ordonnances écrites, ce qui vaut mieux, quel sera le nom de ce coup de force ? N'est-ce pas tout ce qu'on veut contre l'art, à savoir le traitement malsain ? Et la personne à l'égard de qui ce coup de force a été fait n'est-elle pas en droit, dans un cas de ce genre, de commencer par dire tout ce qu'elle voudra, hormis ceci, que, de la part du médecin qui a usé de force à son égard, elle a été traitée d'une façon contraire à la bonne santé et dénuée de compétence[154] ? »

Aujourd'hui, l'expertise se substitue au citoyen. On se soumet devant l'expert auquel chaque gouvernement remet sa décision car on ne peut contrer la parole des nouveaux sophistes.

> « Ce qui fait la valeur de la parole d'expert, c'est son statut de parole déléguée de l'institution dont il se constitue *de facto* en garant. Autrement dit, la parole d'expert ne vaut jamais en tant que parole de l'expert mais en tant que parole déléguée de l'institution scientifique ou religieuse[155] ».

---

[154] Platon, *Le politique*, *in Œuvres complètes II*, trad. Léon Robin, Paris, Gallimard, 1950, coll. « Bibl. de la Pléiade », 296 *b*, p. 403.
[155] Isabelle Blondiaux, *Psychiatrie contre psychanalyse ? Débats et scandales autour de la psychothérapie*, Paris, Le Félin, 2009, p. 87.

4. Urgentistes

L'arrivée d'une nouvelle catégorie de médecins dans la foulée des rapports du chirurgien urologue Adolph Steg[156] va déstabiliser un ordre bien établi depuis plusieurs décennies. Le rapport Steg faisait état à la fois de l'importance et de la médiocrité des Urgences hospitalière françaises, mettait en évidence l'inégalité des citoyens face à l'urgence et la sous-qualification et la sous-médicalisation des personnels et des matériaux[157].

Il en résultera la « seniorisation » alias professionnalisation des Urgences et leur médiatisation. Un éclairage inédit était porté sur un lieu de l'hôpital où se concentrait, peut-être un peu plus qu'ailleurs, un mélange de discipline, de souveraineté et de contrôle. Discipline car situé au carrefour de toutes les spécialités et en interface avec le milieu libéral. Souveraineté en tant que zone de non-droit où chaque suzerain des Services venait y faire sa loi et son « marché ». Contrôle par l'observatoire épidémiologique offert aux administrations.

Le nombre des spécialités médicales augmente régulièrement mais la médecine d'urgence n'a obtenu sa place au sein du monde des établissements de santé public que par l'intermédiaire du concours national de praticien hospitalier (CNPH), mention médecin des hôpitaux, discipline « médecine polyvalente d'urgence » (1996). Le concours représentait, et représente encore, pour la plupart des impétrants, à la fois l'achèvement et le dépassement d'une carrière en contrat à durée déterminée (CDD) d'assistant des hôpitaux et plus précisément d'assistant généraliste. Ainsi, au commencement, les premiers praticiens hospitaliers (PH) urgentistes sont des médecins généralistes restés à l'hôpital public après leurs stages d'internes. Ces médecins obtiennent *de jure* le grade de leur fonction de senior des Urgences à défaut d'en être les seigneurs. Car il faudra beaucoup de temps, plus d'une décennie, pour que les places nobles du système hospitalier public comme celles de chef de service, de membre des instances administratives, de présidence de la commission médicale d'établissement (CME)… soient

[156] Adolphe Steg, *L'urgence à l'hôpital. Rapport du Conseil Economique et Social*, Paris 1989 et *La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission Nationale de restructuration des urgences*, Paris, 1993. Le conseil économique, social et environnemental (CESE), la troisième assemblée constitutionnelle de la République, représentative de la société civile et consultative des pouvoirs publics, se donne vocation d'éclairer le décideur public.

[157] Adolphe Steg, « La restructuration des urgences : un impératif de sécurité », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1994, 178(8), pp. 1475-1492.

accessibles à ces « grands enfants » que d'aucuns assimilent encore à de « super-internes ». Toujours considérés comme la cheville ouvrière de l'hôpital et plus particulièrement de la permanence des soin (PDS), au mieux comme des travailleurs qualifiés, les médecins urgentistes déploient une force de travail par leur nombre. Et aujourd'hui, le nombre pose problème : surreprésentation et surcoût. On se souvient du funeste destin des Templiers, ces moines soldats qui ont accompagné aux XII^e^ et XIII^e^ siècles les pèlerins en route pour Jérusalem assurant ainsi leur protection ; les Pauvres Chevaliers du Christ et du Temple de Salomon sont rapidement devenus trop riches et trop puissants au yeux des prélats et des rois. Les urgentistes pèsent sur l'institution de leur statut et de leurs revendications. Trop nombreux ? Les heures mensuelles, c'est-à-dire les vingt-quatre heures par jour, sept jours sur sept, couvertes par cinq médecins ne pourront jamais être provisionnées par un seul confrère travaillant cinq fois plus.

> « Deux cent grenadiers ont en quelques heures dressé l'obélisque de Luqsor sur sa base ; suppose-t-on qu'un seul homme, en deux cent jours, en serait venu à bout[158] ? »

Le comptable du trésor public a payé, dit-on, cinq salaires aux médecins mais, en réalité, il a payé autant de fois un salaire.

> « Cette force immense qui résulte de l'union et de l'harmonie des travailleurs, de la convergence et de la simultanéité de leur effort, il ne l'a point payée[159]. »

On comprend que la tentation est grande de « fermer » des activités, de regrouper les gardes de plusieurs établissements sur un seul...

Si les urgentistes ne cachent aucun *trésor*, ils sont devenus indispensables au bon fonctionnement de tout établissement de santé public mais aussi privé. Une blessure narcissique touche le système administratif autant que le corps médical dans son ensemble qui font payer le service rendu. On méditera la « morale » de la pièce de théâtre de Labiche, *Le voyage de monsieur Perrichon* : l'honnête bourgeois préfère donner la main de sa fille à Daniel, à qui il sauve la vie, plutôt qu'à Armand, à qui il doit la vie sauve.

> « Les hommes ne s'attachent point à nous en raison des services que nous leur rendons, mais en raison de ceux qu'ils nous rendent[160] ! »

---

[158] Pierre-Joseph Proudhon, *Qu'est-ce que la propriété ? ou recherche sur le principe du droit et du gouvernement*, 1840, Paris, Garnier-Flammarion, 1966, chap. III, § 5, p. 155.
[159] *Id*.
[160] Eugène Labiche, *Le voyage de monsieur Perrichon*, Paris, Librairie Générale Française, 1987, IV, 8, p. 111.

Tout est en place pour que se joue et se rejoue la tragédie des Urgences dans un conflit temps, espace et vérité ; une tragédie au sens antique du genre où chacun se sent impuissant, face à des forces supérieures, et manipulé par des dispositifs (*Gestell*) qui ont remplacé les dieux.

Chapitre VI. Temps

> « Couramment, quand nous parlons du temps, nous pensons à la mesure de la durée, et non pas à la durée même. Mais cette durée, que la science élimine, qu'il est difficile de concevoir et d'exprimer, on la sent et on la vit. Si nous cherchions ce qu'elle est[161] ? »

1. Discordance des temps

1. Anamnèse

Durant la rencontre médecin/malade, le premier semble lesté par le passé tandis que l'autre penche vers le futur. Le médecin se préoccupe des antécédents médicaux du patient, de son traitement régulier et lui demande de décrire les circonstances d'apparition de ce qui l'affecte. Il souhaite reconstituer précisément l'histoire, non pas du malade qui lui importe peu dans l'immédiat, mais de la maladie communément appelée *anamnèse*. En grec, la *mnèmè* est la « mémoire vivante et connaissante[162] » Le *a* privatif devant la *mnèmè*, a-*mnèsia*, signe la perte de la mémoire. A l'inverse, le préfixe *ana* qui signifie un mouvement ascendant, un mouvement de remontée vers, un mouvement de bas en haut, affirme son retour. La mémoire vivante et connaissante est au cœur de la psychanalyse :

> « Cette mémoire vive de la psychanalyse est reviviscence, c'est à dire non pas récitation de représentations mortes mais représentation de représentations, expression d'une présence à soi à travers l'actualisation d'un passé non pas statufié mais affecté[163]. »

Or, dans la pratique courante qui n'a rien de commun avec une séance de psychanalyse, il s'agit de se renseigner sur les faits et la chronologie de leur manifestation. *« Que s'est-il passé ? Quand cela a-t-il commencé ? Etait-ce la première fois ?... »*. Autant de questions auxquelles est soumis le patient, véritablement arraisonné au sens heideggérien du terme, mis en demeure de livrer

[161] Henri Bergson, *La pensée et le Mouvant*, *op. cit.*, p. 1255 [4].
[162] Jacques Derrida, « La pharmacie de Platon », *La Dissémination*, Paris, Seuil, 1972, rééd. Points « Essais », p. 113.
[163] Isabelle Blondiaux, *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, Thèse de doctorat en philosophie, Université de Paris-Est, 2007, p. 311.

tout ce qu'il sait sur l'affaire, toutes les informations susceptibles de faire avancer l'enquête. L'interrogatoire qui est la mise en acte doit être un « interrogatoire policier », enseignaient certains de nos maîtres. Le doute méthodique se fait rapidement doute sceptique. Si le patient a oublié, il faut lui arracher le souvenir tel un corps étranger, une tumeur. Car, c'est bien connu, tout le monde ment. *« Everybody lies ! »* répète le Dr House à chaque épisode[164]. *« Même les fœtus mentent*[165] *».* Il faut donc inciter le patient à « se mettre à table » selon la signification argotique de l'expression et pour rester dans le registre policier[166].

Plutôt que la *mnèmè*, c'est en réalité son premier suppléant et supplément que les Grecs appellent *hypomnésis*, « re-mémoration, recollection, consignation[167] » que l'interrogatoire convoque pour obtenir des faits, des faits objectifs, des faits figés. Au mouvement de la parole vive, vérité du malade, on préfère l'exactitude des faits, vérité de la maladie. A la parole « en personne », on préfère l'archive. Ce n'est donc pas une anamnèse, c'est une restitution, une restauration (les *hypomnemata* sont littéralement des monuments).

Parfois les patients, au cours de leur interrogatoire, sont si pressés, si intimidés, qu'ils en oublient les éléments les plus triviaux et les plus essentiels de leur propre biographie. Par exemple, telle personne est dans l'incapacité de donner son âge exact ou son nom de jeune fille ou encore son adresse… Ce d'autant que la conversation se déroule à travers le filtre d'un téléphone. Ils sont littéralement sidérés, comme médusés face au médecin ou au combiné téléphonique qui le symbolise. L'amnésie est totale sans qu'il y ait pour autant nécessairement une atteinte cérébrale organique. Cette phase de sidération n'étonne en rien l'étymologie. Le mot « méduse » – le nom grec de la Gorgone – et « médecin » ont la même racine indo-européenne laquelle a donné le verbe *mederi* et le substantif *medicus*, le « soignant » ou le « soigneur ».

Le médecin mobilise sa propre mémoire (*hypomnésis*) pour y puiser le savoir théorique nécessaire à la conduite de l'interrogatoire, la réalisation de

[164] Les patients peuvent mentir à leur corps défendant, être sincères mais trahis par leur corps (*Körper*) : *« Every body lies »*.
[165] *Dr House*, saison 3, ép. 17.
[166] La privation de nourriture participait aux moyens utilisés par les policiers pour faire parler le truand. Une fois passé aux aveux, ce dernier pouvait passer à table au sens propre de l'expression. En d'autres termes, il ne pouvait manger le morceau qu'après l'avoir « craché ».
[167] Jacques Derrida, « La pharmacie de Platon », *La Dissémination*, *op. cit.*, p. 113.

l'examen clinique, l'élaboration d'un diagnostic, la posologie d'un médicament… L'expérience professionnelle est le résultat d'un riche passé.

2. Pronostic

A l'opposé, le patient, malade ou blessé, est totalement tourné vers l'avenir. Seul ce que le corps médical désigne par le mot pronostic l'intéresse. Lorsqu'on lui annonce une maladie, les questions sont *« Est-ce que ça se soigne ? »*, *« Combien de temps va durer le traitement ? »*… A peine entré à l'hôpital et c'est déjà : *« Combien de temps vais-je rester ? »*, *« Ça va durer encore longtemps ? »*…

Car si l'on consulte le médecin, c'est pour non seulement connaître l'avenir, mais espérer *changer le futur* même si l'on n'a aucune idée de ce qu'un diagnostic peut nous réserver. On est partagé entre savoir et ne pas savoir mais l'incertitude paraît si insupportable que l'on préfère les mauvais pronostics à l'absence d'information. Le Dr Rank, personnage de la pièce de théâtre d'Ibsen, *Maison de poupée*, vit l'expérience de la certitude diagnostique comme un ultime soulagement. Nora s'inquiète de l'issue d'un examen médical :

> « NORA Peut-on vous féliciter du résultat ? – RANK Certainement. – NORA Il était donc favorable ? – RANK le meilleur possible, pour le médecin comme pour le malade, – la certitude. NORA (*le scrutant ; rapidement*) La certitude ? RANK Une certitude absolue. N'avais-je pas droit à une bonne soirée après ça[168] ? »

Si l'article 35 du code de déontologie médicale demande au médecin de délivrer une information « loyale et claire », celle-ci doit aussi être « appropriée » ce qui laisse une marge de manœuvre.

On prête au médecin cet art divinatoire de la connaissance de l'avenir. Mais on ne peut que connaître l'avenir d'une population et non celui de Callias ou Socrate. Ainsi Stephen Jay Gould, l'éminent géologue, zoologue, paléontologue et biologiste évolutionniste de Harvard, apprend-il en juillet 1982 qu'il est atteint d'un mésothéliome péritonéal, maladie très rare habituellement associée à une exposition prolongée à l'amiante. S'intéressant à la littérature médicale sur le sujet, il découvre que les patients touchés par cette pathologie ont une durée

[168] Henrik Ibsen, *Maison de poupée*, texte fr. Terje Sinding, Paris, Théâtre de la Madeleine, 2010, acte III.

médiane de survie de huit mois suivant la découverte de la maladie. Ainsi, celui qui n'est pas rompu au langage des statistiques conclura-t-il : *« je vais probablement mourir dans huit mois »*. Quelle est la portée de la réflexion de Stephen Jay Gould lorsqu'il annonce que *The Median Isn't the Message*[169] ? La distribution de la variation autour de la médiane de huit mois doit être asymétrique à droite (*right skewed*). Cinquante pour cent des personnes atteintes sont ramassées sur la gauche de la médiane entre zéro et huit mois mais quelle est l'espérance de vie des autres ? Les cinquante autres pour cent s'étirent sur la droite pour former ce que les statisticiens appellent une « longue traîne ». Stephen Jay Gould est mort vingt ans plus tard d'une toute autre maladie. Gould invite à comprendre que le message, c'est-à-dire ici la statistique, ne doit pas être un nouveau totem qui éclipse la totalité de l'information et son interprétation.

2. Ecoulement des temps

1. Temps d'attente

Le temps ne s'écoule pas de la même façon selon que l'on est soignant ou soigné. Un temps de médecin n'est pas un temps de patient. En outre, pour les proches en salle d'attente ou dans une pièce voisine du lieu où se déroule une réanimation, le temps a tendance à se dilater. Contracté dans l'action où les heures filent comme des minutes et les minutes comme des secondes, le temps se dilate dans l'attente où les secondes deviennent éternité.

« Ça fait des heures qu'on attend ! – Mais non ! à peine vingt minutes depuis votre admission. – C'est long ! Combien de temps ça va encore durer ? »

Que l'on soit malade ou blessé, proche d'un patient admis, médecin du SMUR, ambulancier, sapeur-pompier, officier de police judiciaire… lorsque l'on se présente à l'entrée d'un service d'Urgences, on souhaite naturellement être pris

[169] *Discover*, 1985, 4, pp. 40-42. Le titre de l'article fait allusion à la phrase célèbre de Marshall McLuhan, *« the medium is the message »* (tiré du livre *Pour comprendre les médias. Les prolongements technologiques de l'homme*, 1964, Bibliothèque Québécoise, Sciences Humaines, 1993) signifiant que le media, c'est-à-dire le vecteur de transmission, est plus important que le contenu du message.

en charge immédiatement. La première attention vient de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) dont on dit toujours qu'elle *« fait de son mieux »*. Une fois l'urgence hiérarchisée, on est invité à patienter pour un temps indéterminé mais toujours dépendant du travail en cours. Une file d'attente reste le meilleur moyen – un moyen contre-intuitif – de « gagner » du temps. On se moque trop souvent de l'Anglais qui, même seul, ne peut s'empêcher de former une queue bien disciplinée d'une personne. Le Français, quant à lui, est moins docile, moins *compliant*. Que se passerait-il si tout le monde voulait être accueilli dès l'entrée dans le couloir des urgences ? On serait confronté à une ambiance de pub durant l'*happy hour* où chacun se presse contre le zinc pour obtenir sa pinte de bière au meilleur coût. Sauf que dans un pub, chacun sait ce qu'il vient y chercher et le barman connait ce qui satisfait sa clientèle. Aux Urgences, patients et médecins n'ont pas la même approche de la demande de soins, on le verra dans le chapitre suivant. Faire la queue, dit-on, est encore le moyen le plus efficace de, par exemple, faire entrer rapidement un grand nombre de personnes dans un bâtiment. Poussé à l'extrême, former des files d'attente devient un mode vie. On a encore en mémoire les images de longues queues devant les magasins d'alimentation des pays de l'Europe de l'est du temps de la domination soviétique. Dans un Londres futuriste, tracé en quelques lignes en 1954 par l'écrivain britannique J. B. Morton (1893-1979), l'habitude de former des queues sans raison est devenue universelle[170]. Même dans la rue, dès qu'ils se trouvent en nombre tant soit peu important, les piétons ont pris le pli de se ranger les uns derrière les autres. Les queues sont conduites par un certain nombre de codes auxquels se soumettent docilement les citoyens. Une femme, en route chez sa sœur[171], va se trouver subtilement détournée de son trajet par celui qui partageait avec elle la tête de file. Une fois arrivé à destination, Clive Merivale, le jeune farceur, propose à la masse compacte de personnes qui le suivent de faire demi-tour plaçant ainsi sa voisine en dernier et loin de rejoindre sa sœur. Chacun participe autant à la file d'attente qu'il la subit. Celui qui attend génère de l'attente. Alors on se débrouille comme Merivale, ni mutin, ni mouton mais plutôt mutant qui s'est adapté à un univers peu éloigné de celui des automobilistes sur

[170] John Bingham Morton, « A la queue », trad. Roger Durand, *in* Dmitri Ioakimidis, Jacques Goimard, Gérard Klein (dir.), *Histoires de demain*, Librairie Générale Française, 1974, pp. 99-105.
[171] *On the way to her sister* est le titre original de la nouvelle.

les boulevards périphériques ou les voies urbaines des grandes villes. Merivale, dont le prénom est le diminutif d'une toponymie, « la descente qui mène au gué », est parvenu à concilier la chose publique avec l'intérêt privé.

Le temps se transforme en espace d'attente. Quand à certaines heures, malades et blessés affluent comme les fantassins d'une improbable armée à l'assaut de la forteresse hôpital, les couloirs se remplissent de brancards entre lesquels circulent des soignants affairés et déambulent des familles désœuvrées. L'univers de l'attente se distribue en « couchés » et « valides » pour les personnes pouvant se tenir debout. *A priori*, soins lourds pour les premiers, soins ambulatoires pour les autres. Dans le couloir des urgences, dans ce non-lieu de l'attente hospitalière, les personnes alitées perdent leur personnalité. Un journaliste n'hésite pas à titrer *Couloir de la mort*[172] le courrier d'un lecteur :

> « Un des patients que je soigne, âgé de 78 ans, binephrectomisé, surrénalectomisé, a récemment, en début d'après-midi, été victime d'un accident de la voie publique entraînant une fracture du col fémoral. Les services de secours l'ont orienté vers le service des urgences d'un hôpital parisien. L'interne de garde a pris contact afin de préciser quelques points restés dans l'ombre chez un patient aussi lourd. En début de soirée, vers 20 heures, elle reprend contact, car elle n'est pas en mesure de trouver un site assurant à la fois orthopédie et hémodialyse. J'accepte de prendre en charge "mon" patient. Je propose simplement, afin d'éviter à ce vieux monsieur un transfert tardif, de ne le prendre en charge que le lendemain matin. La réponse de ma collègue m'a glacé : "Il va passer la nuit sur un brancard, dans le couloir". »

Le regard du journal surprend plus que le fait, fait habituel d'un service d'urgences ordinaire où l'on produit l'incommodité que l'on souhaitait éviter à « ce vieux monsieur ». Pour échapper à « un transfert tardif », on passe « la nuit sur un brancard, dans le couloir », on tombe de Charybde en Scylla, ce « monstre terrible, sauvage, cruel, qu'on ne peut combattre[173] ». Passer la nuit dans un couloir des urgences revient-il à être un condamné ? « Mon » patient – du participe présent de *patior*, du verbe grec *pasko*, *pathein*, « souffrir » – est, pour Antoine Furetière dans son *Essai d'un dictionnaire universel* de 1690, « celuy qui est entre les mains des chirurgiens, qui font quelque opération douloureuse ». C'est aussi le « criminel qui attend, qui souffre la mort à laquelle il a été condamné ». Le *couloir* rapproche-t-il bourreaux et médecins ? Peut-être lorsque l'attente devient telle qu'elle se fait torture et violence. Nul doute que la plus grande violence aux urgences est l'attente. Tout le monde attend, patients comme soignants. Par un effet de dominos, l'attente se transmet d'aval en amont. On

[172] *Le Monde*, 25 mai 2005, Docteur Franklin Khazine.
[173] Homère, *Odyssée*, XII, 119-120, http://remacle.org/bloodwolf/poetes/homere/odyssee/livre12.

attend l'ambulance pour libérer un lit, on attend qu'une chambre soit prête pour libérer un box[174], on attend qu'un box soit désinfecté pour libérer un brancard, on attend qu'un brancard soit libre pour installer la personne suivante… *« Attendez encore un peu, ça se sera plus très long ! »*. On attend le brancardier pour aller en radio, on attend l'interprétation pour aller en écho, on attend le chir. pour aller en traumato…

A force d'attendre et de voir attendre, on propose des mesures, on convoque des audits pour étudier les flux. Car, pour l'institution, l'attente est un problème de flux. Techniquement, un flux est la soumission du temps à l'espace. A flux constant, plus l'espace augmente, plus le temps diminue. Et comme par un « effet casino », le temps disparaît. En effet, les casinos sont ces lieux de jeu qui jouent avec le temps dans le seul but de le déjouer. Aucune lumière naturelle ne pénètre dans ces temples du bandit manchot ou du chemin de fer. L'illusion d'un espace hors du temps doit être totale. Plus aucun cycle n'est admis. Pas de pendule murale. Il est étonnant de constater que de nombreux services d'Urgence sont construits sur ce modèle.

« Qu'est-ce qu'on attend ? – Les résultats des examens, le spécialiste qui doit passer…– Ça va être encore long ? – Ça, j'en sais rien. En attendant, retournez dans votre box ! »

> « Vous n'avez pas fini de m'empoisonner avec vos histoires de temps ? C'est insensé ! Quand ! Quand[175] ! »

Une fois en salle d'attente ou « confortablement » installé dans ce qui est devenu *son* box, le patient patiente en méditant peut-être sur le charme d'un vol suspendu. Julius A. Roth (1924-2002) et Dorothy Jean Douglas (1927-2010), deux universitaires nord-américains de la *medical sociology*, ont travaillé le sujet à partir d'un grand hôpital Californien :

> « J'ai vu des patients que l'on essayait de décourager en les avertissant d'une longue attente avec l'idée implicite qu'ils seraient plus vite examinés ailleurs. […] Le point de saturation était atteint quand le nombre de patients fatigués d'attendre qui partaient égalait le nombre de nouveaux arrivants. Le point d'équilibre correspondait en gros au nombre de chaises disponibles dans la salle d'attente[176]. »

---

[174] Le mot « box » renvoie plus au vocabulaire du centre équestre qu'à celui de la salle d'audience d'un tribunal. Dans les deux cas, même consacré par l'usage, il peut heurter le profane.

[175] Samuel Beckett, *En attendant Godot*, Paris, Minuit, 1973, p. 126.

[176] Julius A. Roth et Dorothy Jean Douglas, *No Appointement Necessary : The Hospital Emergency department in the Medical Services World*, New York, Irvington Pub. Inc., 1983, cité par Jean Peneff, *L'hôpital en urgence Etude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992, p. 92.

Le sociologue Jean Peneff qui les cite, saisit le raccourci : « D'où l'utilité des salles d'attente petites et sans confort qu'on remarque dans beaucoup d'hôpitaux publics américains[177] ».

La salle d'attente peut être virtuelle. La *qualité de service* qui s'affiche sur le baromètre téléphonique de la salle de régulation médicale du SAMU indique en pourcentage le nombre d'appels décrochés en moins de, par exemple, trois sonneries. La *qualité de service* se distingue de l'*efficacité de service* qui prend en compte les appels suivis d'un décroché quel que soit le délai. On désigne par « appels perdus », les appels qui n'ont pas été suivis par un décroché ; l'appelant ayant raccroché avant qu'on ait pu lui répondre pour des raisons variées mais souvent parce que le temps d'attente paraissait très long. Moins l'on enregistre d'appels perdus meilleure est l'*efficacité de service* mais la *qualité* peut néanmoins apparaître médiocre si régulièrement l'on décroche le téléphone après plus de trois sonneries. L'assistant de régulation médicale (ARM), premier interlocuteur lorsque l'on forme le 15 sur un cadran téléphonique, a le sentiment de répondre sans délai aux appels qui se succèdent depuis la salle d'attente virtuelle pendant que les appelants patientent parfois plusieurs minutes qui deviennent insupportables lorsque l'on attend une aide. C'est que l'expression *Qualité de service* est trompeuse. Ce qu'évalue en réalité le baromètre téléphonique est une *quantité*, une « multiplicité de juxtaposition », homogène, actuelle, numérique et discontinue, et non une « multiplicité de fusion ou de pénétration mutuelle »[178], hétérogène, virtuelle, qualitative et continue où chaque élément s'ajoute à un tout pour s'y fondre et se transformer.

> « Toute somme d'éléments distincts suppose la double médiation de l'espace : pour distinguer des éléments individuels, et pour les juxtaposer dans un même cadre afin de parvenir à les additionner, conduisant ainsi au "nombre" ou à la "quantité"[179] ».

Et quand le SMUR se présente sur les lieux de l'événement : *« Vous en avez mis du temps ! Ça fait des heures qu'on vous attend ! On a le temps de mourir ! – Mais, je vous assure, on a fait au plus vite. On est parti tout de suite, dès qu'on a été déclenché par la régulation. »*

---

[177] *Id*.
[178] Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, *op. cit.*, p. 107 [122].
[179] Frédéric Worms, *Le vocabulaire de Bergson* Paris, Ellipses, 2000, p. 48.

2. Temps médical

Le temps médical, lui-même, ne se mesure pas également selon les spécialités. L'urgentiste travaille dans la minute, la seconde même en régulation médicale lorsque la sonnerie du téléphone retentit dans le casque où en SMUR lorsque la sonnerie du bip appelle à une sortie. L'anesthésiste est dans l'heure pour le suivi en salle de réveil des patients opérés. Les projets thérapeutiques du réanimateur se calculent en jours, ceux du chirurgien en semaines notamment en chirurgie orthopédique où la réparation osseuse demande du temps. Quant aux spécialités médicales qui travaillent sur les maladies chroniques, leur temps est le mois voire l'année, des dizaines d'années parfois pour la psychanalyse. Le médecin généraliste traitant, en une carrière, peut assister à la succession de plusieurs générations au sein d'une même famille.

Le temps de l'acte médical est variable. Moins de soixante secondes pour certains actes de régulation médicale à plusieurs heures pour le chirurgien au bloc opératoire et le réanimateur qui peut se battre une nuit entière au lit du malade pour maintenir à flot des fonctions vitales instables. Contrairement à une idée non fondée mais tenace, si les médecins en ont la possibilité, ils préfèrent prendre du temps avec les patients.

Le temps de travail et l'aménagement de sa récupération (ARTT) se mesurent et s'évaluent. Le budget d'un SAMU et d'un SMUR qui permet de rémunérer le personnel correspondant, est couvert, non pas par la tarification à l'activité (T2A)[180], mais par la dotation pour les missions d'intérêt général (MIG) car ces activités nécessitent une permanence quel que soit leur niveau. L'urgentiste qui travaille en temps continu, dont le temps de travail est décompté en heures, donne à l'institution de la disponibilité, de la présence ; quarante-huit

[180] La tarification à l'activité (T2A) est le nouveau mode de financement des établissements de santé français, qu'ils soient établissements publics de santé (EPS), établissements publics d'intérêt collectif (EPIC), *ex* établissements participant au service public hospitalier (PSPH), ou établissement hospitaliers à but lucratif (EHBL) *ex* cliniques privées. La T2A vise à médicaliser le financement par un équilibre d'allocation des ressources et une responsabilisation des acteurs de santé. La nécessité de moyens représentée par le budget global qui a couru de 1983 à 2003 fait place à l'obligation économique de résultat. La T2A qui ne concerne que les activités dites MCOO, médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et odontologie, génère donc un clivage entre les acteurs hospitaliers. Les uns offrent du temps pendant que les autres produisent des actes.

heures hebdomadaires lissées sur quatre mois. Le temps de l'urgentiste, ce temps mesuré et évalué objectivement, n'est pas le temps qu'il *vit* mais le temps qu'il *vaut*. On sait tous que certaines gardes passent plus vite que d'autres même si, elles ont pourtant toutes le même nombre d'heures. Et après le temps de travail, vient le « repos de sécurité ». Le repos de sécurité vise la sécurité du patient qui ne saurait être confiée à des mains médicales fatiguées, qui ne serait alors placée en de bonnes mains. Le repos de sécurité a mis fin à plusieurs siècles d'« invulnérabilité » médicale.

Alors que chez les latins, le travail était le *neg-otium*, la négation du l'*otium* ou « loisir », un temps de travail non contraint, personnellement ou socialement utile, chez les modernes, le loisir est une négation du travail. Un malentendu s'est installé entre institutions et médecins lesquels durant le *negocium*, restent encore à la disposition du service, de l'établissement de santé employeur. A défaut, la profession risque d'évoluer vers un travail posté en « trois fois huit » ou « deux fois douze ». On a insisté au cours de la première partie sur les difficultés d'une profession où le médecin, qu'il soit en exercice ou en repos, reste toujours médecin.

3. Temps de l'urgence

L'écart qui sépare la médecine d'urgence des autres exercices médicaux conventionnels porte sur le temps. Etre disponible sans délai, décider rapidement, agir vite… telles semblent les vertus que l'on prête à l'urgentiste. *« On n'a pas le temps ! Il faut aller vite ! »*. On a parfois le sentiment que si l'on disposait d'un peu plus de temps, on prendrait de meilleures décisions. *« Attends ! »*, *« Fais attendre ! »*, *« laisse-moi un peu de temps…! »* On a la sensation d'être dépossédé, qu'on nous a *pris* du temps, *notre* temps et il nous manque.

On peut assister, dans certaines situations, à une transformation du rapport temps/action où une pulsion d'action crée une illusion de manque de temps. Il faut *agir* et vite, même si parfois, l'on ne sait pas quoi *faire*. La *praxis* est ici une quête d'*ataraxis*. On a pu voir au cours de telle intervention des soignants s'affairer presqu'inutilement. Un médecin montant une perfusion laissant l'infirmier

désœuvré lequel à son tour cherche quelque chose à faire pour ne pas se sentir inutile. Faire, c'est meubler le temps ; faire, c'est faire reculer l'instant de la décision. Le geste ne parvient pas à saturer l'acte. Il faut pouvoir, il faut savoir se donner le temps de la réflexion, même en situation d'urgence. On l'a vu précédemment, le médecin aux bras croisés en salle de déchoquage est en acte.

Mais « prendre son temps » est trop souvent interprété comme synonyme d'« être indécis ». Et l'« indécision » semble, pour l'opinion, l'élément cardinal pour méjuger de la compétence d'un médecin. On ne sait pas dire *« Je ne sais pas ! »* autant que l'on n'aime pas l'entendre.

Quand les médecins doutent, le romancier est du côté du patient. A partir du mal étrange qui frappe Raphaël de Valentin, Balzac met en scène une magistrale parabole tragi-comique du colloque médical, ancêtre des très sérieuses RCP. Le Dr Horace Bianchon fait appel à trois figures de l'Ecole de Paris qui se pressent pour prendre le temps et la mesure à la fois de la maladie et du malade « comme un tailleur prend la mesure d'un habit à un jeune homme qui lui commande ses vêtements de noce[181] ». Quand les médecins délibèrent, le patient attend :

> « Ma guérison flotte entre un rosaire et un chapelet de sangsues, entre le bistouri de Dupuytren et la prière du prince de Hohenlohe[182] ! »

Une incompréhension qui frise l'ingratitude lorsque Molière est appelé à citation :

> « – Ces messieurs repris Bianchon, ayant reconnu de légères altérations dans l'appareil respiratoire, sont tombés d'accord sur l'utilité de mes prescriptions antérieures. Ils pensent que votre guérison est facile et dépendra de l'emploi sagement alternatif de ces divers moyens… Et…
> – Et voilà pourquoi votre fille est muette, dit Raphaël en souriant et en attirant Horace dans son cabinet pour lui remettre le prix de cette inutile consultation[183]. »

A l'opposé, la médecine d'urgence semble être toute entière dans l'instant décisif. En allemand, « instant » se dit *Augenblick* qui signifie littéralement « coup d'œil », comme le danois *Öieblikket*[184]. L'instant est un coup d'œil, un regard rapide sur une situation, un instantané. Dans un chapitre des *Thibault* de Roger Martin du Gard, on est allé chercher Antoine qui dinait en ville pour soigner une fillette renversée par un triporteur de livraison et ramenée chez elle inanimée. Un

[181] Honoré de Balzac, *La peau de chagrin*, Paris, Pocket, 1998, p. 254.
[182] *Id*., p. 258.
[183] *Ibid*., p. 259.
[184] Søren Kierkegaard, *Le concept de l'angoisse*, trad. Knud Ferlov et Jean-Jacques Gateau, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1991, p. 235.

examen du membre contus révèle une plaie de l'artère fémorale. Il faut immédiatement arrêter le saignement.

> « En un clin d'œil, il se débarrassa de son gilet, détacha ses bretelles, les rompit d'un coup sec, et, s'agenouillant de nouveau, en fit un garrot qu'il noua serré à la naissance de la cuisse[185]. »

En un coup d'œil, on fait le point sur une situation, à la manière d'une cellule d'appareil photographique qui mesure la lumière à travers l'objectif. La prise de vue est un survol autant dans l'espace que dans le temps selon ses trois directions, passé, présent et avenir. La décision doit parfois être prise dans l'instant, en un coup d'œil et en un *clin d'œil*. La « justesse du coup d'œil », l'œil sûr, la visée juste, *eustochia*, indépendante « de tout calcul conscient », va de pair avec l'acuité intellectuelle, la « vivacité d'esprit », *agchinoia*[186]. Pour Aristote, *eustochia* et *agchinoia* relèvent plus de la divination que du raisonnement, que de la bonne délibération.

Pour Bergson, l'instant, « ce qui terminerait une durée si elle s'arrêtait[187] », reste une construction qui procède encore d'une spatialisation ; fictif « en ce qu'il suppose la spatialisation de la durée, mais fiction *indispensable* à sa maîtrise mathématique et scientifique[188] ».

L'instant est un ricochet du temps spatialisé sur le temps réel. Et le temps réel est un temps perçu et vécu *ou pouvant l'être*.

> « Le temps réel n'a pas d'instants. Mais nous formons naturellement l'idée d'instants, et aussi celle d'instants simultanés, dès que nous avons pris l'habitude de convertir le temps en espace[189]. »

4. Le Gardien du temps

Pour mieux le maîtriser, la médecine d'urgence déploie son temps dans l'espace, elle le quantifie, le numérise. Dès le début des symptômes, une douleur dans la poitrine ou la paralysie d'une partie du corps par exemple, on dispose, au

---

[185] Roger Martin du Gard, « La belle saison », *in Les Thibault*, Paris, Gallimard, 1955, rééd. Librairie Générale Française, p. 316.
[186] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, VI, 10, 1142 *b*, pp. 298-299.
[187] Henri Bergson, *Durée et simultanéité. A propos de la théorie d'Einstein*, Paris, PUF, 1968, rééd. coll. « Quadrige », 2009, p. 52.
[188] Frédéric Worms, *Le vocabulaire de Bergson*, *op. cit.*, p. 60. C'est l'auteur qui souligne.
[189] Henri Bergson, *Durée et simultanéité. A propos de la théorie d'Einstein*, *op. cit.*, p. 41.

maximum, d'une poignée d'heures pour à la fois confirmer le diagnostic et mettre en route le traitement. Pour que le traitement lytique d'un caillot de sang qui obstrue la lumière d'une artère coronaire ou celle d'une artère cérébrale soit largement bénéfique en comparaison de ses effets indésirables, il faut qu'il soit débuté le plus tôt possible, la limite est de deux heures pour le cœur et de quatre heures et trente minutes pour le cerveau. Et quatre heures et trente minutes représentent 16200 secondes[190] et chaque seconde est définie précisément comme 9192631770 périodes de la radiation de l'atome de césium 133, témoin de la dégradation de la matière, de sa corruption. On pourra essayer toutes les échelles, on aura toujours une « multiplicité de juxtaposition » qui ne dit rien sur la longueur ou la brièveté du temps, qui ne peut rendre toute la consistance de l'expression *Time is brain*[191].

Avec l'extension des réalisations d'IRM à la phase aiguë de l'AVC, on va distinguer l'« horloge temporelle » d'une « horloge tissulaire » avec laquelle on mesure la progression dans l'espace de phénomènes tissulaires cérébraux. L'IRM de diffusion et de perfusion[192] permet d'établir une cartographie cérébrale distinguant, sur le territoire atteint, les zones d'ischémie des zones dites de pénombre où la reperfusion est encore possible. Le traitement ne se fonde plus comme avec le scanner sur l'horaire d'apparition des premiers symptômes mais sur la carte du territoire anatomique. Le temps est totalement absorbé dans un espace abstrait où le match pour la vie est une course contre la montre, *tout contre*. Le plus tôt sera toujours le mieux qui donne une illusion de qualité dans la quantité. Et si le médecin régulateur du Centre 15 est le gardien du temps, c'est du temps de l'horloge qu'il s'agit, abstraction scientifique du temps de la vie ; il n'est pas le gardien de la durée.

---

[190] « Seconde » vient de l'expression latine *minutum secunda*, minute de second rang ou deuxième division de l'heure. La fragmentation du temps conjuguée à celle de l'espace est au principe du calcul infinitésimal inventé indépendamment par Leibniz et Newton.

[191] L'expression *Time is brain* est la transposition pour le cerveau du *Time is muscle* pour le cœur. Par exemple, pour le syndrome coronaire aigu avec élévation du segment ST à l'électrocardiogramme (alias *STEMI*), le patient doit être emmené vers une salle d'angioplastie dans les quarante-cinq minutes qui suivent le premier ECG réalisé.

[192] La diffusion correspond à la mobilité de l'eau de part et d'autre des membranes cellulaires et la perfusion au passage de gadolinium, un produit de contraste paramagnétique non diffusible. Schématiquement, si le déficit perfusionnel dépasse la zone de diffusion anormale (*mismatch*), le territoire correspondant de tissu ischémié, appelé pénombre, est encore viable. Mais là où l'hypoperfusion est congruente à l'altération de la diffusion, l'évolution est irréversible vers la nécrose.

5. L'heure dorée

Le Dr R Adams Cowley (1917-1991), ancien chirurgien militaire, fort de son expérience dans le traitement de blessés graves durant la guerre du Vietnam, propage, à partir des années 1960, l'idée de *Golden Hour*, littéralement l'« heure d'or » ou l'« heure dorée ». Pour le fondateur du Shock Trauma Center[193] de Baltimore, Maryland, qui porte aujourd'hui son nom et du Maryland Institute of Emergency Medical Services (EMS), celui qui fut surnommé par ses pairs le père du *« trauma care »*, *« there is a golden hour between life and death »* :

> « Si vous êtes gravement blessé, vous avez moins de soixante minutes pour survivre. Vous pourriez ne pas mourir tout de suite, peut-être dans trois jours ou deux semaines, mais il s'est produit quelque chose d'irréparable pour votre organisme ».

Très vite, cette notion va être élevée au rang de concept selon le principe d'autorité. Le mot concept est, comme ailleurs, largement employé en médecine. Mais souvent, il ne s'agit que d'une opinion d'expert, d'une idée personnelle, d'une notion. La notion est l'idée que l'on se fait d'une chose, la définition en vise l'essence ; elle peut être nominale ou conceptuelle. Le concept, quant à lui, désigne l'être même d'une chose indépendamment de l'idée que l'on s'en fait[194].

De nombreux chirurgiens nord-américains ont pris le « concept » au pied de la lettre. Ce qui a pu faire dire à l'un d'eux :

> *« Si je peux vous opérer et interrompre vos saignements dans l'heure qui suit votre accident, alors je peux probablement vous sauver la vie ! »*

Pour les Britanniques, l'attachement à la *Golden Hour* est aussi ferme qu'outre-Atlantique. Par exemple, tel plan de secours impose qu'en cas de sinistre les passagers des trains ne doivent jamais rester plus de 90 minutes dans le tunnel ferroviaire touché, objectif particulièrement difficile à atteindre. Cette règle dite des 90 minutes entre en résonnance avec la *Golden Hour*, sauf que le délai d'une heure, dans cette circonstance très particulière, peut rarement être tenu. Alors, pour maintenir valide leur doctrine, les Anglais ont proposé une rallonge de la *Golden Hour*. Ainsi l'objectif ne serait plus de ramener toutes les victimes à

[193] Les premiers *Trauma Centers* datent de 1966 : San Francisco General Hospital et Cook County Hospital de Chicago.
[194] Dominique Folscheid, « Philosophie morale et éthique », in *Philosophie*, Paris, Eyrolles, coll. « Mention », 2007, p. 136.

l'hôpital le plus proche en une mais… deux heures. Le pragmatisme anglo-saxon qui force régulièrement l'admiration des esprits les plus étroits peut agacer les plus tolérants lorsqu'il est dépravé de pareille façon. Le Britannique passe au fil du rasoir d'Ockham toute pensée complexe et accuse, parfois à juste titre, le Français de toujours vouloir fendre les cheveux en quatre. Si jadis nous avons tété les mêmes mamelles, l'une judéo-chrétienne et l'autre gréco-romaine, il y a plusieurs siècles que nos religions, nos philosophies et nos politiques se sont écartées. Jules Verne s'en est amusé dans *Le Tour du Monde en quatre-vingts jours* en associant pour l'aventure le très Britannique Phileas Fogg et le très *Frenchy* Jean Passepartout.

> « Phileas Fogg, carrément assis dans son fauteuil, les deux pieds rapprochés comme ceux d'un soldat à la parade, les mains appuyées sur les genoux, le corps droit, la tête haute, regardait marcher l'aiguille de la pendule, – appareil compliqué qui indiquait les heures, les minutes, les secondes, les jours, les quantièmes et l'année. A onze heures et demie sonnantes, Mr. Fogg devait, suivant sa quotidienne habitude, quitter la maison et se rendre au Reform-Club[195]. »

Ce jour-là il fait un pari et embarque pour un Tour du Monde avec Passepartout comme domestique. On se souvient comment finit l'histoire : c'est le Français qui relève l'erreur de son maître, lequel avait « sans se douter » gagné un jour en voyageant d'est en ouest et du même coup son pari.

Depuis quelques années, avec un pragmatisme indéfectible, les Anglais ont résolu le problème de l'attente d'hospitalisation en limitant à quatre heures au maximum la présence des patients dans les salles d'examen des Urgences. Dès qu'un patient est installé pour examens et soins, le chronomètre s'enclenche, le compte à rebours commence : on doit lui trouver une place avant que la deux cent quarantième minute ne soit écoulée. Pour tenir les délais, une salle commune indifférenciée jouxtant la salle boxée des Urgences accueille les *bedless*. Le problème, résolu d'un côté, réapparait par un autre. *« Cachez ce patient que je ne saurais voir…! »*

De retour en Amérique, on rencontre à nouveau le Dr Donald D Trunkey, l'auteur de la 3 R Rule, qui a proposé dans les années 1980 une distribution trimodale de la mort par traumatisme suivant laquelle plus de la moitié des victimes meurent sur le coup (*on scene*)[196], et l'autre moitié, pour une part dans

[195] Jules Verne, *Le Tour du Monde en quatre-vingts jours*, Paris, Pocket « Classiques », 1998, pp. 23-24.
[196] Atteinte majeure du cerveau, du cœur et des gros vaisseaux, de la moëlle épinière cervicale.

les quatre heures des suites d'hémorragie et pour l'autre part dans la semaine d'une défaillance d'organe (*organ failure*)[197]. A l'origine existe donc un postulat fondé sur des données rétrospectives : puisque 80 % des victimes meurent dans les premières heures – on en oublie celles mortes sur le coup – plus vite elles parviendront au bloc opératoire, meilleur sera le pronostic. Les *paramedics* en ont fait leur devise : *« trauma is treated with diesel first »*, le traumatisme se traite en premier par le carburant. Ils ont même leurs *platinum ten minutes*, « dix minutes de platine ». Dix minutes, c'est le temps maximal accordé au *paramedics* entre l'arrivée sur les lieux du sinistre et le départ vers l'hôpital avec la victime en charge. Toute la « philosophie » des *paramedics* est cristallisée dans la *Star of Life*, une « étoile de vie » à six branches[198] dont chacune pointe un objectif : *early detection*, *early reporting*, *early response* (reconnaissance, signalement et réponses rapides), *on scene care*, *care in transit*, *transfer to definitive care* (soins sur place et durant le transport, admission dans l'unité médicale correspondante).

C'est un principe qui semble universel : amener les secours le plus rapidement possible au pied du lit ou « au pied de l'arbre » pour reprendre l'expression de Louis Lareng. Mais ici commence la césure entre chirurgiens nord-américains et anesthésistes-réanimateurs français. Ici commence aussi l'oubli de la gravité des lésions pour ne plus s'intéresser qu'aux délais d'intervention.

La *Golden Hour* doit pouvoir s'interpréter plus librement. Ce qu'une notion perd en caractère scientifique, elle peut le gagner en conceptualisation. En photographie, il existe une *Magic Hour* appelée elle aussi *Golden Hour*, instant sublime peu après le lever du soleil ou peu avant son coucher où les ombres sont longues, la lumière douce et les couleurs chaudes. La *Golden Hour* n'a rien de commun avec un phénomène naturel comme *Le rayon vert* porté par Jules Verne ou Eric Rohmer[199]. Ainsi la *Golden Hour* pourrait être entendue comme une pause momentanée dans l'acte de décès, *« a momentary pause in the act of the death »* selon les termes mêmes de son auteur.

---

[197] La proportion de décès tardifs tend à diminuer (10 %), résultat des progrès des techniques de réanimation, alors que les décès immédiats représentent toujours le même pourcentage.

[198] Le bâton d'Asclépios en inclusion dans une étoile bleue à six branches et bordure blanche est une création déposée en 1977 par Leo R. Schwartz, président de la National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA), pour se différencier du symbole de la Croix-Rouge (croix d'Omaha orange).

[199] Jule Verne, *Le rayon vert*, Paris, Librairie Générale Française, 1968 et Eric Rohmer, *Le rayon vert*, Les Films du Losange, 1986.

Alors la *Golden Hour* peut être bien plus une théorie qu'une constante de temps et tout au moins un outil pédagogique. Depuis une dizaine d'années, la controverse fait rage et certains auteurs comme les Dr E. Brooke Lerner ou Brian E Bledsoe parlent même de *magical time* ou de *medical urban legend*[200]. Des études récentes sérieuses n'ont pas permis de prouver scientifiquement le bien fondé du concept. La diminution du nombre et de la gravité des accidents de la route et l'émergence de nouvelles thérapeutiques médicales dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires notamment donne de meilleurs résultats à la théorie de la médicalisation précoce qu'à celle de l'hospitalisation précoce.

3. Temps et durée

1. Le temps opportun

Pour revenir à un temps non quantifié, un temps intuitif, le temps de l'intuition et non celui de l'intellect, il faut aller chercher le *kairos* grec ; alors « *avoir* du temps » se fait « *être* à temps ». Kairos était un dieu grec au corps huilé qui ne faisait qu'un seul et rapide passage. Pour l'attraper, il fallait le saisir par son unique touffe de cheveux. Accepter la fatalité, c'est faire le jeu des dieux, saisir le *kairos*, c'était au contraire se jouer d'eux. Dans un premier temps, le nom du dieu qui signifie le temps opportun, l'occasion propice, a pénétré le vocabulaire hippocratique. Les médecins Grecs devaient saisir le *bon* moment pour délivrer la thérapeutique sinon ils risquaient d'entraver un processus naturel de guérison. La médecine, dit un aphorisme, est un art de la mesure fugitive (*oligokairos*)[201]. Le précepte « *primum non nocere* » est le peu de l'héritage médical grec qui soit encore en activité, recyclé avec opportunisme par le conséquentialisme. Le *kairos* comme expression de la difficulté de l'action face à la complexité du monde a débordé la sphère médicale. Le *kairos* est le bien selon

[200] E. Brooke Lerner, Ronald M. Moscati, « The Golden Hour: scientific fact or medical "urban legend" », *Academic Emergency Medicine*, 2001, 8(7), pp. 758-60. Bryan E. Bledsoe, « The Golden Hour: fact or fiction? », *Journal of Emergency Medical Services*, 2002, 31(6), p. 105.
[201] Marcel Detienne et Jean-Pierre Vernant, *Les ruses de l'intelligence*, *op. cit.*, p. 300.

le temps ou le temps en tant qu'on le perçoit comme bon[202]. Le terme n'a pas son pareil dans la langue française ; le substantif verbal anglais *timing* comme coïncidence de l'action et du temps peut s'en rapprocher. Toutefois, contrairement au *kairos*, le *timing*, comme l'expression familière « être synchro », ne résulte pas nécessairement de l'action humaine mais peut être le fruit du hasard.

Le *kairos*, nous l'avons dit, fait partie « des choses que l'intelligence seule est capable de chercher, mais que, par elle même, elle ne trouvera jamais. Ces choses, l'instinct seul les trouverait ; mais il ne les cherchera jamais[203] ».

Le *kairos* est donc non quantifiable et en aucun cas ne saurait se décliner en heures, minutes ou secondes. Sans intuition, on voit agir des médecins pareils à des automates (*clockworks*) n'ayant en tête qu'une horloge pour objectif de soins. C'est ce qui se passe, on l'a vu, avec la *Golden Hour* qui est un temps devenu de l'espace, un temps spatialisé, un laps de temps, un intervalle de temps donc un espace entre deux points. Alors le temps disparaît au profit d'un espace-temps géométrique. Ainsi, La *Golden Hour* n'est pas un temps vécu, c'est un temps formel qui fait disparaitre l'intuition au profit d'une visée « à vide » c'est-à-dire d'une pensée symbolique.

2. Le temps vécu

1. Quels temps ?

Plus qu'une pluralité des temps au sein des différentes disciplines médicales et de leur mode d'exercice, on remarque surtout une pluralité dans la sensation d'écoulement du temps ; que l'on soit médecin ou patient, chacun a son temps propre. Un constat qui a traversé et traverse encore science physique et philosophie. Cette pluralité du temps, cette multiplicité, correspond-elle à des différences de temps ou bien à des temps différents ?

[202] Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, 1963, rééd. coll. « Quadrige », 1997, p. 101.
[203] Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 623 [152].

Sans aller jusqu'au relativisme, Aristote avait déjà saisi le caractère relationnel du temps. En effet, pour Aristote, le temps dépend du changement, le temps n'existe que par rapport au changement.

> « Lorsque nous percevons et définissons un changement, alors nous disons qu'il s'est passé du temps, il est manifeste que le temps n'existe pas sans mouvement et changement[204] ».

Le temps sert à mesurer le mouvement et le mouvement le temps. Le temps est le nombre du mouvement, « le nombre du mouvement selon l'antérieur et le postérieur[205] ». En d'autres termes, « l'antérieur et postérieur est dans le mouvement et il est le temps en tant qu'il est nombrable[206] ». Le temps est le nombrable et le nombré qui diffère du moyen de nombrer. Le nombrable ou le nombré n'ont pas besoin d'un nombrant. Mais sans observateur, sans âme qui vive, il n'y a plus d'antérieur ni de postérieur, il n'y a plus d'*avant* ni d'*après*, il n'y a que du *pendant* ; il n'y a donc plus *rien* à mesurer, donc plus de temps. Sans compteur, pas de temps.

On a cru le problème de la multiplicité du temps définitivement clos par l'acquisition de la théorie de la relativité d'Einstein. A l'« absolutisme » newtonien, Einstein répondait avec un temps relatif à l'observateur et plus précisément à son mouvement et à son espace de référence[207]. Le mouvement entraîne une contraction de la matière et une dilatation du temps, et la matière en mouvement détermine la forme – ou courbure – et la structure – ou métrique[208] – de l'espace-temps. Contraction de l'espace et dilatation du temps désarticulent la simultanéité. L'espace-temps – temps et espace assimilés l'un à l'autre pour former un univers quadridimensionnel[209] – se fragmente en espace et en temps d'une infinité de manières, chacune propre à un référentiel. Des temps à vitesses

[204] Aristote, *Physique*, *op. cit.*, IV, 11, 218 *b* 30, p. 181.
[205] *Id*., IV, 11, 220 *a* 26, p. 186.
[206] *Ibid*., IV, 14, 223 *a* 29, p. 194.
[207] Il « suffisait » d'intégrer la vitesse de la lumière dans la définition même du temps et du mouvement.
[208] La métrique est la façon de mesurer la distance infinitésimale entre deux points voisins. Elle généralise le théorème de Pythagore dans un espace-temps non euclidien (Jean-Pierre Luminet, *L'Univers chiffonné*, Paris, Fayard, coll. « Le temps des sciences », 2001, pp. 242-243).
[209] Hermann Minkowski (1864-1909) a reformulé les mathématiques de la théorie de la relativité restreinte en réunissant l'espace et le temps en un *continuum* espace-temps à quatre dimensions. Cette reformulation a permis ensuite à Einstein l'élaboration de sa théorie de la relativité générale.

d'écoulement variable ne peuvent se saisir que dans la multiplicité, dans la pluralité mais au sein de leur système propre de référence[210].

Le temps de la relativité, le temps espace, le temps physique… autant que la sensation intuitive du temps, la durée, le temps vécu… se définissent comme multiplicités. Quelles multiplicités s'appliquent au temps, multiplicités actuelles, numériques et discontinues ou multiplicités virtuelles, continues et qualitatives ? La question, bergsonienne, sera plutôt « quelle est la multiplicité propre au temps[211] ? »

2. Pour qui ?

Mais pour qui l'espace se contracte-t-il, pour qui le temps se dilate-t-il et pour qui la simultanéité se désarticule-t-elle ? Pour un *il y a*, pour un *sans-soi* répondrait Levinas, pour un « exister sans existant[212] », pour un être sans étant, pour un *Sein* sans *Seiendes*.

Mais comment un temps devenu quatrième dimension rend-t-il compte de l'expérience quotidienne vécue par chacun ? Pour l'*en-soi* ce sont les unités de durée et non leur *nombre* qui importent. « Car nous ne comptons pas des extrémités d'intervalles, nous sentons et vivons les intervalles eux-mêmes[213] ».

Le conflit entre le temps et la durée a peut-être atteint son *acmé* lors de la rencontre manquée entre Albert Einstein et Henri Bergson. Bergson, qui vient de publier en 1922 à la Librairie Félix Alcan *Durée et simultanéité* sous-titré *A propos de la théorie d'Einstein*, rencontre le physicien le 6 avril de la même année à la séance de la Société française de Philosophie. Le malentendu viendra plus d'Einstein et des lecteurs de Bergson eux-mêmes, que d'une mésinterprétation de la théorie de la relativité par le philosophe.

[210] Ce n'est qu'en privilégiant certains référentiels, à condition que la distribution de matière s'y prête, que l'on peut construire un temps quantifiable appelé « temps cosmique », simulacre de temps intuitif.
[211] Gilles Deleuze, *Le bergsonisme*, Paris, PUF, 1966, rééd. Coll. « Quadrige », 1998, p. 80.
[212] Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre,* Paris, PUF, 1983, rééd. Coll. « Quadrige », 1998, p. 28.
[213] Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, p. 781, [338].

On se limitera à l'explication postérieure sous la forme d'une très longue note de bas de page dans *La pensée et le mouvant*[214]. Bergson y expose clairement que le Temps, quatrième dimension de l'espace, le Temps de l'Espace-Temps, ce Temps là est un temps de papier, un temps insubstantifiable qui ne peut s'exprimer que par une abstraction mathématique, un paramètre. Il n'existe que dans l'espace virtuel entre la position du problème et sa solution. Purement mathématique, il n'a pas de réalité métaphysique ni même de réalité « tout court », il n'existe que dans un univers réduit à un ensemble de relations. Ce qui est constatable et constaté, c'est le « Temps de tout le monde », « ce Temps-là qui est le nôtre », ce même Temps dans lequel le physicien, relativiste ou non, pose le problème, prend les mesures, procède aux calculs, vérifie la solution…

Michel Henry exprimera aussi clairement la différence radicale entre la science et la vie. Ce qu'est la vie, « la science n'en a aucune idée, elle ne s'en préoccupe nullement, elle n'a aucun rapport avec elle et n'en aura jamais[215] ». Un ouvrage scientifique sur le code génétique ne dit rien sur l'étudiant en biologie qui en tourne les pages.

De même que la permanence des soins (PDS) n'a rien de commun avec la continuité des soins[216]. La PDS, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, qu'elle concerne les médecins généralistes libéraux ou les praticiens hospitaliers, est dans le temps, le temps physique ; il s'agit de compter les heures effectuées par chacun en vue d'une rémunération. Le médecin généraliste régulateur du centre de réception et de régulation des appels libéraux est payé en « C » correspondant à la nomenclature des honoraires en vigueur, mais il s'agit d'un forfait de *n* « C » par heure, il ne s'agit donc pas d'actes au sens traditionnel du terme. L'acte multiplié devient une plage horaire, un espace horaire, un temps de l'espace-temps. La continuité des soins n'a pas de limite horaire, c'est une durée de soin qui va de la première consultation jusqu'à la guérison lorsqu'elle est possible. La tendance actuelle pousse à dissoudre la continuité des soins dans la PDS.

---

[214] Henri Bergson, *La pensée et le mouvant*, *op. cit.*, p. 1280, n. 1 [37].
[215] Michel Henry, *La barbarie*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1983, p. 35-36.
[216] Art. L. 6315-1 du code de la santé publique : *« La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. »*

Le Temps de l'espace-temps, le Temps des physiciens n'a rien à dire et ne dira jamais rien sur la durée de la vie. Ainsi,

> « Bergson n'a jamais cru que la théorie de la relativité fût fausse, mais seulement qu'elle était impuissante à constituer la philosophie du temps réel qui devait lui correspondre[217] ».

Comble de l'ironie, en poursuivant la résolution des équations d'Einstein, le mathématicien et logicien Kurt Gödel (1906-1978) va jusqu'à faire disparaître le temps. Il crée sur le papier un univers en cohérence avec les lois naturelles du notre dans lequel le temps n'existe pas. Une rotation de toute la masse de l'univers entraîne l'espace-temps autour d'elle jusqu'à inverser le temps et le faire disparaître. Un observateur de cet univers ne voyagerait pas le long d'une courbe spatio-temporelle, il *serait* la courbe même. On ne peut donc plus le qualifier d'observateur. Un individu qui déterminerait l'espace-temps dans lequel il évolue n'est pas sans rappeler le *Dasein* d'Heidegger.

3. Le temps de l'autre

Le *Dasein* est littéralement l'*être-là*. Dans le lexique philosophique allemand, *Dasein* est une traduction germanique du latin *existentia*. Jusque Heidegger, c'est-à-dire chez Kant et Hegel, *Dasein* signifie une existence empirique, une réalité. Heidegger tord le verbe « être » – le *Sein* de *Dasein* – pour le faire entendre transitivement c'est-à-dire à rebours de son sens courant. En traduisant *Dasein* par « être-là », on se crispe sur le « là » en le prenant comme s'il s'agissait d'un lieu : « là », c'est « ici » et non « là-bas » ni « ailleurs ». Le « là » se limite à sa qualité d'adverbe de lieu. *Dasein* serait alors « être à cet endroit là », « être planté là », au mieux « être présent là ». Heidegger a suggéré à Jean Beaufret, « dans un français sans doute impossible[218] », la traduction française « être-le-là ». Ainsi, « être-le-là », c'est être la *présence* même, c'est être ce qui *rend présent* et non pas seulement ce qui *est* présent.

---

[217] Gilles Deleuze, *Cinéma. I. l'image-mouvement*, Paris, Minuit, 1983, p. 88, n. 14.
[218] Martin Heidegger, « Lettre à Jean Beaufret », trad. Roger Munier, *in Questions III et IV*, Paris, Gallimard, 1966, rééd. coll. « Tel », 1990, p. 130.

> « La possibilité française n'apparaissant pas, il est sans doute sage de ne pas traduire, ce qui est, en fait, au sein d'une traduction, un choix de traduction[219]. »

Pour Heidegger, c'est à partir du monde que l'on peut penser l'espace et le temps, contrairement à la pensée classique « qui ne voit dans le monde que la somme des choses existantes, la totalité de l'étant[220] ».

Dans le monde, il n'y a qu'un seul temps, le temps réel, celui de la main courante, celui du « fil de l'eau », le temps du « direct » lorsque l'on traite les affaires… et les patients. Mais pour cela, il faut être au moins deux. L'avenir authentique, l'avenir, « c'est ce qui n'est pas saisi, ce qui tombe sur nous et s'empare de nous ».

> « L'avenir, c'est l'autre. La relation avec l'avenir, c'est la relation même avec l'autre. Parler de temps dans un sujet seul, parler d'une durée purement personnelle, nous semble impossible[221]. »

[219] Christian Dubois, *Heidegger. Introduction à une lecture*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », série « Philosophie », 2000, p. 23.
[220] Françoise Dastur, *Heidegger et la question du temps*, Paris, PUF, coll. « Philosophie », 1990, p. 47.
[221] Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, *op. cit.*, p. 64.

Chapitre VII. Espace

1. De l'urgence à l'Urgence

L'urgence a longtemps été une activité sans partage entre tous les médecins. En même temps que se développait l'urgence hospitalière à l'intérieur et à l'extérieur des murs de l'hôpital, on assistait à un processus de sédentarisation de la médecine générale tandis que le cloisonnement des spécialités s'intensifiait.

La médecine générale avait pourtant bien résisté au grand renfermement. Installée dans les interstices des espaces de soins, elle apportait une proximité et une disponibilité que la médecine spécialisée refusait peu à peu, jour après jour à ses « clients ».

La visite du patient à son domicile, de jour comme de nuit, était autant la marque d'une continuité que d'une permanence des soins, la marque d'une disponibilité telle qu'elle confinait au dévouement. Lorsqu'on avait consulté le médecin dans la journée, on pouvait l'appeler le soir en visite suivant l'évolution de l'état de santé. Aujourd'hui, un centre d'appel, alias *call-center*, souvent délocalisé sur un autre continent, fait écran entre le médecin généraliste et le malade.

L'usage du verbe « visiter » indique bien la place de chacun à l'inverse de la distribution consultant-consulté qui reste polysémique. Le consultant est celui qui consulte. Le médecin, comme le patient, consultent. Intransitif pour le médecin, le verbe « consulter » devient transitif pour le patient. Ce dernier consulte un médecin, un kinésithérapeute, un ostéopathe, un guérisseur, *etc*., alors que le médecin consulte à certaines heures dans certains lieux. Seul le *nganga* d'Afrique Centrale, praticien traditionnel[222], consulte son patient en toute transitivité et sans ambiguïté. Le verbe « visiter » devient transitif pour le médecin qui visite sa clientèle laquelle est visitée. Ne dit-on pas « passer la visite », « passer une visite » ? On se souvient aussi de la visite scolaire, journée particulière au cours de laquelle on défilait tous en sous-vêtements devant une infirmière à qui l'on remettait un bocal rempli d'urines fraiches puis face à un

[222] Le praticien traditionnel ou tradipraticien est un artisan qui prétend guérir par des méthodes empiriques.

médecin qui vérifiait un certain nombre de fonctions. On redoutait tous l'échelle de Ferdinand Monoyer que certains apprenaient par cœur pour éviter de rentrer dans la catégorie des porteurs de lunettes.

A l'hôpital, le terme « visite », entendu comme visite médicale du médecin aux patients alités, est peut-être moins employé au profit du « tour ». Le médecin « fait le tour », « fait son tour », « le tour des chambres », « le tour des malades ». Mais la visite reprend ses droits dans l'expression « contre-visite » alias visite de contrôle, en fin d'après-midi, avant que ne débute la garde.

Le médecin généraliste est selon la formule consacrée « en visite », il fait « sa tournée », comme le laitier ou le facteur. C'est la raison pour laquelle il ne peut pas recevoir en consultation, c'est la raison pour laquelle il ne consulte pas et qu'on ne peut pas le consulter.

Selon l'hypothèse qui circule le mieux, un abus de visites, un abus d'offre de soins suivi par un abus de demandes de visites, a radicalement remis en question une tradition qui n'était alors plus qu'une exception française dans la médecine moderne. Aujourd'hui, moins d'une consultation sur cinq a lieu à l'extérieur du cabinet contre l'inverse il y a un demi-siècle.

Le peu de visites restantes au cours d'une journée médicale pèsent bien plus que la succession des consultations au cabinet. Si l'on appliquait la loi de l'économiste italien Vilfredo Pareto pour laquelle 80 % des effets résultent de 20 % de causes, on pourrait donc conclure que 20 % de l'activité, celle qui se déroule au domicile des patients, consomme 80 % du temps et de l'énergie du médecin. Mais si l'exercice planifié, sur rendez-vous, permettant donc de recevoir plus de personnes sur une même amplitude horaire, rend le métier plus commode, plus appréciable, plus acceptable par les nouvelles générations médicales, il le bureaucratise selon un principe utilitaire.

Ainsi un processus, celui de *spatiation*, qui touche maintenant presque entièrement la médecine générale s'observe à travers une spatialisation du mode d'exercice inversement proportionnel à sa temporalisation. Le processus de *spatiation* marche avec celui de spécialisation. Spatiation et spécialisation vont de pair lorsque le médecin ne reçoit plus que sur rendez-vous et cesse de se déplacer au domicile de ses patients. Le temps disparait, absorbé par un espace de consultation et le tableau cartésien d'un agenda, d'un *planning*. La réduction en mode plan, espace à deux dimensions, c'est-à-dire la planification n'est possible

qu'avec un espace-temps quadridimensionnel. Le carnet d'adresses fait place au carnet de rendez-vous comme si espace et temps étaient interchangeables. Il n'y a plus qu'un temps, spatialisé, celui de la consultation qui est compté puisqu'il dépend d'un temps qui le précède et détermine un temps qui suit.

Selon le sociologue Pierre Peneff, en supprimant la visite, le médecin multiplie les consultations, raccourcit son temps de travail et mécaniquement augmente ses revenus[223]. La disponibilité cède-t-elle le pas à la rentabilité ? Faire moins de visites, c'est ouvrir sa consultation à plus de personnes par journée, c'est être plus accessible aux demandes de rendez-vous donc délivrer plus d'actes et maintenir le niveau de l'offre avec moins de médecins.

Toujours pour Pierre Peneff, une partie de la demande ne serait qu'une réponse à ce que fut l'offre antérieure, une réaction à l'offre passée où famille et médecin s'entendaient pour user de la médecine[224] – d'où alors l'expression « usagers de la santé ». Mieux disposés pour faire plus de consultations, certes, mais moins disponibles pour répondre à la demande non programmée de soins, qu'elle soit diurne ou nocturne. Les médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) s'accordent en janvier 2002 sur la reconnaissance des gardes de nuit comme mission de service public, fondée sur le principe du volontariat et dédommagée avant perception des honoraires. On mesure toute l'antinomie de la notion de service public et de l'idée de volontariat. La mission de service public impose une responsabilité de la continuité de service. Mais comment peut-on être responsable dans un mode d'exercice fondé sur le *« Parce que je le veux bien ! »*. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) rappelle alors l'article 77 du code de déontologie et article R 4127-77 du code de la santé publique, édition 2005 : *« Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer au service de garde de jour et de nuit. »* Un devoir pour *tout* médecin en droit mais dans les faits une obligation pour *certains* et une dispense pour d'autres sous le même article : *« le conseil départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice »*. Ce qui doit être était devenu ce qui lie. L'ordre déontologique avait bien avant les

[223] Pierre Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Seuil, 2005, p. 103.
[224] *Id*., p. 81.

accords de 2002 pénétré la sphère éthique. Certains préfets ont aujourd'hui levé cette obligation annonçant dans les faits un véritable couvre-feu pour les médecins de famille. Dans certains départements de France, il n'est plus possible de contacter un médecin généraliste libéral entre minuit et sept heures. Non seulement il ne *peut* plus mais il ne *doit* plus être appelé. L'impératif catégorique est renversé. Le service public hospitalier et ses partenaires assurent la permanence des soins pendant cette période.

2. De l'Urgence médicale à la médecine d'urgence

Est *urgent* en médecine, ce qui n'est pas programmé. Il y a donc tout un pan de la médecine qui échappe à cette définition : la médecine sur rendez-vous, la consultation planifiée, l'intervention chirurgicale réglée… Ce qui est urgent peut devenir programmable et donc sortir du champ d'application de l'urgence. La médecine générale, on vient de le voir, a pris le parti du désengagement de l'urgence. *« Bonjour, vous êtes bien au cabinet des Drs… Nous sommes absents pour le moment. Veuillez laisser votre nom et votre adresse exacte ainsi que le motif de votre appel après le bip sonore. En cas d'urgence, faites le 15 »*.

Car la médecine générale, médecine de premier recours, a elle aussi ses propres urgences. Jadis le médecin généraliste était saisit pour *toutes* les urgences. On lui amenait des personnes grièvement blessées ou malades ou bien c'est lui qui se déplaçait, mais jamais il y avait débat sur le sujet. Pour les parturientes, il devait toujours se rendre à leur chevet. La littérature de fiction a offert des pages pleines d'urgences médico-chirurgicales ou obstétricales, on pense ici à Boulgakov et son *Journal d'un jeune médecin*.

> « Quand je rentrais de l'hôpital à neuf heures du soir, je ne désirais ni manger, ni boire, ni dormir. Je ne désirais rien, sinon que personne ne vint me chercher pour un accouchement. Or en l'espace de deux semaines, on m'avait bien fait voyager au moins cinq fois, en pleine nuit, sur les pistes de traîneaux[225] ».

Les autres spécialités ont elles aussi leurs urgences : on parle d'urgence médicale, d'urgence chirurgicale, d'urgence obstétricale, d'urgence psychiatrique. Chaque segment de spécialité sécrète et excrète ses propres urgences. Dans le

[225] Mikhaïl Boulgakov, *Journal d'un jeune médecin*, trad. Paul Lequesne, Lausanne, L'Age d'Homme, 1994, p. 43.

système de soins moderne, certaines urgences sont encore explicitement fléchées selon la spécialité comme les urgences ophtalmologiques, selon les symptômes comme la céphalée, selon l'anatomie comme la main… Le profane n'a aucun mal à s'y retrouver car chacun sait ce qu'est un trouble de la vue, un mal de tête ou une plaie de la main. La pédiatrie parfois, la maternité toujours, disposent dans les hôpitaux de leur propre entrée. Là encore, on sait qui est un enfant et qui est une femme enceinte, il n'y a pas d'erreur d'adressage possible.

Mais la médecine d'urgence se distingue de l'urgence médicale par son approche générique des urgences. La médecine d'urgence est tout autant la médecine des Urgences, la médecine exercée dans les services d'Urgences que la médecine dans l'urgence.

Le mot « urgent » restitue la force et la pression. La pression diminue quand la force s'étale dans l'espace et le temps. En médecine d'urgence, si un étalement dans le temps devient parfois possible, la force peine toujours à s'étaler dans l'espace d'hospitalisation. On connait toutes les difficultés que rencontrent les médecins urgentistes pour faire admettre dans les services d'hospitalisation spécialisés les patients dont ils ont la responsabilité. Cette relation force et pression avec le lien espace et temps crée un monde où violence et urgence se mêlent pour la plus grande détresse des professionnels et des patients.

« L'engorgement des urgences » est un leitmotiv politique relayé par les journalistes et certains urgentistes eux-mêmes. Mais pourquoi s'en étonner lorsque, pour bon nombre de patients, l'entrée dans la maladie se confond avec l'entrée des urgences ? C'est même toute la force des Urgences de pouvoir produire un diagnostic complet, parfois définitif, des troubles qui affectent les personnes qui s'y rendent.

Les urgences vraies – vraies selon le point de vue, presque non univoque, des professionnels, mais on va y revenir dans le chapitre suivant – représentent un très faible pourcentage de la totalité des personnes accueillies chaque année dans les services hospitaliers. Les pouvoirs publics, quelle que soit leur couleur politique, sont persuadés que de nombreuses personnes parmi les « usagers » qui fréquentent les Urgences des hôpitaux n'ont rien à y faire.

Mais force est de constater que la multiplication, depuis le début des années 2000, de solutions alternatives aux services d'Urgences hospitaliers susceptibles de prendre en charge les patients ne présentant pas de « vraies »

pathologies urgentes telles les maisons médicales de garde (MMG) ou non, les lieux de consultation pour soins non programmés des hôpitaux privés… ne parviennent pas à « désengorger » les Urgences.

3. Distribution hospitalière

1. L'administration nouvelle

A tort ou à raison, l'accroissement du pouvoir administratif touche son apogée dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). L'hôpital se dépolitise en substituant au conseil d'administration (CA) dont le maire de la commune d'implantation était le président de droit, un conseil de surveillance (CS) qui, comme son nom l'indique, ne participe plus à la partie exécutive. Celle-ci est entièrement remise aux mains d'un Directoire, une assemblée paritaire de directeurs administratifs et de médecins au mandat *représentatif* et non *impératif* puisque désignés par le directeur et non élus par leurs pairs à l'exception du président de CME. On peut saisir la différence entre le mandat représentatif et celui impératif à travers la profession de foi de Condorcet dans la Convention :

> « Mandataire du peuple, je ferai ce que je verrai conforme à ses vrais intérêts ; il m'a envoyé non pour soutenir ses opinions, mais pour exprimer les miennes ; ce n'est point à mon zèle seul mais à mes lumières qu'il s'est confié et l'indépendance absolue de mes opinions est un de mes devoirs envers lui[226] ».

Le Directoire est devenu le nouveau panoptique de l'hôpital-entreprise. Le directeur président dispose d'une voix double en cas d'égalité lors d'un vote, comme le banquier au baccarat du Casino. En cas de contradiction majeure, le directeur peut encore décider seul, en parfaite autonomie et indépendance des résultats de votes. Dans un lieu qui permet de tout saisir se décide la réalité hospitalière.

Pourtant, l'hôpital est le lieu d'une singulière « hiérarchie enchevêtrée »[227] qui rappelle les boucles étranges des mathématiciens ou certaines œuvres du peintre néerlandais Maurits Cornelis Escher. En effet, celui qui soigne les patients,

[226] Cité par Léon Cahen, *Condorcet et la révolution française*, Paris, Alcan, 1904, p. 437.
[227] Douglas D. Hofstadter, *Gödel, Escher, Bach : les brins d'une guirlande éternelle*, trad. Jacqueline French et Robert French, Paris, InterÉdition/Masson, 1985.

le médecin, n'est pas le responsable au sens juridique de l'hospitalisation ; celui qui prononce leur admission, le directeur, n'en est pas le responsable au sens médical. Celui qui tient l'art ne tient pas les clés, celui qui tient les clés n'est pas l'homme de l'art. L'art n'est rien sans royaume et sans art, le roi est nu. Ici se rejoue la dialectique du Roi et du Prêtre : le premier détient le pouvoir temporel, séculier, l'autre, le pouvoir intemporel, régulier ; le prêtre comme sujet du royaume est soumis à son roi, le roi comme sujet de Dieu est soumis à son Eglise. Un chef de Pôle peut se trouver en situation d'administrer le chef du service dans lequel il exerce sous son autorité. Un président de CME peut encore exercer sous l'autorité d'un chef de service nommé par un chef de Pôle que lui-même aura désigné. Autant de conditions inédites dans lesquelles *pouvoir* ne rime pas avec *savoir*.

> « Ou bien le savoir du spécialiste inspire la confiance, de sorte que ni la force, ni la persuasion ne sont nécessaires pour obtenir l'acquiescement, ou bien celui qui commande et celui qui obéit appartiennent à deux catégories d'êtres complètement différentes, dont l'une est déjà implicitement assujettie à l'autre, comme dans le cas du berger et de son troupeau ou du maître et de ses esclaves[228]. »

Ici se rejoue une autre dialectique, celle du pouvoir et de l'autorité. Les relations entre corps administratif et corps soignant sont des relations d'influence, hors des champs de compétence, qui peuvent aller jusqu'au rapport de force. L'autorité naît de la discordance, de la divergence, de la distraction des forces en présence. Lorsque tout le monde est d'accord, personne ne fera autorité car l'autorité n'est pas une nécessité. Lorsque l'étudiant hospitalier fait d'emblée le bon diagnostic, le professeur agrégé ne fait plus autorité. Au lit du malade, l'autorité à qui l'on fait appel est le spécialiste qui peut parfois user d'un principe du même nom.

Avec un pessimisme lucide, l'autorité révèle la fin du consensus. Avec un optimisme aveugle, le pouvoir marque l'illusion de son retour. Avec l'autorité, c'est le droit qui s'impose au fait. Avec le pouvoir, totale immanence, c'est le fait qui en impose au droit. L'autorité est lestée par le passé pour continuer à s'exercer au présent, insérée dans la triade tradition – religion – autorité. Elle va osciller de droite et de gauche entre l'influence affirmée et l'influence occulte, entre ordre et hypnose. Convaincre ou persuader, c'est toucher ou la raison ou le cœur.

---

[228] Hannah Arendt, *La crise de la culture*, trad. Patrick Lévy, Paris, Gallimard, 1972, rééd. Folio « Essais », 1989, p. 143.

2. Le Panoptique à guérir

L'hôpital, lieu au cœur des préoccupations de la cité a été refoulé, comme les cimetières, à la périphérie des métropoles pour des raisons utilitaires – accès (auto)routiers, terrains bâtissables… Y aurait-il eu un âge d'or des hôpitaux, celui de l'hôpital pour les malades, celui de l'hôpital des médecins ? On est enclin à le penser en lisant la préface-programme du *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* rédigé par le chirurgien Jacques René Tenon (1724-1816) en 1788, soit seize ans après l'incendie qui a ravagé une partie de l'Hôtel-Dieu :

> « Nous avons à Paris, un Hôpital unique en son genre : cet Hôpital est l'Hôtel-Dieu ; on y est reçu à toute heure sans acceptation d'âge, de sexe, de pays, de religion ; les fiévreux, les blessés, les contagieux, les non-contagieux, les fous susceptibles de traitement, les femmes & les filles enceintes y sont admis : il est donc l'Hôpital de l'homme nécessiteux et malade, nous ne disons pas seulement de Paris, & de la France, mais du reste de l'Univers[229]. »

L'hôpital public, dont l'idéal du XVIII[e] siècle comme « machine à guérir » selon l'expression même de Tenon est devenu « équipement collectif », chevron de la médecine où doivent converger recherche, enseignement et soin, a fait long feu.

La nécessaire institutionnalisation des Urgences due à l'accroissement du nombre annuel de personnes ayant recours à cette structure est le reflet et la conséquence d'une dégradation d'un système de soin. En d'autres termes, le recours à l'Urgence est une procédure dégradée du recours à la médecine générale ou spécialisée. L'Urgence est au bout de la chaîne de soin. Mais de façon générale, c'est l'hôpital tout entier qui est placé au bout de la chaîne des soins pour recevoir les échecs de la médecine ou de la chirurgie ambulatoire privée, les échecs de la médecine préventive, ceux demain de la médecine prédictive, les échecs de la médecine planifiée, de la médecine à programme, de la médecine des réseaux. Car en effet, une hypothèse avancée précédemment, se présentent aux Urgences et en urgence, les personnes qui n'ont pu trouver au sein du mode programmé, du monde programmé, la réponse à leur demande, la réponse à leur souffrance. Dans un monde où le système bureaucratique espère économiser

[229] Jacques René Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Bibliothèque nationale de France, Gallica bibliothèque numérique, http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k567231/f7.image.

temps et argent, les exclus des filières terminent leur parcours, « finissent » pour certains, à l'hôpital et plus précisément aux urgences.

Et pourtant, toutes les nouvelles constructions hospitalières se crispent sur des modèles passéistes. Certains verraient dans l'hôpital moderne une sorte d'aérogare, structure flottante avec d'immenses couloirs au bout desquels se distribueraient les plates-formes d'accueil de chaque spécialité. Chaque siècle a eu son idéal architectural. Le mode pavillonnaire répond à l'essor des disciplines médicales et les spécialités s'isolent les unes des autres, la pneumo-phtisiologie ne risquant pas de contaminer la chirurgie qui ne se mélange plus avec la maternité.

A l'âge classique, bien implanté dans la ville, l'hôpital s'étend, à partir de sa chapelle, en surface et en hauteur. Les modernisations successives lui donnent des allures de palais à l'architecture hétéroclite. Le « Versailles du pauvre » se distribue en plan linéaire ou en « U » dit aussi « pi » ou encore « fer à cheval ». Le plan sur cour unique, réminiscence du cloître, peut se compliquer en plan sur cours multiples encore appelé plan sur grille dont l'hôtel Royal des Invalides à Paris est l'une des plus belles représentations. Le plan cruciforme, comme le plan en U vient de la Renaissance.

Le plan panoptique resté à l'état de concept, comme en témoigne le projet d'Antoine Petit en 1774 au lendemain de l'incendie de l'Hôtel-Dieu de Paris, resurgit en plein XX^{e} siècle, à l'époque où l'invention de l'ascenseur automatique donne son élan à la formule de l'hôpital-bloc.

Ni palais, ni pavillon, ni bloc, l'hôpital Claude Huriez du centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Lille se distribue autour d'une cour semi-hexagonale en deux bâtiments identiques, l'un à l'est, l'autre à l'ouest, disposés chacun en branches autour d'une rotonde centrale de neuf étages. Les deux étoiles se rejoignent au sud par l'aile des blocs opératoires et au nord par la faculté de médecine. Débuté en 1934, le projet des architectes Jean Walter, Urbain Cassan et Louis Madeline, interrompu par la seconde guerre mondiale, s'achèvera en 1958.

A chaque étage de chacune des étoiles, se concentre dans la rotonde l'accueil des arrivants quels qu'ils soient, la surveillance des couloirs de chaque unité de soin, le traitement de l'information… Toutes les fonctions se groupent au centre d'un bureau circulaire surélevé appelé corbeille par l'usage. A l'origine du projet : l'observation chez les malades des symptômes « sans que la proximité des

lits, la circulation des miasmes, les effets de contagion mêlent les tableaux cliniques[230] ».

Le *Panopticum* – architecture d'un bâtiment circulaire dont la partie centrale permet d'embrasser tout l'intérieur – apparaît en France à la fin du XVII[e] siècle. Louis Le Vaux fait construire à Versailles entre 1663 et 1665 la première ménagerie qui se distingue du mode traditionnel pavillonnaire. Autour d'un bâtiment octogonal se distribuent sept cours d'animaux dont une basse-cour de ferme. Le système architectural devient très populaire en Angleterre sous la pression de Jeremy Bentham.

Le malade, vu sans qu'il puisse voir, n'est plus sujet de communication mais objet d'information[231]. Michel Foucault voit dans le panoptisme le point de fusion du renfermement et de l'exclusion, la rencontre du modèle lèpre et du modèle peste qui permet de traiter les « lépreux » comme des « pestiférés » et de « pestiférer » les « lépreux[232] ».

Le *Panopticum* a fait son chemin et règne en maître absolu sous une forme que Bentham aurait eu peine à imaginer. Le panoptique d'aujourd'hui ne peut se visiter comme un bâtiment, telle l'université d'Oxford par exemple, car il est totalement dématérialisé, virtuel certes, mais réel dans ses effets. Tout peut être vu sous un clic d'index quand le mot d'ordre est devenu un mot de passe, un *login*, un code d'accès ; forteresse fragile que l'on peut craquer. Les monades leibniziennes communiquent entre elles non plus par Dieu mais par le réseau numérique, variations sur le chiffre 1 et le chiffre 0, sur l'unité suprême et le néant.

A contrario, les autorités de santé voudraient faire jouer le rôle de panoptique aux centres 15 des SAMU. Au principe d'écoute permanente, écouter et être écouté, s'ajoutent, certes, de nouveaux procédés comme la géolocalisation des vecteurs d'intervention, que ce soient les véhicules des SMUR ou les ambulances privées, qui permettent de voir sans être vus. Des pixels iconifiés se déplacent sur une image cartographique, transformation matérielle du temps sur un espace dématérialisé. Chaque appel peut désormais être localisé en temps réel et rien n'empêcherait l'association de l'image au son. Mais contrairement, par

[230] Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, rééd. coll. « Tel », 1993, p. 237.
[231] *Id*., p. 234.
[232] *Ibid*., pp. 232 & 233.

exemple, aux réseaux de surveillance vidéo qui inondent certaines villes de France, le centre 15 est un guichet auquel personne n'est obligé de se présenter. Ce n'est que par accident, que le centre 15 apporte des données épidémiologiques utiles aux tutelles pour endosser le rôle d'observatoire sanitaire. En 2003, les SAMU n'ont pas pu prévenir les décès imputables à la canicule et aujourd'hui encore, on ne peut évaluer au travers des centres 15 que la demande de soins et non les besoins.

3. La guerre des étages

L'hôpital est le rassemblement des territoires aux frontières fonctionnelles, géographiques et idéologiques. Chaque acteur de soin prend possession du sien. Le cloisonnement en « Services » développe un communautarisme où tout nouveau venu sans invitation, sans convocation, tout visiteur, surtout confrère ou collègue est pour l'indigène un allogène qui se donne à son corps défendant par sa seule présence un insupportable droit d'ingérence. Les « Services », lieux d'inquiétudes parce que étrangers pour l'étranger, inquiètent par leur volonté d'échapper à toute intégration. Du *service* on est passé, par glissement métonymique au *Service* entendu comme lieu ; de la *fonction*, on est passé à la *Structure*. Comme pour *l'urgence* et l'*Urgence*. On a cru mieux faire en changeant les termes : « Fédérations », « Départements », « Pôles »… autant de projets pour réunir les Services réduits en « Unités », découpés en « Unités fonctionnelles ».

Chaque service – on peut garder le terme générique – développe ses propres valeurs. Propre évaluateur de sa valeur propre, qu'elle soit morale ou intellectuelle, le chef de service – fonction fondée sur le totem du *Führerprinzip* – est le modèle, le maître, le mètre-étalon, le grand timonier, l'inspirateur de toutes les consciences. Toute une génération de chefs s'accrochent à l'ultime symbole de leur pouvoir : les lits. Le nombre de lits expose la puissance du maître des lieux, monarque sans sujets. En effet, chaque praticien hospitalier (PH) est souverain dans son art et ne rend compte qu'incidemment à un chef. Monade encore récemment nommée par décret ministériel, le PH n'était coiffé que par le plus

haut terme de l'administration française. La prise en main de la totalité des affaires médicales par les directions hospitalières change la donne. Toujours est-il que les différents praticiens d'un même service continuent à se tenir bien plus dans la proximité, la promiscuité que par la relation professionnelle. Le chef n'est pas leur chef mais le chef du service dans lequel ils exercent. Un service de taille ne doit être entendu qu'au pied de la lettre. Les lits deviennent l'enjeu de négociations avec la direction et les autres services, tout particulièrement les Urgences : lits réservés, lits fermés, lits en désinfection, lits sans soignants, lits sans malades... Jusqu'aux lits supprimés. Hospitaliser un patient sans le blanc-seing de l'accepteur, telle est le méfait qui doit être sanctionné. Le médecin au lit défloré perd son innocence face au patient dont il s'estime l'hôte involontaire et subi : il doit en répondre même la main forcée. Et soigner un malade qu'il n'a pas choisi demeure pour le médecin hospitalier le plus redouté des exercices de l'art. C'est tout un essaim de valeurs que viole le geste impur du barbare conquérant. Le crime de lèse-majesté entre confrères hospitaliers reste à jamais celui de la transgression du territoire. « Chacun chez soi » est inscrit dans le marbre des hôpitaux, forteresse des camps retranchés, et le « devoir de non-ingérence » se charge de rendre muet tout réformateur. Le Service par l'image de territoire qu'il projette est gros d'un tabou.

> « Le tabou présente deux significations opposées : d'un côté, celle de *sacré*, *consacré* ; de l'autre, celle d'*inquiétant*, de *dangereux*, d'*interdit*, d'*impur*[233]. »

Toujours avec Freud, « est tabou tout ce qui, pour une raison quelconque, inspire la crainte ou l'inquiétude[234]. » Territoire sacré, le Service est le lieu qui sert à préserver et à se préserver. Territoire d'inquiétude, le Service est à la fois territoire inquiet, inquiet d'être pénétré à son insu. Malheur au violeur de territoire !

> « L'homme qui a enfreint un tabou devient tabou lui-même, car il possède la faculté dangereuse d'inciter les autres à suivre son exemple. Il éveille la jalousie et l'envie : pourquoi ce qui est défendu aux autres lui serait-il permis ? Il est donc réellement *contagieux*, pour autant que son exemple pousse à l'imitation, et c'est pourquoi il doit être évité[235]. »

---

[233] Sigmund Freud, *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*, trad. Serge Jankélévitch, Paris, Payot, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1965, p. 29. C'est l'auteur qui souligne.
[234] *Id*., p. 35.
[235] *Ibid*., p. 57.

Dès lors qu'il est tabou, le Service devient par nature impénétrable ; il suffit de comparer le tabou avec son contraire, *noa*, qui, en Polynésien, est « ce qui est ordinaire, accessible à toute le monde[236] ». L'accès au Service relève de l'extraordinaire. Il faudra une reconnaissance, une reconnaissance qui vaut autant pour le médecin adressant que pour le malade adressé. Les malades les plus acceptés seront ceux qui auront été re-connus, qui seront déjà connus. Ce sont les malades atteints d'affections chroniques ou les malades au contact pré-établi par une consultation ; en d'autres termes, les malades programmés c'est-à-dire contraints à une discipline fut-elle discipline médicale, un autre nom pour « spécialité ».

Le spécialiste hospitalier fait partie de ce que l'universitaire canadien Henri Mintzberg appelle la « bureaucratie professionnelle ». Les patients – ou clients – sont classés par catégories dans une relation homothétique avec chaque spécialité générant une équivalence entre marché et fonction. Les médecins de la bureaucratie professionnelle sont peu sensibles à une progression hiérarchique administrative et cherchent plutôt l'autonomie et la reconnaissance de leurs pairs. La démocratie qui peut régner au sein d'une bureaucratie professionnelle est une « démocratie de corps », une « oligarchie de professionnels » qui établit des « organisations collégiales » dont la CME est l'ultime avatar.

Mais c'est à partir de la distribution géographique que s'est installée une distribution idéologique qui oppose les Urgences aux « Etages ». Les Etages recouvrent explicitement ou symboliquement les Services spécialisés de court séjour – branche du système MCO – qui accueillent les patients provenant des Urgences. Même un Service installé au rez-de-chaussée ou, à l'extrême, l'aile entière d'un bâtiment sont assimilés aux « Etages ». Comme le service d'étages d'un hôtel, le Service d'étages d'un hôpital n'offre ses prestations qu'aux « clients » qu'il héberge. Son cahier des charges n'impose plus aucune disponibilité immédiate pour le patient dont la pathologie demanderait qu'il y soit admis directement. Le passage aux Urgences est un préalable nécessaire – mais loin d'être suffisant – pour pouvoir accéder, pour pouvoir muter, pour pouvoir « monter » dans un Service. Les malades des urgentistes n'évoluent pas nécessairement en patients des spécialistes.

[236] *Ibid*., p. 37.

Et lorsque le cadre administratif – le seul responsable juridique des admissions – est saisi pour débloquer la situation d'un patient en attente entre les deux mondes, Urgences et Etages, c'est toujours dans l'urgence. Trancher plutôt que dénouer les nœuds gordiens est la marque d'un système, d'un *Gestell* qui n'a de finalité que son propre fonctionnement. Chacun reste campé sur ses acquis, « mes lits, mon bureau, ma secrétaire » pour les Étages, « mes malades, mes heures, mes récupérations » pour les Urgences, « mon hôpital, mon budget, ma carrière » pour les Directions.

En comparaison avec le système bien quadrillé des Services traditionnels avec couloirs, chambres de malades, offices infirmiers, bureaux médicaux, secrétariat,… les Urgences font figure d'*open office*. C'est un service ouvert – une société ouverte – où l'on rentre et sort du box malgré la réticence du personnel. Même si les accès sont réglementés, les personnes se sentent presque chez elles. La présence d'une population bigarrée fait ressembler l'entrée des Urgences et ses salles d'attente à un hall de gare ou, selon les heures, à un commissariat de police où la présence des forces de l'ordre participerait au désordre ambiant. C'est l'exact opposé de l'idéal de civilisation décrit par Freud : propreté, ordre, beauté[237].

Médecine de masse, médecine de soins extensifs, la médecine d'urgence s'oppose donc à la médecine des spécialités, médecine segmentée, sélective, conventionnelle. Mais alors que certaines spécialités ont perdu leurs urgences en les laissant en friche aux urgentistes, d'autres, comme les neurologues, les découvrent par l'intermédiaire de la thrombolyse des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Lorsque chaque minute se traduit en nécrose cérébrale, il faut une disponibilité sans défaut à toute heure du jour et de la nuit.

Comme toujours, des exceptions viennent démentir la règle générale. Les cardiologues, par exemple, ont compris que la survie d'une clientèle passe par la survie des patients. La réputation d'un médecin est, pour le patient, liée à la réputation d'un service, résultat de la réputation d'une équipe dont la compétence s'accroit avec la disponibilité. Si l'on veut maintenir son unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), il faut accepter de venir examiner aux Urgences *tous* les syndromes coronaires aigus (SCA) par exemple ; si l'on veut poser des

[237] Sigmund Freud, *Malaise dans la civilisation*, trad. Pierre Cotet, René Lainé et Johanna Stute-Cadiot, Paris, PUF, 1995, coll. « Quadrige », 2002.

pacemakers et autres défibrillateurs implantables, il faut prendre en charge *tous* les troubles du rythme…

Chapitre VIII. Vérité

1. Vérité relative

1. « A chacun sa vérité »

Pour les traumatismes chirurgicaux, blessure, plaie, saignement extériorisé,… médecins et patients sont en accord sur le caractère urgent du phénomène. L'homme blessé qui saigne est par *nature* une urgence. L'ajustement portera sur l'estimation des *degrés* d'urgence dans l'atteinte à l'intégrité physique. En effet, par exemple, une plaie de l'arcade sourcilière au saignement spectaculaire est moins « urgente » qu'une discrète mais profonde plaie de pouce. Mais dans tous les cas, *une urgence peut en cacher une autre* et tout traumatisme, même léger, tout saignement, même mineur doivent être pris en charge sans délai – ne serait-ce que pour se garder des projections de sang sur le sol, les murs ou les soignants.

Pour les symptômes médicaux on pourrait résumer l'urgence à un « coup » – le *stroke* des Anglo-Saxons pour qualifier ce que l'on appelle un « accident » dans l'AVC, une « attaque » comme l'attaque cérébrale – ou à une « crise » comme la crise cardiaque, la crise d'épilepsie, la crise de nerf… On aura l'occasion de rencontrer à nouveau la crise en y portant un autre regard[238]. L'urgence qualifie donc tout phénomène de survenue brutale auquel on n'a pu se préparer, tout phénomène face auquel on n'a pu se défendre. *« Un coup de tonnerre dans un ciel serein ! »* pour reprendre une expression qui met en image la péritonite par perforation d'organe creux. L'urgence est tout phénomène à caractère inconnu ou non reconnu ou au contraire reconnu dans la répétition et là, c'est le caractère répétitif qui fait l'urgence. L'urgence est donc tout ce qui est *subi*, *subit* et *inédit*.

Même si les médecins accordent régulièrement crédit aux patients sur le caractère urgent des symptômes qui les affectent, on peut tracer une ligne de

[238] *Cf.* Troisième partie.

partage entre l'urgence du médecin et celle du patient. En effet, par exemple, l'AVC qui est une urgence médicale peut ne pas être perçu comme telle par sa victime. Un phénomène non douloureux, quand bien même fut-il invalidant, a plus de risque d'être négligé par son porteur que, par exemple, une douleur thoracique intense véritable signal d'alarme naturelle imposant l'action. Mais plus souvent, le médecin est confronté à une personne qui se présente aux Urgences ou téléphone au Centre 15 avec une idée pas toujours très claire, encore moins distincte souvent, de ce qui l'affecte. *« Ça ne va pas ! Je ne me sens pas bien ! »* La seule certitude en la circonstance porte sur la présence d'un mal-*être* en amont de l'*avoir* symptomatique. Parfois, cette personne peut avoir été conduite aux Urgences par un tiers, un proche comme un membre de la famille, un ami, un voisin ou un représentant d'une institution comme l'officier de police judiciaire (OPJ)… La cause médicale, lorsqu'elle existe, est cachée sous d'autres motivations.

Mais que la personne concernée ou un tiers soit à l'origine de la plainte, tous s'accordent pour dire qu'« il y a *urgence* ». Ainsi donc, l'existence de l'*urgent* précède l'essence de l'urgence. De même, derrière chaque appel téléphonique au Centre 15 il y a urgence jusqu'à preuve du contraire, une urgence *a priori* que le traitement de l'appel requalifiera en urgence médicale ou non. L'urgence n'a d'existence que par l'existant ; l'urgence ne peut être un exister sans existant que dans l'expression *« il y a urgence »*, ou *« ça urge »*. Une *essence* de l'urgence médicale qui serait le point de ralliement de tous, patients, médecins, payeurs… a de quoi séduire. L'urgence *en-soi* se déclinerait ensuite dans une multitude d'urgences médicales – les urgences vraies – et le reste ne serait qu'un théâtre d'ombres. Il n'y aurait plus de rivalités dans la définition de l'urgence médicale qui serait *une* par son essence. L'évaluation de l'orientation des personnes serait aisée : ne se présenteraient aux urgences que les vraies urgences, les SMUR n'interviendraient que sur de vraies urgences…

L'expérience contredit cette interprétation platonicienne de l'urgence car pour définir le caractère urgent d'une situation, il faut l'avoir médicalement appréhendée. Dans la plupart des cas, on ne peut être sûr du caractère non-urgent d'une situation qu'*a posteriori*. C'est souvent *après-coup* que l'on peut dire qu'il n'y a pas urgence.

Aux Urgences, on ne peut pas se contenter de bricolage pré-diagnostique ou de travailler sur un « pré-tri » comme on l'entend trop souvent. *« Si une personne se présente aux Urgences pour un mal de tête, il suffit de lui donner un comprimé d'aspirine et la renvoyer à son médecin traitant ! Ça évite de la faire attendre pour rien ! »* Ainsi s'indigne un directeur d'hôpital lorsqu'on lui cite les différents motifs de recours et les raisons de l'« engorgement des urgences ». Mais ce que l'indigné ne sait pas ou souhaite ignorer, c'est que derrière toute céphalée peuvent se cacher une hémorragie sous-arachnoïdienne, une méningo-encéphalite herpétique, un hématome sous-dural… qui ne sont ni des symptômes, ni des concepts, mais des diagnostics positifs dont le traitement est à débuter sans délai sauf à grever le pronostic.

C'est ainsi que les médecins urgentistes envisagent pour chaque cas toutes les hypothèses diagnostiques nécessitant un traitement urgent avant de pouvoir affirmer le caractère d'une situation. En suivant les catégories hégéliennes, on peut mettre un terme à cette dualité des urgences en posant d'emblée toutes les urgences sous forme de *représentations*, les urgences ressenties, dont certaines ensuite, les urgences vraies, pourront se livrer sous forme de *concepts*. La fragilité du cordon sanitaire qui entoure les vraies urgences incite à éliminer, à peine exposé, le terme de « concept ».

Car les médecins ne sont pas nécessairement d'accord entre eux sur la vérité des urgences. Par exemple, pour tel spécialiste, tel examen demandé en urgence par le médecin urgentiste peut être différé au lendemain. Ce qui parait urgent à l'un ne l'est pas pour l'autre et ce, parfois, pour des raisons totalement étrangères à la médecine. Le médecin urgentiste est ici dans l'énonciation performative malheureuse c'est-à-dire « interdite ou bien sabotée » pour reprendre l'expression de John Austin[239]. Il vient d'annoncer à la famille d'un patient qu'il va faire bénéficier ce dernier d'un scanner. Le radiologue peut estimer que l'examen n'apportera aucune contribution thérapeutique immédiate. De retour vers la famille, il lui faudra justifier ce changement de programme. *« On a un petit problème avec l'appareil, mais ne vous inquiétez pas, ça ne change rien, on peut réaliser l'examen plus tard. »* Ce que l'on ne dit pas toujours, c'est que parfois, l'accueil du patient par le spécialiste d'Étage concerné est conditionné par la

[239] John L. Austin, *Quand dire c'est faire*, *op. cit.*, p 50.

réalisation préalable d'une imagerie. *« D'accord, je veux bien prendre ton patient dans mon Service mais après qu'il ait eu son scanner. »* L'examen urgent n'est urgent qu'en qualité de clé d'accès au Service spécialisé. *« Tu comprends, une fois dans mes lits, le patient va attendre au moins trois jours avant d'avoir son examen. Aux Urgences, tu peux l'avoir toute de suite plus facilement ! »*. La réalisation d'un scanner, donc son résultat, peut éviter au patient une orientation dans le « mauvais » service. On l'a compris, le Service n'est ni bon ni mauvais, c'est l'orientation qui est mauvaise. Si le médecin receveur peut *« rattraper le coup »*, *« rectifier le tir »*, on va éviter la « perte de chance ». Il y aurait d'un côté, le diagnostic des urgences comme un jeu de hasard et, de l'autre, le diagnostic des étages gagnant à tous les coups.

Mais s'il y a bien un point qui fait l'unanimité, c'est que l'urgence, vraie ou ressentie, doit être traitée aux Urgences. *« En tout cas, pas dans mon Service, je n'ai pas assez de personnel ! »*

2. La vérité diagnostique

Le diagnostic serait donc la seule façon de mettre tout le monde d'accord. Et le médecin est avant tout formé par la faculté pour devenir un bon diagnosticien. Selon la tradition médicale, pas de bon traitement sans diagnostic correct. Si l'interrogatoire, avec son anamnèse dont on a discuté l'étymologie dans un précédent chapitre, est une étape indispensable, l'examen clinique est au fondement du diagnostic. Le bon diagnosticien doit être avant tout un bon clinicien. Georges Simenon, par l'intermédiaire du personnage principal de *L'ours en peluche*, le professeur de gynécologie Jean Chabot, condense en quelques mots cette étape cruciale dans l'élaboration du diagnostic :

> « Ne rien négliger ! Ne pas se contenter d'une réponse à peu près satisfaisante, d'un symptôme évident. Eliminer les faits douteux. Grouper les autres. Et, même alors, ne pas se fier à la solution qui saute aux yeux[240]. »

Car « c'était la discipline qu'on lui avait apprise et qu'il inculquait à son tour à ses élèves[241] ». On garde toujours une admiration pour le médecin clinicien

[240] Georges Simenon, *L'ours en peluche*, 1960, *in Tout Simenon 10*, Paris, Omnibus 2001, p. 594.
[241] *Id*.

hors pair, celui capable d'élaborer des diagnostics subtils au lit même du malade. On parle de fin clinicien au même titre de raffinement que celui de fin gourmet. Le bon clinicien passe de l'observation à l'examen pour en tirer des signes qui vont *dire* ce que les symptômes *sont*[242] et *bien plus encore*.

Les signes cliniques qui ont des racines physiopathologiques communes sont regroupés en syndromes. Le mot « syndrome », du grec *sundromé*, contient déjà l'idée de « réunion », de « conclusion »[243]. Les signes cliniques qui se rassemblent autour d'une cause commune bien identifiée forment une maladie. Maladie et syndrome relèvent donc d'un assemblage de symptômes, d'une construction totalement artificielle. De nombreuses maladies portent le nom de leur inventeur ou beaucoup plus rarement celui d'un patient comme la maladie de Charcot appelée maladie de Lou Gehrig aux Etats-Unis. Les maladies neuro-dégénératives les plus fréquentes ont pour nom Parkinson, Alzheimer… La célébration de grands médecins à travers les pathologies est une tradition qui tend à reculer depuis quelques années. On est même enclin à renommer certaines maladies par des noms génériques pour des raisons pédagogiques ou, plus exceptionnellement, historiques. Ainsi une granulomatose d'origine auto-immune portait le nom de l'anatomo-pathologiste allemand Friedrich Wegener (1907-1990) qui l'a décrite en 1936. En 2006, Alexander Woywodt, néphrologue à Hanovre et Eric Matteson de la Mayo Clinic aux Etats-Unis suggèrent que la maladie éponyme soit abandonnée au profit de l'appellation *ANCA-associated granulomatous vasculitis*, « vascularite granulomateuse idiopathique[244] ». L'objectif est de faire tomber dans l'oubli un médecin dont on a découvert le passé nazi. Wegener a été membre des *SA* en 1932 et a rejoint le *NSDAP* en mai 1933 et a été qualifié après 1945 par les autorités polonaises de « criminel de guerre ». Dans quelques années, plus aucun étudiant en médecine n'entendra parler de la maladie de Wegener.

C'est l'art médical, donc, qui décide de rassembler de *cette* façon, et non d'une autre, des symptômes épars, pour créer ainsi maladies et syndromes. A partir du corpus de maladies et syndromes existants, le médecin pose un

[242] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*, p. 92.
[243] « Syndrome » peut provenir de *sun-dromos* c'est-à-dire de *sun*, « ensemble » et *dromos*, « action de courir » et aussi, par glissement métonymique, « emplacement pour courir » que l'on retrouve en suffixe dans les mots « hippodrome », « vélodrome » par exemple.
[244] Alexander Woywodt, Eric L. Matteson, « Wegener's granulomatis–probing to untold past of the man behind the eponym », *Rheumatology*, 2006, 45, pp. 1303-1306.

diagnostic et le verbe « poser » a une importance cardinale à tel point que l'on parle de diagnostic *positif*. Poser un diagnostic, c'est poser devant soi les signes cliniques qui résultent d'une abstraction de symptômes, qui résultent en quelque sorte d'un artifice médical. On parle de *faire*, de *poser* un diagnostic, jamais de *découvrir*. Ce que l'on découvre en médecine, ce sont de nouveaux virus, de nouvelles bactéries… comme les astrophysiciens de nouvelles *exoplanètes*.

Le diagnostic consiste en l'objectivation d'une subjectivité. Il est le résultat de la transformation épistémologique d'une épreuve ontologique. On change le malade de catégorie, on passe de l'être à l'avoir, une distinction rendue dans la langue anglaise par les mots *illness* et *disease*. Le substantif *disease* traduit la maladie médicale dans son acceptation biologique, *avoir* une maladie, la maladie que l'on *a*, que l'on a attrapée, tandis qu'*illness* rapporte l'expérience du malade, *être* malade, *se sentir* malade[245].

Les urgences ressenties (*illness*) deviendraient ou non des urgences qualifiées de vraies (*disease*) par le corps médical. Médecins et patients ont donc raison dans leur qualification de l'urgence, épistémologique pour les premiers, phénoménologique pour les seconds.

2. Vérité médicale

On peut dégager trois lignes de forces, trois épistémès comme dirait Foucault sur la fondation en vue d'une vérité médicale. Une première prend racine dans l'observation philosophique qui donne la médecine d'observation ou *médecine expectante* ; une seconde part de l'empirisme au sens populaire pour s'enrichir ensuite de l'empirisme philosophique et la troisième se veut science expérimentale avec la méthode de Claude Bernard. Nous ajouterons la méthode du médecin urgentiste qui procède par réfutation.

[245] Il faut y ajouter une troisième dimension rendue par le mot *sickness* qui désigne le statut social et économique de l'être malade ; comme lorsqu'en français l'on dit « se faire porter pâle ».

1. Médecine expectante

La philosophie occidentale serait née de l'alliance de l'observation des faits de la nature et du *logos*, cette volonté d'expliquer sans recours au *muthos*. Les premiers philosophes sont des *physiciens*, grands observateurs de la *phusis* qui cherchent dans l'immanence à expliquer l'ordre parfait du monde supralunaire, à saisir le cosmos. Les philosophes sont matérialistes, toute transcendance part de l'immanence et, comme chez les empiristes modernes, seuls les faits accessibles par les sens doivent être étudiés. Le corps humain devient un microcosme qui peut s'observer comme le macrocosme.

On raconte que Démocrite, en présence d'Hippocrate, fut capable d'identifier la provenance d'un lait que l'on venait de lui apporter : une chèvre noire et primipare. « L'exactitude de l'observation remplit Hippocrate d'admiration[246] ». Mieux encore :

> « On dit aussi qu'Hippocrate était accompagné d'une jeune fille que Démocrite salua le premier jour d'un : "Bonjour, mademoiselle !" et le lendemain d'un : "Bonjour, madame" ; et de fait, la jeune fille avait perdu pendant la nuit sa virginité[247]. »

Jean-Paul Dumont parle de traits dignes d'un *Sherlock Holmes antique* aux déductions subtiles « fondées sur des observations qui échappent aux autres mortels[248] ».

Comment la médecine d'observation pourrait-elle être le produit de la philosophie de l'observation ? En réalité il y a toujours deux histoires, une histoire des idées et une histoire de leur mise en pratique. La médecine d'observation est la mise en application de la philosophie de l'observation. La médecine expectante est une médecine « qui observe et prévoit le cours des maladies, mais sans avoir pour but d'agir directement sur leur marche[249] ».

L'observation se retrouve dans le dossier médical du patient souvent rédigée par un étudiant à qui il est demandé de ne pas intervenir sur le patient –

---

[246] Diogène Laërce, *Démocrite*, trad. Jean-Paul Dumont, *in Les Présocratiques*, Ed. Jean-Paul Dumont, Paris, Gallimard, 1988, coll. « Bibl. de la Pléiade », p. 749.
[247] *Id*., pp. 749-750.
[248] *Ibid*., p. 1464, n. 1.
[249] Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, *op. cit.*, III[e] partie, Chap. IV, I, p. 278.

l'étudiant hospitalier ne peut prescrire –, de se contenter d'observer et de transcrire ce qu'il a constaté à l'issue de l'interrogatoire et des signes qu'il a observés. Le dossier, tout comme l'article de presse médicale, signent une transformation du temps en espace.

2. Médecine conjecturale

La médecine empirique grecque, dont on peut rapprocher l'actuelle médecine traditionnelle africaine, est née à l'ombre de la bibliothèque d'Alexandrie sous Ptolémée I^{er} (367-283 av. J.-C.). Dans la ville phare s'opposent deux médecines, l'une savante et enseignante, ancêtre de notre médecine universitaire, l'autre ordinaire et populaire ; une partition encore d'actualité. Les médecins empiriques[250], partisans du scepticisme de Pyrrhon, exercent la médecine en ayant recours à un minimum de théorie, en proscrivant l'abus de raisonnement. Ils tirent parti de l'observation des faits, l'autoscopie au sens grec du terme. Ils procèdent ensuite par analogie c'est-à-dire par rapprochement des cas semblables et se nourrissent de l'expérience collective. Chez les empiriques, peu importe ce qui produit la maladie, l'essentiel est ce qui la supprime ; on ne cherche pas un coupable mais une solution. François Magendie (1783-1855), physiologiste titulaire de la chaire de médecine au Collège de France et maître de Claude Bernard, semble être l'ultime figure de cette médecine antidogmatique. Il est saisi de façon remarquable par Balzac dans *La Peau de Chagrin* sous les traits du personnage de Maugredie, un pyrrhonien moqueur ne croyant qu'au scalpel.

> « Il trouvait du bon dans toutes les théories, n'en adoptait aucune, prétendait que le meilleur système médical était de n'en point avoir, et de s'en tenir aux faits[251]. »

L'empirie ici présente se distingue de l'*empeiria* grecque. Certes, l'*empeiria* permet de savoir « qu'une chose est » sans qu'on en sache le « pourquoi ». Mais pour Aristote, *empeiria* veut dire concret, physique, clinique dirait-on aujourd'hui : on soigne quelqu'un de bien identifié, Callias ou Socrate par exemple, et non quelque personnage conceptuel, quelque « idéaltype » pour la

[250] On retiendra Philinus de Cos (III^{e} siècle av. J.-C.), Sérapion d'Alexandrie (200 av. J.-C.), Glaucias de Tarente (acmé vers 175 av. J.-C.).
[251] Honoré de Balzac, *La Peau de chagrin*, *op. cit.*, p. 253.

description d'une maladie. Le médecin empiriste, quant à lui, ne cherche ni le pourquoi ni le comment. Dans ce sens, Aristote combine, pour qualifier la médecine, la *tekhnè* et l'*empeiria*, car la *tekhnè* fait connaître « le pourquoi et la cause[252] ».

Il faut une nouvelle rencontre entre médecine et philosophie pour voir apparaitre une médecine qui épouse une méthode plus scientifique.

> « John Locke, lui-même médecin, trouva dans les travaux de Sydenham une excellente illustration de sa philosophie empiriste et en fut très impressionné. Il lui parut évident que la médecine, comme la philosophie, pourrait être transformée en faisant simplement appel à l'expérience qui viendrait s'inscrire sur une page blanche. Tout le reste n'était que fiction rationaliste[253]. »

On a encore à peine esquissé l'influence considérable qu'exercèrent mutuellement les médecins John Locke (1632-1704) et Thomas Sydenham (1624-1689). La préface de l'ouvrage majeur de Sydenham, *Obervationes Medicae* (1676), aurait même était dictée à deux voix. Le souffle philosophique anglais du XVII^{e} siècle a ravivé une médecine empirique. Sydenham, c'est Hippocrate plus Bacon ; Bacon parce qu'il est le premier à avoir proposé une méthode expérimentale.

L'empirisme serait la doctrine sur laquelle se fonde toute enquête. Et Deleuze va jusqu'à qualifier d'*Enquêteurs* les philosophes empiriques[254] dont John Locke est le chef de file, une longue lignée qui mène jusqu'à Wittgenstein et ses *Investigations philosophiques*. L'enquêteur, policier ou non, cherche les liens internes des phénomènes. Ainsi la médecine comme science expérimentale est en germe.

Le problème de la médecine empirique reste le raisonnement inductif. On part d'un cas particulier et on le rapproche d'une expérience collective qui vaut universalité. Le raisonnement inductif cherche à établir des lois universelles à partir d'énoncés particuliers observables en un lieu et un moment donnés et, par exemple, pour tel patient. La généralisation d'une série *finie* d'énoncés d'observations particulières légitime l'affirmation d'énoncés universels qui s'appliquent à la *totalité* des événements d'un type précis, en tout lieu, tout temps et pour toute personne. Des philosophes comme Karl Popper et Bertrand Russell

---

[252] Aristote, *Métaphysique I*, *op. cit.*, A, 1, 980 *a*, p . 4.
[253] Richard Harrison Shryock, *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*, trad. Raissa Tarr, Paris, Armand Colin, 1956, p. 19.
[254] Gilles Deleuze, *Le pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Minuit, 1988, p. 92.

ont mis en évidence les faiblesses de l'inductivisme que Hume avait déjà dénoncées au point que la critique de l'inductivisme se confond avec le « problème de Hume ».

> « Même après l'observation de la conjonction fréquente ou constante des objets, nous n'avons aucune raison de tirer une inférence quelconque à propos d'un objet autre que ceux dont nous avons l'expérience[255] ».

Pourtant, « lorsqu'un fait survient un certain nombre de fois, c'est une cause suffisante pour qu'humains et animaux s'attendent à le voir se reproduire »[256]. L'association régulière de deux phénomènes que l'on ne rencontre pas séparément a de grandes chances de se répéter à nouveau. Mais une inférence inductive avec des prémisses vraies peut conduire à une conclusion fausse[257].

> « Les animaux domestiques s'attendent à avoir leur nourriture lorsqu'ils voient les personnes qui s'occupent d'eux. Nous savons que toutes ces associations assez élémentaires peuvent être décevantes : le propriétaire des poulets qui les nourrit ponctuellement chaque jour, arrive un beau jour pour leur tordre le cou. Il aurait été utile pour les poulets d'avoir une conception moins simple de l'uniformité des actions humaines[258]. »

Comment imaginer que nous ne sommes pas au monde comme les poulets de Russell dans leur basse-cour ? La vie humaine n'est-elle pas une farce de Dieu ?

> « Le contraire d'un fait quelconque est toujours possible, car il n'implique pas contradiction et l'esprit le conçoit aussi facilement et aussi distinctement que s'il concordait pleinement avec la réalité. *Le soleil ne se lèvera pas demain*, cette proposition n'est pas moins intelligible et elle n'implique pas plus contradiction que l'affirmation : *Il se lèvera*. Nous tenterions donc en vain d'en démontrer la fausseté[259]. »

Le soleil se lèvera demain mais la probabilité est tout ce que nous pouvons souhaiter. Claude Bernard le confirme après Hume :

> « Si l'on se bornait à la seule preuve de présence, on pourrait à chaque instant tomber dans l'erreur et croire à des relations de cause à effet quand il n'y a que simple coïncidence[260] ».

---

[255] David Hume, *Traité de la nature humaine*, trad. Philippe Baranger et Philippe Saltel, Paris, Garnier-Flammarion, 1995, Livre I, III[e] partie, section XII, p. 211.
[256] Bertrand Russell, *Problèmes de philosophie*, trad. S. M. Guillemin, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1968, p. 74.
[257] Alan F. Chalmer, *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend*, trad. Michel Biezunski, Paris, La découverte, 1987, rééd. Librairie Générale Française, coll. « biblio essais », p. 40.
[258] Bertrand Russell, *Problèmes de philosophie*, *op. cit.*, pp. 73-74.
[259] David Hume, *Enquête sur l'entendement humain*, trad. André Leroy, Paris, Garnier-Flammarion, 1983, Section IV, I[ère] partie, p. 85.
[260] Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale,* Paris, Flammarion, 1984, rééd. « Champ », Première partie, Chap. I[er], VIII, p. 91.

Lorsqu'une présentation clinique qui s'est révélée par le passé associée à telle maladie se répète au présent, on pense naturellement juste de reposer le même diagnostic. *« C'est probablement la même chose »*. « Or, pour être valable, cette probabilité dépend du principe d'induction[261] ».

Le problème de l'induction réside dans la confusion entre cause et antécédents suivant la formule scolastique : *post hoc, ergo propter hoc*, « à la suite de cela, donc à cause de cela ». L'un des enseignements les plus féconds de Claude Bernard sera celui de la contre-épreuve :

> « Pour conclure avec certitude qu'une condition donnée est la cause prochaine d'un phénomène, il ne suffit pas d'avoir prouvé que cette condition précède ou accompagne toujours le phénomène ; mais il faut encore établir que, cette condition étant supprimée, le phénomène ne se montrera plus[262]. »

La contre-épreuve en pratique est le traitement symptomatique dont on connaît les limites. Les antalgiques, par exemple, font disparaitre un certain nombre de phénomènes sans pour autant que l'on ait pu conclure sur les conditions de leur apparition. C'est ainsi que, durant de nombreuses décennies, prescrire des morphiniques pour calmer une douleur abdominale a été une faute. Les caractéristiques de la douleur et son évolution pouvaient donner accès au diagnostic.

Pour le médecin en exercice, et non le chercheur, la production d'énoncés d'observations particulières est guidée par un corpus de connaissances générales qui lui ont été enseignées à la Faculté et durant les stages hospitaliers. Ainsi observation et hypothèse diagnostique se nourrissent mutuellement. On cherche la coïncidence, la correspondance symptomatique entre le particulier du cas et l'universel du type de description de maladie, l'« idéaltype » pour reprendre à nouveau le concept sociologique de Max Weber. Mais force est de constater que régulièrement l'observation *justifie* l'hypothèse au risque de ne garder que les faits qui confirment le diagnostic choisi. Chaque spécialiste cherche naturellement à confirmer ou infirmer une maladie de son champ de compétence. Pour un malaise, par exemple, le neurologue cherchera un déficit moteur, un signe de Babinski, des pointes ondes sur l'EEG…, le cardiologue, un trouble du rythme ou de conduction sur l'ECG…, le néphrologue, un trouble hydro-électrolytique sur le ionogramme sanguin…

---

[261] Bertrand Russell, *Problèmes de philosophie*, *op.cit.*, p. 80.
[262] Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, *op. cit.*, Première partie, Chap. premier, VIII, p. 91.

3. Médecine expérimentale

La médecine expérimentale ou médecine scientifique, « n'est que la réunion de l'expectation et de l'empirisme éclairés par le raisonnement et par l'expérimentation[263] ».

> « La médecine expérimentale se sert de l'observation médicale et de l'empirisme comme point d'appui nécessaire. En effet, la médecine expérimentale ne repousse jamais systématiquement aucun fait ni aucune observation populaire, elle doit tout examiner expérimentalement et elle cherche l'explication scientifique des faits que la médecine d'observation et l'empirisme ont d'abord constatés[264]. »

La méthode de Claude Bernard, c'est, pourrait-on dire, Hippocrate associé à Francis Bacon plus l'électricité. Le malade n'est plus seulement observé, il est *examiné*. L'examen clinique puis l'examen paraclinique offrent les conditions d'une science d'observation puis d'une science expérimentale.

Désormais, l'on fait systématiquement « passer » par les Urgences les malades adressés par leur médecin traitant *« car bien souvent le diagnostic, en réalité, n'est pas celui annoncé au téléphone par le confrère ! »*. C'est l'argument régulièrement avancé par le médecin des Étages sous le prétexte qu'il s'est *« déjà "fait avoir" une fois »*. Chacun garde en réserve ce que l'on appelle une « histoire de chasse » l'autorisant à refuser l'entrée de son service. *« L'autre jour, j'ai accepté un patient pour hyponatrémie et en fait, il s'agissait d'une hémorragie méningée ! »* Tout en se gardant aussi de préciser que le diagnostic a été porté après plusieurs jours d'hospitalisation. L'hyponatrémie, un symptôme et non un diagnostic, était peut-être une complication de l'hémorragie méningée ou bien avait pour étiologie un diagnostic tout autre. Le médecin fera désormais « transiter par les Urgences », selon une formule consacrée, tout patient qu'il a accepté.

Le diagnostic évoqué par le médecin traitant est une hypothèse qui doit passer au crible de l'expérimentation, au crible de la méthode expérimentale, « une idée scientifique qu'il s'agit livrer à l'expérience[265] ». Car, selon Claude Bernard, une hypothèse abandonnée à la seule logique se fige en *système*[266].

> « Dans la méthode expérimentale on ne fait jamais des expériences que pour *voir* ou pour *prouver*, c'est-à-dire pour *contrôler et vérifier*. La méthode expérimentale en

[263] *Id*., III^e^ partie, Chap. IV, II, p. 297.
[264] *Ibid*., III^e^ partie, Chap. IV, I, p. 280.
[265] *Ibid*., III^e^ partie, Chap. IV, IV, p. 304.
[266] *Ibid*., p. 305.

> tant que méthode scientifique, repose tout entière sur la *vérification expérimentale d'une hypothèse scientifique*[267]. »

On recueille les symptômes puis on élabore une hypothèse diagnostique que l'on vérifie « tantôt à l'aide d'une nouvelle observation (science d'observation), tantôt à l'aide d'une expérience (science expérimentale) [268] ». L'« expérience » en pratique médicale contemporaine s'appelle *examens paracliniques* dont les résultats autoriseront à valider ou non l'hypothèse initiale. Car la seule vérité, c'est celle qui est détenue par l'image du scanner ou les chiffres du laboratoire, examen médicaux considérés comme indépendants de l'opérateur, donc d'une objectivité absolue.

> « Allez d'abord à l'hôpital, mais cela ne suffit pas pour arriver à la médecine scientifique ou expérimentale ; il faut ensuite aller, dans le laboratoire, analyser expérimentalement ce que l'observation clinique a fait constater[269] ».

Ainsi se détache, dans un premier temps, l'expérience comme « instruction acquise par l'usage de la vie » de l'expérience médicale comme instruction « acquise par l'exercice de la médecine[270] ». On parle d'un *homme d'expérience*, de quelqu'un *« qui a de la bouteille* ou *« qui a pris de la bouteille »*, par analogie au vin qui bonifie en vieillissant, ou encore de quelqu'un *« qui en a vu »*. Mais dans les deux cas l'expérience peut être trompeuse. On répète parfois certains gestes, certaines prescriptions par une habitude qui donne l'illusion d'expérience. Un certain nombre de légendes médicales circulent sur le même mode que les légendes urbaines, relevant toutes de la pensée magique. Comme, par exemple, le débit d'oxygène maximal fixé à deux litres par minute qu'il ne faut jamais dépasser chez une personne porteuse d'une insuffisance respiratoire chronique. Certains secouristes, certains soignants mêmes, pensent qu'en augmentant le débit d'oxygène pour atteindre une meilleure saturation de l'hémoglobine, ils vont « tuer » le patient. Au contraire, en maintenant un faible débit d'oxygène, ils produisent l'hypoxie qu'ils pensaient éviter.

---

[267] *Ibid*., p. 304. C'est l'auteur qui souligne.
[268] *Ibid*.
[269] Claude Bernard, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, PUF, 1947, rééd. Coll. « Quadrige », 1987, pp. 109-110.
[270] Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, *op. cit.*, I[ère] partie, Chap. I[er], II, p. 39.

Dans un second temps l'expérience particulière peut atteindre l'universel en se singularisant « aux faits qui nous fournissent cette instruction expérimentale des choses »[271].

> « En allemand, il y a deux mots pour exprimer les deux idées : *Ersuch*, signifie l'expérience que l'on fait, l'expérimentation ; *Erfarhung*, l'expérience que l'on acquiert[272]. »

4. Médecine d'urgence

Le médecin urgentiste, quant à lui, une fois le traitement symptomatique instauré, semble procéder par élimination, par réfutation des diagnostics, et en priorité ceux qui imposent un traitement étiologique sans délai – à rebours de la méthode « probabiliste » tiré de l'adage médical nord-américain en vogue depuis les années 1950 : *« When you hear hoofbeats, think of horses, not zebras »* que l'on pourrait traduire par : *« lorsque vous entendez un bruit de sabot, pensez chevaux et non zèbres »*. La statistique[273] a pénétré l'adage sous la forme du « carré de White ». Le médecin nord-américain Kerr White a montré que l'enseignement universitaire de la médecine n'était pas approprié aux problèmes de santé auxquels les médecins généralistes seront confrontés au cours de leur exercice[274]. L'enseignement de la médecine générale doit préparer le futur médecin à une démarche diagnostique fondée sur la prévalence et l'incidence des pathologies rencontrées dans le *contexte* de l'exercice ambulatoire.

L'urgentiste ne pense pas réellement « zèbres » qui correspond à notre « mouton à cinq pattes » français pour désigner un diagnostic surprenant, il pense

---

[271] *Id*., p. 40.
[272] Claude Bernard, *Principes de médecine expérimentale*, *op. cit.*, p. 45.
[273] Il y a *les* statistiques et *la* statistique. Les premières sont des faits montrés à l'aide de chiffres, des informations numériques ; la seconde est la science de ces faits, la science qui permet l'étude de ces informations. Les statistiques et la statistique donnent à la médecine sa belle allure prédictive, son vernis de science exacte, son apprêt de science dure.
[274] Sur 1000 personnes exposées à un risque de santé sur une période d'un mois, 750 ressentent un problème de santé ; sur les 750, 250 consultent un médecin au moins une fois, les autres se soignent par automédication ; parmi les 250, 9 sont hospitalisées dont une dans un CHU (Kerr L. White, T. Franklin Williams, Bernard G. Greenberg, « The ecology of medical care », *New England Journal of Medicine*, 1961, 265, pp. 885-892). Une seconde étude réalisée en 2001 précisait la première : sur 800 personnes présentant un ou plusieurs symptômes, 327 nécessitent des soins et parmi elles, 217 consulteront un médecin dont 113 un médecin généraliste ; parmi les 217, 65 demandent un avis spécialisé ou se tournent vers une médecine alternative ; sur les 65, 13 se rendent aux Urgences et parmi elles 8 sont hospitalisées dont une dans un hôpital universitaire (Larry A. Green, George E. Fryer, Barbara P. Yawn & *al.*, « The ecology of medical care revisited », *New England Journal of Medicine*, 2001, 344, pp. 2021-2025).

en premier lieu au diagnostic le plus grave qui n'est pas nécessairement le plus rare. Par exemple, là où une douleur lombaire gauche de survenue brutale chez un adulte de plus de cinquante ans fait évoquer en première intention une crise de colique néphrétique, l'urgentiste pense avant tout à *« fissuration d'anévrisme de l'aorte abdominale »*. Au final, après avoir évincé tous les candidats à l'étiologie la plus grave, il n'aura formulé que des diagnostics négatifs ; par exemple, cette douleur thoracique, ce n'est ni un infarctus, ni une embolie, ni une dissection… c'est donc une douleur intercostale. Les tests utilisés pour, par exemple, le diagnostic d'infarctus du myocarde ont une valeur prédictive négative (VPN) – probabilité que la maladie soit absente lorsque le test est négatif – bien supérieure à leur valeur prédictive positive (VPP) – probabilité que la maladie soit présente lorsque le test est positif[275]. A l'extrême on peut comprendre l'étonnement de cet homme : *« Je suis entré aux urgences parce que j'avais du sang dans les urines ; ils m'ont fait subir un tas d'examens et je suis sorti avec le "diagnostic" d'hématurie ! »*.

Cette méthode que l'on pourrait qualifier par l'oxymore « empirisme négatif » souffre en outre des mêmes faiblesses que le principe de réfutation établi par Karl Popper pour démarquer science et non-science. Selon Popper, il s'agit de confronter à l'expérience une théorie ou conjecture pour tenter de la réfuter. La théorie « tous les cygnes sont blancs » tirée de l'observation d'une régularité dans la couleur des cygnes était vraie jusqu'à ce que l'on découvre des cygnes noirs. On ne peut donc jamais affirmer si une théorie est vraie mais la possibilité qu'elle soit réfutable lui donne son statut scientifique.

> « Le critère de la scientificité d'une théorie réside dans la possibilité de l'invalider, de la réfuter ou encore de la tester[276] ».

Certaines théories, comme les théories de la psychanalyse freudienne, ne sont pas des théories faillibles car ni vraies ni fausses, donc, selon Popper, à exclure du champ de la science.

> « Les "observations cliniques" dont les analystes ont la naïveté de croire qu'elles confirment leurs théories ne sont pas plus en mesure de le faire que ces

[275] Pour l'infarctus du myocarde, la VPP de l'élévation du taux sanguin des troponines – des protéines cardiaques libérées en cas de nécrose myocardique – oscille entre 50 et 73 %, contre une VPN de 97 à 99 % (Tobias Reichlin, Willibald Hochholzer, Stefano Bassetti & *al*., « Early Diagnosis of Myocardial Infarction with Sensitiv Cardiac Troponin Assays », *New England Journal of Medicine*, 2009, 361, pp. 858-867).

[276] Karl R. Popper, *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Trad. Michelle-Irène et Marc B. de Launay, Paris, Payot, 1985, p. 65.

> confirmations que les astrologues croient quotidiennement découvrir dans leur pratique[277] ».

Avec la méthode de réfutation, si l'on peut conclure à la *fausseté* d'une théorie à partir d'un énoncé d'observation vrai, en revanche, on ne peut jamais en prouver la *véracité*. Une théorie peut être maintenue en rejetant un énoncé d'observation contradictoire dont il est difficile voire impossible d'établir l'infaillibilité[278].

A défaut d'être prouvés, les diagnostics seront *probablement* vrais. La probabilité d'avoir une maladie est fonction du résultat et de la puissance d'un test diagnostique. On accroit la puissance d'un examen complémentaire si la probabilité conditionnelle, alias probabilité pré-test, est déjà élevée.

Mais le test à son tour est faillible : un taux sanguin de troponines cardiaques inférieur au seuil de normalité retenu permet d'exclure le diagnostic d'infarctus du myocarde (IDM) avec moins de trois pourcent d'erreur. Comment ne pas invoquer dans un premier temps un effet de seuil ? On pourrait accroitre le nombre de diagnostics d'IDM en abaissant le seuil de normalité du taux sanguin de troponines[279]. Mais que se passe-t-il pour les personnes du groupe des « moins de trois pourcent » ? Ce sera pour certains, une probabilité de diagnostic d'infarctus à cent pourcent.

3. Vérité absolue

1. La preuve par les faits

1. L'indice

[277] *Ibid*., p. 66.
[278] Alan F. Chalmers, *Qu'est-ce que la science ? Popper, Khun, Lakatos, Feyerabend*, *op. cit.*, p. 107.
[279] Un taux de troponine cardiaque est considéré comme anormal s'il dépasse une valeur seuil de référence correspondant au 99^{e} centile des valeurs obtenues dans un groupe de référence. Le 99^{e} centile correspond à la valeur de taux sanguin de troponine cardiaque à laquelle 99 % des dosages de troponine dans une population « normale » de référence sont inférieurs. On place à raison l'adjectif *normale* entre guillemets.

Au commencement d'une enquête, on cherche des traces comme les chasseurs d'animaux sauvages ; toute trace de vie… On se souvient que Robinson découvre un jour sur l'île déserte une trace de pas :

> « S'agissait-il de celle d'un autre homme ? Ou bien était-il depuis si longtemps dans l'île qu'une empreinte de son pied dans la vase avait eu le temps de se pétrifier par l'effet des concrétions calcaires[280] ? »

La trace est l'association d'une absence et d'une présence, l'association de quelque chose qui a disparu et de quelque chose qui a été laissé. C'est le principe de Locard[281] ou principe d'échange : « tout contact laisse des traces ». Par exemple, l'assassin laisse une trace sur le lieu du crime – empreintes digitales, brins d'ADN… – et en emporte une – traces de sang, traces de boue… – qu'il garde involontairement sur lui. Transfert, persistance et pertinence qualifient la trace que recherche l'enquêteur. Après avoir commis un assassinat, le personnage de la nouvelle de Bradbury, *Les fruits posés au fond de la coupe*[282], se refuse à laisser sur les lieux du méfait la moindre trace qui permettrait aux enquêteurs de remonter jusqu'à lui. Il va donc procéder à un nettoyage méticuleux de tous les objets qu'il pense avoir manipulés. Les policiers l'interpellent alors qu'il œuvre au grand nettoyage du domicile de sa victime. Une seule trace suffirait à le confondre alors que l'absence de trace ne peut nécessairement le disculper. Le policier *traque* le criminel, le meurtrier, l'assassin ; le médecin la cause de la maladie, de la souffrance, de la blessure… Seule la psychanalyse cherche à donner un sens et non une cause au symptôme.

On retrouve la trace dans le mot « traçabilité ». La traçabilité est le processus qui permet de retrouver à chaque étape des soins, une trace du patient et parfois du soignant. On parle aussi de pathologies traçantes pour des maladies dont on va suivre l'évolution jusqu'à la guérison ou la morgue.

La trace et la traque rapprochent le médecin du policier. Ainsi la série TV *Dr House*, qualifiée de série médicale, fonctionne comme une série policière. Une énigme appelle une enquête qui conduit à un ou plusieurs suspects puis à un coupable, en l'occurrence une maladie ou un syndrome. La série est un hommage

---

[280] Michel Tournier, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Paris, Gallimard, rééd. Folio, 1996, p. 66.
[281] Edmond Locard (1877-1966) a fondé à Lyon en 1910 le premier laboratoire de police scientifique.
[282] Ray Bradbury, « Les fruits au fond de la coupe », in *Les pommes d'or du soleil*, trad. Richard Negrou, Paris, Denoël, coll. « Présence du futur », 1956.

explicite à Sherlock Holmes, le plus célèbre détective de fiction[283]. Mais le plus bel hommage est implicite. Pour créer son personnage, le Dr Arthur Conan Doyle s'était inspiré de l'un de ses maîtres. Durant ses études de médecine à Edimbourg, de 1876 à 1881, l'étudiant Doyle est marqué par deux professeurs, le Pr Rutherford et le Pr Joseph Bell (1837-1911). Ce dernier, par sa science de l'observation et de la déduction, lui inspire le personnage de Holmes[284].

> « La déduction subtile, insouciante, fulgurante, inspirée par un fil, un anneau de fumée, une éraflure que la plupart des simples mortels négligent, mais qui était tout pour Bell comme pour Holmes[285]. »

Ainsi, par ricochet, le professeur d'Edimbourg se trouve à nouveau incarné et cette fois-ci non plus dans le personnage d'un détective londonien mais dans celui d'un médecin nord-américain de Princeton, dans un odieux diagnosticien « pas physiquement programmé pour être poli[286] ».

L'indice sera toute trace autre qu'une empreinte. L'indice, tout comme l'empreinte mais aussi le symptôme, une fois établi par un « acte de reconnaissance », s'identifient aux faits. L'acte de reconnaissance est le processus qui advient lorsqu'un observateur interprète un événement ou un objet, produit naturel ou de l'action humaine, un fait parmi les faits, « comme l'expression d'un contenu donné[287] » L'empreinte est une corrélation posée en règle[288]. Le symptôme médical est une expression bien codifiée – préétablie donc – qui en théorie contient la classe de toutes les causes possibles. L'indice – quant à lui, est rarement codifié et son interprétation est plus souvent question d'inférence. C'est, selon Umberto Eco, « ce qui rend les romans policiers plus passionnants que les

---

[283] On retrouve quelques indices récurrents qui signent l'air de famille des deux personnages. Gregory House n'a pas de biographe mais c'est un confrère très proche, le Dr James Wilson, qui fait figure de Dr Watson. Ce n'est pas l'usage de la cocaïne mais la surconsommation de codéine sous forme d'hydrocodone qui est à l'origine de sa dépendance. La musique rapproche les deux personnages même si le violon a cédé la place à la guitare électrique ou au piano selon les épisodes. L'appartement privé du chef de service de médecine interne du Princeton-Plainboro Teaching Hospital porte le numéro 221B. Enfin, House et Holmes sont tous deux proches de *home*, le premier par synonymie et le second par phonétique.

[284] Lucien-Jean Bord, *Dictionnaire Sherlock Holmes*, Paris, Le cherche midi, coll. « Néo », 2008, pp. 39 et 87. Le Pr Rutherford servira de modèle au Pr Challenger dans *Le Monde Perdu*.

[285] Ely M. Liebow, *L'homme qui était Sherlock Holmes. Une biographie de Joseph Bell*, Trad. Dominique Goy-Blanquet, Paris, Baker Street, 2009, p. 34.

[286] *Dr House*, saison 5, ép. 11.

[287] Umberto Eco, *La production des signes*, Paris, Librairie Générale française, 1992, p. 72.

[288] L'empreinte renvoie à la fois au processus de la métaphore car elle ressemble ou représente l'agent imprimeur et à celui de la métonymie car elle fait preuve d'un « rapport préalable de contiguïté entre empreinte et agent imprimeur ». (*Id.*, p. 73)

diagnostics médicaux ordinaires[289] ». Pour Charles Sanders Peirce, le rapport nécessaire à l'objet, dont il fait signe, et contingent à l'interprétant distingue radicalement l'indice (*index*) des autres catégories sémiotiques[290] que sont l'icône et le symbole.

> « Exemple : un moulage avec un trou de balle dedans comme signe d'un coup de feu ; car sans le coup de feu il n'y aurait pas eu de trou ; mais il y a un trou là, que quelqu'un ait l'idée de l'attribuer à un coup de feu ou non[291]. »

L'indice renvoie toujours à un objet différent de lui-même qui le détermine en vertu de la relation réelle qu'il entretient avec lui. Mais l'indice n'affirme rien, il n'intervient que sur un mode impératif ou exclamatif aussi peut-on qualifier d'indiciaire tout signe clinique physique. Si le symptôme médical ne parvient pas à saturer le signe clinique, l'indice peut l'y aider. Les signes médicaux se nourrissent autant du symptôme, fait parmi les faits, que de l'indice, signe parmi les faits. Si le symptôme d'une maladie est absent, il faut en chercher les indices dans l'examen paraclinique. C'est le propre des examens sanguins, des radiographies de dépistage avec leurs limites propres. La trace nous a conduit à l'indice mais celui-ci doit encore faire ses preuves.

2. La preuve

Tout a commencé près des chutes du Niagara, à quelques *miles* de Toronto, où un mystérieux groupe d'universitaires de l'école de Médecine McMaster de Hamilton travaillaient depuis une décennie déjà à un nouveau concept qui donnera lieu à une première publication en 1992 signée *EBM Working Group*[292] ; *EBM* pour *evidence-based medicine* habituellement traduit en français par « médecine fondée sur les preuves » ou encore « médecine factuelle ».

Un cas clinique sert d'introduction et d'explication à l'idée de « preuve ». Une personne de sexe masculin quadragénaire fait pour la première fois une crise

[289] *Ibid*., p. 77.
[290] La *sémiotique* est la théorie peircienne des signes et la *sémiologie* la théorie saussurienne des signes.
[291] Carles Sanders Peirce, *Écrits sur le signe*, Trad. Gérard Deledalle, Paris, Seuil, coll. « L'ordre philosophique », 1978, 2.304, p. 140.
[292] Evidence-Based Medicine Working Group, « Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine », *Journal of American Medicine Association*, 1992, 268(17), pp. 2420-2425.

convulsive généralisée type grand mal alias crise épileptique. Les examens, clinique et tomodensitométrique, ne décèlent aucune anomalie caractéristique ; le tracé de l'électroencéphalogramme est aspécifique. Le patient interroge alors la résidente qui l'a pris en charge sur les risques de récidive du même événement. Questionnant son sénior, l'étudiante apprend que le risque de récidive est élevé sans pour autant pouvoir le chiffrer et transmet cette information comme telle au patient laissant ce dernier dans un état d'inquiétude (*a state of vague trepidation*). Le changement de paradigme, selon les termes mêmes des auteurs de l'article, tient dans l'introduction d'une étude de la littérature médicale. La résidente procède à une recherche bibliographique qui porte sur vingt-cinq articles à l'issue de laquelle elle peut affirmer au patient que le risque de récidive après une période de dix-mois sans épisodes critiques est inférieur à 20 % le laissant ainsi avec une idée claire sur le pronostic (*a clear idea of his prognosis*). Durée de l'opération incluant le trajet à la bibliothèque, la photocopie des articles : trente minutes ; coût total : $2,68. On imagine parfaitement la scène : *« Monsieur, vous avez un risque de récidive à un an situé entre 30 et 43 %, à trois ans entre 50 et 60 % mais si rien ne se produit durant un an et demi, alors le risque tombe en dessous de 20 % ! »* On peut douter que le patient soit sorti de l'hôpital avec une idée claire de ce qui pouvait lui arriver.

En résumé, la recherche selon l'*EBM* comporte trois étapes. En premier lieu, on reformule la question que pose le malade en termes de résolution de problème. On doit tenir compte avant tout des objectifs poursuivis : guérison sans séquelle, prolongation de la durée de vie, amélioration de la qualité de vie, traitement palliatif, maintien à domicile…

Dans un deuxième temps, on procédera à une revue de la littérature médicale se rapportant au problème et on fera une analyse critique de l'information recueillie. Dans l'exemple cité on peut s'interroger sur les critères de sélection des vingt-cinq articles : sur quel(s) critère(s) les vingt-cinq articles ont-ils été sélectionnés ? N'a-t-on retenu que les plus récents, les vingt-cinq dernières publications sur le sujet ou bien n'a-t-on retenu que celles dont les auteurs font autorité ? Et pourquoi vingt-cinq ? Pourquoi pas 250... ?

Enfin, on applique le résultat de l'enquête à la question posée. On procède ainsi à une deuxième enquête, une enquête dans l'enquête.

Tout en mettant fin au principe d'autorité, l'*EBM* n'a pas l'arrogance de s'émanciper de l'expérience et de l'intuition cliniques. En fait, l'*EBM* est, à l'origine, un outil d'enseignement et d'aide à la décision car sur le plan fonctionnel on peut la définir comme une rencontre des données de la recherche, de l'expérience clinique du praticien et des préférences du patient et/ou de ses proches qui convergent en une décision médicale rationnelle.

Mais quelles preuves ? Le mot anglais *evidence* signifie radicalement l'inverse du mot français « évidence ». Descartes soutien le modèle de l'idée claire et distincte, d'une évidence qui par définition ne demande pas de preuve.

On a, de plus, trop souvent tendance à confondre preuve et vérité. La preuve est l'accord entre les faits, la vérité est l'accord entre la chose et l'idée. La preuve est du côté ontique ou phénoménologique, la vérité du côté ontologique. Dans l'enquête diagnostique, dans le choix thérapeutique, ce sont les indices qui guident la démarche rationnelle.

Comme tous les outils, ils peuvent être saisis par des mains cavalières qui ne retiendront que la partie la plus médiatisée, médiatisée par la presse médicale spécialisée. Une médecine fondée sur des preuves devient vite une médecine *exclusivement* fondée sur des preuves, une médecine construite avec des preuves. On ne soigne plus alors qu'à travers le filtre des données de la littérature. Le médecin évalue le malade puis est évalué à l'aune d'une source scientifique. Puisqu'il faut rendre la pratique médicale plus objective, on est tenu d'entrer le patient présent dans un cadre constitué par des moyennes, des écarts types, des références, des recommandations… Alors non seulement on fait table rase de l'expérience professionnelle individuelle mais aussi table rase de l'expérience collective.

Penser mathématiquement dans une discipline, ce que L'*EBM* a réalisé avec la médecine, ne signifie pas penser de façon exclusivement mathématique la médecine. L'invariant de la quête médicale, et plus particulièrement du domaine de la recherche, est l'étude du lien de causalité, favorable ou morbide, entre un facteur et un événement. La causalité, une fois établie, permet l'action médicale préventive ou curative. Mais en dehors du contexte strictement expérimental que l'on ne rencontre jamais dans la pratique courante, jamais dans la médecine humaine, l'établissement d'une relation de causalité reste conjecturel. Ainsi, la relation directe de cause à effet entre un facteur pathogène et une maladie n'est

pas logiquement nécessaire ; le lien de causalité direct reste hypothétique et appartient au domaine du raisonnement probabiliste. Comment faire avec les patients qui sont exclus des études scientifiques parce que trop âgés, parce que trop enceintes, parce que trop… malades ? Ce sont ces malades que rencontre le médecin dans la « vraie vie » selon l'expression consacrée et ces malades sont de véritables ornithorynques, à la fois pour les classifications nosologiques et critériologiques.

Car en effet, depuis Sydenham et Linné (1707-1778), on a l'habitude de voir classées les maladies comme des espèces animales ou botaniques et d'envisager les virus et les bactéries du seul point de vue anthropocentrique. Mais si l'on essaie de porter un autre regard, qui n'en demeure pas moins nécessairement humain, on appréhende alors le dessein d'une bactérie ou d'un virus dans sa reproduction et non dans le trouble occasionné chez l'organisme hôte qui est totalement contingent.

2. L'effet sans la preuve

1. Médecine intuitive

La grande erreur serait de croire que toute la médecine est soluble dans une médecine fondée sur les preuves. Or, un grand nombre de faits clinique ne peuvent entrer dans le cadre de l'*EBM*, ne peuvent être formalisés par l'*EBM*. Le médecin doit pouvoir faire confiance à son intuition que l'on réduit à tort à de la déformation professionnelle, du « nez ». Certes,

> « L'intelligence reste le noyau lumineux autour duquel l'instinct, même élargi et épuré en intuition, ne forme qu'une nébulosité vague. Mais, à défaut de la connaissance proprement dite, réservée à la pure intelligence, l'intuition pourra nous faire saisir ce que les données de l'intelligence ont ici d'insuffisant et nous laisse entrevoir le moyen de les compléter[293]. »

L'intuition, un « acte simple » qui s'apparente à un « toucher visuel », à une « espèce d'auscultation spirituelle », guide le médecin là où la clarté et la distinction pour une connaissance véritable ne se sont pas encore advenues. Au

[293] Henri Bergson, *L'évolution créatrice*, *op. cit.*, pp. 645-646, [178].

commencement de tout acte médical, on capte, on sent la situation par une vue d'ensemble. L'intuition peut aider à la saisie d'une vérité autant qu'elle peut nous en éloigner et sans l'intelligence, elle nous laisse rivés à un prototype diagnostique. Mais c'est l'intuition qui pourra amener « l'intelligence à reconnaître que la vie n'entre ni tout à fait dans la catégorie du multiple ni dans celle de l'un, que ni la causalité ni la finalité ne donnent du processus vital une traduction suffisante[294] ».

Pour bien les distinguer, on appellera médecine intuitive (MI) la médecine fondée sur l'intuition clinique et médecine formalisée (MF), la médecine fondée sur les preuves. La médecine intuitive relève du dévoilement (*alètheia*), la médecine formalisée, de la démonstration où règnent axiomes et règles de déduction.

La MI, avec ses symptômes, ses données, dispose d'un contenu sémantique. Au contraire, la MF n'a pas de contenu sémantique mais, par des règles syntaxiques, elle entre en correspondance avec la sémantique de la MI. Ainsi, elle quantifie les données de la MI. Par exemple, la localisation et le caractère d'une douleur thoracique sont d'abord saisis par l'intuition (rétro-sternale, basi-thoracique,… en étau, à type coup de poignard, de point de côté,…) pour ensuite être corrélés aux éléments de la médecine formalisée (séméiologie clinique et électrocardiographique, taux de troponine, de D-dimères, angioscannographie thoracique…), la quantification étant apportée par la confrontation aux données de la littérature scientifique internationale. Par exemple, la douleur basi-thoracique de type pleurale se rencontre dans 66 % des cas d'embolie pulmonaire aigüe[295].

Comme toute machine, toute construction, la MF demande un mode d'emploi. Tout mode d'emploi se place à un niveau *méta* par rapport à son objet. Ainsi, pour la MF, il faudra l'apport de ce qu'on peut appeler une métamédecine formelle (MMF) dont le rôle est de dire ce qu'il y a de formalisé dans la MF, de vérifier que la MF est bien formalisée. Mais pour dire ce qu'il y a de formalisé dans la MF, il faudra utiliser les mêmes outils que la MF ou bien en revenir à l'intuition, s'appuyer sur la MI. Au final, la MF dit ce qu'il y a de formalisé dans

[294] *Id*., p. 646 [179].
[295] Paul B. Stein, Michael L. Terrin, Charles A. Hales, « Clinical, laboratory, roentgenographic, and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary disease », *Chest*, 1991, 100, pp. 598-603.

la médecine intuitive et dit ce qui légitimerait une MMF. On ne peut donc obtenir de MMF indépendante de la MF sauf à revenir à la MI. Lorsque l'on a une intuition diagnostique, on peut la confronter à l'*EBM*, mais aucun outil ne peut nous sortir à la fois de l'intuition et de l'*EBM*, aucun outil autre qu'intuitif ne peut faire la preuve que l'on a utilisé le bon outil.

2. La T2A ou l'ultime vérité

Les Urgences sont l'occasion d'une relation inédite entre médecins. Il ne s'agit plus de confier un client à un confrère, mais de faire admettre dans un service bien gardé une personne qui doit devenir le patient du spécialiste. Et ce qui importe pour « placer » un patient dans un service hospitalier, c'est autant le diagnostic que le pronostic. Les preuves (*evidences*) s'appellent dans le jargon médical : *num*., *plaquettes*, *tropo*., *gazo*., *ECG*, *scan*., *IRM*… Ces « preuves » mettent à l'épreuve l'hypothèse ou la théorie diagnostique. Elles sont aussi, comme chez Claude Bernard, procurées par les résultats du traitement expérimental. Le test thérapeutique peut en dire long sur la maladie. Examens paracliniques et administrations thérapeutiques sont les expérimentations du médecin clinicien. La méthode Bernard est une machine de guerre contre l'idiosyncrasie : réduire toutes les variétés individuelles à une loi dont chaque cas particulier ne soit qu'un rapport[296].

La preuve est la clé d'accès au service spécialisé. Et, pour certains, tous les moyens sont bons pour « séduire » le spécialiste accepteur. Le patient est rajeuni, certains de ses antécédents sont minimisés voire totalement éclipsés… Mais restent les « preuves », magnifiques abstractions du concret, du vivant qui sont tout sauf des « évidences ».

Le diagnostic « vrai » paye. Comme le crime pour les écrivains de romans policiers. La nosologie scientifique s'aligne sur la critériologie administrative. C'est sur une énième édition de la classification internationale de maladies (CIM) que s'appuie la « tarification à l'activité » (T2A). A l'hôpital, il n'est pas nécessaire de traiter pour être payé. Mais si l'on ne traite pas, on aura beaucoup de

[296] Claude Bernard, *Principes de médecine expérimentale*, *op. cit.*, p. 146.

difficultés à faire sortir les patients du service, donc on augmentera le nombre de journées d'hospitalisation, alias « durée moyenne de séjour » (DMS) en termes technocratiques, autre composante majeure de la T2A.

Ainsi donc, peu importe l'effet, pourvu qu'on ait la preuve. Il est facile de tomber dans le travers de l'abstrait et du théorique. Corriger un résultat biologique n'équivaut pas nécessairement à soigner un malade. En règle plus générale, traiter une maladie n'est pas soigner un malade, encore moins le guérir. On a tous connu ces situations singulières où dans les derniers instants de vie d'un patient on assistait à une correction des paramètres biologiques ce qui prodiguait une guérison sur le papier, sur tapis vert dirait-on pour un sport. Il y a plus satisfaisant pour un patient que de mourir « guéri ».

Chapitre IX. Déclinaison

« On ne connaît bien un phénomène que lorsqu'il est possible de l'exprimer en nombre ». On attribue cette remarque à Lord Kelvin (1824-1907). Car ce qui est dénombrable peut être dénombré par chacun et de la même façon. En médecine, on tend à privilégier les examens reproductibles indépendamment de l'opérateur, les examens dits objectifs. L'objectivation, le poser-devant, va de pair avec la vérité. Aussi, plus une spécialité médicale s'exerce à distance, plus elle place de la distance entre le médecin et le malade, plus elle est sera reconnue comme porteuse de vérité médicale.

Il n'y a qu'une différence de degré et non de nature entre le stéthoscope et l'appareil à imagerie par résonnance magnétique nucléaire (IRMN). Stéthoscope et IRMN participent du même phénomène. Même si l'auscultation pulmonaire fait partie de l'examen clinique, elle est médiée par un instrument dont la finalité est d'accompagner la transformation d'un symptôme en signe. L'application d'un médiateur change définitivement le rapport soignant-soigné. Mais lorsque le médiateur est de surcroit un quantificateur, une nouvelle étape est franchie qui sépare la clinique de la paraclinique.

L'examen paraclinique, qui littéralement se place en marge de la clinique, à côté de la clinique, prend désormais la place centrale. Ne faudrait-il pas dire plutôt *au delà*, *par delà* la clinique ? L'examen *para*clinique ne serait-il pas mieux nommé *méta*clinique tant il parvient à éclipser la réalité clinique pour ne plus laisser advenir ce que l'on pourrait appeler une métaphysique médicale ?

Un écart se creuse entre d'une part la médecine d'urgence, une médecine tout à la fois médecine extensive et médecine de proximité et d'autre part une médecine qui a pris congé du patient. Toutes les spécialités cliniques sont menacées. Pour les autres comme les spécialités de laboratoire ou celles de l'imagerie médicale, il est de leur essence même d'avoir établi un partage temporel et spatial entre opérateur et objet d'étude.

1. Objectivation

L'approche du malade par les sens semble suivre un processus chronologique si ce n'est logique : toucher, sentir, voir. Mais la volonté d'objectivation fait reculer les premiers sens pour maintenir de façon presque exclusive la vision laquelle fait progresser la distanciation mais en même temps rend le connaitre à portée de main. Tout voir, n'est-ce pas tout savoir ?

Ainsi, à force de ne plus toucher les patients, de ne plus leur parler, de ne les regarder qu'à travers un panoptique, c'est toute la clinique qui tombe pour laisser place à un exercice délocalisé, dématérialisé, virtuel mais qui n'en est pas moins réel et produit ses effets.

Ainsi après avoir touché les malades, senti et goûté leurs humeurs, les médecins se reculent pour observer à distance les reconstructions informatiques des pathologies exsangues de leur biographie.

1. Toucher

Le Livre A de la *Métaphysique* d'Aristote s'ouvre sur l'accord entre le désir naturel de connaître et l'exaltation des sensations visuelles.

> « Tous les hommes, ont par nature, le désir de connaître ; le plaisir causé par les sensations en est la preuve, car, en dehors même de leur utilité, elles nous plaisent par elles-mêmes, et, *plus que toutes les autres*, les sensations visuelles. En effet, non seulement pour agir, mais même lorsque nous ne nous proposons aucune action, nous préférons, pour ainsi dire, la vue à tout le reste. La cause est que la vue est, de tous nos sens, celui qui nous fait acquérir le plus de connaissance, et qui nous découvre le plus de différence[297]. »

Mais dans le Livre II du traité *De l'âme*, le philosophe semble infléchir la hiérarchie. Certes, il commence par étudier la vue puis l'ouïe, l'odorat, le goût et enfin le toucher, du supérieur à l'inférieur mais en même temps du moins nécessaire au plus nécessaire. Dans l'*Ethique à Nicomaque*, Aristote expose que le goût et le toucher sont les seuls sens pouvant être marqués par l'intempérance. La concupiscence ne frappe ni la vue, ni l'ouïe, ni l'odorat.

[297] Aristote, *Métaphysique I*, *op. cit.*, A, 1, 980 *a*, p. 1. C'est nous qui soulignons.

> « La modération et le dérèglement n'ont rapport qu'à ces sortes de plaisirs que l'homme possède en commun avec les animaux, et qui par la suite apparaissent d'un caractère vil et bestial, je veux dire les plaisirs du toucher et du goût[298] ».

Encore dans le traité *De l'âme*, il relie intelligence et toucher. L'odorat présente une analogie avec le goût, « seulement notre sens du goût est plus subtil, parce que le goût est une sorte de toucher[299] ».

> « Le toucher chez l'homme est le sens le plus développé. Pour les autres sens, en effet, l'homme le cède à beaucoup d'animaux, mais, pour la finesse du toucher, il est de loin supérieur à tous les autres. Et c'est pourquoi il est le plus intelligent des animaux. Une preuve, c'est que, à s'en tenir même à l'espèce humaine, c'est grâce à l'organe de ce sens, et à rien d'autre, qu'il y a des hommes bien doués et des hommes mal doués : car les hommes à chair dure sont mal doués sous le rapport de l'intelligence, et les hommes à chair tendre, bien doués[300]. »

Non seulement, la précision et la qualité du toucher distingue les hommes des autres espèces, mais c'est la finesse du toucher qui sépare les hommes intelligents des autres. Le toucher se retrouve dans l'expression *« avoir du tact »* pour qualifier une forme de délicatesse d'esprit. Les Anglais ont forgé l'expression *touchy-feely* pour traduire proximité et empathie. Comme « le goût est une sorte de toucher », l'on pourra lier aussi l'intelligence avec le goût et l'on parlera de *« bon goût »* ou de *« mauvais goût »* ou encore d'un *« homme de goût »* sans pour autant qu'il soit nécessairement question de l'art culinaire.

La thèse selon laquelle la philosophie occidentale aurait depuis toujours célébré les sens de la distance, la thèse selon laquelle la vision et l'audition, la vision surtout, feraient partie des sens nobles, ce qui revient à qualifier les autres d'ignobles, semble difficile à tenir. Elle s'enracine dans la guerre philosophique entre matérialisme et idéalisme. Les matérialistes s'affecteraient plus volontiers des sens de l'immanence comme le goût et le toucher et les idéalistes tiendraient dans la vue et l'ouïe les médias qui les rapprochent du monde des Idées. On se gardera de franchir le pas qui séparerait l'histoire de la médecine en une époque matérialiste à laquelle succéderait un âge idéaliste.

Il n'en demeure pas moins que l'on ne touche plus les patients. L'époque des chirurgiens « tâteurs » semble révolue. La main du chirurgien qui a donné le nom à la discipline est restée dans le domaine du subjectif qui en médecine s'exprime par les syntagmes « opérateur dépendant », « non-reproductible »… Pourtant, nombre de chirurgiens s'accordent pour dire que l'expérience s'acquiert

[298] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op.cit.*, III, 13, 1118 *a*, p. 162.
[299] Aristote, *De l'âme*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1995, II, 9, 421 *a*, p. 123.
[300] *Id*.

par la mémorisation d'une corrélation entre le palper au lit du malade et le voir au bloc opératoire.

2. Sentir

1. Des goûts et des odeurs

Les médecins du Grand siècle examinent la couleur, la densité des urines, ils en hument l'odeur et les goûtent. Ils les avalent parfois comme Sganarelle dans *Le médecin volant* :

> « GORGIBUS : Hé quoi ? Monsieur, vous l'avalez ?
> SGANARELLE : Ne vous étonnez pas de cela. Les médecins, d'ordinaire, se contentent de la regarder ; mais moi, qui suis un médecin hors du commun, je l'avale, parce qu'avec le goût je discerne bien mieux la cause et les suites de la maladie. Mais à vous dire la vérité, il y en avait trop peu pour asseoir un bon jugement : qu'on la fasse encore pisser[301] ».

Puis ils discourent sur cette humeur. Ils font de même pour les selles sans aller jusqu'à les goûter. Le goût et l'odorat font partie intégrante de l'examen clinique.

Et bien avant, pour tous, goûts et odeurs font l'objet d'une éducation. Au commencement il n'y a pas de répulsion naturelle pour le petit d'homme né *inter urinas et faeces*, entre les urines et les fèces. C'est une certaine éducation qui dévalorise les excréments en les requalifiant de « dégoûtants, répugnants et abominables[302] ». Cette transvaluation des excréments résulterait, selon Freud, du passage à l'arrière plan des stimuli olfactifs qui coïncide avec la marche verticale, la verticalisation de l'être humain[303].

Patrick Süskind place l'intrigue policière de son roman *Le Parfum* dans le Paris de la première moitié du XVIII^{e} siècle, une époque où règne encore dans les villes « une puanteur à peine imaginable pour les modernes que nous sommes ». L'odeur des êtres humains est « parfaitement inintéressante et répugnante ». Ils puent l'urine, la sueur aigre et le fromage, leur bouche pue « les dents gâtées » et

[301] Molière, *Le Médecin volant*, Paris, Pocket, coll. « Classiques », 2000, scène IV, p. 24.
[302] Sigmund Freud, *Malaise dans la culture*, *op. cit.*, p. 42, n. 1.
[303] *Id*., p 42, n 1 et p. 48, n. 2.

leur estomac « le jus d'oignon ». Les plus âgés sentent « le vieux fromage et le lait aigre et les tumeurs éruptives ». Les enfants sentent le fade et les femmes « la graisse rance et le poisson pas frais[304] ».

L'écrivain allemand doit son inspiration première à un essai d'Alain Corbin. Selon l'historien français, c'est dans la seconde moitié du XVIII[e] siècle que survient une cassure qui change de façon progressive mais radicale le rapport aux odeurs. Une « hyperesthésie collective » déclenche une campagne de désodorisation massive plongeant le monde dans un silence olfactif qui résonne encore aujourd'hui. La privatisation des excréments avec la diffusion des fosses d'aisance rend de plus en plus intolérable l'odeur de merde. L'excrétion obsède les classes dominantes.

Dans le même temps, l'odeur est encore un précieux auxiliaire de santé. Le nez détecte les dangers de l'air et en analyse la qualité. L'odorat anticipe une menace que le regard seul ne peut appréhender. Avec l'invention de la chimie par Lavoisier (1743-1794), qui du même geste balaie l'alchimie, commence une véritable science des odeurs. Le médecin peut reconnaître les gaz et pour certains, leur menace toxique ; il peut distinguer le produit du processus de dégradation des sucres en acides organiques de celui des protéines en bases, en d'autres termes, la fermentation de la putréfaction. Le médecin des Lumières établit un « calcul olfactif » pour établir ce que le patient *doit* sentir en fonction de son âge, de son sexe, de son tempérament, de la couleur de ses cheveux, de sa profession…[305] Il établit une carte olfactive du malade qu'il compare à l'odeur de l'individu en bonne santé.

L'architecture des hôpitaux est guidée par l'obsession de la circulation de l'air. Chaque salle doit être une « île dans l'air ». Il n'est pas surprenant que le miasme rime avec la puanteur, le nauséabond avec le malsain, le méphitique avec l'asphyxiant. L'hôpital, avec ses odeurs de cadavres, de membres gangrénés, de literies insalubres… est le lieu-même de la pourriture, véritable « Machine à infecter ». Et comme l'hôpital accueille presque exclusivement les plus pauvres, puanteur rime avec indigence. Aujourd'hui, les rôles ne sont plus nécessairement tenus par les mêmes. Et à l'intérieur de l'univers médical, une distribution inédite

[304] Patrick Süskind, *Le Parfum*. *Histoire d'un meurtrier*, trad. B. Lortholary, Paris, Fayard, 1986, rééd. Librairie Générale Française, 1988, pp. 9, 10 et 55.
[305] Alain Corbin, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social aux XVIII[e] et XIX[e] siècles*, Paris, Aubier-Montaigne, 1986, rééd. Flammarion, coll. « Champs », p. 47.

range d'un côté le propre et de l'autre le sale en fait et en droit. En droit, avec les circuits hospitaliers où ceux du matériel stérilisé, du linge propre, des médicaments ne croiseront jamais celui du « sale » dans lequel se matérialisent toutes les excrétions et sécrétions du patient. Dans les faits, avec la distinction entre les soignants, implicitement sans reproche olfactif, et les patients, dont pour certains, certaines parties du corps participent à l'ambiance malodorante.

2. Un autre sentiment

Tel un rayonnement fossile, ce nez médical est arrivé jusqu'ici, mais tout autant en qualité d'organe de l'intuition qu'en celle d'organe de l'odorat. Avoir du nez, c'est avoir un *sens* clinique développé pour *toucher* au plus juste le diagnostic.

Car l'utilisation de l'odorat à visée diagnostique est devenue anecdotique. Le *fœtor hepaticus* de l'encéphalopathie hépatique, l'haleine pomme reinette de la cétose… autant d'odeurs qui disparaissent des tableaux cliniques. L'odorat garde un intérêt relatif pour détecter l'émanation de certains toxiques de guerres ou produits chimiques industriels : herbe fraichement coupée pour le phosgène, ail, moutarde ou poisson pour les Ypérites par exemple mais pour le reste, lorsque le gaz n'est pas inodore comme le monoxyde de carbone (CO), c'est le caractère piquant, irritant, qui est retenu. La tendance est toujours à la fuite des mauvaises odeurs même si elles ne sont plus synonymes à l'hôpital de contagion, de contamination. En effet, en cas de risque de contamination par un produit toxique chimique, le Plan blanc, alias mise en alerte des structures hospitalières[306], prévoit

[306] A l'origine, le Plan s'appelait réellement « Plan MASH » mais l'acronyme était trop chargé des images véhiculées par le film et la série au titre éponyme. On lui préféra donc « plan blanc » qui avait l'avantage de se distinguer clairement du « plan rouge » des sapeurs-pompiers, lequel est aujourd'hui refondu dans « Organisation de la Réponse de SEcurité Civile » (ORSEC) « dispositions spécifiques pour de nombreuses victimes ». Le plan ORSEC, créé par instruction interministérielle le 5 avril 1957, a d'abord signifié « ORganisation des SECours ». Dans les années 1980, il fut complété par les plans d'urgence : les plans particuliers d'intervention (PPI) pour les installations dangereuses fixes, les plans de secours spécialisé (PSS) pour les risques technologiques et les risques d'origine naturelle et enfin le plan rouge pour le secours à de nombreuses victimes (décret du 6 mai 1988 et circulaire du 19 décembre 1989). La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 a provoqué une réforme en profondeur de la doctrine de planification des secours. L'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) a désormais pour objet la mise en place d'une organisation permanente et unique de gestion des

la sanctuarisation de l'hôpital : aucun blessé, aucun malade ne pénètre la porte des Urgences sans une décontamination préalable.

3. Parler

Le discours prend le pas sur le palper, le renifler… Le *logos* se décline selon les organes ou les systèmes, de la tête aux pieds, de la neurologie à la podologie en passant par la gynécologie et l'urologie.

Seules les spécialités au suffixe : « iatrie » – du grec *iatros*, « médecin » – rappellent la présence médicale : pédiatrie, gériatrie, psychiatrie. Les spécialités à suffixe en *iste* sont les plus récentes : généraliste, anesthésiste, urgentiste… Les Canadiens francophones ont forgé le néologisme « urgentologue » que l'on pourrait interpréter comme la discipline qui étudie l'urgence de même que la gérontologie étudie les phénomènes accompagnant le vieillissement sans idée implicite de soins. Dans le même courant, certains anesthésistes préfèrent qualifier leur discipline d'anesthésiologie et réserver le terme d'anesthésie à l'acte d'endormir un patient. L'anesthésiste est celui qui agit à la tête du patient et on distingue, au bloc opératoire ou en salle de réveil, des médecins anesthésistes réanimateurs et des infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE).

Pour les autres, la médecine est avant tout un discours voire une rhétorique, une catégorie des sciences poétiques. Du reste, elle n'est *que* discours chez les médecins du Grand Siècle que raille Molière.

On ne parle plus au patient, on *en* parle. On parle de lui, devant lui, mais pas à lui. On en parle comme s'il n'était pas là. Une impression ressentie par Edwin Spindrift, le docteur en linguistique malade du roman d'Anthony Burgess :

> « Les tests qui suivirent ne pouvant se contenter d'une unique opératrice en blouse blanche, les occasions furent nombreuses de traiter Edwin comme une chose. Contraint à l'impuissance sur une table du sous-sol, il pouvait être l'objet de discussions ou, si l'on était de bonne humeur, ignoré. Les tests étaient intimes et approfondis, de sorte qu'il fut tripoté davantage, soulevé davantage, que certaines parties récalcitrantes de son corps furent admonestées davantage. En revanche, quand Edwin se montrait particulièrement docile, on l'élevait au rang d'animal domestique et on le caressait[307]. »

événements touchant gravement la population qui place sous la seule autorité préfectorale tous les acteurs de la sécurité civile au-delà du niveau de leur réponse courante.

[307] Anthony Burgess, *Le docteur est malade*, trad. Jean-Luc Beaudiment-Piningre, Paris, Le Cherche Midi, coll. « Ailleurs », 2001, p. 51.

Le Grand patron de la carte postale médicale décrit les signes cliniques à un aréopage d'assistants et d'étudiants en tournant le dos au patient concerné. Les patients ne sont jamais invités aux réunions de consensus pluridisciplinaires (RCP) où se décide leur destin. Ou alors on s'adresse à lui à la troisième personne, avec un mélange de respect et de mépris. La désuétude prend le pas sur la mansuétude.

C'est à la fin du XVII^{e} siècle que certaines maladies sont entrées dans le domaine du *non-dit*. La vérole s'appelle « l'Eussiez-vous ». Les maladies galantes sont devenues maladies honteuses. Le médecin du XIX^{e} est le défenseur de la morale publique à la place du théologien. Au XX^{e}, les maladies incurables, qu'elles soient honteuses ou honorables, continuent de ne pas être nommées. Ou alors par des périphrases, des mots savants, donc barbares qui participent à la fois autant de la discrétion, cette pudeur laïque, que de l'écran verbal placé entre le soignant et le soigné. Le médecin, comme étranger au monde des maux, parle une autre langue. « Toute langue inconnue nous paraît barbare, car elle se réduit à des mots privés de sens »[308].

Des mots écrans protègent de la réalité. Les patients les réclament, les médecins s'en réclament. Une maladie grave passe mieux sous la forme d'un sigle ou d'un acronyme. Le SIDA a été une énigme avant d'être un fléau. On ne parle plus de « bacillose » pour exprimer la tuberculose pulmonaire, mais on continue avec les « masses extensives », « processus expansifs », et autres « néo »… pour éviter de dire « cancer ».

Ce qui commence par la pudeur risque de finir en répulsion. Qui irait se vanter d'une fistule anale ? En 1686, le roi Louis XIV en souffre peut-être à force de rester longtemps assis sur sa selle de cheval. L'affection devient le « mal du roi » et lance une mode à la cour. Pouvoir absolu désincarné, par delà la pudeur, il en trace les frontières pour ses sujets. Qu'il soit nu ou habillé, il est toujours digne, drapé de son ascendance divine. Même le roi nu d'Andersen, après un instant de honte, se redresse fièrement car il est le roi. Après 1789, la pudeur va de haut en bas. Le bourgeois, sans les vêtements qui le distinguent du vulgaire, perd

[308] Dominique Folscheid, « Barbarie mécanique. La parabole de *L'Orange mécanique* », *in* Jean-François Mattéi et Denis Rosenfield, *Civilisation et barbarie. Réflexion sur le terrorisme contemporain*, Paris, PUF, 2002, p. 153.

du même coup son pouvoir et sa dignité[309]. Mais n'y-a-t-il pas en réalité confusion entre pudeur et pruderie ? Molière l'a dénoncé dans son *Tartuffe*. « Cachez ce sein... »

4. Voir

1. Voir l'invisible

Dove non entra il sole, entra il medico. « Là où n'entre pas le soleil, entre le médecin ». L'adage italien ne s'applique jamais mieux qu'à la radiologie. Voir sans ouvrir, telle est la véritable révolution d'une histoire qui pourtant, à ses débuts, se rapporte comme un fait divers.

Un soir de novembre 1895, à l'Université de Wurtzbourg, Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) est frappé par la lueur fluorescente d'une feuille de platino-cyanure de baryum placée à côté d'un tube cathodique de Crookes – la scène paraît extraite *in extenso* d'une nouvelle de science-fiction cachée au fond d'un *pulp* de l'Âge d'or de la science-fiction. Le rayonnement mystérieux est marqué du *X* de l'inconnu. Le 22 décembre 1895, Röntgen demande la main d'Anna Bertha Ludwig qui est pourtant son épouse depuis plus de vingt-trois ans et en tire la première radiographie. Le suspense est insupportable, le temps de pose dure vingt minutes. L'histoire rapporte aussi que Nikola Tesla (1856-1943) expérimente les rayons X en tirant une radiographie de son propre crâne ainsi que celui de son ami, l'écrivain Mark Twain. *« When the legend becomes fact, print the legend »*[310], dirait John Ford. L'ingénieur de Continental Edison reste vivant à travers l'unité de mesure de la puissance du champ magnétique développé par l'aimant des appareils à imagerie par résonnance magnétique nucléaire (IRMN). L'application médicale de la radiographie est rapidement saisie par Georges Haret

[309] Jean-Claude Bologne, *Histoire de la pudeur*, Paris, Olivier Orban, 1986 et Hachette, coll. « Pluriel », p. 230.

[310] Après le récit du sénateur Stoddard (James Stewart) qui vient de rétablir la vérité à propos de l'homme qui tua Liberty Valence, un journaliste réplique : *« Quand la légende est plus belle que la réalité, alors on publie la légende »* (John Ford, *L'homme qui tua Liberty Valance*, Paramount Pictures, 1962).

(1874-1932) et Antoine Béclère (1856-1939) qui créent en 1897 le premier laboratoire de radiologie à l'hôpital Tenon de Paris. Les rayons X prolongent le regard sur le cadavre disséqué. Dès le début du XX^{e} siècle, l'injection de liquide tenant en suspension des poudres métalliques rend opaque le système vasculaire et permet d'étudier les artères jusque dans leurs ramifications capillaires.

Les rayons X permettent d'accéder à l'invisible. Mais le *X* de rayons X prolonge le regard vers l'anonyme, l'inconnu, l'interdit.

Voir l'interdit. Dans la tradition judéo-chrétienne la connaissance est indissociable de la faute. Souvenons-nous de la malédiction qui touche Adam, transmise de génération en génération. La censure classe X certains films dont elle juge la morale ambivalente pour ne par dire douteuse : les films pornographiques voire certains films érotiques. Classé X chez les Anglo-Saxons signifie classé « secret » comme *X-files* pour « Dossiers secrets ».

Voir l'inconnu. Le *X* des mathématiques devient un petit *x*. Les *x* se multiplient, se divisent, s'enracinent… dans les équations. Le *x* des mathématiques est un substitut, un simulacre, qui permet le dévoilement d'une variable cachée, d'une vérité. Le *X* peut même prendre une allure ésotérique, initiatique, toujours en référence avec les mathématiques, lorsqu'il précède l'année d'entrée à l'Ecole polytechnique [311] . La médecine a retenu l'« accouchement sous X » lorsqu'une parturiente souhaite que son enfant ne puisse jamais connaitre sa génitrice, alternative à l'avortement, l'infanticide ou l'exposition.

Voir l'anonyme. Il est impossible de reconnaître un visage passé aux rayons X. Le visage n'est plus un visage ; c'est un massif facial, un crâne, des os propres du nez et l'image se réduit à une incidence ; incidence de Blondeau, de Worms-Bretton… Les sinus frontaux, par leurs arabesques singulières et propres à chaque individu, resteraient le seul lien d'identité avec la personne de chair, comme les empreintes dentaires.

Les rayons inconnus, appelés X en leur temps, révèlent un inconnu. Ils ont ce pouvoir extraordinaire de nous plonger dans l'inconnu, l'interdit et l'anonymat. Il faut toujours vérifier le nom et la date qui figurent dans le cartouche d'un cliché radiographique.

[311] A moins que le X représente ici deux fûts de canons croisés.

2. Image magique

Sur le cartouche d'une radiographie de thorax pourrait bien être inscrit le nom de Clawdia Chauchat l'héroïne de *La montagne magique*. Hans Castorp a détourné pudiquement le regard au moment de la pose radiographique de la jeune femme. L'assistant du Dr Behrens rectifie la position du corps du cousin Joachim Ziemssen afin d'en tirer le meilleur cliché possible puis il s'en retourne derrière l'appareil « comme n'importe quel photographe[312] », se carre sur les deux jambes, se penche pour juger l'image, exprime sa satisfaction puis recommande un éternel : *« Ne bougez plus, ne respirez plus ! »*. La profondeur de la vie semble fixée à jamais.

Il faut une « étincelle bleue » pour dévoiler l'intérieur du corps. On imagine que la vérité du modèle – le plus profond de son âme – quand il n'a pu être fixé sur la toile, sur le portrait peint par le Hofrat Behrens, par exemple, sera captée par le film radiographique tiré par le Dr Behrens.

Lorsqu'elle quitte Berghof, Madame Chauchat laisse à Hans Castorp une radiographie de thorax, un portrait sans visage à l'ossature délicate enveloppée de formes spectrales. « … Combien de fois l'avait-il contemplée et pressée sur ses lèvres[313]… »

Clawdia est le personnage conceptuel de la personne radiographiée réduite à un torse devenu (anti)visage levinassien, transparence médicale qui se fait vitrail sécrétant sa propre lumière, un négatif qui donne la présence. La plaque radiographique de Clawdia Chauchat inspire une éthique dans une esthétique de la transparence et une esthétique dans une éthique de l'image.

Bien plus tard, loin des sommets magiques de Thomas Mann, l'artiste belge Wim Delvoye tentera une esthétique sexo-coprophile à travers la mise en vitrail de scènes de fellation sous X, enluminées de lavements coliques opacifiés aux produits de contrastes[314].

---

[312] Thomas Mann, *La Montagne magique*, Trad. Maurice Betz, Paris, Arthème Fayard, 1931, Librairie Générale Française, p. 248.
[313] *Id*., p. 399.
[314] Kiss, Dick 2, Lick, Blow 2 et January, February, March, April, May, June, July, August, September October, November, December, (2001) *in* Wim Delvoye, *Scatalogue*, Lyon, Musée d'Art Contemporain, 2001.

2. Dialectique

L'observation clinique comme la dissection est une déconstruction de la personne morte en un corps désinvesti (*Körper*) puis déconstruction du même corps en tissus. Une déconstruction que prolonge le microscope optique. Mais l'œil du clinicien est toujours à l'œuvre pour procéder à la reconstruction.

Les substituts du tâter et du renifler sont l'imagerie et l'analyse, ce que déjà dans la seconde partie du XIX^e^ siècle on appelait la « médecine de laboratoire ». Le patient est placé derrière une vitre sans tain qui permet au médecin de plonger en toute indiscrétion dans ses entrailles.

> « Je ne crois pas que vous pensiez vraiment que nous sommes encore des êtres humains. Deux plaques à rayons X, vos foutues impulsions électriques – navré, excusez-moi de jurer. Ce que je veux dire, c'est que… – Dites donc, j'ai du travail ! coupa la fille. – C'est bien ça justement, non ? Vous avez un travail à faire et vous avez établi que vous travaillez sur quelque chose d'inerte, de passif. Vous oubliez que je suis un être humain[315]. »

1. Pulsion scopique

Selon le principe d'une médecine qui ne s'exerce que mieux à bonne distance du patient, loin de son regard, le nouveau panoptique est le dossier médical. Il permet de « voir » le malade sans être vu. Mais la vision n'est même plus un regard. C'est l'abstraction d'un regard. On a l'impression d'avoir examiné le malade, de l'avoir vu lorsque l'on a lu son dossier. L'examen du malade n'est en fait que l'examen de ses pièces à conviction, de ses épreuves, de ses preuves (*evidences*). Pour pouvoir confier un patient au neurochirurgien, il faut avoir fait la preuve de l'objectivité des symptômes. Or l'objectivité, la réalité, est représentée par les coupes scannographiques de l'encéphale que l'on télétransmet par voie numérique. La réalité est la télétransmission de l'image virtuelle d'un organe. Le réductionnisme atteint un sommet où virtuel et réel s'enchâssent.

La lumière projetée par le négatoscope, filtrée par le cliché radiographique, révèle, au sens théologique du terme, une Vérité, la vérité diagnostique. Combien

[315] Anthony Burgess, *Le docteur est malade*, *op. cit.*, p. 46.

sont-ils aujourd'hui, soignants comme soignés, touchés par la foi en l'image. Même si la cause est entendue, même si le diagnostic est posé et le pronostic évalué, on procédera quand même à la réalisation de quelques images selon le principe du *nice to know*, « c'est beau à voir » ! Les planches de scanner idolâtrées sont les nouvelles icônes et les radiologues les nouveaux prêtres d'un Temple dont l'accès est strictement réglementé : *« Danger Rayons X »*.

Les radiographies médicales dites « standard » sont le résultat de la somme des éléments organiques traversés par un rayonnement. La partie du corps humain qui doit être étudiée en profondeur forme un écran entre une source radiaire et un film sensible ou une couche d'iodure de césium. L'image provient de la différence de densité entre les tissus. C'est, déjà en soi, comme le cinématographe, « un art rusé de l'ombre et de la lumière[316] », une illusion d'optique. En effet, il faut pouvoir ne pas se laisser abuser par les nuances de gris – l'effet Mach –, les images d'addition qui font prendre pour éléments pathologiques les superpositions de plusieurs structures radio-opaques. L'effet Mach est un trouble physiologique du comportement de l'œil humain. Sur une radiographie de thorax, par exemple, une ligne peut apparaître très dense sans qu'aucune structure anatomique ne puisse expliquer cette densité. Lorsque l'œil capte deux structures au gris très nuancé, il en accentue (effet Mach positif) ou diminue (effet Mach négatif) la différence de densité ce qui génère à leur jonction une ligne blanche ou noire[317]. Mais le plus grand piège de la radiographie en superposition est la reconstitution cognitive en trois dimensions d'une image bidimensionnelle où suivant leur distance face à la source de projection conique du rayonnement les éléments ne sont pas à la même échelle. Ainsi un cœur parait plus gros sur un profil droit que sur un gauche. Il paraît plus étalé lorsque le rayonnement est antéro-postérieur et vient frapper la plaque du film radiographique qui est placée en face dorsale…

[316] Theodore Roszak, *La conspiration des ténèbres*, trad. Edith Ochs, Paris, Le Cherche Midi, 2004, p. 147.
[317] Jacques Frija, *Radiographie de Thorax*, Paris, Masson, 1994, p. 42.

2. Reconstruction

1. Mise en mouvement

La fascination artistique est loin d'avoir épuisé la pulsion iconophilique, la libido radioscopique. Toutes et tous réclament des *radios*. *« Allons à l'hôpital pour faire des radios ! »*, sous-entendu, *« ça ira mieux après ! »*. Une transvaluation de la vie est à l'œuvre dans la réalisation de simulacres. Que croit-on saisir sur le film ou l'écran plasma ? Un diagnostic par l'image, une preuve ? Une pathologie dans toute sa concrétude ? Car il ne suffit plus de nommer les maladies, il faut les *voir*. A portée de vue, la maladie ne semble-t-elle pas plus vulnérable ?

Avec l'imagerie moderne, la mathématisation est reconstruction informatique. Dans l'imagerie en coupe par le *computed tomography scanner* (CT-scanner), appelé plus prosaïquement scanner, un logiciel reconstruit une image selon ses propres critères spectraux et peut même en extraire un artefact à trois dimensions que l'on fait pivoter sur lui-même à souhait. Là où le révélateur chimique fixait sur une plaque d'argent l'image, elle est reconstituée ici par un programme informatique.

L'illusion est double, illusion d'optique sur les nuances de gris et illusion d'objet réel derrière la glace sans tain qui sépare le médecin du malade. Car l'image n'est en réalité qu'une abstraction, un double, un avatar. Le *Doppelgänger* – littéralement « le double marchant » – est cette part cachée qui nous accompagnerait tout au long de la vie. Ce double iconographique déleste le malade du poids de sa maladie tel un reflet mortifère qui, pour un temps, accuse les coups comme *Le Portrait de Dorian Gray* :

> « Levant la bougie, il se reprit à examiner la toile. La surface en paraissait intacte, telle qu'au sortir de ses mains. C'était du dedans apparemment, que provenait l'horrible pourriture. Par quelque étrange phénomène de vie intérieure, la lèpre du péché rongeait lentement le portrait. La décomposition d'un cadavre au fond de la tombe offre moins d'épouvante[318]. »

[318] Oscar Wilde, *Le portrait de Dorian Gray*, trad. Edmond Jaloux et Félix Frapereau, Paris, Stock, rééd. Librairie Générale Française, 1975, p. 197.

Villiers de L'Isle Adam complique la question en créant le double d'une « moitié ». Mais le premier double de L'*Ève future* est Thomas Edison, non pas l'ingénieur contemporain de l'auteur, non pas la *personne* mais le *personnage*, la légende, le « sorcier de Menlo Park », le « magicien du siècle »…

> « Donc l'EDISON du présent ouvrage, son caractère, son habitation, son langage et ses théories ont – et devraient être – au moins passablement distincts de la réalité[319]. »

Le second double, l'« andréide-paradoxale », est construite par Edison pour offrir à Lord Ewald une âme dans la forme de Miss Alicia Clary. Hadaly qui signifie naturellement « Idéale » en turc puisqu'elle sera le substitut intelligent de la femme en manque d'esprit que le Lord ne parvenait pas à aimer. A travers le double transparaît donc une quête de l'idéal, la recherche des *formes* (*eidos*) qui fixeraient la matière mouvante.

L'illusion redouble à nouveau lorsque les images se mettent en mouvement. Un mouvement met en action l'image laquelle, à son tour, crée le mouvement au cœur de l'action.

Le cerveau ne fabrique pas de représentations, il ne fait que compliquer le rapport entre un mouvement recueilli et un mouvement exécuté. Ainsi peut naître le cinématographe, art baroque au XX^{e} siècle, mise en mouvement d'images fixes maintenues équidistantes dans leur déroulement par la perforation de la pellicule – procédé capital. Il n'est à ses débuts que *flicker*, scintillement, papillotement, avant de devenir *movie*, mouvement. Rencontre entre un phénomène neurophysiologique, la persistance rétinienne, et une technique déroulant des images fixes jusqu'à leur fréquence de fusion, seize par seconde, fréquence à partir de laquelle la conscience ne saisit plus l'intervalle qui les sépare.

> « Des images qui bougeaient, parlaient et scintillaient dans le noir. Des images qui nous accompagnaient depuis l'enfance, et qui se mêlaient à nos rêves et à nos fantasmes. Nous savions comment ces images pouvaient contraindre l'œil et ravir le cœur. Elles gouvernaient notre vie. Elles gouvernaient la vie de tout le monde. Nous le savions et depuis longtemps nous l'admettions. A vrai dire, nous nous en délections[320]. »

La fragmentation de la lumière révèle un autre monde, un monde caché, un monde de vérité. Les spectateurs sont plongés dans l'obscurité, rivés sur des sièges dont la tendance naturelle est de se redresser incitant d'autant plus à y peser

[319] Villiers de l'Isle-Adam, *L'Ève future*, Paris, Gallimard, rééd. Folio, 1993, p. 37.
[320] Theodore Roszak, *La conspiration des ténèbres*, *op. cit.*, p. 253.

de tout son poids. Le spectacle des spectateurs nous ramène au fond de la caverne mythique de Platon :

> « Ils restent à la même place, ne voient que ce qui est en avant d'eux, incapables d'autre part, en raison de la chaîne qui tient leur tête de tourner celle-ci circulairement. Quant à la lumière elle leur vient d'un feu qui brûle en arrière d'eux, vers le haut et loin[321]. »

Le clair obscur de l'art baroque, ici à nouveau à l'œuvre, donne la réplique à la clarté et à la distinction apportées par le Grand siècle, riposte à la lumière du XVIII[e].

> « J'étais prête à croire qu'il y avait du mystère dans le cinéma, un charme, une magie, quelque chose de diabolique. Il capte l'attention avec tant de force, il t'avale tout cru. Le cinéma, ce n'est pas *seulement* du cinéma[322]. »

Lors de la coronarographie, on suit en direct la progression du produit de contraste dans toute une artère coronaire à partir de l'extrémité du cathéter installé à la naissance artérielle ou du tronc. La dispersion du produit dans la lumière peut être gênée par une sténose ou totalement empêchée par une occlusion. L'anomalie anatomique, comme très souvent en radiologie, est appréhendée de façon indirecte, par défaut. L'angioplastie a pour objet la désobstruction puis la mise en place d'un dispositif appelé *stent* qui limitera le risque de ré-occlusion. Un traitement exigeant une grande précision mais désormais d'une grande banalité se déroule loin des doigts du cardiologue qui peut faire procéder à des retours, des arrêts sur image… Le cardiologue, tout à la fois spectateur et acteur de l'acte, se donne l'illusion d'une maîtrise totale de l'organe dont il ne tient en fait que le double par la queue du cathéter.

2. Analyse médicale

La déconstruction atteint son apogée dans le prélèvement lequel est réellement un détachement du malade, une « pièce » physique. Le prélèvement est cet échantillon de tissu ou de sang extrait du corps humain qui passe ensuite au crible de la préparation puis du microscope électronique pour une reconstruction numérique et numérologique pour les éléments figurés du sang. On prélève sur le vivant sans pour autant parler de vivisection. En *per* opératoire, c'est-à-dire durant

[321] Platon, *La République*, *op. cit.*, 1999, VII, 514 *b*, p. 1102.
[322] Theodore Roszak, *La conspiration des ténèbres*, *op. cit.*, p. 651.

une intervention chirurgicale, le prélèvement peut être *ex temporane* c'est-à-dire destiné à être examiné « sur le champ » ; en fait, non pas sur le champ opératoire mais au laboratoire d'ana-path (anatomo-pathologie). Le chirurgien oriente la suite de l'opération suivant les résultats rendus par l'anatomo-pathologiste.

Le prélèvement peut se réduire à quelques millilitres de sang. Mais le liquide rouge hémoglobine se comporte comme une eau de source qui emporte avec elle toutes les excrétions des organes qu'elle traverse. Le cœur signe – saigne – sa souffrance par la sécrétion d'un polypeptide de 76 acides aminés rendu par le laboratoire sous la forme d'un taux de *N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptide* (*NT-proBNP*). Les artères coronaires se chiffrent en taux de *Troponine* tout comme la prostate qui se réduit à un dosage de *Prostate Specific Antigen* (*PSA*)… Le taux plasmatique de proadrénomédulline ou *MRproADM* (pour *mid-regional proadrenomedullin*), une séquence peptidique issue du clivage d'un précurseur libérant deux hormones vasodilatatrices, augmenterait lors de l'altération des grandes fonctions vitales. Ainsi, cette molécule apporterait en complément des scores de gravité une information pronostique. Chaque organe, chaque tissu, cherche son marqueur spécifique et sensible qui captera à lui seul toute la conscience médicale.

> *"What drug and diagnosis companies want, more than anything, is the ability to predict the future. Rather than waiting years and studying thousands of patients, they want to be able to tell who has a disease, which patients will benefit from what drug and whether a drug will have unintended consequences*[323]*."*

La journaliste scientifique pointe l'alliance entre prédiction, prescription et industrie pharmaceutique. Depuis la naissance de la génomique qui a suivi l'étude du génome, la science biomédicale pénètre le marché en profondeur en multipliant de nouvelles disciplines baptisées les « omiques » (*'omic*) en rapport avec leur suffixe commun : protéomique, glycomique, métabolomique…

Le cardiologue de Long Island Sandeep quant à lui rapporte le cas d'un homme âgé de 50 ans qui durant une hospitalisation d'un mois pour un « souffle court » a rencontré pas moins de dix-sept praticiens et bénéficié de douze interventions dont un cathétérisme coronaire, l'implantation d'un pacemaker et une biopsie de moelle osseuse. Il attribue la sur-prescription d'examens paracliniques à l'attitude de défiance des médecins vis-à-vis de la judiciarisation des actes professionnels, à la demande croissante des patients et à la croyance

[323] Monya Baker, « In biomarkers we trust? », *Nature Biotechnology*, 2005, 23, pp. 297-304.

profondément ancrée, tant chez les patients que chez les médecins, que l'utilisation des outils technologiques les plus récents et les plus coûteux conduit nécessairement aux meilleurs résultats diagnostiques. L'obligation de moyens se fait nécessité de moyens et la crédibilité médicale croît de façon proportionnelle avec la somme dépensée pour une consultation.

> *"In our health care system, where doctors are paid piecework for their services, if you have a slew of physicians and willing patient, almost any sort of terrible excess can occur*[324]*"*

Médecins et patients s'installent dans une complicité qui les éloigne l'un de l'autre. Ils ne font plus face, ils sont côte à côte. Ils ne se touchent plus, ils ne s'écoutent plus, ils ne se parlent plus, car ils n'entendent plus que la machine : que dit-elle ? *« Que dit l'électro ? Que dit le scanner ? Que dit la bio ?... »* La « bio », c'est l'analyse du laboratoire. Les prélèvements sont *techniqués* selon la formule consacrée ; on retrouve le néologisme que l'on pensait capturé par les seuls urgentistes et réanimateurs.

Le mot « analyse » se retrouve niché au sein de la psychanalyse, de la psycho-analyse. Mais lorsque l'on parle d'analyste, on pense au *psych*analyste, on pense à l'analyste programmateur en informatique mais en aucun cas à une personne travaillant dans un laboratoire médical. L'analyse peut désigner une thérapie par la parole. L'analysant n'est pas le psychanalyste mais la personne en cure psychanalytique. Et la cure est longue comme parfois peut l'être l'attente d'un résultat d'analyse médicale. On attend ou l'on fait des analyses. Ici se distingue *être* en analyse avec le psychanalyste et *avoir* une analyse par le biologique, l'action et la possession.

Si l'on ne garde que la définition du dictionnaire, l'analyse n'apporte rien de supplémentaire à ce qui est analysé hormis une information sur la nature et la quantité des éléments présents à l'intérieur d'un échantillon. Classiquement, il s'agit de discerner les différentes parties d'un tout et d'étudier les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres. Mais si l'on reprend l'étymologie, « analyse » vient du grec *analusis*, *ana-lusis*, et *luein* signifie « délier », « dénouer », « défaire » mais aussi « larguer », notamment les amarres. La racine est la même pour les mots « paralyse », « catalyse »... ainsi que pour la lysine, un acide aminé *fragile*. On se souvient de la ruse de Pénélope qui avait annoncé à ses

[324] Sandeep Jauhar, « Many Doctors, Many Tests, No Rhyme or Reason », *The New York Times*, March 11, 2008.

prétendants qu'elle ferait son choix une fois le tissage d'une toile achevé. Mais chaque nuit, à la lueur des torches, elle défaisait ce qu'elle avait tissé le jour. Le texte grec dit que Pénélope composait le jour et analysait, *alluesken*, la nuit[325] ; *alluesken* est l'imparfait itératif du verbe *analuein*. Le préfixe *ana* – que l'on a rencontré lors de l'anamnèse – traduit un mouvement ascendant, un mouvement de remontée vers, un mouvement de bas en haut, un mouvement de retour. L'analyse est donc un détissage pour parvenir à isoler les différents brins tels qu'ils étaient à l'origine. C'est bien ce qui se passe au cours de la cure analytique.

Ce qui apparaît comme une synthèse informatique est en réalité une déconstruction de la réalité où l'image ou le composé originels ne nous sont livrés que sous la forme d'un artefact, d'un simulacre. Ce ne sont pas des globules rouges qui s'agitent sur le papier à en tête du laboratoire, ce n'est pas un cerveau qui flotte sur l'écran d'ordinateur. La synthèse ne peut s'effectuer que par le médecin qui fait face au malade. A défaut, la médecine entre dans un processus réductionniste qui en altère profondément l'essence. Seul le médecin qui reste dans la médicalité peut parvenir à se détacher du double qu'offre la machine, de la machination dont il risque d'être l'instrument pour avoir laissé la totalité de son jugement dans les mains d'un outil.

3. Extramédicalité

On quitte peu à peu, presque insidieusement, l'humanité pour pénétrer dans le territoire de l'extramédicalité. Le rapport au temps et à l'espace, qui touche au phénomène le plus important pour l'espèce humaine, la vie, est totalement bouleversé.

On a commencé par donner naissance, pour les femmes à accoucher, là où on le pouvait. Puis l'accouchement s'est réalisé à domicile. L'obstétrique est devenue une spécialité médicale à part entière. On a médicalisé la naissance ; la naissance est devenue autant un acte médical qu'un acte d'état civil.

Après une diminution drastique des durées moyennes de séjour (DMS) en maternité, on assiste aujourd'hui à un engouement pour un retour à

[325] Homère, *Odyssée*, II, 105, http://remacle.org/bloodwolf/poetes/homere/odyssee/livre2.

l'accouchement à domicile dans des dispositions et des positions plus naturelles[326] pour des grossesses sans incidents de parcours. Le retour en force de l'accouchement à domicile aura immanquablement un impact sur l'activité des SAMU et SMUR comme c'est le cas pour les transferts *in utero* (TIU). Lorsque l'accouchement prématuré menace le déroulement naturel d'une grossesse, il est préférable de transporter la parturiente vers une maternité disposant d'un service de réanimation, alias maternité de niveau III, capable de prendre en charge les grandes prématurités afin de ne pas séparer la mère de son enfant nouveau-né.

1. Des hommes probables

Lors de la procréation naturelle, le sperme est déposé dans le vagin. La procréation naturelle résulte du rapprochement au moins physique entre un homme et une femme.

La fécondation *in vitro* (FIV) procède d'un rapprochement dans l'espace plus important encore puisque l'on place dans une petite boîte de culture des spermatozoïdes et des ovules qui se rencontrent non par une attraction spécifique mais par collision – le volume dans lequel ils évoluent étant très faible. Pour la petite histoire, le premier bébé éprouvette, ainsi justement nommé puisque procréé dans un tube à essai stérile, Louise Brown, voit le jour au Royaume Uni le 25 juillet 1978. Le 24 février 1982, à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart, Amandine nait de la rencontre – si l'on peut parler ainsi – d'un biologiste, Jacques Testart, et d'un gynécologue, René Frydman. Depuis 1992 (*Vrije Universiteit Brussel*) et 1994 (Jacques Testart), le rapprochement s'intensifie puisque que l'on procède par micro-injection d'un spermatozoïde à l'intérieur du cytoplasme d'un ovocyte (*intracytoplasmic sperm injection* ou *ICSI*). Cette technique marque l'ultime rapprochement des gamètes. Mais la procréation médicalement assistée (PMA) change aussi le rapport au temps puisque la FIV n'est plus soumise à des contraintes calendaires : l'ovocyte est recueilli à maturité à deux heures près et

[326] L'accouchement en décubitus latéral faciliterait les mouvements pour la nutation du bassin et apparaît bien plus confortable pour la parturiente que la position hospitalière avec les pied fixés aux étriers pour un meilleur confort des sages-femmes et obstétricien(ne)s. On sait que le mot « travail » vient du latin *tripalum* qui au départ désignait un instrument de torture.

reçoit *in vitro* son spermatozoïde frais. Mieux, lorsqu'on pourra prélever et congeler un morceau de cortex ovarien chez une femme très jeune, on disposera d'une réserve potentielle pour fabriquer des ovules *in vitro* en toute indépendance des donneurs. Conservés dans l'azote liquide, spermatozoïdes et ovocytes seront mariés par les biologistes sous le contrôle qualité des généticiens indépendamment du couple dont ils sont issus.

La médecine se réduit aux gènes et le diagnostic est prénatal (DPN) voire préimplantatoire (DPI) entendu comme prénatal précoce, très précoce. Une telle médecine est une métaphysique puisqu'elle touche à l'étant au-delà ou en deçà de l'Être, puisqu'elle porte sur un Être sans étant, un Être encore néant. Ce n'est plus au cœur de la maladie que se joue l'hypothèse diagnostique mais au cœur de l'être humain, un être humain à venir. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'expression de Jacques Testart, « hommes probables », des hommes constitués selon certaines probabilités[327].

2. Pour un monde meilleur

Avec l'ectogénèse ou gestation extracorporelle des mammifères, l'ovule n'est pas réimplanté dans un utérus humain – fut-il de location – mais dans un utérus artificiel selon l'expression d'Henri Atlan[328].

Mais l'ectogénèse déjà en développement industriel dès 1932 dans *Le Meilleur des mondes* d'Aldous Huxley[329], fait place à la création moléculaire. Dans le roman de Robert Silverberg, la vie grouille autour de *La tour de verre*[330] qui se partage entre *Womb-born*, « né-de-la-Matrice », *ectogene* ou *Bottle-born*, « né-de-l'Eprouvette » et *android* ou *Vat-born*, « né-de-la-Cuve ». Les orphelins prénataux nés-de-la-Cuve vénèrent leur créateur unique, l'industriel et milliardaire Siméon Krug, se retirant à intervalles réguliers dans les loges jouxtant les

[327] Jacques Testart, *Des hommes probables*, Paris, Seuil, 1999.
[328] Henri Atlan, *L'utérus artificiel*, Paris, Seuil, 2005.
[329] Aldous Huxley, *Le meilleur des mondes*, trad. Jules Castier, Paris, Plon, 1953, rééd. Librairie Générale Française, 1961.
[330] Robert Silverberg, *Tower of Glass*, New York, Charles Scribner's Sons, 1970 et *La tour de verre*, trad. Simone Hilling, Paris, Opta, coll. « anti-monde », Paris, 1972.

chantiers de production pour y psalmodier les bases purines et pyrimidiques du *genetic ritual*.

Dans son discours/manifeste, *L'existentialisme est un humanisme*, Sartre définit l'homme comme « un être chez qui l'existence précède l'essence, un être qui existe avant de pouvoir être défini par aucun concept[331] ». Sartre réitère le geste philosophique accompli par Pic de la Mirandole au XV^e^ siècle dans le premier manifeste de l'humanisme. Mais une lecture plus radicale de l'*Oratio de hominis dignitate* (1486) renvoie au mythe de Protagoras où le geste prométhéen donne à l'homme la puissance d'un dieu qui s'actualisera avec la techno-science.

> « … doté pour ainsi dire du pouvoir arbitral et honorifique de te modeler et de te façonner toi-même, tu te donnes la forme qui aurait eu ta préférence[332]. »

L'essence des *androids* précède leur existence. L'*android* Lilith née-de-la-Cuve à la Krug Synthetics, Ldt., sortie d'un « puant bouillon chimique », réductible à vingt aminoacides provoqués par les soixante-quatre combinaisons des bases ARN, devenue maîtresse du fils *womb-born* de Siméon Krug, du fils de « Dieu », incarne, au-delà de l'adultère, la figure même de la transgression humaine. *Incarne*, car tous sont faits de chairs, de chairs humaines.

3. Dans le Cloaca

Il n'est plus question de chair avec *Cloaca*, une installation de Wim Delwoye (2000). *Cloaca* est un tube digestif artificiel – cloches de verres ou machines à laver industrielles montées en série selon les modèles – dont la seule fonction est de digérer les aliments qui sont introduit à une extrémité et de produire des excrétas. *Cloaca* de Delwoye se place dans la lignée du *Canard digérateur* de Jacques de Vaucanson (1738). L'idée du corps-mécanisme a traversé tout le XVIII^e^ siècle.

Ni orthèse, ni prothèse, l'œuvre d'art ne capte plus l'image de l'homme mais cherche la ressemblance avec sa physiologie. *Cloaca* ressemble à un tube digestif pour n'être rien d'autre qu'un tube digestif. Même s'il puise son

[331] Jean-Paul Sartre, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Gallimard, 1996, coll. « Folio essai ».
[332] Jean Pic de la Mirandole, *De la dignité de l'homme*, Nîmes, L'éclat, 2002, p. 9.

inspiration dans « la machine à manger » des *Temps modernes* de Chaplin et se nourrit des œuvres d'artistes contemporains (Piero Manzoni, Marcel Duchamp et Jacques Lizène), Wim Delwoye cristallise dans la « mise au monde » d'un tube digestif immobile une médecine des organes totalement désinvestie de la personne hôte, une médecine dont la seule fin est le rétablissement d'une fonction physiologique, la réparation ou la génération d'un instrument organique. *« Il faut que ça marche ! »* pourrait être son mot d'ordre.

L'éloignement entre médecin et malade laisse peu de place à la sollicitude. On doute que la solution proposée par l'incorrigible Lilly Bloom, personnage décomposé du roman de Will Self, pour revivifier le colloque singulier puisse faire école :

> « Tous les médecins qui se sont assis à mon chevet m'ont paru, comme il se doit, parfaitement mal à l'aise. Normal. Imaginez ce qu'il faudrait faire pour être parfaitement à l'aise – pour vous mettre parfaitement à l'aise. Ils devraient, après avoir déposé leur trousse, déposer leur pantalon et se mettre au lit avec vous. Ça, ce serait de la sollicitude[333]. »

[333] Will Self, *Ainsi vivent les morts*, trad. Francis Kerline, Paris, L'Olivier/Seuil, 2001, p.115.

Troisième partie. Ethique de la médecine d'urgence

Prologue

Quelque part en France, dans les années 1980. Quand le médecin arrive dans le bar, c'est un homme allongé sur le sol qu'il aperçoit en premier. La fumée et l'odeur de poudre, l'odeur de peur, peinent à se dissiper. La zone a beau être sécurisée, l'atmosphère reste tendue mais les secouristes professionnels s'activent déjà. Un sapeur-pompier comprime la cuisse d'un homme qui refuse de s'asseoir. Deux équipes pratiquent les gestes élémentaires de survie sur deux jeunes femmes en arrêt cardiaque. Le sang s'échappe de la bouche à chaque compression thoracique. On marche dans les débris de verre. Toutes les bouteilles alignées derrière le zinc ont été pulvérisées.

Premier urgentiste arrivé sur place, le médecin prend donc la direction de la partie médicale de l'intervention ce qui fait de lui le DSM, le directeur des secours médicaux. Le COS ou commandant des opérations de secours l'interpelle pour lui rendre compte de la situation. Quatre victimes. Le tri sera rapide. L'homme resté debout, le patron de l'établissement, tel un capitaine de navire affrontant une lame de fond, est touché à la cuisse. On peut redouter une atteinte de l'artère fémorale mais *« les constantes sont bonnes ! »*. Il accepte enfin de s'allonger et peut attendre le médecin suivant. Les deux entraîneuses en arrêt cardiaque représentent chacune une urgence absolue. Le quatrième, un client, un touriste étranger semble-t-il, ne cesse de répéter *« Call an ambulance ! Call an ambulance ! »*. Le DSM contacte la « régul ». *« Quatre blessés graves. Deux personnes en arrêt, une plaie thoracique et une plaie de cuisse. La plaie de cuisse est stable. Je m'occupe de la plaie thoracique »*. Le médecin régulateur a anticipé et les renforts sont sur la route. Impossible de poser un hélico au milieu de rues si étroites.

L'urgentiste n'a jusqu'à présent touché aucune victime. Mais maintenant, après le bilan, il peut, il doit commencer à soigner. Le touriste en premier. Une vingtaine d'années, son visage est pâle, couvert de sueur. Chemise ouverte, poitrine nue, il a un trou rouge au côté gauche. *« On a un orifice de sortie ? »*. Un

pompier fait signe que non de la tête. La systolique est élevée. Tachycardie sinusale sur le scope. La systolique diminue. Mais il y a les deux jeunes femmes, là juste à côté, à quelques mètres. Les mouvements des pompiers qui réaniment restent dans son champ visuel. Il a fait son choix. Elles attendront –ou pas – les renforts médicaux. Lui, on va le sauver. *« Call an ambulance ! Call an ambulance ! ». « On est là ! C'est nous l'ambulance ».*

Les soins qui suivent sont concentrés sur les techniques de réanimation. Hémothorax gauche compressif. Douleur abdominale diffuse avec signe de défense. La pression artérielle systolique s'effondre. Intubation trachéale et ventilation assistée contrôlée après anesthésie générale. Pose d'un drain thoracique. Autotransfusion du sang recueilli de l'hémothorax durant la route qui mène au bloc opératoire. Il faut traverser la ville toutes sirènes hurlantes, escorte filante. Le touriste décède sur la table entre les mains du chirurgien. La balle est venue « mourir » dans le foie après avoir arraché un pédicule pulmonaire.

Le corps de chaque jeune femme a été criblé par les 9 millimètres des mitraillettes Uzi. Les médecins venus en renfort tenteront bien une réanimation mais sans grand espoir. Leur décès sera constaté sur les lieux. Le patron s'en sortira sans séquelles physiques.

Novembre, plus de vingt ans après, le même médecin, appelé cette fois-ci en renfort, se présente à la porte de la salle des fêtes qui donne sur la place principale. Toutes les personnes valides évacuées d'une église attendent, un masque à oxygène sur le visage, pour passer devant les équipes soignantes installées comme des stands de kermesse dans un secteur bien distinct. L'urgentiste de la fusillade prend la chasuble de DSM que lui tend le premier médecin à s'être présenté sur les lieux. Plus de cent personnes ont été incommodées durant l'office par un chauffage défectueux. Tout a commencé par un enfant qui a fait un malaise. Sa mère l'a emmené aux Urgences de proximité. Puis plusieurs fidèles ont présenté des symptômes similaires. *« Les personnes tombaient les unes après les autres »* rapporte un témoin. Le diagnostic d'intoxication collective au monoxyde carbone (CO) est vite confirmé. Dès lors, la situation devient plus facile à gérer. Après le chaos des premiers instants où chacun cherche sa place tant chez les victimes que chez les soignants, l'ordre règne maintenant dans la salle municipale judicieusement transformée pour la circonstance en PMA, poste médical avancé. Les victimes les plus gravement

touchées, les urgences absolues, ont été d'emblée évacuées à destination du CHU voisin qui dispose d'un caisson hyperbare. Les autres, des urgences relatives, s'inquiètent pour eux et leur famille en ce dimanche peu ordinaire. *« Qu'est-ce qu'on attend ? » « Combien de temps encore, on doit respirer dans le masque ? »*

En concertation avec le Centre antipoison, une ligne de partage du taux sanguin de carboxyhémoglobine va permettre le tri entre hospitalisation et poursuite de l'oxygénothérapie ou retour à domicile possible. Après interrogatoire, examen clinique rapide et parfois électrocardiogramme, on est en mesure de distinguer les deux groupes. Ceux dont l'état de santé n'est pas préoccupant commencent à quitter la salle. Pour les autres, on procède à une grande noria[334] pour leur transfert vers les différents établissements de santé publics du territoire. Le DOS, directeur des opérations de secours, c'est-à-dire le préfet de département ou son représentant, lève le dispositif au bout de quelques heures.

L'événement fera le lendemain de pleines pages dans les quotidiens locaux, régionaux, nationaux même. On s'inquiètera, comme à l'habitude dans pareille circonstance, de ce fléau qui fera pourtant encore de nombreuses victimes l'année suivante.

[334] Le terme *noria* d'origine espagnole désigne une machine hydraulique destinée à l'irrigation, constituée de seaux attachés à équidistance le long d'une chaine sans fin. Par analogie du processus, la noria a pris le sens d'un système de transport caractérisé par la grande fréquence des allers et retours (Alain Rey [dir.] *Dictionnaire historique de la langue française*, *op. cit.*, p. 2392). On distingue la petite noria, rotation des vecteurs de transport des victimes entre le lieu de la catastrophe – alias « l'avant » – et le PMA, de la grande noria, rotation entre le PMA et les différents hôpitaux choisis comme lieu d'accueil.

Chapitre X. Epistémique du tri

L'idée de trier les victimes lorsqu'elles sont en grand nombre peut paraître choquante. Pourtant le tri est une opération mentale bien avant d'être une opération médicale. Penser, c'est tout autant lier que trier, lier pour trier et trier pour lier. Les origines de la médecine d'urgence se confondent avec celles du tri médical des victimes. On a vu que les champs de bataille offraient les conditions d'une mise en application des techniques et des méthodes de soins les plus créatives.

1. Tri médical

1. De la catastrophe aux affaires courantes

Le matin du 14 avril 1912, Madame Harris, épouse du producteur de théâtre Henry Birkhardt Harris, quitte le salon de lecture et empreinte le grand escalier au bas duquel elle glisse sur un biscuit à thé et se fracture le bras. Elle reçoit immédiatement les soins du docteur Henry William Frauenthal, chirurgien orthopédique à New York, tout en soupirant : *« Quelle journée ! Rien de pire ne peut m'arriver*[335] *! »* A cette heure, Madame Harris occupe encore la cabine C-83 du *Royal Mail Steamer Titanic*. Le jour-même vers 23 heures 40, celui que tous avaient surnommé l'insubmersible heurte l'iceberg responsable de son naufrage dans les eaux de l'Atlantique nord.

De la traumatologie bénigne aux pathologies des catastrophes, le destin d'Irene Wallach Harris contracte en un seul lieu et presque un seul temps l'un des plus larges champs de compétence et d'application de la médecine d'urgence depuis la fin du XX^{e} siècle. Contrairement à son épouse, Monsieur Harris ne

[335] *What a day! It can't get much worse than this*. Cette exclamation peu inspirée doit rappeler à tout médecin et au médecin urgentiste en particulier que pour une intervention donnée, le pire n'est jamais obligatoirement derrière et peut être encore à venir. Ainsi apprend-t-on très rapidement à se méfier du sur-accident, un événement survenant après et à cause de l'accident initial même si, ici, on se gardera bien de lier la chute de Madame Harris avec la présence d'un iceberg sur le trajet du navire.

sortira pas indemne du naufrage, soumis au tri classique maritime selon lequel il faut sauver *« les femmes et les enfants d'abord ! »*. On rapporte que des passagers furent victimes d'un autre tri, un tri social. C'est parmi les occupants du pont de troisième classe que l'on dénombra le plus de disparus[336].

Les prises en charge simultanées d'un grand nombre de victimes – malades ou blessés – ont comme dénominateur commun le tri médical. Lorsque les secours sont initialement débordés par l'ampleur d'un événement, il faut dans un premier temps catégoriser les victimes pour les traiter par ordre de priorité médicale. Le tri fait entrer le singulier dans le collectif et surgir l'individu de la foule. Il permet ainsi de sortir de la politique pour entrer dans l'éthique.

2. Corps et âmes ou le premier tri

Les premiers à avoir théorisé le tri médical, nous l'avons vu au chapitre précédent, sont les psychiatres militaires, eux-mêmes relayés depuis la fin du XX^{e} siècle par les psychiatres civils organisés en CUMP[337]. S'il n'est heureusement plus social, le tri cardinal consiste à séparer les blessés du corps et les blessés de l'âme. Une relation homothétique s'établit entre victimes et médecins. Les psychiatres pour les traumatismes psychiques, les traumatismes de l'âme, de la *res cogitens* : attaques de panique, crises d'hystérie... ; les médecins du corps, urgentistes entre autres, pour les traumatismes physiques, les traumatismes de l'étendue, de la *res extensa*. L'homme traumatisé fait l'objet d'une attention plus

[336] 140 femmes passagères de Première classe sur 144 (97 %) et 80 de Deuxième classe sur 93 (86 %) furent sauvées contre 76 femmes passagères de Troisième classe sur 165 (46 %). Tous les enfants passagers de Première et de Deuxième classes ont été sauvés mais, parmi les enfants passagers de Troisième classe, seuls 13 garçons sur 48 (27 %) et 14 filles sur 31 (45 %) échappèrent à la catastrophe. Le pourcentage de rescapés en fonction des classes est de 62 % pour la Première, 41 % pour la Deuxième et 25 % pour la Troisième. Parmi les membres de l'équipage, 24 % ont survécu. Le nombre total de personnes sauvées est de 711 sur 2201 personnes à bord (32 %) (Gérard Piouffre, *Le « Titanic » ne répond plus*, Paris, Larousse, 2009, p. 297).

[337] Le taux de prévalence sur la vie entière de personnes confrontées à un événement potentiellement traumatisant est de 39 % et près de 2 % développent un *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) chronique (Jordi Alonso, Matthias C. Angermeyer, Sebastian Bernert & *al.*, « Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – ESEMeD – project », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2004, 109 [Suppl. 420], pp. 38-46. Etude réalisée en France, Espagne, Italie, Allemagne, Belgique et Pays-Bas entre 2001 et 2003 sur 21425 personnes de plus de 18 ans)

serrée, sous l'œil singulier de médecins au pluriel, au détriment d'un examen *binoculaire* de ce qui l'afflige.

La division pédagogique débutée par Descartes a été rejouée en 1968 lors de la séparation de l'enseignement de la neurologie de celui de la psychiatrie. Il y a désormais d'un côté le neurologue et de l'autre, le psychiatre ; d'un côté le médecin qui tient un discours (*logos*) sur le *neuron* et de l'autre le médecin (*iatros*) de la *psukhè*. Dans la mouvance d'une psychiatrie flirtant depuis les années 1950 avec la pharmacologie qui a fait d'elle une médecine des synapses, la neurologie, désormais en qualité de médecine des seuls neurones, espère s'inscrire dans le champ des neurosciences.

On n'oubliera pas que la psychiatrie est non seulement une spécialité médicale au même titre que les autres[338], mais qu'elle a été de surcroit la première à se détacher du bloc médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Elle dispose en propre de ses diagnostics, pronostics et thérapeutiques médicamenteuses, de ses unités et services, de ses hôpitaux dont certaines des entrées sont gardées par la loi, celle du 30 juin 1990 revue le 1er août 2011, véritable *checkpoint Charlie* hospitalier où l'on ne sait plus très bien de quel côté se situe la « zone libre ». Des patients se voient refuser une admission souhaitée et d'autres une sortie tant espérée.

La psychanalyse des profondeurs de l'âme, quant à elle, se voit concurrencée par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et les techniques de développement personnel. Pour compliquer l'affaire, des médecins inventent le psychosomatique qui, à y regarder de près, entérine la dualité là où on attendait une réunification de l'approche médicale du corps et de l'âme : pour dire que l'âme est le tout de la maladie et que le corps n'y est pour rien, il a bien fallu les séparer.

Disséquer le traumatisme, c'est expérimenter à l'envers la *Méditation sixième*. Avec Descartes, on a l'idée *claire* et *distincte* d'être une chose qui pense avant de s'étendre ; on a l'idée *distincte*, mais sans grande clarté peut-on ajouter, d'un corps étendu sans pensée dont son âme pourrait fort bien se passer, car « elle

[338] Isabelle Blondiaux, *Psychiatrie contre psychanalyse. Débats et scandales autour de la psychothérapie*, *op. cit.*, p. 48.

peut être et exister sans lui[339] ». Pourtant le traumatisme et la douleur qui s'ensuivent introduisent une clarté sans distinction : la souffrance physique contamine l'âme et la souffrance psychique retentit sur le corps physique. Cette absence de distinction est la marque de l'union de l'âme et du corps, question philosophique par excellence.

On admet donc deux médecines d'urgence. L'une, celle des médecins urgentistes qui ne s'occupe plus que du corps, dépossédée d'une partie de son objet par les psychiatres qui ne s'intéressent qu'aux souffrances de l'âme tout en évitant de se concentrer sur le composé humain. L'autre, celle des médecins de l'âme qui rapidement louche sur la médecine du corps-machine par son approche neurobiologique sans avoir recours à la glande pinéale ; une médecine de l'âme qui peut ainsi faire l'économie, ne dire *quasi rien* de la partie de l'âme qui, « étant unie au corps, peut agir et pâtir avec lui[340] ».

Ainsi le composé humain est objectivé dans un mouvement qui tout à la fois détache l'étendue de la pensée et réduit la pensée à de l'étendue. Le composé humain n'est plus rien qu'une « statue ou machine de terre » remplie de pièces détachées bien agencées pour être fonctionnelles[341].

La science se constitue par une *réduction* qui dans le même mouvement « délimite son champ propre et définit ses objets[342] ». Elle met « hors-jeu » selon l'expression de Michel Henry ce dont elle ne se préoccupe pas, les qualités sensibles de la nature, c'est-à-dire la vie[343]. A la détermination d'un domaine de compétence répond aussitôt celle d'un domaine d'incompétence d'ailleurs infiniment plus vaste[344].

Le savoir ne se réduit pas à la science. Le savoir de la science n'est qu'une modalité du savoir de la conscience comme relation à l'objet[345]. Le savoir scientifique s'oppose au savoir de la vie. La connaissance, savoir de la conscience et de la science[346], n'est pas la vie. Le savoir sur la science ne peut s'acquérir avec un savoir scientifique. De même qu'aujourd'hui, l'on n'interroge plus la vie dans

---

[339] « Méditation sixième », *Méditations métaphysiques*, *in* René Descartes, *Œuvres et Lettres*, *op. cit.*, pp. 322-323.
[340] « À Elizabeth, mai 1643 », *Id.*, p. 1152.
[341] *Traité de l'homme*, *Ibid.*, p. 807.
[342] Michel Henry, *Incarnation. Une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000, p. 143.
[343] Michel Henry, *La barbarie*, *op. cit.*, pp. 35 et 110-111.
[344] Michel Henry, *Incarnation. Une philosophie de la chair*, *op. cit.*, p. 143.
[345] *Id.*, p. 27.
[346] *Ibid.*, p. 30.

les laboratoires[347]. Le domaine de la biologie n'est pas tout à fait approprié à ce qu'en dit l'étymologie du mot car c'est une science du corps au sens où l'allemand le traduit en *Körper* et non une science du vivant, *Leib*.

Là où la conscience révèle toujours autre chose qu'elle-même, là où la conscience est toujours conscience *de* quelque chose, la vie, son « se-sentir-soi-même » et son « s'éprouver-soi-même-en-chaque-point-de-son-être[348] » ne révèle rien d'autre qu'elle-même[349].

Mais la responsabilité cartésienne de la dualité corps et âme a la vie dure. Dans son *Erreur de Descartes*, Antonio Damasio rapporte la singulière histoire de Phineas P. Gage, rescapé d'un accident du travail survenu durant l'été 1848 lorsqu'un cylindre de fer de plus d'un mètre de long sur dix centimètres de diamètre pesant six kilos lui transperça la tête[350]. Après plusieurs complications infectieuses, Gage est sorti d'affaire sans séquelle physique. Pourtant, il présente rapidement des troubles du comportement avec altération majeure de la personnalité le conduisant à l'aliénation sociale. Renvoyé de divers emplois ou les quittant de lui-même, il est finalement recruté par le cirque Barnum de New York pour s'exhiber, accompagné de la barre de fer à qui il devait toute sa déchéance, aux côtés des porteurs de pathologies endocriniennes et autres neurofibromatoses pour qui la maladie avait valeur d'échange. Il décède en 1861 d'un état de mal convulsif, soit plus de dix années après l'accident. Pour les phrénologues[351] de l'époque, la barre de fer était passée dans le voisinage de *Bienveillance* et dans la partie antérieure de *Vénération*[352] du cerveau de Gage ce qui expliquait son nouvel état de l'âme. A l'époque, le localisationnisme n'avait pas le succès accordé aujourd'hui par les neurosciences.

> « Même, si au nom de certaines positions philosophiques, on pouvait accepter que le cerveau était à la base de l'esprit, il était difficile d'admettre que la possibilité de formuler des jugements éthiques ou de se comporter de telle ou telle façon dans la société dépendait d'une région cérébrale spécifique, tant ces dispositions

[347] François Jacob, *La logique du vivant. Une histoire de l'hérédité*, Paris, Gallimard, 1970, Coll. « Tel », 1999, p. 320.
[348] Michel Henry, *La barbarie*, *op. cit.*, p. 29.
[349] *Id.*, p. 30.
[350] Antonio Damasio, *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, trad. Marcel Blanc, Paris, Odile Jacob, 1995.
[351] La phrénologie, discipline à visée scientifique élaborée par Franz Joseph Gall (1758-1828), faisait correspondre à chaque fonction intellectuelle et morale une région distincte de l'écorce cérébrale observée à partir de la conformation extérieure du crâne. Cette étude est aujourd'hui, théoriquement, totalement abandonnée.
[352] Antonio Damasio, *L'erreur de Descartes*, *op. cit.*, p. 35.

paraissaient seulement relever de la conscience personnelle ou du conditionnement social[353]. »

L'*Erreur de Descartes* est bien plus une erreur *sur* Descartes et sur l'interprétation de l'idée

d'une séparation de l'âme et du corps. Ainsi, en contrepoint de l'histoire de Damasio, un auteur et un réalisateur ont participé à travers une fiction d'une rare intensité à réunir ce qui était épars. Dans la pièce de théâtre *Soudain l'été dernier* de Tennessee Williams[354], le jeune chirurgien Coukrowicz est pressé par Violet Venable, personne riche et influente, de pratiquer une intervention chirurgicale – une lobotomie – sur Catherine. Madame Venable ne pardonne pas à sa nièce de lui avoir « ravi » son fils lors d'un dernier voyage d'été au cours duquel ce dernier serait décédé dans d'obscures circonstances. Catherine ne garde aucun souvenir de la mise à mort « sacrificielle » du jeune homme à laquelle elle a assisté impuissante. Le chirurgien qui devait intervenir sur le cerveau de la jeune fille découvre, par une écoute attentive, l'origine psychique du traumatisme. Ainsi, dans un renversement d'attribution, un chirurgien, médecin du corps par excellence, va soigner un traumatisme de l'âme.

3. Le tri médical des urgences

Pour les dommages corporels, on distingue les urgences absolues (UA) des urgences relatives (UR). Le délai de prise en charge est l'élément clé de la catégorisation : moins de six heures pour les UA et plus de six heures pour les UR. A l'intérieur des UA, une sous-catégorisation distingue les extrêmes urgences (EU) et les premières urgences (U1) ; de même les UR se divisent en deuxièmes urgences (U2) et troisièmes urgences (U3) alias éclopés. Les EU ne souffrent d'aucun délai de prise en charge. Les U1 doivent être traitées dans les six heures, le plus tôt est le mieux. Les U2 sont des urgences dont les soins peuvent être différés à plus de six heures. La distribution est explicitement temporelle dans un

[353] *Id*., p. 42.
[354] Tennessee Williams, *Soudain l'été dernier*, trad. Jacques Guicharnaud et Michel Arnaud, Paris, Laffont, 1962, rééd. 10/18, 1995. La pièce *Suddenly, Last Summer*, écrite en 1958, a été portée à l'écran par le réalisateur nord-américain Joseph L. Manckiewicz en 1959 sous le même titre avec Montgomery Clift (Coukrowicz), Elizabeth Taylor (Catherine) et Katherine Hepburn (Violet Venable).

mélange temps-gravité ; comme par une loi physique, à l'accroissement de la gravité répond une contraction du temps.

En « climat » NRBC, sigle désignant la certitude ou le doute sur la présence d'un produit toxique d'origine nucléaire, radiologique, chimique ou biologique[355], il faut procéder au tri entre personnes contaminées et personnes non contaminées. Car le contaminé est un contaminant en puissance. Un tri est subordonné à un autre. Par exemple, en cas d'intoxication chimique, tant que l'on n'a pas procédé à l'entière dépose du produit, les soins habituels ne peuvent être entamés. Dans le rapport contaminé/contaminant, le contaminant prime sur le contaminé comme le signifiant sur le signifié chez Lacan. Le contaminant devient plus réel que le contaminé et la contamination, le phénomène qui mobilise le plus. De fait, la lutte première est celle contre la contamination au profit des personnes non encore contaminées, victimes ou sauveteurs.

Toujours en climat NRBC, un autre tri précède le double tri des victimes – selon la possible contamination et selon la symptomatologie – qui s'exprime sous la forme d'un « zonage » avec un secteur géographique d'exclusion formé d'une zone de danger immédiat d'un rayon de 100 mètres et d'une zone de danger sous le vent pouvant atteindre 500 mètres de long dans lesquelles ne peuvent pénétrer que les sauveteurs correctement équipés et entrainés. Tout autour des zones d'exclusion se forme un secteur contrôlé sur 50 mètres de large dans lequel on procède à l'analyse de la contamination des victimes. Dans le module de décontamination, les victimes se distribuent en valides et invalides. Ce n'est que dans une troisième zone dite de soutien que sont installés les PMA.

Le tri médical est d'abord géographique avant d'être symptomatique. Avant même leur rencontre avec les premiers sauveteurs, certaines victimes sont déjà « classifiées » comme contaminées par l'unique critère – unique mais majeur – d'être situées à l'intérieur d'un périmètre de contamination. Même asymptomatique, des personnes peuvent être en danger car certains toxiques peuvent avoir une action retardée par rapport à leur début de diffusion. En cas de danger NRBC, il n'est pas nécessaire d'être porteur d'une symptomatologie quelconque pour être classé comme victime, comme « urgence absolue » (UA).

[355] On a depuis peu ajouté un E au sigle signifiant « Explosion ».

Le tri médical est donc un mixte d'espace et de temps qui fait varier le diagnostic de gravité, seule vérité à ce moment de la prise en charge des victimes.

2. Philosophie du tri

Hiérarchiser, ordonner, classer… c'est introduire la raison dans un mode toujours incertain, c'est introduire le *logos* dans le *chaos*. Trier c'est séparer, choisir, décider… opération philosophique par excellence. Ces verbes ont pour racine commune grecque *krinein* qui a donné *krisis*, la « crise » qui signifie à la fois critique et jugement. Trier, c'est donc passer au crible, « cribler », critiquer, tâche première du philosophe. Et pour « cribler », il faut analyser, c'est-à-dire séparer les différents éléments composant une réalité donnée[356]. A l'origine, l'analyse, on l'a vu, est une opération de déconstruction, de décomposition.

Le tri est donc une opération épistémique qui devient éthique par son objet. L'approche scientifique du tri suppose que l'on dispose d'une règle exacte à laquelle on puisse se référer pour la situation présente. C'est une vision qui prend le risque de faire basculer ceux qui l'adoptent dans le scientisme. Et le scientisme est dogmatique car il suppose une ontologie du tri médical. Le point de vue critique essaiera de faire prendre conscience de ce que l'on fait lorsque l'on trie des victimes.

Dans toute *krisis*, il y a en filigrane un combat, un combat pour sortir du dogmatisme, et, en amont, un combat contre les penchants naturels comme l'égoïsme et la paresse, un combat qui se déroule en notre for intérieur et qui ne saurait se confondre avec un conflit de conscience.

L'étude du tri médical est l'une des conditions de possibilité de mise à nu d'une éthique qui surgit de la pratique médicale, immanente à elle et non pas plaquée sur elle. C'est l'une des conditions de possibilité d'examen d'une éthique *de* la médecine qui rejette toute éthique *pour* la médecine. Ainsi, le programme tient *pour* une éthique de la médecine et *contre* une éthique pour la médecine. On y reviendra au cours du dernier chapitre.

---

[356] Dominique Folscheid, *DESS d'éthique médicale et hospitalière*, Cours de 1ère année, Université de Marne-la-Vallée.

Répertorier, trier, ordonner… Nous classons nos connaissances avant même de savoir si elles peuvent être classées. Trier semble une action consciente mais dans quelle mesure notre inconscient ne participe-t-il pas au processus ? Soigne-t-on de la même façon toute personne quels que soient le rang, le grade, les qualités civiles, professionnelles, sociales ?

Nul doute que son atavisme avec la médecine de guerre place l'urgentiste au plus proche de la problématique du tri.

1. Les concepts purs de l'entendement

Catégoriser c'est rapprocher pour opposer ou opposer pour pouvoir rapprocher et construire un cadre hiérarchisé. Les similitudes regroupent, les différences opposent. Tiroir, rangement, étiquettes. C'est le vieux rêve grec de remettre chacun à sa place, que chacun rejoigne son lieu naturel comme Ulysse qui n'a de cesse de vouloir rentrer à Ithaque.

La médecine, comme d'autres disciplines, doit ses progrès à la création de catégories comme les maladies, les syndromes, les facteurs de risque, les antécédents. Les catégories sont très utiles pour tester les nouvelles molécules. On parle de cohortes de patients, de *cohorting* comme l'action d'agréger les individus du même type[357]. En médecine, la cohorte est un ensemble d'individus, une population définie, suivie durant une période de temps au cours de laquelle ils ont vécu un événement pathologique semblable. Certaines sont composées de plus de mille patients. Elles devraient donc prendre le nom de « légion », qui est aussi le nom du diable.

La notion est l'idée que l'on se fait d'une chose, la définition en vise l'essence ; elle peut être nominale ou conceptuelle. Le concept désigne l'être même d'une chose indépendamment de l'idée que l'on s'en fait[358]. Le caractère objectif du concept, contre l'idée toujours subjective, va permettre le classement en catégories par deux opérations : tracer le périmètre de la classe et décrire ce qui

[357] Pour mémoire, la cohorte romaine (*cohors*) représentait le dixième d'une légion. Elle était composée de trois manipules formés chacune de deux centuries. A raison de quatre-vingts hommes par centurie, la cohorte en comptait donc 480.
[358] Dominique Folscheid, « Philosophie morale et éthique », in *Philosophie*, *op. cit.*, p. 136.

la différencie des autres classes. Classiquement, les catégories sont homogènes et décidables. Par exemple, pour les groupes homogènes de maladies (GHM) ou les groupes homogènes de soins (GHS), les maladies ou les soins regroupés sont identifiés au même degré et à la même nature et il est toujours possible de distinguer ceux qui en diffèrent. Plus l'on précise dans le détail les éléments d'une catégorie, plus sa *compréhension* augmente mais plus son *extension* diminue.

Comment penser les catégories ? Non pas avec des intuitions, ni des idées, mais avec des catégories (*Kategorien*) qui sont, pour Kant, les concepts purs de l'entendement. Ainsi, si l'on procède par catégories, c'est qu'elles sont déjà en nous avant toute pensée ; elles sont nécessairement et *a priori* en nous.

2. Aristote avant Kant

Aristote, le premier, a établi des catégories ; le mot « catégorie » vient du grec *katègoria* qui signifie l'attribution. Dans le langage juridique, c'est l'attribution à quelqu'un d'un crime ou d'un délit, le chef d'accusation. Dans le langage philosophique, c'est l'attribution d'un prédicat à un sujet, c'est-à-dire une prédication. La prédication est un jugement synthétique *a posteriori* et les figures de la prédication ou catégories sont « les formes ultimes de ce qui peut être dit de quelque chose[359] », les manières d'être de l'être.

Ces catégories servent à questionner le réel. La « substance » (*ousia*) répond à l'interrogation *Qui* ou *Quoi*. Avec la « substance », chez Aristote, la rupture avec les « essences » platoniciennes et les « éléments » des présocratiques est consommée. Les deux suivantes font couple ; l'être-quantième pour la « quant-ité » répond à *Combien* et l'être-quel pour la « qual-ité » répond à *Comment*. Trois autres catégories se rapportent à la « relation » pour la question *Pourquoi*, au « lieu » pour *Où*, au « temps » pour *Quand*. Les quatre dernières catégories ne sont plus nominales mais verbales. Pour l'action et la passion, ce sont les verbes « faire » et « subir » et pour la position et la possession, « être disposé » et « être en état » ou « avoir ». Au total, dix catégories fournissent le cadre conceptuel, instrument d'exploration de la totalité du réel.

[359] Pierre Pellegrin, *Dictionnaire Aristote*, Paris, Ellipses, 2007, p. 41.

Mais Emile Benveniste suggère que les catégories d'Aristote sont comme une transposition de la langue avec le verbe « être » qui, sans être un prédicat, est la condition de tous les prédicats. C'est la langue grecque qui a permis de « faire de l'être, une notion objectivable[360] ». Toujours pour Benveniste, il est plus fécond de concevoir l'esprit comme virtualité que comme cadre, comme dynamique que comme structure.

3. Analytique transcendantale

Le projet d'Aristote est de décrire tel homme présent devant lui. L'un ou l'autre des dix « chefs d'accusation » rassemble les prédicats. Pour Kant, n'est donné que ce qui est accessible par les sens, tout le reste est à construire. Il procède à une révolution analogue à celle déclenchée par Copernic :

> « On admettait jusqu'ici que toute notre connaissance devait se régler sur les objets ; mais tous les essais pour établir à leur endroit quelque chose *a priori* par des concepts, par quoi notre connaissance eût été étendue, n'aboutissait, dans cette hypothèse, à rien. Que l'on essaie donc une fois de voir si nous ne serions pas plus heureux dans les tâches de la métaphysique, en admettant que les objets doivent se régler sur notre connaissance, ce qui s'accorde déjà mieux avec la possibilité demandée d'une connaissance *a priori* de ces objets, qui doit établir quelque chose à leur égard avant qu'ils nous soient données. Il en est ainsi de l'idée première de Copernic : voyant qu'il ne pouvait venir à bout de l'explication des mouvements du ciel en admettant que toute l'armée des astres tournait autour du spectateur, il essaya de voir s'il ne réussissait pas mieux en faisant tourner le spectateur, et en laissant en revanche les astres au repos[361]. »

Ce n'est plus un objet immuable autour duquel doit tourner le sujet pour le connaître, c'est l'objet qui est soumis au crible des catégories kantiennes du sujet devenu central. A la rhapsodie catégorique d'Aristote, Kant répond par la composition d'une liste systématique.

Les catégories sont des connecteurs de l'entendement, des concepts purs c'est-à-dire indépendants de toute expérience qui vont former les conditions de possibilité d'apercevoir et de connaître. On aura d'une part une science de tous les

---

[360] Emile Benveniste, « Catégories de pensée et catégories de langue », *in Problèmes de linguistique générale I*, *op. cit.*, p. 71. Friedrich Adolf Trendelenburg (1802-1872) avait aussi soutenu cette thèse (Jean Brun, *Aristote et le Lycée*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1961, p. 30, n. 1). Le fils du philosophe allemand, le chirurgien Friedrich Trendelenburg (1844-1924) est bien connu du corps médical et soignant ; il a laissé son nom à une position inclinée du corps allongé, une canule, un test pour les varices, une opération chirurgicale.

[361] « Préface de la 2e édition », *Critique de la raison pure*, *in* Emmanuel Kant, *Œuvres philosophiques I,* Paris, Gallimard, 1980, coll. « Bibl. de la Pléiade », pp. 739-740.

principes de la sensibilité *a priori*, l'esthétique transcendantale[362], formée des deux concepts purs de l'intuition, l'espace et le temps, et d'autre part une science de tous les principes de l'entendement *a priori*, l'analytique transcendantale, formée de trois fois quatre catégories, formes de l'entendement, universelles, encore vides donc inopérantes mais pures conditions – conditions *a priori* – d'une expérience possible, de la formation du jugement. Car pour Kant et depuis Kant, penser, c'est juger.

Contre la description psychologique qui suit la genèse de la connaissance, l'analyse transcendantale est l'invention kantienne qui en établit la légitimité. Le projet est donc l'établissement de la carte du concept, sa géographie et non plus son histoire.

La science doit à la fois déterminer *a priori* son objet et en faire l'expérience. La pureté ou l'*a priori* d'une hypothèse et l'*a posteriori* d'une expérience produisent la connaissance. Le rapport entre pureté et expérience n'est pas seulement un rapport temporel où l'*a priori* précède nécessairement l'*a posteriori* mais un rapport de subordination de l'expérience rendue possible puis structurée par l'*a priori*.

Nous sommes des êtres pleins de préjugés, « bourrés » d'*a priori* ; mais ces préjugés, lorsqu'ils se frottent à la réalité, lorsqu'ils se remplissent d'expérience sont les conditions de possibilité d'une analyse et d'une synthèse critiques.

4. Jugements analytiques et jugements synthétiques

Les jugements analytiques sont *a priori*, ils peuvent s'imposer sans aucune expérience, et sont donc nécessaires. Les jugements analytiques n'ajoutent rien au sujet mais analysent, expliquent, rendent plus intelligible en exposant quelque chose contenu par le sujet de manière cachée.

> « L'utilité des jugements analytiques est d'éclairer la chose. Ils sont d'une grande importance, toute la philosophie en est remplie. La morale tout entière ne se compose presque que de purs jugements analytiques[363]. »

[362] *Id*., p. 783.
[363] Emmanuel Kant, *Leçons de métaphysique*, trad. Monique Castillo, Paris, Librairie Générale Française, 1993, p. 138.

A cet effet, on les appelle aussi *jugements explicatifs*. On retrouve la question de l'analyse dans le dossier d'observation médicale où sont notés les signes cliniques et leur interprétation : chez tel patient, un amaigrissement, une soif et des mictions fréquentes… le diagnostic serait-il la synthèse ? L'analyse révélerait que l'augmentation de la glycémie et la présence d'une glycosurie seraient à l'origine du syndrome polyurique et polydipsique…

Quelques précautions sur le vocabulaire s'imposent pour éviter toute confusion sur le terme « analytique ». Outre le jugement analytique, il faut distinguer la méthode analytique et l'analytique transcendantale. L'analytique transcendantale étudie les conditions de possibilité de la connaissance. Elle peut se traduire comme la « logique de la vérité » à l'opposé de la dialectique transcendantale qui est la « logique de l'erreur et de l'illusion ».

Les jugements synthétiques sont *a postériori* et contingents, ils supposent l'intervention de l'expérience et apportent du nouveau sur le sujet. Ils sont aussi appelés *jugements extensifs*. Lorsque Claude Bernard découvre l'origine de la glycémie par la glycogénolyse hépatique, il porte un jugement synthétique.

> « C'est moins une opération spéciale qu'une certaine force de pensée, la capacité de pénétrer à l'intérieur d'un fait qu'on devine significatif et où l'on trouvera l'explication d'un nombre indéfini de faits. En un mot, l'esprit de synthèse n'est qu'une plus haute puissance que l'esprit d'analyse[364]. »

Mais ne pourrait-on pas penser que toute affirmation sur la maladie d'un sujet est en réalité un jugement analytique et non pas un jugement synthétique ? Dans l'affirmation, *« cet homme est diabétique »*, le prédicat n'est-il pas contenu dans le sujet avant même que l'on en fasse la preuve médicale ? L'analyse clinico-biologique conduit-elle à la synthèse diagnostique ?

Là on l'on croit affirmer que *« le cheval d'Henri IV est blanc »*, un jugement synthétique, ne dirait-on en réalité rien d'autre que *« le cheval blanc d'Henri IV est blanc »*, un jugement analytique ?[365] Le jugement ne serait-il

---

[364] Henri Bergson, « La philosophie de Claude Bernard », *in La pensée et le mouvant*, *op. cit.*, p.1435 [231].

[365] La distinction entre jugements analytiques et synthétiques par l'exemple du « cheval blanc d'Henri IV » est empruntée à André Cresson (*Kant*, Paris, PUF, coll. « Philosophes », 1941, p. 17). Les exemples choisis par Kant sont beaucoup moins saisissants. Dans l'« Introduction » de la *Critique de la raison pure*, Kant écrit que le jugement « Tous les corps sont étendus » est analytique tandis que « Tous les corps sont pesants » est synthétique car « le prédicat est quelque chose de tout autre que ce que je pense dans le concept d'un corps en général » (*in Œuvres philosophiques I*, *op. cit.*, p. 766). Il semble que les caractères « étendu » et « pesant » soient consubstantiels des corps, de tout ce que l'on définit par corps, en conséquence, dire que « les

synthétique que dans l'erreur diagnostique ? Car dans ce cas, l'on aura ajouté un attribut à un sujet qui ne le contient pas.

Certes, *tout* homme rencontré n'est pas nécessairement diabétique, seul est diabétique *cet* homme-là, c'est-à-dire, par exemple, Callias ou Socrate. En conséquence, le jugement analytique relève de l'ordre ontologique tandis qu'un jugement synthétique *a posteriori* est toujours dans la sphère épistémologique.

5. Jugements synthétiques a priori

On ne peut passer sous silence la troisième forme de jugement dont Kant pense avoir décelé l'existence, les jugements synthétiques *a priori*, « véritables *monstres philosophiques* » pour reprendre l'expression d'André Cresson, et qui seront au fondement du programme de la *Critique de la raison pure* avec la célèbre et en apparence obscure question : « Comment des jugements synthétiques a priori sont-ils possibles[366] ? »

D'abord, *les jugements mathématiques sont tous synthétiques*, une proposition qui « semble avoir échappé jusqu'ici aux observations des analystes de la raison humaine, et même très exactement opposée à toutes leurs conjectures, bien qu'elle soit incontestablement certaine et très importante dans ses conséquences »[367]. L'incomplétude des mathématiques demande nécessairement une synthèse, et non une analyse, à chaque étape de raisonnement. Les propositions de l'arithmétique sont toujours des jugements *a priori* et non empiriques et ces jugements sont des jugements synthétiques. Tant que l'on reste dans les additions de chiffres, on peut ne pas en être convaincu. Compter avec ses doigts relève de l'empirisme. Mais dès lors qu'il s'agit de nombres un peu plus grands, « sans nous aider de l'intuition, au moyen de la simple analyse de nos

---

corps sont pesants » peut apparaître comme un jugement analytique. Dans les *Prolégomènes à toute métaphysique future qui pourra se présenter comme science*, Kant donne un autre exemple de jugement synthétique : « quelques corps sont lourds » (trad. Louis Guillermit, Paris, Vrin, 1986, rééd. 1993 p. 26). Les exemples tirés des *Leçons de Métaphysique* (*op. cit.*, p. 138), sont plus faciles à appréhender : « l'or est un métal » ou encore « l'or est un métal jaune » (*Prolégomènes*, *op. cit.*, p. 27), jugement analytique, et « l'or ne rouille pas », jugement synthétique.

[366] Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, *op. cit.*, p. 772.

[367] *Id.*, pp. 768-769.

concepts, nous ne pourrions jamais trouver la somme[368] ». La démonstration vaut tout autant pour la géométrie. Certains principes de la physique, et l'on pourrait ajouter de la physiologie, des sciences fondamentales, sont eux aussi *nécessairement* synthétiques.

6. Des catégories aux impératifs

Selon Kant, la table des catégories de l'entendement distingue quatre formes de jugement catégorial – quantité, qualité, relation, modalité – dont chacun comporte trois moments.

La *relation* ou le rapport entre l'impératif qui commande une action et sa finalité est conditionnée ou bien inconditionnée. Dans le premier cas, l'action n'est bonne que comme un moyen pour une quelque autre chose, l'action n'est bonne que comme moyen en vue d'une fin ; l'impératif est dit *hypothétique*.

> « La proposition hypothétique : S'il y a une justice parfaite, le méchant obstiné est puni, contient proprement le rapport de deux propositions : Il y a une justice parfaite, et : Le méchant obstiné est puni. Si ces deux propositions sont vraies en soi, cela reste ici non décidé[369]. »

Les jugements hypothétiques sont toujours de la forme *« si…, alors… »*.

> « Je ferme les yeux et je me demande : "Persisterais-tu longtemps dans cette voie ? Si le malade dont tu laves les ulcères te paie d'ingratitude, s'il se met à te tourmenter de ses caprices, sans apprécier ni remarquer ton dévouement, s'il crie, s'il se montre exigeant, se plaint même à la direction (comme il arrive souvent quand on souffre beaucoup), alors ton amour continuera-t-il ?" Figurez-vous, j'ai déjà décidé avec frisson : s'il y a une chose qui puisse refroidir sur-le-champ mon amour "agissant" pour l'humanité, c'est uniquement l'ingratitude. En un mot, je travaille pour un salaire, je l'exige immédiat, sous forme d'éloges et d'amour en échange du mien. Autrement, je ne puis aimer personne[370]. »

Lorsque l'impératif qui commande l'action est inconditionné, c'est-à-dire que l'action est représentée comme bonne en soi, il est dit catégorique.

Du point de vue de la *modalité*, la fin ordonnée par l'impératif hypothétique sera possible ou réelle. Dans le premier cas, l'impératif est un « principe problématiquement pratique », et dans le second, l'impératif est un « principe assertoriquement pratique ».

---

[368] *Ibid*., p. 770.
[369] *Ibid*., p. 829.
[370] Fiodor Dostoïevski, *Les frères Karamazov*, trad. Henri Mongault, Paris, Gallimard, 1952, coll. « Bibl. de la Pléiade », p. 59.

> « Les *jugements problématiques* sont ceux où on admet l'affirmation ou la négation comme simplement *possibles* (il y a choix). Les jugements sont *assertoriques*, quand affirmation et négation sont considérés comme *réelles* (vraies)[371]. »

Quand à l'impératif catégorique, il a la valeur d'un « principe apodictiquement pratique[372] ». Les jugements sont apodictiques lorsque l'affirmation ou la négation sont « regardées comme nécessaires ».

[371] Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, *op. cit*., p. 830.
[372] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Victor Delbos revue et modifié par Ferdinand Alquié, *in Œuvres philosophiques II*, *op. cit.*, p. 276-277 & Pierre Aubenque, « La prudence chez Kant », *Revue de Métaphysique et Morale*, Paris, Armand Colin, 1975, n° 2, p. 161.

Chapitre XI. Technique médicale

1. Expériences

1. Exercices médicaux

Pour travailler la notion de tri médical, on procède très régulièrement à des exercices de simulation. Ces exercices peuvent se dérouler en grandeur nature associant d'une part des personnes volontaires – secouristes d'ONG ou étudiant(e)s infirmier (e)s – alias « plastron » qui joueront le rôle de victimes et d'autre part des soignants et secouristes qui agiront comme s'ils se trouvaient dans une situation réelle. Un scénario, établi au préalable au cours de réunions de concertation interservice, le plus souvent sous une égide préfectorale, règle la dimension de l'événement choisi, le nombre, la typologie et la répartition géographique des victimes, les moyens de secours et de soins à engager ainsi que le rôle des arbitres et le positionnement des observateurs. Les personnes formant le plastron sont maquillées et mimeront à l'approche des sauveteurs les symptômes qu'ils leur auront été respectivement attribués au cours d'un *briefing*.

Même si tous les acteurs font *« comme si »*, comme s'ils étaient dans la « vraie vie », la finalité de ces exercices porte essentiellement sur la mise en application des plans de secours et la vérification de leur consistance. Des objectifs ancillaires, fixés au préalable par chaque service impliqué, vont s'attacher à vérifier un certain nombre de procédures tels l'alerte et son suivi, le niveau de formation des acteurs, la réactivité des services d'aval…

Parfois la partie opérationnelle en grandeur nature est jouée de façon virtuelle, comme une simulation dans la simulation où ne sont activés réellement que les postes de commandement et centres opérationnels. Ces exercices, dit « exercices sur table », ont pour objet l'entrainement des cadres, quel que soit le service d'appartenance, en s'appuyant sur la méthode de raisonnement tactique (MRT) et peuvent faire apprécier les capacités de réaction des chefs de chaque appareil d'État activé.

Un exercice ne doit pas perturber les « affaires courantes » respectives de chaque service engagé, ni mettre en danger les participants. Si l'exercice se déroule de façon fluide et sans obstacle, on dit qu'il est mal dimensionné et n'apportera que très peu d'enseignements. C'est toute la différence entre un exercice et une *démonstration* laquelle tient sa finalité en elle-même. Mais pas plus l'exercice que la démonstration n'ont comme finalité la personne humaine en danger. La technique mise au service de la sauvegarde des biens et des personnes est ici une fin.

De simulation en simulation, d'exercice grandeur nature en « exercice table », l'exercice peut se faire exercice sur papier comme lors de l'examen final de la Capacité de Médecine de Catastrophe. Les étudiants « planchent » sur un *cas clinique*, une technique de contrôle des connaissances qui leur est très familier. Là encore, avec la casuistique réduite en expérience de pensée puisque rien n'est réel, le soin n'est pas la finalité première.

Le tri médical s'enseigne donc, au commencement, par une expérience de pensée où l'imagination manipule des images pour placer la raison au-delà de l'empirique. Tous les scientifiques y ont recours pour tester leurs raisonnements premiers. Par exemple, c'est à partir de *Gedankenexperimente* qu'Einstein a construit les premières formulations de la théorie de la relativité : *« Si je chevauchais un rayon lumineux un miroir à la main, la lumière de mon visage pourrait-elle rattraper le miroir ? »*. Les questions peuvent se rassembler sous la forme : *« Qu'arriverait-il si… ? »*. Par exemple, *« Qu'arriverait-il si l'on pouvait améliorer artificiellement l'intelligence humaine ? »*, la question qui a été le point de départ de la rédaction du roman de Daniel Keyes, *Des fleurs pour Algernon*[373]. En médecine, une autre question enchâsse immédiatement la première : *« Que ferait-on si… ? »*.

La première question relève de la raison spéculative. Chaque spéculation commence par *« Et si… »*, point de départ de toute fiction et tout particulièrement de toute histoire de science-fiction moderne comme succursale des lettres séparée depuis l'apparition en avril 1926 d'*Amazing Stories*, première revue du genre,

[373] Daniel Keyes, *Des fleurs pour Algernon*, trad. Georges H. Gallet, Paris, J'ai Lu, 1972, et *Algernon, Charlie et moi. Trajectoire d'un écrivain*, trad. Henry-Luc Planchat, Paris, J'ai Lu, coll. « Nouveaux millénaires », 2011.

fondée par Hugo Gernsback[374]. Le genre, héritier de la *scientic romance* du XIX^e^ siècle ou de l'« anticipation scientifique » française, que Gernsback avait originellement qualifié de *scientifiction*, prend parfois le nom de *speculative fiction* quand la raison spéculative se projette au-delà de l'expérience sensible. Certaines de ces fictions spéculatives portent sur Dieu, l'immortalité de l'âme, la liberté… et relèvent d'une branche de la philosophie, la métaphysique. Pour légiférer cette disposition naturelle de l'homme à l'égard de la fiction en général et de la métaphysique en particulier, Kant proposera un dispositif intellectuel appelé philosophie critique. Les expériences de pensée sont donc des incursions de la raison spéculative dans une zone de non-droit où toute croyance est autorisée.

La seconde question – *« Que ferait-on si…? »* – nous ramène dans le champ de la raison spéculative passée au crible de la critique. En effet, toutes les prescriptions fondées sur le mode du *« si.., alors… »*, que Kant appelle techniques ou pragmatiques relèvent, en dépit de leur apparence pratique, de la philosophie théorique, nous y reviendrons.

C'est ainsi que des philosophes, principalement d'obédience anglo-saxonne, inventent des *ethical cases* qui placent leurs protagonistes ou directement leurs lecteurs au cœur d'un conflit de conscience.

2. Expériences de pensée

Comme on vient de le dire, les *thought experiments* forgent une fiction spéculative puis tentent de formuler des réponses technico-pratiques. *« Et si on se retrouvait dans telle situation, que ferait-on ? »* ou *« que feriez-vous ? »*. La tradition philosophique ne s'est jamais montrée avare de cet exercice. John Locke, dans le chapitre « Identité et différence » de l'*Essai sur l'entendement humain*, ne

[374] Jacques Sadoul, *Histoire de la science-fiction moderne (1911-1975) I. Domaine anglo-saxon*, Paris, Albin Michel, 1973, rééd. J'ai Lu, 1975, p. 20. Un sous-genre dans le genre, l'Uchronie se fonde sur un postulat historique – dans des temps, et non des lieux comme l'Utopie, qui auraient pu être mais ne sont pas – pour ensuite dérouler le récit suivant une autre Histoire. Une approche de l'Uchronie nous est donnée par le célèbre fragment des *Pensées* de Pascal à propos du nez de Cléopâtre : « S'il eut été plus court, toute la face de la terre aurait changé. » (Blaise Pascal, *Pensées*, 162-413, Texte établi par Léon Brunschvicg, Paris, Garnier-Flammarion, 1976, p. 95) Les théoriciens des catastrophes reformuleront sous le terme d'*effet papillon* tout événement hypersensible à ses conditions initiales de développement.

propose pas moins de cinq expériences de pensée dont l'une d'elles connaîtra une fortune sans précédent dans la littérature de fiction à travers *Le cas étrange du Dr Jekyll et de M. Hyde*[375], jusqu'aux variations contemporaines autour des meurtriers à personnalités multiples.

> « Pourrions-nous supposer deux consciences distinctes et incommunicables faisant agir le même corps, l'une de jour et l'autre de nuit[376] ».

Derrière l'attitude neutre et innocente d'une forme de pédagogie, veille constamment une rhétorique servant une idéologie. L'imagination des auteurs d'expériences de pensée n'est qu'en apparence débridée car, contrairement aux mythes platoniciens ou aux fictions des philosophes modernes, on assiste au recyclage des grands thèmes déployés et mieux servis par la science-fiction depuis presque un siècle.

Les expositions de *thought experiments* sont en réalité des armes de persuasion massives. Par exemple, pour ne citer que la plus célèbre, l'*american moral philosopher & metaphysician* Judith Jarvis Thompson invente une fiction pour persuader ses lecteurs que l'interruption volontaire de grossesses (IVG) est moralement correcte. Et si l'on se réveillait un matin attaché à un lit pour une durée de neuf mois, le système circulatoire branché en série sur le voisin de chambre pour pallier sa fonction rénale défaillante, n'aurait-on pas envie de tout arracher et de s'enfuir ?[377] A travers une forme allégorique littéraire, la grossesse non désirée est présentée comme une contrainte majeure, une atteinte à la liberté de l'individu, des conditions qui incitent à ne pas s'opposer à une interruption volontaire.

Ailleurs, les expériences de pensée se présentent sous la forme de *puzzle cases* où les protagonistes sont soumis à des dilemmes. Par définition, dans un dilemme, il faut toujours choisir de *deux* choses l'une, *« ou bien… ou bien… »* ; alternative parfois contractée dans la formule *« Killing or Letting Die »*[378] qui

---

[375] Robert Louis Stevenson, *Le cas étrange du Dr Jekyll et de M. Hyde*, trad. Théo Varlet, Paris, Librio, 1996.
[376] John Locke, *Essai sur l'entendement humain*, trad. Jean-Michel Vienne, Paris, Vrin, 2001, II, XXVII, 23, p. 536.
[377] Judith Jarvis Thompson, « A defense of Abortion », *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 1, n° 1, 1971, pp. 47-66.
[378] Une compilation de réflexions autour de la question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) s'intitule « vivre ET laisser mourir » (Bonnie Steinbock and Alastair Norcross [eds.], *Killing and Letting Die*, 2nd ed. New York: Fordham University Press, 1994).

semble dériver du titre d'un roman d'espionnage des années 1950[379]. Certains chercheurs, on pense ici à Gregory Bateson (1904-1980), ont pointé la responsabilité du *double bind*, « double contrainte », dans l'apparition de syndromes schizophréniques. On ne prend pas toujours conscience que certaines propositions thérapeutiques peuvent enfermer les patients dans le principe du tiers exclu, dans l'alternative illusoire. *« Pour votre genou, je vous laisse le choix entre une attelle amovible ou une gouttière en résine – Ni l'une ni l'autre, Docteur ! Je reprends ma voiture ! »*.

A l'extrémité du spectre, *Le choix de Sophie*, du roman éponyme de William Styron, incarne le *double bind* le plus stupide et le plus cruel. Dans une scène célèbre, magnifiquement servie à l'écran par l'actrice Meryl Streep, l'*Haupsturmfürher* Fritz Jemand von Niemand, docteur en médecine, explique à Sophie qu'elle pourra garder l'un de ses deux enfants mais il lui faudra choisir. *« Ich kann nicht wälhem ! »* hurle-t-elle[380] sur le quai inondé de soleil à la descente du train qui les a conduits jusqu'Auschwitz.

Dans le dilemme du *Trolley Driver* élaboré par Philippa Foot[381], on a le choix entre laisser filer un train dont les freins ont lâché qui va immanquablement écraser cinq personnes (*Letting Die*) ou actionner un aiguillage, ce qui risque d'en écraser une autre, mais une seule, allongée sur la voie de détournement (*Killing*).

Selon la doctrine du double-effet, la mort de cette seule personne est un *accident* et non un *moyen* pour en sauver cinq autres : si par magie, la personne seule échappe à la mort, les cinq autres sont quand même sauvées. En d'autres termes, sa mort est un effet indésirable, un effet collatéral, une contingence et non une nécessité pour sauver les autres. Le *Trolley Driver* a donné lieu à plusieurs variantes se déroulant dans le milieu médical où une personne en bonne santé doit mourir pour que plusieurs autres, malades, puissent guérir. Selon les cas, la mort est ou bien nécessaire – par exemple, il faut lui pomper l'intégralité du sang

[379] On pense bien sûr au roman de Ian Fleming, *Live and Let Die*, 1954, publié en dernière édition française sous le titre *Vivre et laisser mourir* avec une nouvelle traduction de Pierre Pevel (Montreuil, Bragelonne, 2007). Plus récemment, le titre de l'ouvrage de réflexion de Jean Léonetti s'intitule *Vivre ou laisser mourir. Respecter la vie, accepter la mort*, Paris, Michalon, 2005, nouvelle variation autour du titre de l'aventure de James Bond, l'espion au permis de tuer (*licence to kill*).

[380] William Styron, *Le choix de Sophie*, trad. Maurice Rambaud, Paris, Gallimard, 1981, rééd. Folio, 1995, p. 866 et Alan J. Pakula, 1982, pour l'adaptation cinématographique.

[381] Philippa R. Foot, « The problem of abortion and the doctrine of double effect », *Oxford Review*, 1967, 5, pp. 5-15 et *Killing and Letting Die*, *op. cit.*, pp. 266-279.

circulant pour fabriquer la quantité de vaccins requise – ou bien contingente – il se peut qu'une transfusion massive réalisée dans la foulée puisse lui sauver la vie.

Le dilemme du *Trolley Driver* de Philippa Foot est devenu chez Judith Jarvis Thompson le *Trolley Problem*[382]. Ce qui au départ n'est qu'une argumentation sur la doctrine du double-effet devient objet d'étude. Judith Thompson met au point deux variantes : celle du *Fat Man* appelé encore *Footbridge* où un gros bonhomme jeté en travers du train permet de sauver cinq autres personnes et celle du *Bystander* où c'est un spectateur qui peut agir en actionnant l'aiguillage ou non. La seule leçon que l'on peut tirer de ces histoires burlesques est que, ici comme ailleurs, *ne rien faire* c'est toujours agir.

Même lorsqu'elles se veulent crédibles, les expériences de pensée restent totalement déconnectées de la réalité. Dépouiller une éthique de son environnement n'est pas un critère d'accès à l'Ethique. Pourtant, pour revenir au cas inventé par Judith Thompson, l'erreur technique qui consiste à prendre le fœtus pour une greffe voire un corps étranger crée un décalage servant plus une idéologie – *"Is it morally incumbent on you to accede to this situation?"*, « Êtes-vous moralement tenue d'accepter cette situation ? » – que des femmes enceintes en souffrance. La déconnection de la réalité occulte la question essentielle : *« Pourquoi et comment en est-on arrivé à cette situation ? »*

« ... Ni l'une ni l'autre, Docteur ! Je reprends ma voiture ! ». A l'issue d'un échange constructif, le médecin et l'homme au genou douloureux rencontrés précédemment trouveront l'arrangement qui respecte à la fois l'art médical et les contraintes personnelles.

3. Valence

Pour tenter de rapprocher éthique et technique, certains ont proposé d'élaborer une équation de l'urgence :

[382] Judith J. Thompson, « The Trolley Problem », *Yale Law Journal*, 1985, 94, pp. 1395-1415.

$$U = \frac{G \times S \times V}{T}$$

Le résultat *U* exprime une « quantité d'urgence » qu'il faut saisir comme une métaphore et non une donnée chiffrable. C'est le rapport entre le produit de la gravité *G* par les soins *S* nécessaire à mettre en œuvre et par la valence *V* sur le temps *T* dont on dispose avant une aggravation irréversible. Ce qui signifie que *U* varie dans le même sens que *G*, *S* et *V* et dans le sens inverse de *T*. Par exemple, une pathologie peut être qualifiée de grave, comme certains cancers, nécessitant un traitement important mais dans des délais qui ne sont pas ceux de l'urgence c'est-à-dire ni dans l'heure, encore moins dans la minute. Le rapport est donc faible. A l'inverse, pour l'arrêt cardiaque mais aussi pour le syndrome coronaire aigu, le dénominateur tend vers zéro, le traitement devant être mis en œuvre sans délai, donc le rapport file vers l'infini. Les lettre *G*, *S* et *T* peuvent s'intégrer dans l'*EBM* et « quantifier » les règles de bonnes pratiques. La variable *V* ou impact psycho-social, quant à elle, prendrait en compte l'identité, la catégorie sociale, la présence de nombreux témoins ou de celle des médias… Ainsi la mort inexpliquée d'un nourrisson n'aura pas la même valence que le décès attendu d'une personne très âgée, grabataire et démente, alors que les autres variables sont superposables. La même pathologie ne sera pas prise en compte de la même façon selon qu'elle touche une personnalité importante ou une personne indigente… Certaines odeurs, certains aspects cutanés, une haute contagiosité suspectée… perturberont immanquablement, tout au moins au premier abord, la variable *V*. On peut travailler à faire tendre constamment vers l'unité cette variable pour la rendre inopérante au sein de l'équation. Mais confondre la valence avec l'éthique, c'est confondre la valeur avec la norme. Eriger des valeurs en normes, c'est précisément justifier des actions « hors-normes ». L'amour et l'amitié, par exemple, sont des valeurs, y compris les amours métaphysiques comme l'amour de la patrie, qui peuvent conduire en toute bonne conscience à réaliser les actes les plus extrêmes. Tuer par amour n'est pas un devoir. L'introduction des valeurs éloigne de la sphère éthique. Au nom d'une valeur érigée en norme, le médecin peut se faire tortionnaire. Kant expose clairement dans les *Fondements de la métaphysique des mœurs* que c'est l'intention qui prime sur la valeur d'une action :

> « Les prescriptions que doit suivre le médecin pour guérir radicalement son homme, celles que doit suivre un empoisonneur pour le tuer à coup sûr, sont d'égale valeur, en tant qu'elles leur servent les unes et les autres à accomplir parfaitement leurs desseins[383]. »

2. Philosophie

1. Contractualisme

Si l'on revient à la « vraie vie », comme disent parfois les médecins lorsqu'ils exposent des cas cliniques tirés de faits réels – tous les cas cliniques sont en principe tirés de faits réels –, l'objectif du tri médical est qu'il n'y ait pas ou qu'il y ait peu de patients lésés par la pénurie de moyens destinés à leur prodiguer les soins. Mais, dès que l'on commence à soigner, on s'expose à générer des inégalités. Si l'on ne peut traiter chacun selon les règles de l'art médical par manque de moyens humains ou matériels, alors ne dispenser aucun soin dans une volonté égalitaire est totalement déraisonnable.

Des ressources sanitaires en disponibilité limitée appellent-elles à un principe de distribution qui réponde à l'égalité de traitement ? On peut fixer les ressources allouées également à chacun avant même que le besoin ne soit exprimé donc *a priori* et en dehors des situations d'exception, catastrophes naturelles ou technologiques par exemple. C'est ce que fait chaque année le parlement en votant le montant prévisionnel annuel des charges de l'assurance maladie alias objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. L'ONDAM se répercute sur la dotation régionale pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les budgets des MIG représentent pour les hôpitaux les recettes hors T2A, donc des enveloppes fermées, pour couvrir, entre autres, les coûts de fonctionnement des SAMU départementaux et de tous les SMUR ainsi que les dépenses pour la permanence des soins hospitalière (PDSH). L'offre de soins, mais aussi leur qualité et leur sécurité, doivent répondre aux besoins de santé dont le niveau est extrêmement difficile à déterminer tant les indicateurs sont variés et

[383] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 277.

toujours contestables. Pour rester dans le domaine de l'urgence médicale, combien d'ambulances privées par secteur de garde, combien de secteurs de garde pour les médecins libéraux, combien d'équipes de SMUR par territoire de santé…? Ou encore, combien de lignes de garde de médecins régulateurs au Centre 15, combien de lignes de garde médicale aux Urgences, *etc*. ? Le niveau de satisfaction et le niveau de résultat ne peuvent être qu'inégaux ; plus les besoins de santé d'une personne sont importants, plus importants sont les soins qu'elle doit recevoir et plus les soins reçus prennent de l'importance. Viser un indice de satisfaction égal imposerait presque une descente au plus petit commun dénominateur (PPCD). Viser à une égale satisfaction prend l'égalité pour une valeur en soi. Une conception contestable qui fait de l'égalité un *égalitarisme* et « enrôle l'hétérogène de la qualité dans l'homogène de la quantité[384] ». Décider de traiter toutes les personnes à qui, par exemple, l'on vient de diagnostiquer un infarctus aigu du myocarde par l'aspirine seule, sous prétexte que tous ne peuvent bénéficier d'une désobstruction coronaire mécanique dans les meilleurs délais, n'a aucun sens ; c'est même une faute professionnelle. Mieux vaut viser pour chacun avec les ressources disponibles à une égalité de résultats ou tout au moins une égalité des chances. C'est le principe d'une *équité* des soins, une vertu qui recherche le juste sans se borner au droit. Toujours pour Jankélévitch, l'équité est bien plus un art qu'une mathématique, bien plus une finesse qu'une géométrie[385].

Pour le philosophe nord-américain John Rawls (1921-2002), l'injustice est « constituée par les inégalités qui ne bénéficient pas à tous[386] ».

> « Toutes les valeurs sociales – liberté et possibilités offertes à l'individu, revenu et richesse, ainsi que les bases sociales du respect de soi-même – doivent être réparties également à moins qu'une répartition inégale de l'une de toutes ces valeurs ne soit à l'avantage de chacun[387]. »

Et les inégalités ne pouvant bénéficier à tous, elles ne seraient justifiées que dans la mesure où elles bénéficieraient au groupe d'individus les plus défavorisés par la société. Les inégalités sont justes « si et seulement si elles produisent, en compensation, des avantages pour chacun et, en particulier, pour les membres les plus désavantagés de la société »[388]. On peut contracter cette idée

[384] Wladimir Jankélévitch, *Traité des vertus*, Paris, Bordas, 1949, II, X, p. 384.
[385] *Id*., p. 410.
[386] John Rawls, *Théorie de la justice*, trad. Catherine Audard, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 1987, § 11, p. 93.
[387] *Id*.
[388] *Ibid*., § 3, p. 41.

dans l'oxymore « inégalités justes » qui s'inscrit dans le *Principe de différence* où la différence entre les attentes de chacun – qu'elles soient dans l'ordre des salaires, des soins ou autres – « procure un avantage à l'individu représentatif des plus démunis[389] ».

On saisira mieux ce principe de différence avec l'exemple des places de parking réservées aux personnes handicapées, des places entièrement recouvertes d'une peinture bleue où figure en pictogramme un individu en chaise roulante et marquées par un panneau portant les sigles GIC et GIG pour, respectivement, « grand invalide civil » et « grand invalide de guerre ». Ces places sont plus larges que les autres – autorisant la manipulation latérale d'un fauteuil roulant – et situées au plus proche du bâtiment qu'elles desservent. Elles bénéficient donc aux plus défavorisés par accident, au sens philosophique du terme, et non nécessairement défavorisés par la société.

En médecine d'urgence, et en médecine de catastrophe plus particulièrement, le principe de différence – principe égalitariste très fort – s'appliquerait pour les *urgences absolues* au détriment très relatif des *urgences relatives*. En France, les médecins urgentistes se focalisent obligatoirement sur les blessures les plus lourdes, laissant aux secouristes l'accompagnement des blessés légers.

L'égalitarisme pose l'égalité comme une valeur intrinsèque qui peut entrer en dissonance avec les intérêts propres de chaque individu. Les blessés légers ne tireraient-ils pas un bénéfice supérieur à celles et ceux pour qui les soins sont apportés prioritairement ? Ceux dont le pronostic est très réservé, ceux qui vont mourir – les *morituri* – ceux-là mêmes qui sont au delà de toute ressource thérapeutique, selon la formule consacrée, ne tireront aucun bénéfice des meilleurs soins. On voit qu'il est difficile en médecine de supposer qu'il existe des « biens » égalisables et qu'une certaine *souplesse* dans l'utilisation des grilles d'évaluation, des scores cliniques est la marque même de l'exercice médical.

Par exemple, lors d'une pandémie virale de nombreux malades afflueraient spontanément vers les services d'Urgences. Les cas les plus graves nécessiteront une ventilation assistée (VA). Le médecin responsable du poste médical où l'on procède au tri – à la catégorisation des malades pour parler juste – ne dispose que

[389] *Ibid*., § 13, p. 109.

d'un rapport de deux appareils d'assistance pour trois malades atteints d'une détresse respiratoire aiguë.

Dès trois patients, la situation est donc critique. Les patients numéro 1 et 2 sont jeunes et indemnes de toute pathologie ; le patient numéro 3 est beaucoup plus âgé. Son histoire médicale rapporte une pathologie broncho-pulmonaire chronique obstructive émaillée de plusieurs épisodes infectieux, une anthraco-silicose indemnisée – insuffisamment selon lui et ses proches. De plus, il reçoit un traitement pour un diabète insulino-requérant, une hypertension artérielle et a été victime d'un infarctus du myocarde le mois dernier. Une radiographie des poumons réalisée il y a une semaine révèle une opacité nodulaire médiastinale contingente probable d'un cancer. Le choix rationnel du médecin trieur égalitariste est guidé par le produit de l'efficacité et de l'égalité de traitement. Chaque patient doit bénéficier des mêmes chances dans le choix thérapeutique. Le respect de cette égalité des chances impose d'appliquer la règle dite du « maximin », le maximum du minimum :

> « La règle du "maximin" nous dit de hiérarchiser les solutions possibles en fonction de leur plus mauvais résultat possible : nous devons choisir la solution dont le plus mauvais résultat est supérieur à chacun des plus mauvais résultats des autres[390]. »

En d'autres termes, le plus défavorisé reçoit le maximum. Ainsi le patient le plus gravement atteint, ici le patient numéro 3 bénéficierait du maximum de traitement, l'appareil pour ventilation assistée (VA). En théorie du choix rationnel (TCR), la régle du « maximin » est le miroir du « maximax » laquelle consiste à évaluer les alternatives en fonction de leur meilleur résultat, en vertu d'une utilité moyenne.

Les patients numéro 1 et 2 ont plus de chance de guérir s'ils bénéficient d'une VA que le troisième. La médecine évoluant dans un univers incertain, trois guérisons sont toujours possibles quoique peu probables. Le respect de la règle du « maximax » offre deux guérisons probables. Le respect de la règle du « maximin » offre des possibilités de guérison au patient numéro 3 et demande que la règle soit à nouveau appliquée pour décider lequel des deux patients numéro 1 et numéro 2 bénéficiera du traitement spécifique. Si les patients sont très nombreux et les moyens de VA très limités, on assistera à une régression jusqu'à épuisement de tous les cas. Il paraît plus *rationnel* de faire bénéficier du

[390] *Ibid.*, § 26, p. 185.

meilleur traitement les patients les moins gravement touchés que d'offrir les soins les plus lourds à un malade dont l'état de santé antérieur rend l'évolution de l'affection fatale à très court terme. Mais est-ce *raisonnable* ?

Le « principe de différence lexical », pris comme mode dégradé de la règle « maximin » est-il plus réaliste, plus proche de la réalité médicale, plus proche de la « vraie vie » ?

> « Dans une structure de base comportant n individus représentatifs pertinents, nous devons premièrement maximiser le plus pauvre ; deuxièmement, pour un bien-être donné du plus pauvre, maximiser le bien-être de celui qui vient juste après dans l'échelle des bien-être croissants et ainsi de suite jusqu'au dernier cas qui est le suivant : pour un bien-être donné de tous les n – 1 individus précédents, maximiser le bien-être de celui qui est le plus riche[391]. »

Appliqué à la médecine, le principe de différence lexical consiste à rendre le plus équitable possible l'offre de soins dans les limites de la pertinence thérapeutique. Aussi parait-il plus raisonnable que rationnel. Si l'on ne peut optimiser, « maximiser », les soins sur la personne la plus gravement atteinte, on les reporte alors au patient suivant sur l'échelle lexicographique des malades ou blessés graves et ainsi de suite jusqu'au $(n - 1)^{ème}$ patient. Le principe de différence lexical justifie l'acte de thérapeutique minimale, d'abandon thérapeutique ou d'abstention thérapeutique pour ceux que la doctrine de médecine en situation de catastrophe qualifie de *morituri*, « ceux qui vont mourir » d'un instant à l'autre.

Une théorie du choix rationnel ne peut comprendre la totalité de la question. La part d'incertitude qui continue à planer malgré un choix délibéré est le moment de la réflexion morale, le moment du déchirement éthique. Quel principe dirigerait la décision du médecin si le patient numéro 3 était un proche parent, un tout proche, son propre père par exemple ? Les principes de John Rawls sont totalement désincarnés puisqu'ils placent le décideur dans une « position originelle » atteinte grâce au « voile d'ignorance ».

> « Cette position originelle n'est pas conçue, bien sûr, comme étant une situation historique réelle, encore moins une forme primitive de la culture. Il faut la comprendre comme une situation purement hypothétique, définie de manière à conduire à une certaine conception de la justice[392]. »

La position originelle est une fiction qui répond à une autre, celle du « spectateur impartial et doué de sympathie », individu « parfaitement rationnel

[391] *Ibid.*, § 13, p. 114.
[392] *Ibid.*, § 3, p. 38.

qui s'identifie aux désirs des autres et les vit comme s'ils étaient les siens[393] ». La formule présente quelques airs de famille avec la *Règle d'Or* que Paul Ricœur établit à partir de Hillel, le maître juif de saint Paul[394] : « Ne fais pas à ton prochain ce que tu détesterais qu'il te soit fait » (Talmud de Babylone).

L'interdit de la tradition judaïque ancienne est repris en ordonnance dans le Nouveau Testament par Luc et Matthieu :

> « Ce que vous voulez que les hommes fassent pour vous, faites-le semblablement pour eux » (Luc, 6, 31).
> « Tout ce que vous désirez que les autres fassent pour vous, faites-le vous-mêmes pour eux » (Mt 7, 12).

A l'échelle de la société, un système est juste « si un spectateur idéal, rationnel et impartial, possédant toute l'information nécessaire sur les circonstances, l'approuve d'un point de vue général[395] ». Le spectateur impartial, à partir de la multiplicité des systèmes individuels, cherche l'efficacité dans l'allocation de ressources qui puissent satisfaire tous les désirs[396]. A l'inverse, le voile d'ignorance réduit un individu, choisi au hasard, à, en quelque sorte, un cerveau placé dans une cuve, sans mémoire, sans âge et sans sexe, sans biens et sans besoins… qui, malgré cela, prendrait conscience de la nature intéressée des hommes et de la rareté des ressources naturelles. Sachant qu'un jour, il quittera ces limbes pour s'incarner en citoyen et sans pour autant connaître la place qu'il occupera dans la société, les principes politiques essentiels qu'il doit élaborer dans cette posture dite originelle viseront l'intérêt de tous et non le sien seul.

> « Personne ne connaît sa propre situation dans la société ni ses atouts naturels, c'est pourquoi personne n'a la possibilité d'élaborer des principes pour son propre avantage[397]. »

Le médecin trieur ou le médecin directeur des secours (DSM) peut trouver modèle dans le « spectateur impartial » ou plutôt l'acteur impartial mais jamais il ne peut être placé en position originelle. Il peut adopter « le point de vue de nulle part », comme le titre un ouvrage de Thomas Nagel, mais en réalité toutes ces expériences de pensée ne serviraient qu'à concevoir les scenarii des exercices de médecine de catastrophe ou assister les rédacteurs des plans de secours et de sauvegarde « des personnes et des biens » selon la formule consacrée. Nous

[393] *Ibid*., § 6, p. 52.
[394] Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, rééd. « Points Essais », 1996, p. 255.
[395] John Rawls, *Théorie de la justice*, op. cit., § 30, p. 215.
[396] *Id*., § 6, p. 59.
[397] *Ibid*., § 24, p. 171.

n'avons toujours pas quitté la raison spéculative, qu'elle soit bridée ou non par la critique.

2. Utilitarisme

« Première règle en matière de tri médical :
les mecs qui ont des flingues passent en premier »
Greg House[398]

1. La poursuite du bonheur

Une doctrine philosophique qui séduit régulièrement les médecins et particulièrement les médecins urgentistes est l'utilitarisme laquelle semble taillée sur mesure pour aborder la question du tri. L'utilitarisme place l'utilité comme valeur suprême et référence absolue. Le médecin urgentiste utilitariste prendrait en charge les personnes valides, les personnes les moins gravement touchées, toujours en plus grand nombre que les blessés graves, afin d'assurer leur sécurité, afin d'assurer *« le plus grand bonheur pour le plus grand nombre »* selon la formule programme de l'utilitarisme[399].

Classiquement, chez Thomas Hobbes (1588-1679) notamment, l'utilité est *relative* et évaluée à l'aune de son objet de contribution. Elle est un moyen mobilisé en vue de réaliser une fin quelconque. Et comme elle est relative, on peut l'évaluer, on peut mesurer l'utilité d'une utilité. Chez Jeremy Bentham (1748-1832), l'utilité est devenue une valeur que l'on poursuit en tant que « préférence ». Par opposition à l'utilité classique, elle est *absolue*. Elle est une fin et non plus simplement un moyen, et le ou les moyens mobilisés pour la réaliser

[398] *Dr House*, Saison 5, ép. 9.
[399] La formule est attribuée indistinctement à Joseph Priestley (1733-1804) dans l'*Essai sur le Gouvernement*, 1768 (cité par Jeremy Bentham, *Déontologie ou la science de la morale*, trad. Benjamin Laroche, Paris, Encre marine, 2006, p. 211) et à Cesare Beccaria (1738-1794) dans le *Traité des délits et des peines*, 1764 (nouvelle traduction française, Paris, Cujas, 1966, p. 63) : « Ouvrons l'histoire, et nous verrons que les lois, qui pourtant sont ou devraient être des pactes d'hommes libres, n'ont été, le plus souvent, que l'instrument des passions d'une minorité, ou ne sont nées que d'une nécessité fortuite et passagère ; qu'elles n'ont pas été dictées par un observateur serein de la nature humaine, qui, réduisant à une seule règle les actions d'une multitude d'hommes, les étudierait dans cette vue : *La plus grande félicité répartie entre le plus grand nombre*. » (C'est l'auteur qui souligne).

sont « moralisés ». Tous les moyens sont « bons », entendus éthiquement corrects, pour accomplir une fin qui recouvre les « préférences » du sujet. Cette fin, c'est-à-dire la « satisfaction des préférences », est évaluée selon les résultats obtenus ce qui fait parfois qualifier l'utilitarisme de conséquentialisme. Le proverbe *« Tout est bien qui finit bien »* pourrait en contracter le *credo*. « Qu'est-ce que l'utilité, sinon une chose qui a la propriété de produire le plaisir et d'empêcher la peine[400] ? »

La fin étant fondée sur des critères de préférences, Bentham n'a donc aucun mal à affirmer que les seuls critères qui entrent en jeu, les seuls critères absolus, sont des critères naturels, physiologiques, de plaisir et de douleur que partage toute l'économie du vivant.

> « La tâche du moraliste est donc d'amener dans les régions de la peine et du plaisir toutes les actions humaines, afin de prononcer sur leur caractère de propriété ou d'impropriété, de vice ou de vertu. Et effectivement, en examinant la chose, on trouvera que depuis l'origine du monde, les hommes ont souvent, d'une manière imperceptible en dépit d'eux-mêmes appliqué, ce criterium utilitaire à leurs actions, au moment même où ils le décriaient avec le plus d'acharnement[401]. »

Mais pour Bentham, même lorsque l'on s'inflige des souffrances, c'est au motif caché d'un « résultat de bonheur ». Ainsi l'on passe du plaisir au bonheur défini comme la « possession du plaisir avec exemption de peine », comme une proportion entre « la somme des plaisirs goûtés et des peines évitées » et dispensé par tout ce qui « maximise les plaisirs et minimise les peines[402] ».

> « Les sources du bonheur sont ou physiques, ou intellectuelles : c'est des sources physiques que le moraliste s'occupe plus spécialement. La culture de l'esprit, la création du plaisir par l'action des facultés purement intellectuelles, appartiennent à une autre branche d'instruction[403]. »

On peut « mesurer » la douleur physique en médecine, c'est le rôle de l'échelle visuelle analogique (EVA), mais cette mesure n'a d'intérêt que dans l'évaluation de la qualité du traitement antalgique. On demande au patient de déplacer un curseur sur une règle dont le *recto* s'étend de l'item *« absence de douleur »* à celui de *« douleur la plus intense jamais ressentie »*. Au *verso*, le curseur pointe un chiffre de zéro à dix. Pour simplifier, on peut aussi demander au patient de donner oralement un chiffre entre zéro et dix correspondant à l'intensité

[400] Jeremy Bentham, *Déontologie ou la science de la morale*, *op.cit.*, p. 289.
[401] *Id*., p. 55.
[402] *Ibid*., p. 21.
[403] *Ibid*., p. 256.

de la douleur ressentie. On tient compte alors de l'écart entre deux mesures, la première et celle qui suit l'administration d'une dose d'analgésie.

Mais l'on voit mal comment mesurer le plaisir. D'autant plus si l'on assimile le plaisir au *bonheur*, l'hédonisme à l'eudémonisme, et la douleur au malheur.

> « Le concept de bonheur est un concept si indéterminé, que, malgré le désir qu'a tout homme d'arriver à être heureux, personne ne peut jamais dire en termes précis et cohérents ce que véritablement il désire et il veut. La raison en est que tous les éléments qui font partie du concept de bonheur sont dans leur ensemble empiriques, c'est-à-dire doivent être empruntés à l'expérience, et que cependant, pour l'idée du bonheur, un tout absolu, un maximum de bien-être dans mon état présent et dans toute ma condition future, est nécessaire. Or il est impossible qu'un être fini, si perspicace et en même temps si puissant qu'on le suppose, se fasse un concept déterminé de ce qu'il veut ici véritablement[404] ».

On peut ajouter à la confusion plaisir/bonheur en réintroduisant le *désir* dont l'antique écho, côté Jardin, résonne encore. Le philosophe Jean Salem concentre ce principe antique du calcul des plaisirs et des peines dans le terme de *métriopathie*[405]. La lutte contre les peines passe par une maîtrise des désirs qui doit conduire à l'aponie et à l'ataraxie c'est-à-dire à l'absence de souffrance du corps et l'absence de trouble de l'âme[406]. La ressemblance avec le bouddhisme, qui place le désir à la source de tous nos maux, est frappante. Car l'arithmétique des plaisirs s'appuie sur une taxonomie des désirs :

> « Parmi nos désirs, les uns sont naturels, les autres vains, et que, parmi les désirs naturels, les uns sont nécessaires et les autres naturels seulement. Parmi les désirs nécessaires, les uns sont nécessaires pour le bonheur, les autres pour la tranquillité du corps, les autres pour la vie même[407]. »

Les désirs naturels et nécessaires peuvent être assimilés à des besoins. Mais une existence qui se limiterait strictement aux besoins « pour la vie même » n'est pas viable. A l'extrême, on raconte qu'à la demande de Frédéric II de Hohenstaufen (1194-1250), deux enfants avaient été élevés en recevant les meilleurs soins d'une nourrice muette dans le but de savoir quelle langue ils parleraient à l'adolescence. Aucun des nourrissons n'a atteint la petite enfance.

---

[404] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 281.
[405] Jean Salem, *L'Atomisme antique. Démocrite, Epicure, Lucrèce*, Paris, Librairie Générale Française, 1997, p. 128.
[406] Epicure, *Lettre à Ménécée*, 131, *in Lettres*, prés. et com. Jean Salem, Paris, Nathan, 1982, p. 79.
[407] *Id*., 127, p. 77 et *Maximes fondamentales*, XXIX : « Parmi les désirs, il y en a qui sont naturels et nécessaires, d'autres qui sont naturels et non nécessaires, d'autres enfin qui ne sont ni naturels, ni nécessaires, mais des produits d'une vaine opinion. » (*in Lettres*, *op. cit.*, p. 84).

La touche finale épicurienne est apportée par le quadruple remède ou *tetrapharmakon*[408] – il n'y a rien à craindre des dieux, il n'y a rien à craindre de la mort, on peut atteindre le bonheur, on peut supporter la douleur – qui ressemble plus aux amendements d'une constitution qu'à une ordonnance pour pharmacien[409]. Epicure a laissé une formule célèbre :

> « La mort, n'est rien pour nous, puisque, tant que nous existons nous-mêmes, la mort n'est pas, et que, quand la mort existe, nous ne sommes plus. Donc la mort n'existe ni pour les vivants ni pour les morts, puisqu'elle n'a rien à faire avec les premiers, et que les seconds ne sont plus[410]. »

Il est peu probable que de telles paroles puissent consoler nombre de mourants. Comme le dit justement et avec beaucoup d'humour le philosophe nord-américain Thomas Nagel, « je ne verrais pas d'objection à mourir si cela n'était pas suivi par la mort[411] ».

Quant au bonheur, sa recherche est un droit inaliénable si l'on suit la déclaration d'indépendance des Etats-Unis d'Amérique de 1776 et la quête du bien-être est fixée dans les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais on sait par la tradition grecque que le *pharmakon* désigne à la fois le remède et le poison. Telle une boîte de Pandore, la pharmacie d'Epicure n'a jamais été refermée. Pharmacie de garde depuis plus de vingt siècles, elle peut enrichir sa pharmacopée et s'enrichir par le bonheur en pilule telles ces molécules qui maintiennent les synapses dans un bain de sérotonine. Le bonheur pour tous, le bonheur obligatoire, sera au fondement de l'idéologie de toutes les dictatures. Le bonheur pour tous n'est pas le bonheur de chacun, l'individu et sa souffrance seront écrasés par la botte des régimes totalitaires. Toutes les armées du monde ont au programme de formation de leurs troupes d'élites le contrôle, la négation de la douleur physique et par la même occasion l'art de la torture. Enfin la mort ne sera plus qu'une statistique et les dieux ne seront plus à craindre puisqu'ils auront été remplacés par le dictateur.

En terre démocratique, la prescription thérapeutique d'Epicure est nominative, au mieux communautaire. L'individu majoritaire, comme l'a dépeint

---

[408] Par analogie avec un remède composé de cire, de suif, de poix et de résine.

[409] Les historiens et archéologues Maurice Holleaux (1861-1932) et Pierre Paris (1859-1931) de l'école française d'Athènes ont exhumé en 1884, à Lycie en Asie mineure, l'actuelle Turquie, un mur haut de plus de deux mètres sur quatre-vingt de long, sur lequel un certain Diogène d'Œnoanda avait gravé au II^{e} siècle après J.-C. le *tetrapharmakon*.

[410] Epicure, *Lettre à Ménécée*, *op. cit.*, 125, p 77.

[411] Thomas Nagel, *Questions mortelles*, trad. Pascal Engel et Claudine Engel-Tiercelin, Paris, PUF, 1983, p. 15, n. 1.

le sociologue Erving Goffman (1922-1982), est « jeune père de famille marié, blanc, citadin, nordique, hétérosexuel, protestant, diplômé d'université, employé à temps plein et pratiquant un sport[412] ».

L'*ego* donne le « bien vivre » comme le Lego® le « bien jouer », du danois *leg*, « jouer » et *godt*, « bien ». La constitution du *je* ressemble à un jeu de construction. Tous ceux qui n'entrent pas dans le cadre ne font pas partie du même monde, de la même communauté morale. Même supérieurs en nombre, les *autres* sont toujours minoritaires : le plus grand bonheur pour les hommes majoritaires, et pour les autres… le plus grand malheur.

Comme le couple plaisir/douleur est devenu bonheur/malheur, le besoin et le désir vont être limités dans le monde de la santé en offre et demande. On est passé de la balance des plaisirs et des peines à celle de l'offre et de la demande. Le besoin en soins est approché par les objectifs quantifiés de l'*offre* de soins (OQOS) et la *demande* est évaluée à l'aune du nombre de soins « consommés ». Pour l'urgence, c'est le nombre d'appels au Centre 15, le nombre de sorties du SMUR, le nombre d'entrées aux Urgences…

Fondu dans la masse, l'individu a bien du mal à revendiquer sa présence. Dispositif de soins, parcours de soins, filières, réseaux… un *Gestell*, au sens heideggérien du terme, qui est négation de l'individu qu'il soit soignant ou soigné. On fait du bruit autour du patient pour ne plus l'entendre. Réunions, commissions, comités de pilotage (COPIL) ou de direction (CODIR)… autant d'installations, autant de moyens qui deviennent leur propre fin. Ce que Hannah Arendt définit comme « une incapacité congénitale de comprendre la distinction entre l'utilité et le sens, distinction qu'on exprime linguistiquement en distinguant entre "afin de" et "en raison de"[413] ».

Le fléau de la balance entre plaisir et douleur, entre bonheur et malheur doit pointer vers *« le plus grand bonheur du plus grand nombre »*. La « satisfaction des préférences » qui considère le bien-être pose plusieurs questions. Les préférences sont-elles fondées sur des informations à la fois suffisantes et justes ? Les préférences sont-elles fixes dans le temps ou sont-elles

[412] Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (1963), trad. Alain Kihm, Paris, Minuit, coll. « Le Sens commun », 1975, p. 151.
[413] Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, *op. cit.*, p. 207.

momentanées et variables ? Mais surtout, les préférences suivent-elles des valeurs intrinsèques ou les valeurs se fondent-elles sur des préférences ?

Lorsque la préférence va à l'élimination des terroristes ou des preneurs d'otages, tous les moyens pour y parvenir sont moralement bons, y compris celui de sacrifier des otages. Le 23 octobre 2002, au théâtre de la Doubrovka de Moscou, une cinquantaine de rebelles Tchétchènes prennent en otages les 850 spectateurs venus assister à une comédie musicale. Le 26 octobre, à l'issue de deux jours et demi de siège, de négociations avortées, d'alternance de libérations et d'exécutions d'otages, les forces spéciales du FSB[414] donnent l'assaut après avoir contaminé le système de ventilation du bâtiment par un gaz anesthésiant. Trente neuf terroristes sont tués par balles et 129 otages au total succomberont des effets du gaz. Ce dernier sera identifié comme le fentanyl – analgésique cinquante à cent fois plus actif que la morphine – dans sa forme expérimentale gazeuse. Les médecins n'ont reçu que très tardivement les informations concernant le produit employé et n'ont pu apporter les soins spécifiques – notamment la naloxone, l'antidote des opiacés – qui auraient permis de sauver plus de victimes. La majeure partie des otages – arithmétiquement parlant, un peu moins de 85 % – a pu être sauvée au prix de « dommages collatéraux » qui peinent à s'effacer dans la balance bénéfice/risque. Dans le même pays, le 1er septembre 2004, à l'école numéro 1 de Beslan en Ossétie du Nord, des séparatistes terroristes Tchéchènes prennent en otages plusieurs enfants, parents et enseignants. Le pédiatre chirurgien Leonid Rochal, qui s'était illustré à Moscou en octobre 2002, est envoyé par le gouvernement russe comme médiateur. Après trois jours de siège, de négociations infructueuses émaillées là encore par des exécutions d'otages, l'assaut des Spetsnaz déclenche, dans la confusion la plus totale, explosions et feux nourris, tuant au final une trentaine de terroristes, une vingtaine de soldats et policiers et plus de trois cents civils dont la moitié sont des enfants. L'opinion publique se serait satisfaite d'un bon résultat sans tenir compte de l'intention[415].

En cas d'incendie, faut-il sauver les biens ou les personnes ? Les deux, en théorie. On est à peine choqué par le fait que des ouvriers puissent perdre la vie dans la construction d'ouvrages. Les accidents de travail, dès qu'ils sont

[414] Service fédéral de sécurité de la Fédération de Russie, successeur du KGB depuis 1991.
[415] Les Nord-américains, quant à eux, distillent la justification des actes de torture au fil des épisodes de chaque saison de la série TV *24*.

indemnisés, ne font plus débat. Et lorsque l'on en réduit le nombre, est-on plus préoccupé du bien être des travailleurs que des économies réalisées ? On a apprécié que le nombre de décès par accidents totalisés à la fin de la construction de l'Empire State Building soit nettement inférieur à l'estimation initiale, mais il allait de soi qu'il y aurait des accidents mortels.

2. Le tri sélectif

Lorsque la préférence va au plus grand nombre de *vies* sauvées, humaines *ou non*, l'affaire se complique. Pour Bentham, certains humains ne souffrent pas la comparaison avec des animaux domestiques :

> « Un cheval ou un chien sont, sans comparaison, des êtres plus rationnels et des compagnons plus sociables qu'un enfant de un jour, d'une semaine ou même d'un mois[416]. »

Pour certains, la vie d'un cheval en bonne santé a plus de valeur que celle d'un nourrisson porteur d'un lourd handicap. Montaigne avait déjà discuté le principe selon lequel « il y a plus de différence de tel à tel homme que de tel animal à tel homme[417]. » C'est ainsi que le philosophe australien Peter Singer distingue d'un côté les animaux humains et de l'autre les animaux non-humains pour pouvoir y placer certains humains :

> « On trouve encore une autre façon de contester la thèse selon laquelle la conscience de soi, l'autonomie, ou quelque autre caractéristique similaire permettrait de distinguer les animaux humains des animaux non humains : il suffit de rappeler que certains humains handicapés mentaux ont moins de titres à être considérés comme conscients d'eux-mêmes et autonomes que de nombreux animaux non humains. Ainsi ces critères, qui en théorie creusent un abîme entre les humains et les autres animaux, peuvent-ils se retourner contre les humains les moins aptes en les situant de l'autre côté de l'abîme ; et, si l'on considère que cet abîme indique une différence de statut moral, alors ces humains auront un statut moral d'animal plutôt que d'homme[418]. »

Le philosophe et théologien américain H. Tristam Engelhardt, Jr. va jusqu'à déplacer la frontière humain/non-humain en une opposition

[416] *Déontologie ou la science de la morale*, *op. cit.*, p. 19.
[417] Montaigne, *Essais*, *in Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, 1962, coll. « Bibl. de la Pléiade », Livre II, Chapitre XII, p. 444.
[418] Peter Singer, *Questions d'éthique pratique*, trad. Max Marcuzzi, Paris, Bayard, 1997, pp. 80-81.

personne/non-personne : « *Only persons write or read books on philosophy*[419]. » Est digne d'être élevé au rang de personne celui qui philosophe. Et pour les autres, les humains non-personnes ou littéralement les non-personnes humaines (*human nonpersons*) [420] ils colonisent les utérus (fœtus), remplissent les maternités (nouveau-nés), peuplent des Maisons d'Accueil Spécialisé (handicapés mentaux profonds) ou finissent en Services de réanimation (comas dépassés). Nul besoin d'une lanterne pour chercher l'homme en plein jour. Puisque la *self-consciousness* – la conscience de soi – marque la frontière, n'y-aurait-il plus de différence entre Socrate qui sommeille et le pourceau qui dort ? Après le statut juridique, advient le statut éthique de personne non-humaine comme HAL 9000, l'ordinateur de bord du vaisseau spatial Discovery One précédemment rencontré. *« Dave, this conversation can serve no purpose anymore. Goodbye ! »*

Les *human nonpersons* peuvent alors être facilement et légitimement reclassés en, d'un côté les *Menschenmaterial*, les « matériaux humains », et de l'autre les *Unnütze Esser*, les « bouches inutiles ». Primo Levi se souvient du regard de l'officier *SS* Pannwitz à son endroit. Ce n'est pas le regard d'un homme à un autre homme, c'est un regard échangé « comme à travers la vitre d'un aquarium entre deux êtres appartenant à deux mondes différents[421] ». Le Doktor Pannwitz examine le Häftling 174 517 comme une espèce dont il faut tirer quelque élément utilisable avant de la supprimer. La ressource matérielle se confond avec la ressource humaine.

Tout l'Ancien régime était fondé sur cette différence. *« Nous ne sommes pas du même monde »* pouvait dire à ses gens la Marquise du Châtelet (1706-1749) qui se baignait nue sans scrupule devant le valet de chambre Longchamp. Tocqueville rapporte la correspondance de la marquise de Sévigné (1626-1696) à sa fille à propos de la pression qui a suivi, en Bretagne, la levée d'une nouvelle taxe en 1675 :

> « "On commence demain à pendre. Cette province est un bel exemple pour les autres, et surtout de respecter les gouverneurs et les gouvernantes, et ne point jeter de pierre dans leur jardin"[422] ».

[419] H. Tristam Engelhardt Jr., *The Foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996, p. 136.
[420] *Id*., p. 139.
[421] Primo Levi, *Si c'est un homme*, trad. Martine Schruoffeneger, Paris, Laffont, coll. « Pavillon », 1996, pp. 142-143.
[422] Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique II*, III[e] partie, chap. I[er], Paris, Laffont, coll. « Bouquins », p. 541.

Tocqueville insiste sur les qualités humaines de la marquise qui écrit ces lignes. Loin d'être une « créature égoïste et barbare », elle traitait ses vassaux et ses serviteurs avec « bonté et indulgence », « mais Mme de Sévigné ne concevait pas clairement ce que c'était que de souffrir quand on n'est pas gentilhomme[423] ».

Si les hommes n'étaient pas d'égale intelligence, il ne serait pas nécessaire pour certains d'entre eux de justifier leur prétendue supériorité. Or c'est bien parce que les hommes ont une égalité naturelle d'intelligence que l'on peut parler d'inégalité sociale. Les lois humaines ne peuvent aller à l'encontre des lois de la nature. On ne peut parvenir à transformer une espèce animale en une autre sauf à en créer une troisième qui aura peu en commun avec les deux autres. Dans la fable de Georges Orwell, *La ferme des animaux*, Napoléon le cochon décrète que, même si tous les animaux sont égaux, certains seront plus égaux que d'autres[424].

Les handicapés physiques et mentaux ont toujours préoccupé *tous* les gouvernements. L'État se doit de protéger les personnes fragiles et de faire respecter leurs droits afin de maintenir le respect de leur dignité et de leur citoyenneté. L'État se doit d'assurer à toute personne le maintien de l'accès aux soins et des actions de prévention. On constate dans tout programme eugénique que la santé prime sur les soins, la médecine préventive sur la médecine curative, l'hygiène raciale sur l'hygiène individuelle. Hitler n'a-t-il pas été considéré comme « le grand médecin du peuple allemand » et le nazisme comme une « biologie appliquée » ? *« Surveiller son alimentation : un devoir ! »* Les slogans nazis et autres campagnes d'information ont suscité l'aversion pour la médecine hospitalière.

L'euthanasie a comme fin, la fin de vie. Si l'on en croit l'étymologie – *eu* pour « bonne » et *tanat* pour « mort », donc littéralement « bonne mort » – l'euthanasie est l'acte de mettre fin à la vie d'une personne pour lui éviter une grande souffrance.

> « Mettre fin à une vie de façon passive cause une mort interminable. Si nous voulons procurer une mort douce et sans douleur, nous ne pouvons pas laisser faire le hasard. Une fois qu'on a choisi la mort, il faut s'assurer qu'elle va survenir de la meilleure façon possible[425] ».

---

[423] *Id*.
[424] Georges Orwell, *La ferme des animaux*, trad. Jean Quéval, Paris, Gallimard, rééd. Folio, 1983, p. 144.
[425] Peter Singer, *Questions d'éthique pratique*, *op. cit.*, p. 202.

On saisit d'emblée tout le caractère relatif de la bonne mort. Une bonne mort peut-être, par exemple, une mort rapide antinomique de la mort lente associée à la torture. De proche en proche, on va préférer une mort « propre » qui abrège les souffrances à une vie salie par la maladie, le handicap, le vieillissement. Pour certains cas, on a préféré inventer le « suicide médicalement assisté »[426] comme, à l'extrême, on avait créé la procréation médicalement assistée (PMA) pour les couples frappés d'infertilité. On comprend donc que la première question que pose l'euthanasie est celle de sa finalité.

L'organisation de l'euthanasie par l'état nazi était un moyen en vue d'une fin qui différait radicalement de l'offre d'une « mort miséricordieuse ». La raison d'état a été le sauf-conduit pour faire de la place dans les instituions d'hébergement donc libérer des lits d'hôpitaux en prévision de l'accueil des futurs blessés de guerre. L'euthanasie nazie a été une *pré-sélection*, un *pré-tri*.

Aujourd'hui, sans pour autant qu'il soit question d'euthanasie, dans certaines annexes du Plan Blanc, on rencontre les expressions de « déshébergement », de « déprogrammation » des consultations, des interventions chirurgicales, des hospitalisations pour rendre disponibles, en cas de pandémie virale par exemple, non pas tant les lits et les blocs opératoires que les personnels soignants, médicaux ou non. Et durant certaines périodes de l'année, dans chaque établissement de santé, on « ferme des lits », selon l'expression consacrée, non pas en raison d'une baisse des besoins mais d'une baisse de l'activité subséquente aux congés des médecins et des soignants. Alors, été caniculaire ou non, les patients sont condamnés « à passer la nuit sur un brancard dans le couloir » éclairé d'un *Soleil vert*[427].

---

[426] Michel Houellebecq nous offre un aperçu du suicide médicalement assisté dans le roman *La carte et le territoire* : « En se renseignant sur Internet, il avait appris que *Dignitas* (c'était le nom du groupement d'euthanasieurs) faisait l'objet d'une plainte d'une association écologiste locale. Pas du tout en raison de ses activités, au contraire les écologistes en question se réjouissaient de l'existence de *Dignitas*, ils se déclaraient même *entièrement solidaires de son combat* ; mais la quantité de cendres et d'ossements humains qu'ils déversaient dans les eaux du lac était selon eux excessive, et avait l'inconvénient de favoriser une espèce de carpe brésilienne, récemment arrivée en Europe, au détriment de l'omble chevalier, et plus généralement des poissons locaux. » (Paris, Flammarion, 2010, p. 368).

[427] Film de Richard Fleischer (1973, Metro Goldwyn Mayer) dont le titre original, *Soylent green*, résulte de la contraction de *soybean-lentil* et désigne le nom d'une société multinationale qui fabrique des tablettes alimentaires à base de cadavres humains. Le film est inspiré d'un roman de Harry Harrison au titre prophétique de *Make Room ! Make Room !* (1966 et *Soleil vert*, trad. Emmanuel de Morati, Paris, Presses de la Cité, coll. « Futurama », 1974) que l'on pourrait traduire par « Dégagez ! Faites de la place ! »

Comme pour toute épidémie ou pandémie, il y a toujours un patient zéro. En ce début d'année 1939, le « dossier K » d'un enfant malade a lancé Hitler sur le chemin de mise à mort.

> « Le dirigeant du Reich Bouhler et le docteur Brandt sont chargés de la responsabilité d'étendre le domaine de compétence de certains médecins, nommément désignés, afin que les patients qui, dans une éventualité quasi certaine [pour autant que l'entendement humain puisse en juger] après un diagnostic des plus approfondis, sont considérés comme incurables, aient droit à une mort miséricordieuse[428]. »

Ces lignes dactylographiées sur le papier à lettres personnel du Führer et antidatées du 1er septembre 1939 accorde à deux plénipotentiaires l'autorisation d'habiliter des médecins à se prononcer pour ou contre l'euthanasie dans les cas individuels de maladie incurable. Tous se retrancheront donc derrière l'impératif du devoir, de l'obéissance aveugle, d'une « obéissance de cadavre » (*Kadavergehorsam*) comme dira Eichmann à Jérusalem[429]. *« Je n'ai fait que mon devoir »*. Le principe numéro 4 de la Commission de droit internationale de l'ONU avait formulé par anticipation que

> *« Le fait pour quelqu'un d'avoir agi sur l'ordre de son gouvernement ou celui d'un supérieur hiérarchique ne dégage pas sa responsabilité en droit international, pourvu qu'il ait eu la possibilité morale de choisir[430]. »*

On estime que le programme d'euthanasie des enfants et adultes handicapés mentaux, alias Aktion T4[431], qui n'était « rien de plus qu'un programme de compression des coûts en temps de guerre[432] » s'est officiellement étendu sur la période du 1er septembre 1939 au 24 août 1941 et a fait plus de soixante dix mille deux cents victimes. Ce programme a été le coup d'envoi de la solution finale.

---

[428] Cité par Michaël Tregenza, *Aktion T4. Le secret d'Etat des nazis : l'extermination des handicapés physiques et mentaux*, France, Calmann-Lévy, 2011, p. 130. Entre crochets figure, selon Brandt, la correction demandée par Hitler.

[429] Hanna Arendt, *Eichmann à Jérusalem*, trad. Martine Leibovici, Paris, Gallimard, coll. « Quarto », 2002, p. 1149.

[430] Cité par Jean-Marc Varaut, *Le procès de Nuremberg*, Paris, Perrin, 1992, p. 56.

[431] L'Aktion T4 tient son nom du siège au *Tiergartenstraβe* n° 4, une villa de Berlin.

[432] Michael Tregenza, *Aktion T4. Le secret d'Etat des nazis : l'extermination des handicapés physiques et mentaux*, *op. cit.*, p. 387.

3. Prudence

1. Prudence médicale

Lorsque Kant parle de prudence, il prend le terme au sens moderne que la tradition latine a laissé en héritage avec le mot *prudencia*. Ainsi, la prudence des Modernes est l'habileté dans le choix des moyens qui conduisent au plus grand bien-être[433]. L'homme prudent est ingénieux et rusé. Mais un homme ingénieux et rusé sans égoïsme ni égotisme serait bien imprudent. L'homme prudent serait donc celui qui traite l'humanité comme un moyen en vue de ses propres fins pourvu qu'elles tournent durablement à son avantage[434].

La prudence moderne se définit plus par un non-agir que par un agir, se définit plus par un devoir de réserve qu'une volonté d'action. *« Prudence est mère de sureté »* comme dit le proverbe : la conduite prudente fait *éviter* le danger au point d'assimiler la prudence et l'*esquive*. Il faudrait que les choses dont l'existence paraît moralement impossible ne puissent pas exister ; formule inversée de l'adéquation de l'« être » et du « doit-être » qui permet d'établir une *morale négative*.

> « Empêche la naissance de situations où il n'est plus possible d'être moral et qui pour cette raison se soustraient à la compétence de tout jugement moral[435] ! »

Günther Anders ne trace pas de frontière au-delà de laquelle le ticket de morale n'est plus valide, ne cerne pas de *no man's land* éthique, par delà le bien et le mal. Il exhorte à ne pas s'approcher de la zone dangereuse ; une métaphysique éthique, un principe de précaution éthique en quelque sorte puisque le risque n'est jamais que subjectif, propre à chacun.

Chez les contemporains, Prudence est même un prénom féminin. Prudence Cowley, associée à Thomas Beresford, forme un couple de détectives qui traverse quelques romans d'Agatha Christie. « Pour d'obscures raisons », le surnom de

---

[433] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 278.
[434] *Id*.
[435] Günther Anders, « L'homme sur le pont. Journal d'Hiroshima et Nagasaki », 1958, trad. Denis Trierweiler, *in Hiroshima est partout*, Paris, Seuil, 2008, p. 167.

Prudence est Tuppence qui se prononce comme *two pence* et veut dire « deux pennies », menue monnaie que l'on pourrait traduire par « deux sous » comme dans l'expression : *« ne pas avoir pour deux sous de jugeote »*. Antithèse de l'homme prudent avec qui l'on va faire connaissance par la suite, Prudence Cowley épouse de l'incrédule Beresford, est une personne « aux éclairs d'intuition qui peuvent être dangereux[436] », impulsive et d'une conduite imprudente agissant, tel Epiméthée, avant de réfléchir. Mais dans les romans, intuition et imprudence font toujours bon ménage.

Dans l'univers des soins, l'imprudence c'est, par exemple, oublier, après avoir examiné un patient, de remonter les ridelles, de remettre les liens qui l'attachent au lit. Car, selon un principe qui a la vie dure, il est prudent de contenir certaines personnes, notamment celles accusant un « déclin cognitif ». Donc on attache les déments à leur lit comme on attache les enfants à l'arrière de la voiture. Sauf que pour l'automobiliste, il s'agit d'une réelle affaire de sécurité et de prévention routière dont la fameuse « prudence au volant » n'est pas la moindre. Dans le milieu des soins, la prudence ne se confond-t-elle pas avec la prévention ? *« Pourquoi tu l'as attaché ? – Je ne peux pas rester à côté de lui tout le temps. Sans arrêt, il essaie de se lever. Si je le laisse comme ça, dans deux minutes il va passer au dessus de la ridelle et on va le retrouver par terre. Tu préfères qu'il se fasse un col ? »*

L'imprudence ici n'est donc pas une faute, pas même une erreur, car il n'est pas recommandé d'attacher les patients, quels qu'ils soient, à leur lit. La prudence serait du côté de la prévention, prévention des risques. Dans la répartition bipolaire du risque, on préfère l'acceptation positive de *péril*, de *danger* (*hazard* en anglais) à celle plus négative de *chance*, de *hasard*, de *fortune*, d'*aventure*… Ici encore, on prévient le danger à venir, un danger que l'on connaît, que l'on a déjà rencontré, un danger qui est bien identifié : la chute du lit. La prudence serait donc « le substitut proprement humain d'une providence défaillante[437]. » En effet, le mot « prudence » vient du latin *prudencia*, contraction

[436] Agatha Christie, *Mr Brown*, trad. Albine Vigroux, *in L'intégrale I, Les Beresford*, Paris, Le Masque, 2007, p. 225.
[437] Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, *op. cit.*, p. 95.

de *providencia* du verbe *providere* qui signifie en même temps « prévoir » (*pronoia*) et « pourvoir[438] ».

2. Médecine anticipative

Quand on réalise un acte médical, on connaît, en théorie, les effets indésirables des techniques employées. Le patient bénéficiaire de l'acte doit avoir reçu au préalable une information loyale, claire, appropriée… (*Article 35* du code de déontologie médicale). De sorte que chacun puisse respectivement agir et subir en connaissance de cause. En pratique, on ne cherche pas une symétrie parfaite du partage d'informations ; le patient doit être averti des risques inhérents à la technique de soin envisagée et connaître les alternatives. Tout geste de soin comporte des risques, même une prise de sang. La « bobologie », néologisme forgé sur la base du *bobo* rehaussé d'un *logos* pour désigner de façon familière et péjorative les petits soins chirurgicaux, n'existe pas en médecine. Tout principe actif a ses effets secondaires. Aucun fabricant ne garantira qu'un médicament ne peut *jamais* faire de mal. Lorsque survient un dommage qui était imprévisible, un dommage indépendant de la volonté, on parle d'aléa thérapeutique autre nom de la responsabilité sans faute. Par renversement de la charge de la preuve, la démonstration de l'innocuité précède la manifestation de la nocivité. Mais, selon le principe de dissymétrie entre confirmation et réfutation développé par Popper que nous avons croisé précédemment, un seul cas de nocivité suffit à prouver l'absence d'innocuité. Et l'absence de nocivité est en fait une absence de preuve de nocivité. Alors face à un diagnostic incertain donc un pronostic tout aussi incertain, on fait comme si le pire pouvait arriver : *« Pour le moment, ça va bien. Les résultats des examens sont rassurants. Tout est rentré dans l'ordre. Mais par précaution, on préfère vous garder cette nuit en observation »*. Mais n'est-ce pas excessif d'invoquer régulièrement la précaution ? Si l'on connaît le diagnostic ou lorsque l'incertitude diagnostique est probabilisable, ce n'est pas de la précaution mais de la prévention.

[438] *Id*., pp. 35-36, n. 2.

> « Dans la métaphysique de la prévention, les possibles préexistent à la réalisation de l'un d'entre eux et, pour ceux qui ne sont pas actualisés, ils subsistent à jamais dans les limbes où flottent toutes ces choses qui auraient pu être et qui n'ont pas été[439]. »

La prévention vient du latin *providere*, c'est-à-dire, on l'a vu précédemment, l'action de prévoir et pourvoir. On retrouve à nouveau Prométhée (*Prometheus*) dont le nom se rapproche de *promethes*, « prévoyant », et *prometheia*, « prévoyance ». La formule populaire « prométhéenne » *« Mieux vaut prévenir que guérir »* ne conseille rien d'autre. Mieux vaut attacher les vieillards à leur lit que de les retrouver par terre dans le quart d'heure qui suit ! Tout un pan de la médecine est consacré à la prévention au point où « médecine préventive » est le quasi-synonyme de « santé publique ». On peut pourtant réaliser des soins pour prévenir des maladies, c'est l'objet de la vaccination par exemple.

La précaution répondrait, quant à elle, à une incertitude par manque de connaissance, c'est-à-dire à l'absence définitive de diagnostic ce qui est fréquent en régulation médicale. Lors du premier contact téléphonique, les personnes peuvent, par exemple, décrire des douleurs ressenties sur la poitrine au caractère atypique, ne rentrant dans aucun cadre nosologique et diminuant donc la puissance diagnostique d'examen complémentaire tel l'ECG. Mais on laissera toujours à l'appelant, par précaution, le bénéfice du doute.

La précaution renvoie à un risque *subjectif* là où la prévention riposte à un risque *objectif*. Mais dans les deux cas, on peut dire que l'on agit par prudence.

Lorsqu'un nuage de gaz s'échappe, par accident, d'une cuve d'usine remplie de produits chimiques, on mettra en œuvre les dispositions les plus importantes qui soient : évacuation de toutes les personnes présentes à l'intérieur d'un périmètre défini et calfeutrage à domicile pour le reste de la population avoisinante… On hospitalisera pour surveillance continue tous les individus porteurs de symptômes, mêmes minimes. Lorsque l'on ne connaît pas le risque auquel on est exposé, on fait *comme si* ce risque était majeur au risque même d'inquiéter élus et citoyens.

> « La prophétie de malheur est faite pour éviter qu'elle ne se réalise ; et se gausser ultérieurement d'éventuels sonneurs d'alarme en leur rappelant que le pire ne s'est pas réalisé serait le comble de l'injustice : il se peut que leur impair soit leur mérite[440]. »

---

[439] Jean-Pierre Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible devient certain*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 2002, p. 162.
[440] Hans Jonas, *Le Principe Responsabilité*, *op. cit.*, p. 168, [218].

L'incertitude impose d'anticiper, de prendre les devants. Face à un obus mis à jour accidentellement lors d'une manouvre de terrassement, on procédera toujours *comme si* la bombe n'avait pas explosé et qu'elle contenait des produits chimiques toxiques : installation d'un périmètre de sécurité, décontamination sur site des personnes en contact…

> « Avant que la catastrophe ne se produise, elle peut ne pas se produire ; c'est en se produisant qu'elle commence à avoir été nécessaire, donc que la non-catastrophe, qui est possible, commence à avoir toujours été impossible[441] ».

Lorsque l'on connaîtra la nature du gaz dispersé ou de l'arme déterrée, l'on pourra appliquer les mesures spécifiques. La levée de doute, seule, autorisera un redimensionnement adapté des secours, une désescalade des moyens engagés. Le doute sur le risque encouru n'est pas sans rappeler l'attitude de Descartes pour atteindre quelque vérité sur le monde. Le doute méthodique fonde la décision pendant que le doute sceptique produit le risque qu'il entend réduire. C'est l'objet des plans de secours et des exercices d'application qui envisagent les scenarii les plus sombres, qui entendent se *projeter* dans une après-catastrophe, et d'y saisir rétrospectivement un événement « *tout à la fois nécessaire et improbable*[442] ». « Nécessaire et improbable », ou encore, comme dit Bergson à propos de la première guerre mondiale, avant la déclaration du 4 août 1914, « tout à la fois comme probable et comme impossible : idée complexe et contradictoire, qui persista jusqu'à la date fatale[443] ». Ainsi, la déclaration de guerre ne réalise pas un possible mais actualise un possible parmi d'autres.

> « Il faut inscrire la catastrophe dans l'avenir d'une façon beaucoup plus radicale. Il faut la rendre *inéluctable*. C'est rigoureusement que l'on pourra dire alors que nous agissons pour la prévenir *dans le souvenir que nous avons d'elle*[444]. »

---

[441] Jean-Pierre Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé*, *op. cit.*, p. 86.
[442] *Id*., p. 87. C'est l'auteur qui souligne.
[443] Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, *in Œuvres*, *op. cit.*, p. 1110 [166].
[444] Jean-Pierre Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé*, *op. cit.*, p. 164. C'est l'auteur qui souligne. Le thème de l'événement à la fois « nécessaire et improbable », impossible et certain, parcourt la littérature de science-fiction. Par exemple, dans la nouvelle de Philip K. Dick « L'ancien combattant » (*in Nouvelles 1953-1963*, *op. cit.*), un militaire relate les faits d'armes d'une guerre qui n'a pas encore eu lieu. Si sa présence rend la guerre *inéluctable*, ses *souvenirs* peuvent faire modifier le cours des événements. Dans le même recueil de nouvelles, le romancier de science-fiction propose le processus inverse dans l'image d'une organisation gouvernementale qui, grâce aux facultés précognitives de trois mutants, fait emprisonner les assassins avant qu'ils n'aient pu commettre leur méfait. Condamnés pour le crime qu'ils auraient commis s'ils avaient été laissés en liberté, ces individus métaphysiquement coupables sont réellement innocents (« Rapport minoritaire », trad. Hélène Collon, *in Nouvelles 1953-1963*, Paris, Denoël, coll. « Présences », 1997, et au cinéma, Steven Spielberg, *Minority Report*, 2002).

Avec la levée de doute sur la nature du gaz dispersé, on passe du principe anticipatif ou principe de précaution à un principe préventif et curatif s'il y a des victimes. Le principe de précaution est une méthode de travail fondée sur ce que Hans Jonas appelle une « heuristique de la peur ». L'originalité de la philosophie de Jonas tient dans la rationalisation de la peur, tient dans l'oxymore « peur rationnelle ». Jonas fait de la peur, une émotion didactique comme Kant avait fait du respect un sentiment moral. « La peur qui fait partie essentiellement de la responsabilité n'est pas celle qui déconseille d'agir, mais celle qui invite à agir[445] ».

La philosophie de Jonas n'est pas un jeu de prophète de malheur, un jeu à plonger les peuples dans la crainte et la paralysie de la pensée. Selon François Ewald :

> « Elle ne va pas contre le développement. Elle ne prône pas l'abstention. Elle ne condamne pas la puissance technologique : elle attend qu'elle soit mise en œuvre autrement, avec d'autres objectifs. La philosophie de la précaution n'est pas antitechnologique. Bien au contraire, elle est aussi bien un acte de foi dans la science et la technologie[446] ».

La médecine anticipative est une méthode, une technique qui, loin de se réduire dans l'antique principe hippocratique *primum non nocere*, exhorte à l'action. Chaque fois que l'on ne disposera pas de tous les éléments d'un événement, chaque fois que l'on ne pourra pas qualifier précisément un risque, on fera *comme si* la menace était majeure. Il s'agit là d'un impératif technique et non éthique. L'écueil du principe de précaution, que souligne Jean-Pierre Dupuy, tient dans son application à lui-même qui produirait en conséquence le pire scénario. La précaution justifierait l'abstention du recours… au principe de précaution[447].

[445] Hans Jonas, *Le Principe responsabilité*, *op. cit.*, p. 300, [391].
[446] François Ewald, « Philosophie politique du principe de précaution », *in* François Ewald, Christian Gollier, Nicolas de Sadeleer, *Le principe de précaution*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2001, p. 35.
[447] Jean-Pierre Dupuy, *Pour un catastrophisme éclairé*, *op. cit.*, p. 138.

Chapitre XII. Ethique médicale

1. La sagesse pratique

La prudence ne nous a pas fait entrer dans l'éthique. Nous avons vu que le spectre s'étendait de son antonyme – l'imprudence – à la précaution dont on a pu tirer un principe d'action. En revenant au terme grec de *phronésis* pour le mot « prudence », il suffit d'examiner son contraire pour en mesurer toute l'épaisseur. L'opposé de la *phronésis* n'est pas une sorte d'imprudence mais l'*hubris*, c'est-à-dire, la « démesure ».

La tradition philosophique depuis Platon, désigne la *phronésis* comme l'une des quatre vertus cardinales, les trois autres étant la justice, la tempérance et le courage ou la force d'âme. Le mot « cardinal » vient du latin *cardo* qui signifie le « gond ». Le gond matérialise l'axe sans lequel une porte ne pourrait jamais tenir ni s'ouvrir. Ainsi les vertus cardinales sont le pivot sur lequel s'appuient et s'alignent toutes les autres vertus. Mais pour que par la seule vertu de *phronèsis*, toutes les autres soient données[448] comme le suggère Aristote, il faut qu'elle surplombe ses trois sœurs tel le premier violon du quatuor à cordes et par conséquent toutes les autres vertus comme le premier violon solo de l'orchestre symphonique qui donne le *la* et reçoit la poignée de main du chef d'orchestre.

Avant de se concentrer dans la « raison », la *phronèsis* avait pris le sens large de « pensée », de « sensation ». La plupart des hommes, dit Héraclite, vivent comme avec une *idian phronèsin*, comme avec une « pensée propre » alors que le *logos* est commun, alors que « penser (*phroneîn*) est commun à tous[449] ». On sent une première tension entre l'universel du *logos* et la sensation particulière du *phronèsin*. Socrate fait infléchir la *phronèsis* du côté de la connaissance pure, de la sagesse[450] entendue comme savoir. On ne peut agir sans avoir la science, ainsi toute action est subordonnée à la connaissance. Ce que l'on retrouve dans la

[448] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, VI, 13, 1145 *a*, p. 313.
[449] Héraclite, *Fragments*, trad. Jean-Paul Dumont, *in Les Présocratiques*, *op. cit.*, B II et B CXIII, pp. 146 et 171.
[450] On est moins surpris de rencontrer la *phronèsis* traduite par la « sagesse » : « le concept de sagesse (*phronèsis*) est l'un des concepts les plus originaux de la morale aristotélicienne. » (René-A. Gauthier, *La morale d'Aristote*, Paris, PUF, coll. « Initiations philosophiques », 1963, p. 82).

théorie dite de l'« intellectualisme moral » selon laquelle on ne pèche jamais volontairement mais toujours par ignorance[451], et reprise par Victor Hugo : « L'homme a un tyran, l'ignorance[452] ». En ouvrant une école, on fermera une prison. La force de la connaissance contrecarre la force du destin. Mais pour Aristote, l'action n'est que l'application directe de la connaissance théorique.

> « Il serait étrange, ainsi que Socrate le pensait, qu'une science résidant en quelqu'un pût se trouver sous le pouvoir d'une autre force et tirée en tous sens à sa suite comme un esclave[453]. »

Contre Socrate qui pense les vertus comme des formes de la raison, des règles (*logous*), puisqu'elles sont selon lui toutes des sciences (*épistèmai*), il affirme simplement que « les vertus sont intimement unies à une règle (*logou*) [454] ». Connaître ce qui est juste, beau et utile pour l'homme ne facilite en rien l'action.

> « Nous ne sommes rendus en rien plus aptes à nous bien porter ou être en bon état, par le fait de posséder l'art médical ou celui de la gymnastique[455]. »

Chez les médecins, mais peut-être pas uniquement chez eux, c'est toute la différence entre savoir et compétence. « La prudence ne consiste pas seulement dans la connaissance purement théorique du bien » mais aussi dans la capacité d'agir[456]. Ainsi l'on peut avoir de solides connaissances et ne pas pouvoir réussir à les contextualiser. « La prudence est une connaissance qui doit savoir atterrir, la spéculation philosophique ayant plutôt tendance à s'envoler[457] ».

On tient peut-être ici un double rapprochement, d'une part entre compétence médicale et prudence – un savoir capable d'atterrir sur la bonne piste quelles que soient les conditions de vol – et d'autre part entre médecin et navigateur ou pilote d'aéronef si l'on préfère.

Pour bien saisir comment depuis Aristote la *phronèsis* est un concept, il faut revenir à l'organisation de l'âme. A la fin du Livre premier de l'*Ethique à Nicomaque*[458], Aristote propose une division bipartite de l'âme qui s'oppose à celle tripartite de Platon. L'âme est constituée d'une partie rationnelle et d'une

---

[451] Platon, *Gorgias*, *op. cit.*, 488 *a*, p. 432.
[452] Victor Hugo, *Les Misérables I*, *op. cit.*, I[ère] partie, Livre I[er], X, p. 48.
[453] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op.cit.*, VII, 3, 1145 *b*, p. 321.
[454] *Id.*, VI, 13, 1144 *b*, p. 313.
[455] *Ibid.*, VI, 13, 1143 *b*, p. 307.
[456] *Ibid.*, VII, 11, 1552 *a*, p. 360.
[457] Gilbert Romeyer Dherbey, « La prudence d'Aristote » in *Comités d'éthique et phronèsis*, Paris, Académie des sciences morales et politiques, 19 octobre 2007, p. 12.
[458] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, I, 13, 1102 *a* – 1103 *a*, pp. 82-86.

partie irrationnelle, toutes deux logiquement distinctes mais naturellement inséparables qu'il serait déraisonnable et vain de passer au filtre des neurosciences. Le côté irrationnel se divise à son tour en partie végétative et partie appétitive ou désirante. La partie végétative, commune au règne du vivant, animaux comme végétaux, pourrait être requalifiée en système nerveux végétatif ou autonome mais toujours disqualifiée du champ de l'éthique.

La partie désirante représente l'autre partie irrationnelle, « laquelle toutefois participe en quelque manière à la raison[459] ». Car si un principe est irrationnel par le conflit qu'il entretient avec la raison, par la résistance qu'il lui oppose, c'est par rapport au principe raisonnable qu'il se définit. Alors « cet élément irrationnel doit être dit posséder la raison[460] ». Ce qui impose de doubler la partie raisonnable de l'âme : « Il y aura d'une part, ce qui, proprement et en soi-même, possède la raison, et d'autre part, ce qui ne fait que lui obéir, à la façon dont on obéit à son père[461]. »

Le désir est cette intersection entre deux âmes, l'une végétative, définitivement irrationnelle – on devrait dire a-rationnelle – et l'autre purement rationnelle. Tantôt le désir écoute la voix de la raison, tantôt il lui tourne le dos, aussi peut-il osciller entre deux états d'âme. Cette division n'a d'intérêt que pour placer les vertus respectives. Au désir qui obéit à la raison – désir rationnel ou raison désirante – correspondent les vertus du caractère ou vertus éthiques et à la raison proprement dite et en elle-même, Aristote associe les vertus intellectuelles ou vertus dianoétiques.

Toute vertu éthique (*èthikès*) est le produit de l'habitude d'où son nom qui résulte d'une légère modification de ce mot *éthos*. En effet *éthos* – avec un *e* court, l'epsilon grec (ε) – signifie « habitude » mais aussi « usage », « coutume ». Aristote veut nous faire entendre que le mot *èthikès* n'est pas l'adjectif du substantif *èthos* – avec un *e* long, l'êta grec (η), qui signifie « habitat », et aussi « manière d'être », « caractère », « mœurs »[462] – mais procède d'une « légère modification de *èthos*[463] ». Plus jeune sont acquises les bonnes habitudes, plus forte est l'inclination vertueuse du caractère. Pour Platon, c'est au berceau que

[459] *Id*., I, 13, 1102 *b*, p. 84.
[460] *Ibid*., I, 13, 1103 *a*, p. 85.
[461] *Ibid*., p. 86.
[462] Dominique Folscheid, « Ethique et langage », *in Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.*, p. 16.
[463] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, II, 1, p. 87.

« s'implante en nous notre caractère (*èthos*) par l'effet de l'habitude (*éthos*).[464] » En conséquence, il faut lire l'adjectif comme un palimpseste du substantif *éthos*, une subtilité qui disparaît au cours de la traduction latine puis française. Le texte électronique pourrait rendre à la morale aristotélicienne son épaisseur conceptuelle par la mise en lien intertexte des mots *èthikès* et *éthos*. Avec Cicéron, l'adjectif est traduit par « morale » en référence directe au mot « mœurs ».

> « ...comme elle touche aux mœurs, que l'on nomme en grec *ethos*, nous appelons habituellement cette partie de la philosophie "de mœurs", mais il convient d'accroître notre langue en la nommant "morale"[465]. »

L'accent a disparu dans la langue latine mais derrière l'*ethos* de Cicéron se cachent deux mots, *èthos* et *éthos*, « caractère » et « habitude ». Quand Aristote passe de l'*èthos* comme caractère habituel à l'*éthos* comme habitude morale, il émancipe la sphère éthique de la sphère naturelle, de la sphère de la *phusis*. Et s'il restait encore à l'éthique quelques prétentions naturelles, elles sont à jamais secondes. « Aucune des vertus morales n'est engendrée en nous naturellement, car rien de ce qui existe par nature ne peut être rendu autre par habitude[466]. »

Une fondation naturelle de l'éthique est dès lors toujours entachée d'un risque majeur d'incomplétude. Avec la modernité, le mot « éthique » se substantifie pour se fondre en « science » des mœurs tandis que la morale se veut une pratique de cette science, au sens kantien du terme. Mais dès que les mots « éthique » et « morale » sont à nouveau employés comme adjectifs, ils sont substituables. « Juger que tel acte est "éthique" ou "moral" revient exactement au même – mieux, *doit* revenir au même[467]. »

Contrairement aux vertus éthiques, les vertus dianoétiques peuvent s'enseigner. On appréciera – ou non – la conduite de la technicienne de radiologie avec le docteur malade de Burgess déjà rencontré précédemment :

> « "Webster, dit-il, voyait aussi les os sous la peau. – C'était qui, Webster ? – Un poète. – Ah, un poète". D'un air important, la fille inséra énergiquement une autre plaque. "Ne bougez absolument pas." Il y eut un nouveau clic. "Je ne suis pas très poésie dit-elle. Ça allait bien à l'école, je suppose. – Vous pensez qu'il vaut mieux être radiologue ou poète ? – Oh oui." Elle parlait avec une ferveur très professionnelle. "Nous sauvons des vies, après tout, non ? – Pourquoi faire ? – Comment ça pourquoi faire ? – À quoi bon sauver des vies ? Pourquoi voulez-vous

[464] Platon, *Les Lois*, *in Œuvres complètes II*, *op. cit.*, VII, 792, p. 866.
[465] Cicéron, *Traité du destin*, *in Les Stoïciens*, Éd. Pierre-Maxime Schuhl, Paris, Gallimard, coll. « Bibl. de la Pléiade », 1999, I, 1, p. 473.
[466] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, II, 1, p. 87-88.
[467] Dominique Folscheid, « Philosophie morale et éthique », *in Philosophie*, *op. cit.*, p. 138.

> que les gens vivent ? – Ça, fit-elle d'un air guindé, ça n'est pas mon affaire. Je n'ai pas eu de cours là-dessus. Bon, si vous voulez bien attendre là, je vais faire développer ça." [468] »

La *phronésis* comme vertu intellectuelle qui combine droite raison et raison pratique procède d'un enrichissement éthique et à son tour rectifie la morale. « Les principes de la *phronésis* dépendent des vertus morales, et la rectitude des vertus morales de la *phronésis*[469] ». Vertu de l'intellect pratique, la *phronésis* aligne les vertus éthiques sur la règle droite.

Au début du Livre VI de l'*Ethique à Nicomaque*, Aristote procède à une nouvelle division de la « raison proprement dite » en, d'une part la partie connaissante ou scientifique (*épistèmonikon*) et, d'autre part la partie raisonnante ou calculative ou encore opinative (*logistikon*) qui portent respectivement sur le nécessaire et le contingent selon le principe que le semblable est connu par le semblable (*similia similibus*)[470]. Heidegger maintient cette distinction dans la pensée entre celle qui calcule et celle qui médite, posant chacune d'elle à la fois légitime et nécessaire[471].

On comprend alors la tentation mécaniste de réduire la pensée à une base de données (*épistèmonikon*) sur laquelle tournerait un algorithme décisionnel (*logistikon*).

> « Vous êtes vraiment un automate (*automaton*), une machine à calculer (*calculating machine*), m'écriai-je. Il y a par moments quelque chose de véritablement inhumain en vous[472]. »

Mais le Dr Watson rejette un peu trop rapidement l'humanité de Sherlock Holmes. Ce qui est littéralement inhumain, ce sont les boîtes vocales téléphoniques qui envahissent les standards, même ceux de certains hôpitaux. La voix électronique donne l'illusion d'un dévouement total au service du requérant alors qu'en réalité elle l'arraisonne par son incapacité à « calculer ». Calculer est une excellence proprement humaine, une vertu intellectuelle. Et la vertu qui correspond à la partie calculative de l'âme rationnelle est la *phronèsis*. Il est difficile de traduire la *phronésis* par la « prudence » et la meilleure interprétation

---

[468] Anthony Burgess, *Le docteur est malade*, *op. cit.*, pp. 39-40.
[469] Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, X, 8, 1178 *a*, pp. 515-516.
[470] *Id*., VI, 2, 1139 *a*, p. 275.
[471] Martin Heidegger, « Sérénité », *in Questions III et IV*, trad. André Préau, Paris, Gallimard, 1966, coll. « Tel », 2000, pp. 136-137.
[472] Arthur Conan Doyle, « Le signe des quatre », trad. Eric Wittersheim, in *Les aventures de Sherlock Holmes I*, Paris, Omnibus, 2005, p. 217.

du terme grec serait « sagesse pratique »[473] en miroir de la « sagesse théorique » ou *sophia* qui est la vertu en concorde avec la partie scientifique de l'âme rationnelle. N'y a-t-il pas plus austère que le détachement de la pensée contemplative ? N'y a-t-il pas plus solitaire que celui qui ne séjourne que dans ses pensées ? Alors que la sagesse pratique porte sur les affaires enracinées dans le monde humain, dans le mondain.

Pour Aristote, calculer, c'est délibérer et on délibère en vue d'agir, une action « à la fois permise et requise par la contingence[474] ». Et on ne délibère que sur les moyens pour parvenir à une fin. On ne délibère pas sur la finalité de la médecine lorsque l'on est au lit du malade car la finalité de la médecine, on l'a dit, c'est la personne ; mais on délibère sur les moyens de la soulager du mal qui l'affecte. Si le destin de chacun était irrémédiablement scellé, on ne délibérerait jamais. A moins d'avoir vécu un *flashforward*, un phénomène miroir du *flashback*, de la réminiscence[475]. Mais l'action humaine (*praxis*) suit le temps, *flèche* pour les physiciens, *fuite* pour les poètes, et l'incertitude du monde à venir, son inachèvement « est la naissance de l'homme[476] ».

C'est par le choix délibéré (*proairésis*), fondement des actes de plein gré – la « décision » des Modernes – qu'Aristote va relier les vertus éthiques et dianoétiques. Un choix délibéré n'est jamais purement technique, n'est jamais moralement neutre. Toute décision technique porte toujours en puissance si ce n'est acte une conséquence éthique. Plus encore, en médecine, toute décision est éthique avant d'être technique. Ainsi la *phronésis* qui est la vertu de la délibération (*bouleusis*) touche nécessairement la conduite morale.

La *phronèsis* n'a plus qu'à s'incarner. Critère, modèle, berger, le *phronimos* incarne à lui seul toutes les qualités pour *faire* l'homme, pour *bien*

---

[473] Depuis Cicéron, les philosophes lecteurs d'Aristote rivalisent en expressions pour tenter d'atteindre la traduction plus pertinente : « raison pratique », « discernement moral », « sagacité ».
[474] Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, *op. cit.*, p. 106.
[475] Le *flashforward* est un procédé narratif – ou prolepse – où le lecteur ou le spectateur prend connaissance d'éléments à venir durant le déroulement du récit. Mais contrairement au « retour en arrière » – ou analepse – dont l'objet est de clarifier le récit présent, le *flashforward* complique l'intrigue. Et lorsque ce sont les personnages mêmes du récit qui font l'expérience d'une entrevue brève (*flash*) de leur propre futur, la liberté d'action est remise en question. *Flashforward* est même le titre d'un roman puis d'une série TV : toute l'humanité est plongée dans un blackout durant deux minutes et dix-sept secondes avant un retour à la conscience. Pendant ce laps de temps, les personnages vivent une réalité qui ne surviendra que six mois plus tard et dont ils vont garder le souvenir (2009 ABC TV series, 1 saison et Robert J. Sawyer, trad. Thierry Arson, Montreuil, Milady, 2010).
[476] Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, *op. cit.*, p. 106.

faire l'homme, pour bien faire le *métier* d'homme dirait-on aujourd'hui. Il prend la figure du héros classique ou du *spoudaios* grec, le courage doublé de la confiance. Le *phronimos* inspire la confiance et fait confiance. C'est l'expression de sa bienveillance, de sa bienfaisance. Le *phronimos* est l'homme par qui s'éclaire la *phronèsis*, seule vertu qualifiant le *phronimos*. L'existence du *phronimos* précède l'essence de la *phronèsis* qui le définit. Le maître de médecine, le « grand patron », qui marque durablement plusieurs générations d'étudiants est un personnage conceptuel qui fait partie de la carte postale médicale, de l'image d'Épinal relayées par de nombreuses fictions littéraires ou cinématographiques.

2. La raison pratique

L'éthique du tri médical pourrait se résumer par la question : *« Qui passe en premier ? »*. Une question qui semble réglée par la technique doublée d'une certaine « prudence ». Toutes les réponses proposées jusqu'alors sont du domaine de la science spéculative. Nous ne sommes pas encore entrés de plain-pied dans l'éthique médicale telle que nous souhaitons l'exposer. Jusqu'ici, l'utilitarisme mais aussi le contractualisme, nous ont laissés à la périphérie de l'éthique, nous en sommes restés à *une* éthique s'appliquant à la médecine c'est-à-dire *plaquée* sur elle, une éthique *pour* la médecine mais sans racine commune avec elle.

Le clivage entre philosophie théorique et philosophie pratique pourrait en être la cause. Le clivage, déjà présent chez Aristote dont on a vu qu'il séparait la morale de l'intellect, a été refondu par Kant. Dans un premier temps, Kant restreint l'usage de la raison théorique en la débarrassant de la métaphysique. Ce geste négatif, immense travail préparatoire constituant la première *Critique*[477], devient bénéfique à l'usage pratique de la raison pure – « la détermination de la volonté, relativement à un but final et complet[478] » – c'est-à-dire à son usage moral. Kant a donc été contraint d'éliminer les illusions de la raison pour rendre possible une doctrine de la liberté et ainsi donner sens au concept de devoir. « J'ai

[477] « La Critique de la raison pure théorique ».
[478] Emmanuel Kant, *Critique de la raison pratique*, *op. cit.*, Livre II, Chap. II, III, p. 129.

donc dû supprimer le *savoir* pour trouver une place pour la *foi*[479] », abolir le savoir pour assurer les droits d'une métaphysique de la morale, juguler la raison théorique pour laisser le champ libre à la raison pratique. A défaut, la raison pure serait aussi mise hors jeu de tout fondement métaphysique de la morale. On aura donc la nature et la liberté comme concepts qui fonderont respectivement les conditions d'une connaissance de la science et celles de la morale. Le siècle de Kant va vivre dans l'optimisme baconien d'une extension constante de la science sur la pratique. « Ce qui dans la spéculation vaut comme cause, vaut comme règle dans l'opération[480] ».

En d'autres termes, pour les Lumières, tout échec pratique prendrait nécessairement sa source dans une insuffisance théorique. Toute faute, y compris la faute morale, s'enracinerait dans une carence de science. Dans un jeu de vases communicants, la science pourrait pallier l'éthique. Ainsi la sonnerie des alarmes des appareils de *monitoring*, des appareils de surveillance clinique réveille le soignant qui veille *sans faute*…

Dans le champ pratique, toute action humaine est déterminée par un impératif qui est hypothétique si l'action n'est bonne « que comme moyen pour *quelque autre chose* » ou catégorique si l'action est « représentée comme *bonne en soi*[481] ». L'utilitarisme, que l'on confondra avec l'impératif de l'habileté, et les conseils de prudence sont des impératifs hypothétiques. Ils sont soumis à des *règles*, des règles technico-pratiques. Kant précise dans l'« Introduction » à la *Critique de la faculté de juger*, qu'elles ne doivent plus relever de la philosophie pratique mais être admises comme de simples corollaires de la science de la nature.

> « Toutes les règles technico-pratiques (c'est-à-dire celles de l'art ou de l'habileté en général, ou bien également de la prudence, comme une habileté capable d'influencer les hommes et leur volonté) ne doivent, dans la mesure où leurs principes reposent sur des concepts, être comptées que comme des corollaires de la philosophie théorique. Car elles ne concernent que la possibilité des choses selon des concepts de la nature, auxquels appartiennent non seulement les moyens qui se rencontrent à cet effet dans la nature, mais aussi la volonté (en tant que faculté de désirer et donc en tant que faculté naturelle), dans la mesure où elle peut être déterminée par des mobiles naturels, conformément à ces règles[482]. »

---

[479] Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, « Préface à la 2e éd. », *op. cit.*, p. 748.
[480] Francis Bacon, *Novum Organum*, trad. Michel Malherbe et Jean-Marie Pousseur, Paris, PUF, 2010, Livre I, 3e Aphorisme, p. 101.
[481] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 276.
[482] Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger*, trad. Jean-René Ladmiral, Marc B. de Launay et Jean-Marie Vaysse, *in Œuvres philosophiques II*, *op. cit.*, p. 925.

Attelée au concept de liberté il ne reste plus dans le champ de la philosophie pratique, que la moralité.

Si l'on suit Kant de trop près, on aura donc pour la médecine, et dans le meilleur des cas, d'une part une médecine comme science, la biomédecine, qui louche sur la physique mathématique mais reste un mixte de *tekhnè* et d'*empeiria* et d'autre part, une médecine comme éthique avec ses produits dérivés type déontologie, éthique appliquée, bioéthique… Pour sortir de cette dualité qui nous éloigne de l'éthique médicale, on peut aller chercher, avec Levinas, l'éthique en amont de la division philosophique.

3. La philosophie première

1. Ethique

> « Le dernier homme sur la Terre était assis tout seul dans une pièce.
> Il y eut un coup à la porte[483]. »

L'éthique commence avec la deuxième personne, l'éthique commence à la deuxième personne du singulier. Il ne peut pas y avoir d'éthique de l'homme seul, d'éthique du dernier homme. Le « monde sans autrui », comme Deleuze qualifie celui du Robinson Crusoé de Michel Tournier[484], est étranger à la sphère éthique. L'univers de toutes les robinsonnades est totalement occupé par la nature pour une célébration de la technique. L'homme, à force d'être seul, de ne plus parler, peut en perdre le langage comme Tom Ayrton, alias Ben Joyce, l'homme abandonné sur l'île Tabor durant douze ans dans le roman de Jules Verne, *L'île mystérieuse*. Recueilli par Cyrus Smith, il recouvre progressivement son humanité au contact des autres hommes.

> « Il y a quelques mois à peine, ce malheureux était un homme comme vous et moi. Et qui sait ce que deviendrait le dernier vivant de nous, après une longue solitude sur cette île ? Malheur à qui est seul, mes amis, et il faut croire que l'isolement a vite

[483] Fredric Brown, « Un coup à la porte », trad. Jacques Papy, in *Une étoile m'a dit*, Paris, Denoël, coll. « Présence du futur », 1954, rééd. Folio-SF, 2000, p. 115.
[484] Gilles Deleuze, « Michel Tournier et le monde sans autrui », in *Logique du sens*, Paris, Minuit, coll. « Critique », 1966, pp.

> fait de détruire la raison, puisque vous avez retrouvé ce pauvre être dans un tel état[485] ! »

Le mythe de l'homme seul s'est converti durant la période de la guerre froide (1947-1963) en celui du dernier homme. On découvre au fil des pages d'une nouvelle de Richard Matheson écrite en 1955[486] que tous les personnages qui parcourent l'intrigue, y compris ceux d'une histoire enchâssée dans le récit, sont en réalité une seule et même personne, le dernier être humain d'une Terre dévastée. Richard Allen Shaggley, l'auteur qui s'invente un futur dans l'écriture d'un récit de fiction « à suivre » est en même temps le lecteur assidu de ses œuvres, le coursier « Al » à qui il remet chaque semaine le manuscrit, le rédacteur en chef « Rick » et l'éditeur « R.A. » du journal qui publie le récit ; il est encore « Dick Allen », le vieil ouvrier du livre de la maison d'édition, mais aussi le héros « Ras » et la belle « prêtresse Shaggley » du feuilleton… Même l'écrivain, seul dans son bureau, ou le philosophe, seul dans son poêle, ne peuvent concevoir une vie sans autrui.

Autrui est une *intrigue* qui questionne la spontanéité, une intrigue avant tout *étonnement*. Avant d'être étonné, on est d'abord intrigué par la présence de l'autre. La métaphysique précède l'ontologie. On appelle éthique, cette mise en question de la spontanéité par la présence de l'autre[487]. Robinson, sur l'île de Speranza, est « comme frappé par la foudre[488] » lorsqu'il découvre une empreinte de pied. La rencontre avec autrui se vit, non comme une expérience, mais comme une épreuve. Le *visage* de l'autre apparaît dans la trace de son pas.

On doit à Levinas la création du concept de visage. Non pas un visage au sens morphologique, anatomique, mais une phénoménologie du visage. Le visage de l'autre, par exemple, peut être perçu au travers du contact téléphonique même – et surtout – si l'on ne peut voir la couleur de ses yeux.

Si l'éthique est première, il n'y a pas une éthique *pour* la médecine, une éthique qui s'ajoute à la médecine ; c'est la médecine toute entière qui est éthique. La médecine est éprouvée avant d'être reconnue.

---

[485] Jules Verne, *L'île mystérieuse*, Paris, Librairie Générale Française, 1992, II[e] partie, chap. XV, pp. 513-514.
[486] Richard Matheson, « Cycle de survie », trad. *in* Alain Dorémieux (dir.), *Les mondes macabres de Richard Matheson*, Paris, Casterman, 1974, pp. 155-159.
[487] Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*, Martinus Nijhoff, 1971, rééd. Paris, Librairie Générale Française, « Biblio-Essais », 2001, p. 33.
[488] Daniel Defoe, *Robinson Crusoé*, trad. Pétrus Borel, Paris, Gallimard, rééd. Folio « Classique », 1996, p. 269.

> « C'est d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a médecine, savent en quoi ils sont malades[489]. »
> « Si aujourd'hui la connaissance de la maladie par le médecin peut prévenir l'expérience de la maladie par le malade, c'est parce qu'autrefois la seconde a suscité, a appelé la première[490]. »

Epistémologiquement, la médecine préventive est seconde sur la médecine curative. Au commencement, il y a donc une relation entre les hommes, au commencement il y a l'éthique :

> « Nous appelons éthique une relation entre des termes où l'un et l'autre ne sont unis ni par une synthèse de l'entendement, ni par la relation de sujet à objet, et où cependant l'un pèse ou importe ou est signifiant à l'autre, où il sont liés par une intrigue que le savoir ne saurait ni épuiser ni démêler[491]. »

Si l'on peut parler d'éthique *de* la médecine, c'est d'une éthique médicale qu'il s'agit, d'une éthique immanente à la médecine, chevillée à elle pour lui donner sa *forme*. En échange, la médecine fournit la *matière* qui manque à l'éthique. Dissocier éthique et médecine est, au mieux, un geste pédagogique car éthique et médecine sont comme âme et corps, mieux, comme forme (*eidos*) et matière (*hulè*). L'éthique médicale est hylémorphique, et nous proposons la *médicalité* (*Artzum*), noyau dur de la médecine, cœur de métier du médecin, comme synonyme.

2. Responsabilité

La responsabilité médicale semble régler son pas sur la puissance d'agir du médecin, qui court à la traîne d'une volonté de puissance entendue dans le sens nietzschéen, c'est-à-dire une volonté de volonté, une volonté qui n'a de fin qu'en elle-même. La responsabilité se frotte à une infinie liberté. Le devoir est soumis au pouvoir comme l'avait déjà formulé le philosophe français Jean-Marie Guyau, dès 1884, dans *Esquisse pour une morale sans obligation ni sanction*, avec *« Je puis, donc je dois*[492]*. »*. Sur le revers de la médaille, s'inscrit donc le proverbe :

---

[489] Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, rééd. Coll. « Quadrige », 1996, p. 156.
[490] *Id*., p. 53.
[491] Emmanuel Levinas, *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin, 2001, p. 314, n. 1.
[492] Jean-Marie Guyau, *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction*, *op. cit.*, p. 218.

« A l'impossible, nul n'est tenu[493] *»*. C'est ainsi que l'on entend couramment la réponse suivante aux louanges : *« Je n'ai fait que mon devoir »*. La responsabilité s'arrêterait-elle dès la fin du pouvoir d'agir ? En effet, lorsque l'on ne fait que son devoir, ne dit-on pas en réalité : *« J'ai fait ce que j'ai pu avec les moyens dont je disposais ». « Tu te rappelles, le patient de l'autre jour ? Eh bien, il est décédé ce matin – Bah, tu as fait ce que tu as pu ! »*.

Han Jonas ne dit rien d'autre : « La responsabilité est un corrélat du pouvoir de sorte que l'ampleur et le type de pouvoir déterminent l'ampleur et le type de responsabilité[494] ».

Le philosophe et théologien allemand propose un renversement de la relation kantienne du devoir et du pouvoir (*Können*) pour laquelle le pouvoir suivait le devoir. Mais chez Kant, la relation s'énonçait ainsi dans le champ de la raison pratique : « Une volonté libre et une volonté soumise à des lois morales sont par conséquent une et même chose[495]. »

Avec Jonas, *« Tu dois, donc tu peux »* devient : *« Tu dois, car tu peux »* mais dans le champ de la raison théorique. Chez Kant, le devoir qui implique le pouvoir est placé sous le signe de la moralité. Avec Jonas comme avec Jean-Marie Guyau – « sentir intérieurement ce qu'on est *capable* de faire de plus grand, c'est par là prendre la première conscience de ce qu'on a le *devoir* de faire[496] » –, on quitte la sphère de la liberté pour celle de la nature, celle de l'éthique pour la technique. On ne se sent jamais obligé de faire quelque chose que, *techniquement*, l'on ne sait pas faire. On ne peut que regretter de ne pas savoir.

« Et maintenant docteur, qu'est ce qu'on fait ? » demande au médecin régulateur du Centre 15, l'aide-à-domicile d'un patient nonagénaire qui vient de faire une énième chute accidentelle. *« Non, il ne se plaint de rien. Il dit qu'il ne veut pas aller à l'hôpital mais on ne peut pas le laisser comme ça ! »* Le *on* est un *vous* accusatif. *« Mais, c'est que je me sens responsable de lui, c'est pour ça que je vous appelle. Alors qu'est-ce qu'on fait ? C'est vous le médecin, pas moi ! »*

De proche en proche, à l'extrémité de la longue chaîne de responsabilité, se tient un médecin avec peut-être encore derrière lui, le médecin urgentiste, seul,

---

[493] Lequel proverbe, par ailleurs, comme toute expression qui offre peu à penser, dispose de son exact contraire : *« A cœur vaillant, rien d'impossible »*.
[494] Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, *op. cit.*, p. 177, [230].
[495] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 316.
[496] Jean-Marie Guyau, *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction*, *op. cit.*, p. 96 (c'est l'auteur qui souligne).

dos au mur. Le médecin, dernier responsable, responsable de tout, plus que quiconque pour reprendre la formule de Dostoïevski[497]. Les « tox. » et « intox. », les « bourrés », les agités… toutes ces personnes réduites à leur seul comportement ; les SDF, les migrants, les étrangers… toutes ces personnes réduites à leur seul état civil auxquelles s'ajoutent désormais les déments, les « psy », les handicapés… toutes ces personnes réduites à une pathologie ; toutes ces personnes doivent nécessairement comparaître devant le médecin dès l'apparaître au vu et au su de tous. *« On ne peut pas les laisser là, on ne peut pas les laisser comme ça ! »* Pas même les « laisser être » ! Ce n'est pas pour rien qu'après les chirurgiens, redresseurs de corps, sont venus remplir la sphère de l'urgence médicale les psychiatres raccommodeurs d'âmes. Et aujourd'hui, l'urgentiste sommé de répondre de toutes et de tous. *« Tu dois, donc tu peux »* semble marquer la responsabilité médicale en général et tout particulièrement la responsabilité du médecin urgentiste dans une grande confusion entre raison pratique et raison théorique. « Un être libre n'est déjà plus libre parce qu'il est responsable de lui-même[498]. »

En amont de toute expérience, Levinas propose une responsabilité générique, indépendante des métiers et professions du secours et de la santé, fondée de façon exclusive sur le lien avec autrui. C'est une responsabilité *pour autrui* dans laquelle on est responsable *de* et *pour* lui.

> « Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui[499]. »

Que l'on soit aide-à-domicile, ambulancier, sapeur-pompier, soignant… la responsabilité est double, et la responsabilité professionnelle est seconde car

> « Dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable, sans même avoir à *prendre* de responsabilité à son égard ; sa responsabilité *m'incombe*. C'est une responsabilité qui va au-delà de ce je fais[500] ».

Pareille conception du devoir rend la responsabilité médicale asymptotique. La responsabilité devient première sur la liberté qui, non pas, s'arrête là où commence celle d'autrui comme dit le proverbe, mais s'arrête avec

---

[497] « Chacun de nous est coupable devant tous pour tous et pour tout, et moi plus que les autres », Fiodor Dostoïevski, *Les frères Karamazov*, *op. cit.*, p. 310.
[498] Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, *op. cit.*, p. 36.
[499] Emmanuel Levinas, *Ethique et infini. Dialogue avec Philippe Nemo*, Paris, Arthème Fayard, 1982, rééd. Librairie Générale Française, 2000, p. 93.
[500] *Id.*, p. 92.

la rencontre de l'autre. Levinas propose l'oxymore « liberté finie » mettant ainsi fin à plusieurs siècles de dispute autour du couple liberté-détermination. Une liberté « qui n'est pas première, qui n'est pas initiale[501] », se découvre et s'éprouve dans la responsabilité *pour* l'autre et non *par* l'autre.

Comme si la réalité empirique ne suffisait pas, la médecine d'urgence appelle à une métaphysique de la responsabilité où la déontologie précède l'ontologie et l'épistémologie. Le patient toujours *déjà-là*, même lorsqu'il est absent, même lorsque le téléphone du Centre 15 ne sonne plus, même lorsque la salle d'attente des Urgences est vide, le patient présent par son absence appelle à la responsabilité, à un commandement déontologique en miroir du « commandement ontologique » d'Hans Jonas. Le *doit-être* précède l'*être*. Le *doit-être*, n'a pas besoin de l'*être*. En outre, en tirant l'*être* à partir du *doit-être* on s'affranchit du problème de Hume. Le possible, le patient potentiel, le patient à venir – car il viendra nécessairement – donc le suivant, déborde par son infinitude la responsabilité médicale. *« Pour l'instant ça se passe bien mais quand les flics vont charger, ce sera à vous de jouer docteur ! »*

3. Justice

« Si je suis seul avec l'autre, je lui dois tout ;
mais il y a le tiers[502]. »

On revient à la question qui tend à faire pencher l'éthique vers la politique : *« Qui passe en premier ? »* L'introduction du tiers, l'apparition *des* autres, risque-t-elle de nous éloigner de l'éthique ?

Pour la démocratie – où le peuple est la présence, la puissance qui l'emporte – pas de hiérarchie entre les personnes. Pas de passe droit. Pas de court-circuit pour les uns et de liste d'attente pour les autres. A chacun son tour. Et pourtant, on imagine mal un système de prise en charge des urgences fondé sur le mode du *premier arrivé premier servi*, quelle que soit la maladie ou le type de blessure. Pour certains patients, le circuit court s'impose sur la file d'attente. La

[501] Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, 1978, rééd. Paris, Librairie Générale Française, « Biblio-Essais », 1990, pp. 197-198.
[502] Emmanuel Levinas, *Ethique et infini. Dialogue avec Philippe Nemo*, *op. cit.*, p. 84.

société des patients s'oppose à la société des citoyens. Dans le monde de la santé, un régime flottant qui est en perpétuelle évolution se substitue à la démocratie fixée par la Constitution. D'un instant à l'autre, n'importe quel citoyen peut se retrouver propulsé au sommet de la pyramide médicale des urgences et devenir la priorité des priorités thérapeutiques. En pratique, on peut être admis avant celui qui était déjà présent, celui qui était là avant, celui qui était déjà en cours d'examen. Le tri médical est un principe méta-démocratique. C'est une hiérarchie fondée sur le degré de vulnérabilité, vulnérabilité que l'on retrouve dans la déclaration de Lisbonne[503].

Le processus en constante mobilité selon les événements à traiter s'oppose au principe de la bureaucratie : « chaque chose en son temps » ou encore « un dossier après l'autre ». Car au sommet de la pyramide médicale de l'urgence, l'« aristocrate » peut former légion. C'est bien le cas en médecine de catastrophe où, on l'a exposé, de nombreux blessés doivent être pris en charge dans le même mouvement pour maintenir intactes les chances de survie de chacun. En régulation médicale, le synoptique énumère régulièrement plusieurs dossiers ouverts avec la polyphonie de leur réponse médicale. Le médecin régulateur est sollicité par chaque assistant de régulation médicale (ARM), dont le dossier qui vient d'être saisi et requalifié demande nécessairement une décision médicale. A tout moment, tout appel peut se dégager de la file d'attente virtuelle et devenir la priorité du médecin, voire de toute la salle de régulation.

Aussi, en médecine d'urgence la majorité ne rime pas quotidiennement avec quantité. Est majoritaire le patient qui nécessite des soins sans délai. Même si le malade ou le blessé grave entre dans un très faible pourcentage de la totalité des « requérants » – terme que l'on préfère à « usagers », trop passe-partout –, il est en majorité ; c'est pour lui, autour de lui que s'organise le système de soins d'urgence.

Les autres patients, les plus nombreux, seront donc minoritaires au sens médical du terme. Et pour ceux-ci, le système peut paraître totalement incompréhensible, inhumain, barbare. La confusion entre le particulier et le singulier écarte patients et médecins. Chaque cas est particulier mais le médecin

[503] Déclaration de Lisbonne, adoptée par la 34e Assemblée Médicale Mondiale (AMM) (Lisbonne, Portugal, 1981) et amendée par la 47e Assemblée générale (Bali, Indonésie, 1995) et révisée par la 171e Session du Conseil (Santiago, Chili, 2005) : Article 5 Le patient légalement incapable, alinéa *c* : *« En cas d'urgence, le médecin agira dans le meilleur intérêt du patient »*.

régulateur ou médecin trieur va opérer une individualisation du cas particulier, une singularisation, qui relève de l'urgence médicale.

Le tri médical en situation de catastrophe, par l'irruption *des* autres, par l'irruption du tiers, va limiter la *responsabilité* médicale dans ce qu'elle a de proprement insupportable, de proprement persécuteur, de proprement inassumable, inassumable par son absoluité et son infinité. Dès qu'une relation tire vers l'absolu, elle se tord en son contraire. L'absolu, *absolutus*, participe passé du verbe *absolvere*, « détacher de », « séparer de », est par l'étymologie *sans relation* ; l'absolu est le contraire de la relation. Le tiers libère l'éthique de l'écrasement que menace son propre poids.

Le tri médical introduit le tiers de façon extrême, mais ce qui vaut pour le tri vaut pour tout exercice médical. Il n'y aura qu'une différence de degré et non de nature. Le tiers limite le temps de consultation, le temps à consacrer à l'autre, un temps qui, sans le tiers, pourrait alors être infini. On a vu chez les médecins généralistes libéraux qu'une disponibilité moindre pour l'acte non-programmé, pouvait s'équilibrer avec une augmentation de présence aux heures de consultations.

Le médecin consulte dans son cabinet, la salle d'attente est remplie ; il reçoit l'appel d'un patient qui lui demande de se rendre incontinent à son chevet. Sa responsabilité est limitée par tous les autres qui pressent derrière la porte en criant *« Et moi ! Et moi ! »* Il conseille naturellement de contacter le 15. Pour chaque patient, on doit *tout donner*, *se donner à fond* comme un sportif en compétition mais la présence réelle ou possible du tiers va nécessairement modérer ce « privilège d'autrui ». De son côté, le médecin régulateur du Centre 15 a conscience qu'il ne peut pas rester des heures au téléphone avec chaque patient ou chaque famille ou proche, car déjà la salle d'attente virtuelle est remplie de tous les autres qui poussent à conclure son acte de régulation.

Le tiers, tout à la fois autre prochain et autre que le prochain, interrompt « le face-à-face de l'accueil de l'autre homme[504] ». Quand le médecin trieur croise l'autre dont le visage hurle *« Sauve-moi ! »*, déjà tous les autres que l'autre l'obsèdent et cette obsession « crie justice, réclame mesure et savoir[505] ». Le tiers ouvre la dimension universelle du face-à-face avec autrui. Il introduit en quelque

[504] Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, *op. cit.*, p. 234.
[505] *Id*., p. 246.

sorte la mesure, la sagesse pratique, la *phronénis* dans l'*hubris*, dans la démesure de la relation à autrui, il introduit le commensurable au sein de l'incommensurable. Le concept du tiers chez Levinas doit être compris comme *Aufhebung*, terme hégélien qui n'a pas son pareil dans la langue française mais que l'on peut approcher par l'identité de la conservation et de la suppression.

> « *Aufheben*, c'est essentiellement supprimer, le résultat de la suppression ou négation n'étant pas un pur néant, mais un néant déterminé par l'*être* nié, donc possédant en lui-même un côté positif ».

On a dit que l'éthique est la deuxième personne. Mais le tiers n'est pas la troisième personne grammaticale. Pour les grammairiens arabes la troisième personne est « celui qui est absent[506] ». La troisième personne « n'est pas une "personne" ; c'est même la forme verbale qui a pour fonction d'exprimer la *non-personne*[507] » car elle ne participe pas à la situation d'énonciation. Le tiers n'est pas un *il* car il renvoie à l'ensemble des autres hommes, à l'ensemble de l'humanité, « l'humanité tout entière, dans les yeux qui me regardent » comme dit Levinas[508].

Le tiers empêche de faire l'impossible pour Autrui, il contraint à partager. Le tiers apporte avec lui pénurie et expédient, Penia et Poros, les deux parents d'Eros, petit fils de Mètis[509]. Le tiers, introduit par le tri médical, donne la chance au politique de s'enraciner profondément dans l'éthique, de ne plus être un « après-coup » de la pluralité des « visages ».

---

[506] Emile Benveniste, « Structure des relation de personne dans le verbe », *in Problème de linguistique générale I*, *op. cit.*, p. 228.
[507] *Id*.
[508] Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*, *op. cit.*, p. 235.
[509] Platon, *Le Banquet*, 203 *b sq*., *in Œuvres complètes I*, *op. cit.*, p. 736.

Conclusion

Reprise

Des médecins en général et des urgentistes en particulier sont persuadés de n'entrer dans l'éthique qu'au moment où se pose à eux la question des moyens pour traiter un nombre important de victimes. Ils pensent que l'on change de catégorie et que l'on passe de la technique à l'éthique. *« Lorsqu'il s'agit de traiter de nombreuses victimes et que l'on ne dispose pas rapidement des moyens nécessaires, ça devient une question éthique ! »* Nous pensons avoir apporté un point de vue différent.

Dans un premier temps, nous avons essayé de retirer du tri la pellicule nauséabonde qui le recouvrait depuis tant de décennies. Trier, au commencement, c'est penser. Toute réflexion résulte d'une pression extérieure infligeant le retour sur soi. La pression impose un dépassement (*Aufhebung*) de sa propre pensée – conversion autant que conservation. Toute pensée se fait philosophie dès lors qu'elle se dépasse, dès lors qu'elle fait le mouvement de dépasser sa propre ignorance. Ce dépassement, dit Aristote, se traduit en étonnement, « étonnement que les choses sont ce qu'elles sont ». « Apercevoir une difficulté et s'étonner, c'est reconnaître sa propre ignorance[510] ». Ainsi donc, comme Pierre Aubenque le formule, la philosophie ne naît pas d'un élan spontané de l'âme mais de la pression même des problèmes :

> « Les choses se manifestent, s'imposent à nous comme contradictoires, comme faisant question ; elles nous poussent, au besoin malgré nous, dans la recherche ; elles n'ont de cesse que notre étonnement se mue en un étonnement contraire : qu'on ait pu un jour s'étonner que les choses soient ce qu'elles sont[511]. »

Puis le tri nous est apparu ensuite comme le moyen par excellence de lutter contre la responsabilité exorbitante qu'impose la rencontre avec autrui. Le tiers libère d'une responsabilité infinie à laquelle la rencontre avec l'autre nous somme de répondre, et ce, d'autant plus que nous sommes des médecins, des soignants,

[510] Aristote, *Métaphysique I*, *op. cit.*, A, 2, 983 *a* et 982 *b*, pp. 10-11 et p 9.
[511] Pierre Aubenque, *Le problème de l'être chez Aristote*, Paris, PUF, 1962, p. 83.

des secouristes, des sauveteurs… Le tri permet de penser l'*énigme* du monde et de supporter l'*intrigue* incarnée par autrui.

Cet autre que l'on observe désormais à travers des prothèses « qui, à la manière d'un périscope, permettent d'individuer quelque chose situé là où notre œil ne nous permet pas de voir[512] ». La distance prise par les spécialités médicales par rapport au patient peut parfois laisser le médecin urgentiste au pied de l'arbre ou au pied de lit dans un état de déréliction.

C'est au pied du platane qu'est née la médecine d'urgence. Sa construction s'est nourrie du regard nouveau porté sur les victimes d'accidents et notamment d'accidents de la route. Elle s'est constituée à partir de l'exportation, sur la chaussée des villes et des campagnes, d'un savoir-faire acquis à l'intérieur des hôpitaux, dans les blocs opératoires notamment mais aussi dans les services de réanimation fraichement établis. La médecine d'urgence a développé dans un second temps une branche sédentaire à la porte des hôpitaux donnant lieu à une restructuration radicale de la permanence des soins (PDS) à la fois hospitalière et ambulatoire. Accusés de construire littéralement un hôpital dans l'hôpital, les responsables de ces structures se limitent en fait à répondre aux attentes de patients en peine d'accès aux consultations spécialisées et aux examens techniques.

Le conflit permanent entre l'univers infini des Urgences et le monde clos des « Etages », pour reprendre une dénomination consacrée, prend racine dans la divergence d'appréhension de la demande de soin – en croissance permanente – et de la réponse apportée. Le temps et l'espace se heurtent sans fusion possible de l'un dans l'autre. L'urgentiste travaille sous la pression du temps pendant que le spécialiste s'exprime dans l'espace. Les conséquences travaillent la vérité médicale. La vérité de dévoilement (*alètheia*) *de* la relation médecin urgentiste-malade doit laisser place à la vérité d'adéquation *pour* une relation médecin urgentiste-spécialiste, spécialiste sommé d'accueillir la personne ayant reçu les premiers soins aux Urgences. Cette personne doit entrer dans un champ nosologique bien défini pour devenir *le* patient du spécialiste, pour devenir *son* patient, l'appropriation garantissant l'engagement.

[512] Umberto Eco, *La production des signes*, *op. cit.*, p. 6.

A son tour, la nosologie se frotte à la critériologie qui, elle seule, garantit au service accueillant la survie financière. On prend dans son service des malades qui apportent un intérêt financier et non plus seulement intellectuel, encore moins par souci éthique. On prend dans son service des malades qui rapportent : hôpital-entreprise et T2A obligent. La raison instrumentale, l'impératif hypothétique, effacent totalement l'impératif catégorique.

On a essayé de comprendre l'essence de la médecine d'urgence qui se présentait comme une médecine d'action tout en mouvement, dont l'essence même pourrait être le mouvement. La confrontation hors des murs de l'hôpital à la mort en direct, la mort en marche, la mort en train de se faire, place la médecine d'urgence hospitalière dans un exercice inédit qui se démarque de toutes les autres spécialités.

Le geste est l'attribut principal de la médecine d'urgence. L'une des spécificités est le partage de certains de ses gestes avec différents acteurs plus ou moins éloignés du monde sanitaire. Mais le geste, même lorsqu'il est réalisé à l'identique par une personne qui n'est pas médecin, comme un secouriste par exemple, ne peut s'élever au rang de l'acte. Au pire ou au mieux, il rejoint un état d'esprit, un état d'âme qui se manifeste « sans but, sans profit, par le seul effet d'une démangeaison intérieure[513] ». Le geste ne se fait acte que par celui qui le réalise.

Toutefois, la médecine d'urgence peut s'exercer sans geste. En la libérant de son principal oripeau, de son principal attribut, on peut mieux toucher sa radicalité, sa médicalité selon l'expression de Viktor von Weitzäcker. La régulation médicale replace le discours, le *logos*, dans l'acte de la médecine d'urgence. A travers le discours du médecin régulateur, autant performatif qu'opératif, l'acte efface totalement le geste. Le substitut du geste s'incarne dans la parole de l'assistant de régulation médical (ARM), personnel ni médical ni paramédical, au champ opérationnel prédéfini, dont l'action peut sembler parfois recouvrir à l'identique celle du médecin régulateur, mais pour qui l'acte reste définitivement inaccessible.

[513] Henri Bergson, *Le rire*, *in Œuvres*, *op. cit.*, p. 455 [109].

Aujourd'hui, la médecine d'urgence attend le sacrement de la spécialité et l'ordination de la qualification dont on pourrait croire qu'ils réduiraient naturellement et raisonnablement son champ d'application.

Ouverture

L'univers médical et sociétal valorisent la sur-spécialisation officialisée en sous-spécialités qui s'ouvrent régulièrement et depuis plusieurs décennies comme des poupées russes à partir des grands segments médicaux originels qu'étaient la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Comment assurer la survie d'une médecine dont l'essence est la polyvalence ? Comment promouvoir une discipline médicale qui, avec son rythme de travail en temps continu, de nuit comme de jour, de week-end comme de semaine, se place parmi les spécialités au mode d'exercice le plus pénible ? Comment la rendre attractif aux générations montantes d'étudiants en médecine sans en passer par la promotion, par la fiction[514] ?

Certains pensent alors à remodeler le métier et officialiser la délégation de certaines tâches à des professions dites subalternes, condensée dans l'expression « transfert de compétence ». Le médecin urgentiste peut alors se recentrer sur l'« urgence vraie » – si difficile à définir *a priori* – et laisser à d'autres ce qui relève du programmable, de la permanence des soins, de la continuité des soins… Force est de constater que la tendance est plutôt inverse.

La délégation de tâche est en réalité soit un transfert de contrainte – dans une forme singulière d'altruisme, on fait faire le travail par un autre – soit un transfert de responsabilité – toujours dans un souci particulier d'altruisme, on fait porter le chapeau à un autre – soit un transfert de compétence c'est-à-dire à la fois transfert de contrainte et transfert de responsabilité, *« faire faire »* et *« faire répondre de »*.

Les autorités administratives sont bien tentées de faire jouer au Centre 15 le rôle de « couteau suisse » de la permanence des soins (PDS) voire de la continuité des soins. Par un glissement de tâche insidieux, si le médecin traitant ne

[514] Le succès de la série TV *Urgence* (Michaël Crichton, NBC, 1994-2009) avait dopé, dans les années 1990, les inscriptions en médecine d'urgence des étudiants nord-américains.

répond pas, si le chirurgien spécialisé est en congé, s'il n'y a pas de rendez-vous possible avec tel spécialiste… alors *« Faites le 15 ! »* Le transfert de contrainte se double nécessairement d'un transfert de responsabilité car la régulation est un acte médical plein et entier dont le médecin urgentiste assume la totale responsabilité. Alors que dans tous les cas les absents ne feront pas d'erreurs puisque pas d'actes, le médecin régulateur du Centre 15 en question se doit d'apporter la réponse la mieux adaptée à la situation. Ne disposant pas à son actif du « couteau suisse » de l'offre de soins, la réponse, qui offre le plus de sécurité, à défaut d'être la mieux adaptée, consiste à orienter les patients vers une structure d'Urgence hospitalière. Mais pour travailler correctement, chacun sait qu'il est préférable d'employer un *seul* outil et d'excellente qualité plutôt que ces ustensiles multifonctions qui ne marchent que dans les mains des démonstrateurs de foire. Quand une opération chirurgicale s'impose, on préfère tous qu'elle soit réalisée par un chirurgien spécialisé et expérimenté.

Le transfert de compétence demande une solide formation à celui à qui échoit la délégation. Et un urgentiste qui se met à pratiquer des interventions chirurgicales est-il encore un urgentiste ? De même, une infirmière à qui l'on demande d'accomplir des gestes réservés aux seuls médecins peut-elle encore être qualifiée d'infirmière ? Un soignant qui réalise des gestes médicaux exerce un autre métier.

Le problème survient lors de la confusion entre geste technique et acte médical, lors de la réduction, par exemple, de l'acte chirurgical à la seule intervention au bloc opératoire. L'avis chirurgical fait bien plus acte que son geste. Un Directeur d'Agence régionale de santé (ARS) qui ne tiendrait pas compte de cette donnée en limitant l'acte chirurgical durant les périodes de garde aux seules interventions au bloc concluerait hardiment au bien fondé d'une réduction d'activité.

Même si le *paramedic* ou l'infirmier pratiquent tous deux, par exemple, des intubations trachéales, ils sont dans le geste technique tandis que l'urgentiste ou l'anesthésiste sont dans l'acte médical. La suture d'une plaie ou d'une laparotomie est, pour l'IDE du bloc opératoire (IBODE) placé(e) sous la *responsabilité* opérationnelle du chirurgien, un geste technique mais pour le chirurgien un acte chirurgical. Et si un geste technique est éthiquement neutre, l'acte médical ne l'est jamais. L'intention détermine toujours l'éthique d'un acte

médical même lorsqu'elle est illisible dans l'action, même lorsqu'elle est recouverte par le geste technique lequel n'est alors pas simplement réalisé *afin de* mais surtout *en raison de*.

Le problème surgit lorsque l'on réduit la médecine à une technique, laquelle peut rapidement s'acquérir pour qui est suffisamment habile. Et la médecine d'urgence se laisse saisir par les profanes comme une accumulation de gestes techniques. Lorsqu'un médecin urgentiste se trouve en situation de travailler aux côtés, par exemple, de *paramedics* Anglais pour qui tout est techniques, procédures, consignes, protocoles, *guidelines*,… autant d'*hypomnemata* qui s'opposent à sa *mnèmè*, il lui arrive de mesurer l'ampleur de l'interdit du non-autorisé, de l'interdit du non-établi. En effet, quand l'événement prend une tournure inattendue – inattendue selon le protocole d'action, la fiche réflexe – le *paramedic* marque un temps d'arrêt, les yeux rivés sur la *check-list*. Lorsque le *dire* s'abime dans le *dit*, la sphère éthique s'effondre sur elle-même. En territoire inconnu, on doit pouvoir, on doit savoir dire *non* à la procédure et savoir dire *non* avec raison. Et seule une parole vive disposant d'une *mnèmè* peut dire non. Sans protection planifiée, le médecin peut et doit encore travailler car la responsabilité est une seconde nature et l'exercice à *découvert*, un mode habituel.

A l'extrême, les tâches peuvent être déléguées à des machines. La machine apporte même une valeur ajoutée, nous l'avons vu dans la première partie avec la planche à masser, à la tâche originellement réalisée par l'homme. Une machine peut exécuter parfaitement et mieux que l'homme la tâche qui lui est confiée, sans « état d'âme » et sans fatigue. Ce qui a été initié avec le pilotage automatique utilisé dans l'aviation, peut être transposé à terme dans la médecine y compris la chirurgie. La cybernétique, dont on a vu que la racine grecque renvoyait au verbe gouverner, théorie de la communication et de l'information fondée sur le principe de la « rétroaction », du *feedback*, offre à la machine une capacité de réaction et d'adaptation à l'environnement qui permet de *reproduire* les processus humains. La machine verra dans la maladie de l'homme une *panne* et offrira très logiquement un processus de *réparation* ou *consolidation* – comme pour le certificat final de certains accidents de travail[515] – et non de soins, encore moins de guérison.

[515] On parle de « certificat médical final de consolidation » lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et

La techno-science, non pas créatrice comme l'omniscience divine, mais réparatrice, fabricatrice, transformatrice,… inquiète parce que : *« ça marche ! »*, et *ça* pourrait très bien fonctionner *sans nous*. Mais dès lors qu'une machine apporte seule les soins, ne sommes-nous pas entrés dans le territoire de l'extra-médicalité d'où toute éthique médicale ne peut être qu'évacuée ? Peut-il y avoir une éthique médicale avec une médecine sans médecin ?

avec des séquelles entrainant une incapacité permanente, se distinguant ainsi du « certificat médical final de guérison ».

Glossaire des sigles et acronymes

AAF : association des anesthésiologistes de France.
AFCPSAM : attestation de formation complémentaire aux premiers secours avec matériel.
AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
AFPS : attestation de formation aux premiers secours.
AFUDSA : attestation de formation à l'utilisation du défibrillateur semi-automatique.
APHP : assistance publique – hôpitaux de Paris.
ARM : assistant(e) de régulation médicale.
ARS : agence régionale de santé.
ARTT : aménagement de la récupération du temps de travail.
AVC : accident vasculaire cérébral.
BNPS : brevet national de premiers secours.
BNS : brevet national de secourisme.
CA : conseil d'administration.
CES : certificat d'études spéciales.
CESE : conseil économique, social et environnemental.
CESU : centre d'enseignement des soins d'urgence.
CFAPSE : certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe.
CHRU : centre hospitalier régional et universitaire.
CHU : centre hospitalo-universitaire.
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales.
CLUD : comité de lutte contre la douleur.
CME : commission médicale d'établissement.
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie.
CNOM : conseil national de l'ordre des médecins.
CNPH : concours national de praticien hospitalier.
CO : monoxyde de carbone.
CODIR : comité de direction.
COPIL : comité de pilotage.
COS : commandant des opérations de secours.
CRF : Croix-Rouge française.
CRRA : centre de réception et de régulation des appels (alias Centre 15).
CS : conseil de surveillance.
CT-scanner : *computed tomography scanner*.
CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique.
DAE : défibrillateur automatique externe.
DEA : défibrillateur entièrement automatique.
DMS : durée moyenne de séjour.
DOS : directeur des opérations de secours.
DPI : diagnostic préimplantatoire.
DPN : diagnostic prénatal.
DSA : défibrillateur semi-automatique.
DSM : directeur des secours médicaux.
DZ : *drop zone*.
EBM : *evidence-based medicine*.
ECG : électrocardiogramme.

EEG : électroencéphalogramme.
EHBL : établissement hospitalier à but lucratif.
EMS : *emergency medical services*.
EPIC : établissement public d'intérêt collectif *ex* établissement PSPH.
EPS : établissement public de santé.
EU : extrêmes urgences.
EVA : échelle visuelle analgésique.
FIV : fécondation *in vitro*.
GHM : groupe homogène de maladies.
GHS : groupe homogène de soins.
GIC : grand invalide civil.
GIG : grand invalide de guerre.
HPST : hôpital patient santé territoire.
IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état.
IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état.
IDM : infarctus du myocarde.
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale.
IOA : infirmière organisatrice de l'accueil.
IRMN : imagerie par résonnance magnétique nucléaire.
MASH : mise en alerte des services hospitaliers.
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.
MF : médecine formalisée
MI : Médecine intuitive.
MIG : missions d'intérêt général.
MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.
MMF : métamédecine formalisée.
MOFS : *multi-organ failure syndrome* (syndrome de défaillance multiviscérale).
MRT : méthode de raisonnement tactique.
NRBC : nucléaire, radiologique, biologique, chimique.
ONDAM : objectif national des dépenses de l'assurance maladie.
ONG : organisation non gouvernementale.
OPJ : officier de police judiciaire.
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soin.
ORSEC : organisation de la réponse de sécurité civile.
PDS : permanence des soins.
PDSH : permanence des soins hospitalière.
PH : praticien hospitalier.
PMA : poste médical avancé.
PPCD : plus petit commun dénominateur.
PPI : plan particulier d'intervention.
PSC : premiers secours civiques.
PSE : premiers secours en équipe.
PSPH : participant au service public hospitalier.
PSS : plan de secours spécialisé.
PTSD : *post-traumatic stress disorder* (Trouble de stress post-traumatique).
RCP : Réanimation cardio-pulmonaire et réunion de concertation pluridisciplinaire.
SAMU : service/structure d'aide médicale urgent *ex* service d'assistance médical urgent.
SAUV : salle d'accueil des urgences vitales.

SCA : syndrome coronaire aigu.
SDF : sans domicile fixe.
SDIS : service départemental d'incendie et de secours.
SEAA : société d'étude sur l'anesthésie et l'analgésie.
SERC : service d'études et de recherches sur la circulation.
SETRA : service d'études sur les transports, les routes et leur aménagement.
SFAAR : société française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation.
SFAR : société d'anesthésie et de réanimation.
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquis.
SMUR : service/structure mobile d'urgence et ranimation *ex* service médical d'urgences routières.
SRLF : société de réanimation de langue française.
STEMI : *ST segment elevation myocardial infarction* (syndrome coronaire aigu avec élévation ou sus-décalage du segment électrocardiographique ST).
T2A : tarification à l'activité.
TCC : thérapies cognitives et comportementales.
TIU : transfert *in utero*.
TRC : théorie du choix rationnel.
UA : urgences absolues.
UR : urgences relatives.
VA : ventilation assistée
VPN : valeur prédictive négative.
VPP : valeur prédictive positive.
VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes.

Bibliographie

Alonso, Jordi, Angermeyer, Matthias C., Bernert, Sebastian & *al.*, « Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders – ESEMeD – project », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2004, 109 [Suppl. 420].

Anders, Günther, *Hiroshima est partout*, Paris, Seuil, 2008.

Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Trad. Georges Fradier, Paris, Calmann-Lévy, 1961 et 1983, rééd. Pocket « Agora », 1994.
– *La crise de la culture*, Trad. Patrick Levy, Paris, Gallimard, 1972, Folio « Essais », 1989.
– *Eichmann à Jérusalem*, trad. Martine Leibovici, Paris, Gallimard, coll. « Quarto », 2002.

Aristote, *De l'âme*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1995.
– *Ethique à Nicomaque*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1997.
– *Métaphysique*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1991.
– *Physique*, trad. A. Stevens, Paris, Vrin, 1999.

Asimov, Isaac, *Le Grand Livre des Robots 1. Prélude à Trantor*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1990.
– *Le Grand Livre des Robots 2. La gloire de Trantor*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1991.
– *Le cycle de Fondation 2. Vers un nouvel Empire*, Paris, Presses de la Cité, coll. « Omnibus », 1999.

Atlan, Henri, *L'utérus artificiel*, Paris, Seuil, 2005.

Aubenque, Pierre, *La question de l'être chez Aristote*, Paris, PUF, 1962.
– *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, 1963, rééd. coll. « Quadrige », 1997.
– « La prudence chez Kant », *Revue de Métaphysique et Morale*, Paris, Armand Colin, 1975, n° 2.

Austin, John L., *Quand dire c'est faire*, trad. Gilles Lane, Paris, Seuil, 1970, rééd. « Points Essais ».

Bacon, Francis, *Novum Organum*, trad. Michel Malherbe et Jean-Marie Pousseur, Paris, PUF, 2010.

Baker, Monya, « In biomarkers we trust? », *Nature Biotechnology*, 2005, 23.

Ballard, James G., *Crash*, trad. Robert Louit, Paris, Calmann-Lévy, coll « Dimensions », 1973.

Balzac, Honoré de, *La maison Nucingen*, Paris, Gallimard, 1989, coll. Folio.
– *La peau de chagrin*, Paris, Pocket, 1998.

Barbusse, Henri, *Le Feu*, Paris, Flammarion, 1965, rééd. Librairie Générale Française.

Beccaria, Cesare, *Traité des délits et des peines*, 1764, nouvelle trad. fr., Paris, Cujas, 1966.

Beck, Claude S., Pritchard, Walter H., Feil, Harold S., « Ventricular fibrillation of long duration abolished by electric shock », *Journal of American Medicine Association*, 1947, 135.

Beckett, Samuel, *En attendant Godot*, Paris, Minuit, 1973.

Bentham, Jeremy, *Déontologie ou la science de la morale*, trad. Benjamin Laroche, Paris, Encre marine, 2006.

Benveniste, Emile, *Problème de linguistique générale, I*, Paris, Gallimard, 1966, rééd. Coll. « Tel », 1976.

Bergson, Henri, *Œuvres*, Paris, PUF, Éd. du centenaire, 1959.
– *Durée et simultanéité. A propos de la théorie d'Einstein*, Paris, PUF,

Bernard, Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion, coll. « Champs », 1984.
– *Principe de médecine expérimentale*, Paris, PUF, 1947, rééd. Coll. « Quadrige », 1987.
– *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, Vrin, 1966.

Bledsoe, Bryan E., « The Golden Hour: fact or fiction? », *Journal of Emergency Medicine Services*, 2002, 31(6).

Blondiaux, Isabelle, *Céline. Portrait de l'artiste en psychiatre*, Paris, Société d'études céliniennes, 2005.
– *Pour une éthique de la parole en psychiatrie*, Thèse de doctorat en philosophie, 2007.
– *Psychiatrie contre psychanalyse ? Débats et scandales autour de la psychothérapie*, Paris, Le Félin, 2009.

Bologne, Jean-Claude, *Histoire de la pudeur*, Paris, Olivier Orban, 1986 et Hachette, coll. « Pluriel ».

Bord, Lucien-Jean, *Dictionnaire Sherlock Holmes*, Paris, Le cherche midi, coll. « Néo », 2008.

Boucher, Nadia du, *Manuel d'Anesthésie*, Paris, Flammarion, 1946.

Boulgakov, Mikhaïl, *Journal d'un jeune médecin*, trad. Paul Lequesne, Lausanne, L'Age d'Homme, 1994.

Bourgeois, Bernard, *Le vocabulaire de Hegel*, Paris, Fs, 2000.

Bradbury, Ray, *Les pommes d'or du soleil*, trad. Richard Negrou, Paris, Denoël, coll. « Présence du futur », 1956.

Brown, Fredric, *Une étoile m'a dit*, trad. Jacques Papy, Paris, Denoël, coll. « Présence du Futur », 1954, rééd. Folio-SF, 2000.

Brun, Jean, *Aristote et le Lycée*, PUF, Paris, coll. « Que sais-je ? », 1961.

Burgess, Anthony, *Le docteur est malade*, trad. Jean-Luc Beaudiment-Piningre, Paris, Le cherche midi, coll. « Ailleurs », 2001.

Burlet, Michel, *Entretiens avec Louis Lareng. Batailles pour le SAMU*, Toulouse, Milan, 1995.

Cahen, Léon, *Condorcet et la révolution française*, Paris, Alcan, 1904.

Canguilhem, Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 1994.
– *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, rééd. Coll. « Quadrige », 1996.

Céline, Louis-Ferdinand, *Voyage au bout de la nuit*, *in Romans I*, Paris, Gallimard, 1981, coll. « Bibl. de la Pléiade ».

Chalmers, Alan F., *Qu'est-ce que la science ? Popper, Khun, Lakatos, Feyerabend*, trad. Michel Biezunski, Paris, La Découverte, 1987, rééd. Le Livre de Poche Biblio Essais, 1995.

Christie, Agatha, *L'intégrale I, Les Beresford*, Paris, Le Masque, 2007.

Clarke, Arthur C., *2001 : l'odyssée de l'espace*, trad. Michel Demuth, Paris, Laffont, 1968.

Commission d'éthique de Société de réanimation de langue française, « Position de la SRLF concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœurs arrêté », *Réanimation* 2007, 16.

Comte, Auguste, *Cours de Philosophie positive I*, Paris, Hermann, 1975.

Corbin, Alain, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social aux XVIII^e^ et XIX^e^ siècles*, Paris, Aubier-Montaigne, 1986, rééd. Flammarion, coll. « Champs ».

Cresson, André, *Kant*, Paris, PUF, coll. « Philosophes », 1941.

Crocq, Louis, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Cummins, Richard O., Ornato, Joseph P., Thies, William H. & *al.*, « Improving survival from sudden death cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support

Subcommittee and the Emergency Cardiac care Committee, American Heart Association », *Circulation*, 1991, 83(5).

Dallemagne, Marcel J., *Les aspects actuels de l'anesthésiologie*, Paris, Masson, 1948.

Damasio, Antonio, *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, trad. Marcel Blanc, Paris, Odile Jacob, 1995.

Dastur, Françoise, *Heidegger et la question du temps*, Paris, PUF, coll. « Philosophie », 1990.

Derrida, Jacques, *La Dissémination*, Paris, Seuil, 1972, rééd. Points « Essais ».

Deleuze, Gilles, *L'image-mouvement*, Paris, Minuit, 1983.
– *Le bergsonisme*, PUF, 1966, rééd. Coll. « Quadrige », 1998.
– *Le pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Minuit, 1988.
– *Logique du sens*, Paris, Minuit, coll. « Critique », 1966.

Delvoye, Wim, *Scatalogue*, Lyon, Musée d'Art Contemporain, 2001

Descartes, René, *Œuvres et Lettres*, Paris, Gallimard, 1953, coll. « Bibl. de la Pléiade », 1999.

Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La* mètis *des Grecs*, Paris, Flammarion, 1974, rééd. Coll. « Champs essais », 2009.

Dick, Philip K., *Ubik*, 1966, trad. Alain Dorémieux, Paris, Laffont, coll. « Ailleurs et Demain », 1970.
– *Nouvelles 1953-1963*, trad. Hélène Collon, Paris, Denoël, coll. « Présences », 1997.

Diderot, Denis, *Paradoxe sur le comédien*, Paris, Gallimard et Librairie Générale Française, 1996.

Dorémieux, Alain, (dir.), *Les mondes macabres de Richard Matheson*, Paris, Casterman, 1974.

Dostoïevski, Fiodor, *Les frères Karamazov*, trad. Henri Mongault, Paris, Gallimard, 1952, coll. « Bibl. de la Pléiade ».

Doyle, Arthur Conan, *Les aventures de Sherlock Holmes I*, trad. Eric Wittersheim, Paris, Omnibus, 2005.

Dubois, Christian, *Heidegger. Introduction à une lecture*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », série « Philosophie », 2000.

Dumas, Alexandre et Sartre, Jean-Paul, *Kean*, Paris, Gallimard, 1954.

Dupuy, Jean-Pierre, *Pour un catastrophisme éclairé. Quand l'impossible devient certain*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 2002.

Eco, Umberto, *La production des signes*, Librairie Générale Française, 1992.

Eisenberg, Mickey S., Cummins, Richard O., Damon, Susan & *al.*, « Survival rates from out of hospital cardiac arrest: Recommendations for uniform definitions and data to repart », *Annals of Emergency Medicine*, 1990, 19.

Eisenberg, Mickey S., Horwood, Bruce T., Cummins Richard O. & *al*., « Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities », *Annals of Emergency Medicine*, 1990, 19.

Epicure, *Lettres*, prés. et com. Jean Salem, Paris, Fernand Nathan, 1982.

Engelhardt Jr., Tristam H., *The Foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996.

Engström, Carl-G, « Treatment of Severe Cases of Paralysis by the Engström Universal Respirator », *British Medical Journal*, 1954, 2

Eschbach, Andreas, *Le dernier de son espèce*, trad. Joséphine Bernhardt et Claire Duval, Nantes, L'Atalante, coll. « La Dentelle du cygne », 2006.

Evidence-Based Medicine Working Group, « Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine », *Journal of American Medicine Association*, 1992, 268(17).

Ewald, François, Gollier, Christian, de Sadeleer, Nicolas, *Le principe de précaution*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2001.

Flaubert, Gustave, *Madame Bovary*, Paris, Pocket, 1998.

Fleming, Ian, *Vivre et laisser mourir*, trad. Pierre Pevel, Montreuil, Bragelonne, 2007.

Folscheid, Dominique, *DESS d'éthique médicale et hospitalière*, Cours de 1ère année, Université de Marne-la-Vallée, 2000-2001.

Folscheid, Dominique, Feuillet-Le Mintier, Brigitte, Mattéi, Jean-François (dir.), *Philosophie*, *éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, coll. « Thémis », 1997.

Foot, Philippa R., « The problem of abortion and the doctrine of double effect », *Oxford Review*, 1967, 5.

Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, rééd. coll. « Quadrige ».

Freud, Sigmund, *Essais de psychanalyse*, trad. André Bourguignon, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1981.

– *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*, trad. Serge Jankélévitch, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1965.
– *Malaise dans la civilisation*, trad. Pierre Cotet, René Lainé et Johanna Stute-Cadiot, PUF, Paris, 1995, coll. « Quadrige », 2002.

Frija, Jacques, *Radiographie de Thorax*, Masson, Paris, 1994.

Goffman, Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (1963), trad. Alain Kihm, Paris, éd. de Minuit, coll. « Le Sens commun », 1975.

Gould, Stephen Jay, « The medium isn't the message », *Discovery*, 1985, 4.

Green, Larry A., Fryer, George E. Jr., Yawn, Barbara P. & *al.*, « The ecology of medical care revisited », *New England Journal of Medicine*, 2001, 344.

Guyau, Jean-Marie, *Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction*, Paris, Arthème Fayard, 1985.

Hamburger, Jean, « La révolution thérapeutique », *Le Monde*, 16 avril 1992.

Harrison, Harry, *Soleil vert*, trad. Emmanuel de Morati, Paris, Presses de la Cité, coll. « Futurama », 1974.

Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, trad. André Préau, Paris, Gallimard, 1958, rééd. coll. « Tel ».
– *Questions III et IV*, trad. André Préau, Paris, Gallimard, 1966, coll. « tel », 2000.

Heller, Joseph, *Catch 22*, 1961, trad. Brice Matthieussent, Paris, Grasset et Fasquelle, 1985, coll. « Les cahiers rouges ».

Henry, Michel, *La barbarie*, Paris, Grasset & Fasquelle, 1983.
– *Incarnation. Une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.

Hofstadter, Douglas D., *Gödel, Escher, Bach : les brins d'une guirlande éternelle*, trad. Jacqueline French et Robert French, Paris, InterÉdition/Masson, 1985.

Homère, *Odyssée*, http://remacle.org/bloodwolf/poetes/homere/odyssee/.

Houellebecq, Michel, *La carte et le territoire*, Paris, Flammarion, 2010.

Hugo, Victor, *Les Misérables*, Librairie Générale Française, 1963.

Hume, David, *Traité de la nature humaine I*, trad. Philippe Baranger et Philippe Saltel, Paris, Garnier-Flammarion, 1995.
– *Enquête sur l'entendement humain*, trad. André Leroy, Paris, Garnier-Flammarion, 1983.

Huxley, Aldous, *Le meilleur des mondes*, trad. Jules Castier, Paris, Plon, 1953, rééd. Le Livre de poche, 1961.

Ibsen, Henrik, *Maison de poupée*, texte fr. Terje Sinding, Paris, Théâtre de la Madeleine, 2010.

Idel, Moshe, « A la recherche de la langue originelle : le témoignage du nourrisson », *Revue de l'histoire des religions,* tome 213 n°4, 1996.

Ioakimidis, Dmitri, Goimard, Jacques et Klein, Gérard (dir.), *Histoires de demain*, Paris, Librairie Générale Française, 1974.

Jacob, François, *La logique du vivant*, Paris, Gallimard, 1970, coll. « Tel ».

Jankélévitch, Wladimir, *Traité des vertus*, Paris, Bordas, 1949.

Jauhar, Sandeep, « Many Doctors, Many Tests, No Rhyme or Reason », *The New York Times*, March 11, 2008.

Jonas, Hans, *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad. Jean Greisch, Paris, Cerf, coll. « Passages », 1990.

Kant, Emmanuel, *Œuvres philosophiques I*, éd. publiée sous la dir. de Ferdinand Alquié, Paris, Gallimard, 1980, coll. « Bibl. de la Pléiade ».
– *Œuvres philosophiques II*, éd. publiée sous la dir. de Ferdinand Alquié, Paris, Gallimard, 1985, coll. « Bibl. de la Pléiade ».
– *Leçons de métaphysique*, trad. Monique Castillo, Paris, Librairie Générale Française, 1993.

Kern, Ernest R., *L'anesthésie intraveineuse au Pentothal-sodium*, Paris, Masson, 1947.
– *Le curare en anesthésie*, Paris, Masson, 1951.
– *Mes quatre vies*, Paris, Arnette, 1971.

Keyes, Daniel, *Des fleurs pour Algernon*, trad. Georges H. Gallet, Paris, J'ai Lu, 1972.
– *Algernon, Charlie et moi. Trajectoire d'un écrivain*, trad. Henry-Luc Planchat, Paris, J'ai Lu, coll. « Nouveaux millénaires », 2011.

Khazine, Franklin, « Couloir de la mort », *Le Monde*, 25 mai 2005.

Kierkegaard, Søren, *Le concept de l'angoisse*, trad. Knud Ferlov et Jean-Jacques Gateau, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1991.

Kundera, Milan, *L'immortalité*, Paris, Gallimard, 1993, rééd. Folio.

Labiche, Eugène, *Le voyage de monsieur Perrichon*, IV, 8, Paris, Librairie Générale Française, 1987.

Laborit, Henri, *L'anesthésie facilité par les synergies médicamenteuses*, Paris, Masson & Cie, 1951.

Laborit, Henri et Huguenard, Pierre, *Pratique de l'hibernothérapie en chirurgie et en médecine*, Paris, Masson & Cie, 1954.

La Mettrie, Offray de, *L'homme-machine*, Paris, éd. Denoël/Gonthier, 1981, rééd. Folio.

Léonetti, Jean, *Vivre ou laisser mourir. Respecter la vie, accepter la mort*, Paris, Michalon, 2005.

Lerner, E. Brooke, Moscati, Ronald M., « The Golden Hour: scientific fact or medical "urban legend" ». *Academic Emergency Medicine* 2001, 8(7).

Levinas, Emmanuel, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, 1978, rééd. Paris, Le Livre de poche, « Biblio-Essais », 2001.
– *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, Paris, Vrin, 2001.
– *Ethique et infini. Dialogue avec Philippe Nemo*, Paris, Arthème Fayard, 1982, rééd. Paris, Le Livre de poche, 2000.
– *Totalité et infini*, Martinus Nijhoff, 1971, rééd. Paris, Le Livre de poche, « Biblio-Essais », 1990.

Liebow, Ely M., *L'homme qui était Sherlock Holmes. Une biographie de Joseph Bell*, Trad. Dominique Goy-Blanquet, Paris, éd. Baker Street, 2009.

Locke, John, *Essai sur l'entendement humain*, trad. Jean-Michel Vienne, Paris, Vrin, 2001.

Luminet, Jean-Pierre, *L'Univers chiffonné*, Paris, Fayard, coll. « Le temps des sciences », 2001.

McLuhan, Marshall, *Les prolongements technologiques de l'homme*, 1964, Bibliothèque Québécoise, Sciences Humaines, 1993.

Mann, Thomas, *La Montagne magique*, Trad. Maurice Betz, Paris, Arthème Fayard & Cie, 1931, Librairie Générale Française.

Marchioni, Jean, *Place à Monsieur Larrey, chirurgien de la garde impériale*, Arles, Actes Sud, 2003.

Martin du Gard, Roger, *Les Thibault*, Paris, Gallimard, 1955, Librairie Générale Française.

Mattéi, Jean-François, et Rosenfield, Denis, *Civilisation et barbarie. Réflexion sur le terrorisme contemporain*, Paris, PUF, 2002.

Molière, *Le Médecin volant*, Pocket, coll. « Classique », 2000.

Montaigne, *Œuvres complètes*, Gallimard, 1962, coll. « Bibl. de la Pléiade ».

Nader, Ralph, *Ces voitures qui tuent*, trad. A. M. Suppo et A de Pérignon, Paris, Flammarion, 1966.

Nagel, Thomas, *Questions mortelles*, trad. Pascal Engel et Claudine Engel-Tiercelin, Paris, PUF, 1983.

Ogien, Ruwen, *Le rasoir de Kant et autres essais de philosophie pratique*, Paris-Tel Aviv, éd. de l'éclat, 2003.

Orwell, Georges, *La ferme des animaux*, trad. Jean Quéval, Paris, Gallimard, rééd. coll. « Folio », 1983.

Pascal, Blaise, *Pensées*, 162-413, Texte établi par Léon Brunschvicg, Paris, Flammarion, coll. « G-F », 1976.

Peirce, Charles Sanders, *Écrits sur le signe*, Trad. Gérard Deledalle, Paris, Seuil, coll. « L'ordre philosophique », 1978.

Pellegrin, Pierre, *Dictionnaire Aristote*, Paris, Ellipses, 2007.

Peneff, Jean, *L'hôpital en urgence Etude par observation participante*, Paris, éd. A. M. Métailié, 1992.
– *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Seuil, 2005.

Perry, Anne, *Mort d'un étranger*, trad. Eric Moreau, éd. 10/18, 2004.

Philosophie, Coll. « Mention », Groupe Eyrolles, 2007.

Pic de la Mirandole, Jean, *De la dignité de l'homme*, Nîmes, L'éclat, 2002.

Pichot, André, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, coll. « Tel ».

Piouffre, Gérard, *Le « Titanic » ne répond plus*, Paris, Larousse, 2009

Platon, *Œuvres complètes I*, trad. Léon Robin, Paris, Gallimard, 1950, coll. « Bibl. de la Pléiade ».
– *Œuvres complètes II*, trad. Léon Robin, Paris, Gallimard, 1950, coll. « Bibl. de la Pléiade ».

Pohl, Frederic, *Homme-plus*, 1976, trad. Philippe Hupp, Paris, Calmann-Lévy, coll. « Dimensions », 1977.

Popper, Karl R., *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Trad. Michelle-Irène et Marc B. de Launay, Paris, Payot, 1985.

Les Présocratiques, Éd. Jean-Paul Dumont, Paris, Gallimard, 1988, coll. « Bibl. de la Pléiade ».

Proudhon, Pierre-Joseph, *Qu'est-ce que la propriété ? ou recherche sur le principe du droit et du gouvernement*, Paris, Flammarion, coll. « G-F », 1966.

Pruvot, François-René, « Attention à la notion de “droit à mourir” », *la Voix du Nord*, 25 août 2011.

Quatre pas dans l’étrange, Paris, Hachette, coll. « Le rayon Fantastique », 1961.

Rawls, John, *Théorie de la justice*, trad. Catherine Audard, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 1987.

Reichlin, Tobias, Hochholzer, Willibald, Bassetti, Stefano & *al.*, « Early diagnosis of myocardial infarction with sensitiv cardiac troponin assays », *New England Journal of Medicine*, 2009, 361.

Rey, Alain, (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998.

Ricœur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, rééd. Points « Essais », 1996.

Romeyer Dherbey, Gilbert « La prudence d’Aristote », *Comités d'éthique et phronèsis*, Paris, Académie des sciences morales et politique, 19 octobre 2007.

Roszak, Theodore, *La conspiration des ténèbres*, trad. Edith Ochs, Paris, Le Cherche Midi, 2004.

Rotondo, Michael F., Schwab, C. William, McGonigal Michael D. *& al.*, « Damage control: an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury », *The Journal of Trauma*, 1993, 35.

Roy, Claude, *Permis de séjour. 1977-1982*, Paris, Gallimard, 1983, rééd. Folio, 1997.

Russell, Bertrand, *Problèmes de philosophie*, trad. S. M. Guillemin, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 1968.

Sadoul, Jacques, *Histoire de la science-fiction moderne (1911-1975) I. Domaine anglo-saxon*, Paris, Albin Michel, 1973, rééd. J’ai Lu, 1975.

Salem, Jean, *L’Atomisme antique. Démocrite, Epicure, Lucrèce*, Paris, Librairie Générale Française, 1997.

Sartre, Jean-Paul, *L’existentialisme est un humanisme*, Paris, Gallimard, 1996, coll. « Folio essai ».
– *Le diable et le bon Dieu*, Paris, Gallimard, 1951, rééd. Folio.

Sawyer, Robert J., *Flashforward*, trad. Thierry Arson, Montreuil, Milady, 2010.

Searle, John, *Les actes de langage. Essai de philosophie du langage*, trad. Oswald Ducrot, Paris, Hermann, 1972.

Self Will, *Ainsi vivent les morts*, trad. Francis Kerline, Paris, L'Olivier/Seuil, 2001.
– *Dorian*, trad. Francis Kerline, Paris, L'Olivier/Seuil, 2004.

Shelley, Mary W., *Frankenstein*, trad. Germain d'Hangest, Paris, Garnier-Flammarion, 1979.

Shryock, Richard H., *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*, trad. Raissa Tarr, Paris, Armand Colin, 1956.

Silverberg, Robert, *Tower of Glass*, Charles Scribner's Sons, New York, 1970.
– *La tour de verre*, trad. Simone Hilling, Paris, Opta, coll. « anti-monde », 1972.

Simenon, Georges, *Tout Simenon 10*, Paris, Omnibus, 2001.

Singer, Peter, *Questions d'éthique pratique*, trad. Max Marcuzzi, Paris, Bayard, 1997.

Steg, Adolphe, « La restructuration des urgences : un impératif de sécurité », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1994, 178(8)

Stein, Paul B., Terrin, Michael L., Hales, Charles A., « Clinical, laboratory, roentgenographic, and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary disease », *Chest*, 1991, 100.

Steinbock, Bonnie and Norcross, Alastair (eds.), *Killing and Letting Die*, 2nd ed. New York: Fordham University Press, 1994.

Stevenson, Robert Louis, *Le cas étrange du Dr Jekyll et de M. Hyde*, trad. Théo Varlet, Librio, 1996.

Les Stoïciens, Éd. Pierre-Maxime Schuhl, Paris, Gallimard, 1962, coll. « Bibl. de la Pléiade », 1999.

Stone, H. Harlan, Strom, Priscilla R., Mullins, Richard J., « Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy », *Annals of Surgery*, 1983, 197.

Styron, William, *Le choix de Sophie*, trad. Maurice Rambaud, Paris, Gallimard, 1981, rééd. Folio, 1995.

Süskind, Patrick, *Le Parfum*, trad. B. Lortholary, Paris, Fayard, 1986, rééd. Librairie Générale Française, 1988.

Tenon, Jacques René, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Bibliothèque nationale de France, Gallica bibliothèque numérique, http://gallica.bnf.fr/ark:/bpt6k567231.

Testart, Jacques, *Des hommes probables*, Paris, Seuil, 1999.

Thompson, Judith Jarvis, « A defense of Abortion », *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 1, n° 1, 1971.

Tocqueville, Alexis de, *De la démocratie en Amérique II*, Paris, Laffont, coll. « Bouquin ».

Tournier, Michel, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Paris, Gallimard, rééd. Folio, 1996.

Tregenza, Michaël, *Aktion T4. Le secret d'Etat des nazis : l'extermination des handicapés physiques et mentaux*, trad. Claire Darmon, France, Calmann-Lévy, 2011.

Varaut, Jean-Marc, *Le procès de Nuremberg*, Paris, Perrin, 1992.

Verne, Jules, *Le rayon vert*, Paris, Librairie Générale Française, 1968.
– *Le Tour du Monde en quatre-vingts jours*, Paris, Pocket « Classiques », 1998.
– *L'île mystérieuse*, Paris, Librairie Générale Française, 1992.

Villiers de l'Isle-Adam, *L'Ève future*, Paris, Gallimard, rééd. Folio, 1993.

Wilde, Oscar, *Le portrait de Dorian Gray*, trad. Edmond Jaloux et Félix Frapereau, Partis, Stock, rééd. Librairie Générale Française, 1975.

Williams, Tennessee, *Soudain l'été dernier*, trad. Jacques Guicharnaud et Michel Arnaud, Paris, Laffont, 1962, rééd. 10/18, 1995.

White, Kerr L., Williams, T. Franklin, Greenberg, Bernard G., « The ecology of medical care », *New England Journal of Medicine*, 1961, 265.

Worms, Frédéric, *Le vocabulaire de Bergson*, Paris, Ellipses, 2000.

Woywodt, Alexander, Matteson, Eric L., « Wegener's granulomatis–probing to untold past of the man behind the eponym », *Rheumatology*, 2006, 45.

Yourcenar, Marguerite, *L'Œuvre au noir*, Paris, Gallimard, 1968, rééd. Folio, 1991.

Filmographie

Braga, Brannon, Goyer, David S., *FlashForward*, ABC, 2009-2010.

Crichton, Michael, *Urgence*, NBC, 1994-2009.

Cronenberg, David (réal. et prod.), *Crash*, 1996.

DeMille C. B., *The Greatest Show On Earth*, Paramount Pictures, 1952.

Fleischer, David, *Soleil vert*, MGM, 1973.

Ford, John, *L'homme qui tua Liberty Valance*, Paramount Pictures, 1962

Kubrick, Stanley (réal. et prod.), *2001, l'Odyssée de l'espace*, 1969.

Manckiewicz, Joseph L., *Soudain l'été dernier*, Sam Spiegel, 1959.

Pakula, Alan J., *Le choix de Sophie*, Keith Barish, William C. Gerrity, Alan J. Pakula et Martin Starger, 1982

Resnais, Alain, *Mon oncle d'Amérique*, Les Films Galatée, Gaumont, Andréa Films, TF1, 1980.

Rohmer, Eric, *Le rayon vert*, Les Films du Losange, 1986.

Shore, David, *Dr House*, Fox, 2004-2011.

Spielberg, Steven, *Minority Report*, Fox, 2002.

Index

A

Acte, 12, 23, 32, 37, 39, 45-47, 51-55, 57-61, 63, 68, 73, 75, 76, 92, 93, 99, 101, 106, 111, 146, 150, 160, 169, 172, 207, 217, 222, 225, 229, 231, 241, 245, 247

Alètheia, 151, 244

ALCAN, 110

ALONSO, 181, 253

Analyse, 27, 42, 148, 158, 165, 171, 186, 187, 191, 192, 193

Anamnèse, 91, 92, 132, 172

ANDERS, 220, 253

ANDERSEN, 161

ANDRONICOS DE RHODES, 40

Anesthésie, 65, 74, 75, 76, 160, 178, 252, 259

Anesthésiste, 14, 75, 76, 99, 160, 247, 251

Anticipation, 198, 219

ARENDT, 52, 120, 213, 219, 253

ARISTOTE, 37, 39, 40, 42, 58, 102, 108, 109, 136, 137, 155, 156, 189, 190, 221, 226-232, 243, 253, 255, 261, 262

Arithmétique, 193, 211

ARNAUD, 80

Arrêt cardiaque, 14, 15, 17, 23, 24, 26, 32, 45, 47, 177, 202

ASIMOV, 29, 30, 253

ATHENA, 35, 36

ATLAN, 174

AUBENQUE, 108, 195, 221, 231, 243, 253

Aufhebung, 242, 243

AUSTIN, 56, 57, 60, 131, 253

Autrui, 11, 234, 235, 238, 241, 243

B

BABINSKI, 83, 84, 139

BACON, 28, 137, 140, 233, 253

BALLARD, 63, 253

BALZAC, 70, 101, 136, 253

BARBUSSE, 73, 254

BAUMANN, 74

BECCARIA, 209, 254

BECK, 27, 254

BECKETT, 97, 254

BECLERE, 163, 173

BELL, 146, 260

BENTHAM, 123, 209, 210, 215, 254

BENVENISTE, 44, 56, 190, 242, 254

BERGSON, 41, 42, 68, 91, 98, 102, 108, 110, 111, 112, 150, 192, 224, 245, 254, 264

BERNARD, 20, 22, 134-136, 138, 139-142, 152, 192, 254, 264

BICHAT, 20, 72

Biologie, 20, 22, 111, 184, 217

BLONDIAUX, 84, 87, 91, 182, 254

Bohlin, 64

Bonheur, 29, 209-213

BORD, 146

BOUCHER, 75, 254

BOUHLER, 219

Bouleusis, 231

BOULGAKOV, 117, 254

BRADBURY, 145, 255

BRANDT, 219

BROWN, 234

BRUN, 190, 255

BURDACH, 20

BURGESS, 160, 165, 229, 230, 255

BURLET, 78, 80, 255

C

Cadavre, 17, 31, 32, 46, 47, 49-51, 68, 163, 167, 219

CAHEN, 119, 255

CANGUILHEM, 68, 70, 236, 255

ČAPEK, 29

CASSAN, 122

Catastrophe, 87, 179-181, 205, 207, 208, 224, 240, 241
Catégorie, 20, 88, 115, 134, 151, 160, 189, 202, 243
Catégorique, 190, 194, 233
CELINE, 84, 254, 255
CHALMERS, 144, 255
Chaplin, 176
CHARCOT, 83, 84, 133
Charles Bovary, 38, 71
Chevandier, 72
Chirurgie, 65, 68-70, 73-75, 99, 121, 122, 248, 251, 260
Chirurgien, 11, 29, 34, 67-69, 71-76, 81, 88, 99, 104, 121, 156, 170, 178, 180, 185, 190, 214, 247, 260
CHRISTIE, 220, 221, 255
CICERON, 229, 231
CLARKE, 30, 255
CLIFT, 185
COIRIER, 81
COMTE, 22, 255
CONDORCET, 119, 255
Conséquentialisme, 107, 210
Constatifs, 56
COPERNIC, 67, 68, 190
CORBIN, 158, 255
COWLEY, 104, 220
CRESSON, 192, 193, 255
CRICHTON, 246, 264
CROCQ, 82, 85, 86, 255
CRONENBERG, 63, 264
CUMMINS, 23, 27, 255, 257
Cybernétique, 46, 248

D

DA COSTA, 83
DALLEMAGNE, 75, 256
DAMASIO, 184, 185, 256
DASTUR, 113, 256
Déduction, 146, 151
Défibrillateur, 14, 24, 27, 28, 31, 47, 48, 250
DEFOE, 235
DELEUZE, 42, 110, 112, 137, 234, 256
DELVOYE, 164, 256
DEMILLE, 11, 264
DEMOCRITE, 135, 211, 262
DERRIDA, 91, 92, 256
DESCARTES, 19, 21, 45, 50, 149, 182-185, 224, 256
Desgenettes, 82
DETIENNE, 36, 107, 256
DICK, 30, 224
DIDEROT, 54, 256
Diogène d'Œnoanda, 212
DIOGENE LAËRCE, 135
Discours, 56, 57, 60, 80, 160, 175, 182, 245
DOSTOÏEVSKI, 194, 238, 256
DOUGLAS, 97
DOYLE, 146, 230, 256
DUBOIS, 113, 256
DUMAS, 53, 256
DUMONT, 135, 226, 261
Dunamis, 37
DUPUY, 223-225, 257
Durée, 41, 48, 74, 78, 84, 88, 91, 93, 102, 103, 107, 110-113, 148, 153, 199, 250

E

ECO, 146, 244, 257
Égalité, 119, 203, 205, 206, 217
EINSTEIN, 102, 109, 110, 112, 197, 254
EISENBERG, 27, 257
EMMANUELLI, 86
Empeiria, 34, 37, 38, 136, 234
ENGELHARDT, 215, 216, 257
ENGSTRÖM, 77, 257
Entendement, 9, 49, 138, 188-190, 194, 198, 199, 219, 236, 258, 260
EPICURE, 211, 212, 257, 262

EPIMETHEE, 45, 221
ERICHSEN, 83
EROS, 20, 242
ESCHBACH, 46, 257
ESCHER, 119, 258
esthétique, 164, 191
Éthique, 12, 13, 21, 24-26, 30, 32, 50, 51, 73, 91, 104, 117, 164, 181, 187, 188, 201, 202, 207, 215-217, 220, 225, 226-239, 241-245, 247-249, 254, 255, 257, 259, 262, 263
Eudémonisme, 211
EWALD, 168, 225, 257
Expérimental, 149, 152
Expérimentation, 82, 140, 142

F

FLAUBERT, 38, 72, 257
FLEISCHER, 218, 265
FLEMING, 200, 257
FOLSCHEID, 51, 104, 161, 187, 188, 228, 229, 257
Fondement, 32, 66, 69, 76, 132, 193, 212, 231, 233
FOOT, 200, 201, 257
FORD, 162, 265
FOUCAULT, 55, 71, 123, 133, 134, 257
FREDERIC II DE HOHENSTAUFEN, 211
FRIJA, 166, 258
FRYDMAN, 173

G

GAGE, 184
GALIEN, 68
GALL, 184
GEHRIG, 133
GEOFFROY SAINT-HILAIRE, 22
GERNSBACK, 198
Geste, 12, 15, 25, 26, 31, 32, 34, 35, 37, 40, 42-49, 51, 52, 54, 55, 58, 68, 101, 125, 158, 175, 222, 232, 236, 245, 247
Gestell, 90, 127, 213
GLAUCIAS DE TARENTE, 136
GÖDEL, 40, 112, 119, 258
GOFFMAN, 213, 258
Golden Hour, 104, 106-108, 254, 260
GORGIAS, 19, 38, 39, 227
GOULD, 93, 258
GREEN, 142, 258
Guerre, 21, 28, 65, 73, 78, 79, 83-87, 104, 122, 124, 133, 152, 156, 188, 205, 218, 219, 224, 235, 251
GUYAU, 28, 236, 237, 258

H

HAMBURGER, 22, 23, 76, 258
HARET, 162
HARRIS, 180
HARRISON, 137, 218, 258
Hédonisme, 211
HEGEL, 112, 254
HEIDEGGER, 43, 112, 113, 230, 236, 256, 258, 260
HELLER, 85, 258
HENRI IV, 192
HENRY, 66, 111, 180, 183, 184, 258
HEPBURN, 185
HEPHAÏSTOS, 35
HERACLITE, 39, 226
HERMES, 35
HERODOTE, 82
HESTON, 11
HIPPOCRATE, 135, 137, 140
HITLER, 217, 219
HOBBES, 209
HOFSTADTER, 119, 258
HOLLEAUX, 212
HOMERE, 19, 96, 172, 258

Hôpital, 14, 16, 17, 41, 65, 78-81, 84, 86, 88, 93, 96, 97, 105, 106, 114, 115, 117, 119, 121, 122, 124, 126, 127, 131, 141, 142, 148, 152, 158, 159, 163, 167, 173, 237, 244, 245, 251, 261
HOUELLEBECQ, 218, 258
Hubris, 226, 242
HUGO, 12, 198, 227, 258
HUGUENARD, 75, 260
HUME, 28, 138, 239, 258
HURIEZ, 122
HUTTON, 11
HUXLEY, 174, 258
Hypomnemata, 92, 248

I

IBSEN, 93, 259
IDEL, 259
Illocutoire, 57
Impératif catégorique, 26, 28, 117, 195, 245
Impératif hypothétique, 28, 86, 194, 245
Induction, 139
Instinct, 108, 150
Intelligence, 25, 35, 36, 45, 49, 107, 108, 150, 151, 156, 197, 217, 256
Intuition, 107, 108, 149-151, 159, 191, 193, 221
IOAKIMIDIS, 95, 259

J

JACOB, 21, 184
JANKELEVITCH, 125, 204, 258, 259
JAVERT, 11
JONAS, 21, 44, 69, 223, 225, 237, 239, 259
Jugement analytique, 192, 193
Jugement synthétique, 189, 192, 193
Justice, 12, 30, 194, 204, 207, 208, 226, 241, 262

K

Kairos, 42, 107, 108
KANT, 28, 49, 112, 189-195, 198, 202, 203, 211, 220, 225, 232-234, 237, 253, 255, 259, 261
KELVIN, 154
KERN, 75, 76, 259
KEYES, 197, 259
KHAZINE, 96, 259
KIERKEGAARD, 101, 259
Kinèsis, 41
KUBRICK, 30, 265
KUNDERA, 34, 259

L

LA METTRIE, 51, 260
LABICHE, 89, 259
LABORIT, 75, 259, 260
LACAN, 186
LAMARCK, 20
LARENG, 78, 80, 106, 255
LARREY, 72, 73, 82, 260
LAVOISIER, 158
LE RAT, 69
LE VAUX, 123
LEBEAU, 64
LEONETTI, 50, 200, 260
LERI, 83
LEVINAS, 25, 33, 110, 113, 234, 235, 236, 238, 239, 241, 242, 260
Liberté, 54, 198, 199, 204, 224, 231, 232, 234, 236-238
LIEBOW, 146, 260
LINNE, 150
LIZENE, 176
LOCARD, 145
LOCKE, 137, 198, 199, 260
Locutoire, 57
Logos, 7, 60, 61, 135, 160, 182, 187, 222, 226, 245

LOUIS XIV, 161
LUMINET, 109, 260

M

Machine, 29, 30, 31, 35, 42, 44, 45, 50, 76, 121, 151, 152, 171, 172, 176, 179, 183, 230, 248, 249
MADELINE, 122
MAGENDIE, 136
MANCKIEWICZ, 185, 265
MANN, 164, 260
Mannequin, 45-47, 50
MANZONI, 176
MARCHIONI, 72, 260
MARTIN DU GARD, 101, 102, 260
MATHESON, 235, 256
MATTESON, 133, 264
MCLUHAN, 94, 260
Médicalité, 51, 172, 236, 245
Mémoire, 42, 68, 91, 92, 95, 188, 208
MERCATOR, 67
Métabolè, 41, 42
Métaphysique, 111, 154, 174, 190, 191, 193, 195, 198, 202, 203, 211, 220, 223, 232, 233, 235, 237, 239, 259
METCHNIKOFF, 20
METIS, 36
MILIAN, 83
MINKOWSKI, 109
Mnèmè, 91, 92, 248
MOLIERE, 101, 157, 160, 162, 260
MONTAIGNE, 215, 260
Moralité, 234, 237
MORTON, 95
Muthos, 135

N

NADER, 80, 260
NAGEL, 208, 212, 261
NORCROSS, 199, 263

O

OCKHAM, 105
OGIEN, 28, 261
OPORINUS, 67
OPPENHEIM, 83
ORWELL, 217, 261

P

PAKULA, 200, 265
Panoptique, 119, 122, 123, 155, 165
PARACELSE, 69
Paramedics, 106, 248
PARE, 7, 67, 68, 70, 82
PARIS, 212
PARKINSON, 133
PARMENIDE, 39
Parole, 55, 57, 59, 61, 87, 91, 92, 171, 245, 248, 254
PASCAL, 198, 212, 261
PEIRCE, 147, 261
PELLEGRIN, 189, 261
PENEFF, 97, 98, 116, 261
PERCY, 73, 82
Performatifs, 56
Perlocutoire, 57
PERRY, 83, 261
PETIT, 122
PHILINUS DE COS, 136
Philosophie, 20, 28, 39, 40, 56, 57, 68-70, 91, 106, 108, 112, 135, 137, 138, 139, 156, 183, 191, 192, 198, 225, 229, 232-234, 243, 254, 255, 258, 261, 262
Phronésis, 226, 230, 231
Phronimos, 231
Phusis, 19, 40, 43, 46, 69, 135, 229
PIC DE LA MIRANDOLE, 175, 261
PICHOT, 20, 261
PLATON, 19, 38, 39, 45, 46, 87, 91, 92, 169, 226-229, 242, 261

POHL, 46, 261
Poïesis, 52, 68
POPPER, 137, 138, 143, 144, 222, 255, 261
Praxis, 52, 68, 100, 231
PRIESTLEY, 209
Principe de précaution, 67, 220, 225, 257
PRITCHARD, 27, 254
PROMETHEE, 35, 45, 223
PROTAGORAS, 45, 175
PROUDHON, 89, 261
Prudencia, 220, 221
PRUVOT, 33, 262
Psychanalyse, 21, 55, 87, 91, 99, 125, 143, 145, 171, 182, 254, 257, 258
Psychiatre, 82, 84, 87, 182, 254
Psychiatrie, 65, 84, 91, 160, 182, 254
PTOLEMEE, 136
PYTHAGORE, 109

R

RAWLS, 204, 207, 208, 262
REICHLIN, 143, 262
Relativité, 109, 110, 112, 197
RESNAIS, 75, 265
Responsabilité, 24, 28, 32, 33, 59, 66, 69, 116, 118, 184, 200, 219, 222, 225, 236-239, 241, 243, 246-248
REY, 22, 179, 262
RICŒUR, 208, 262
ROCHAL, 214
ROHMER, 106, 265
ROMEYER DHERBEY, 227, 262
RÖNTGEN, 162
ROSENFIELD, 161, 260
ROSZAK, 166, 168, 169, 262
ROTH, 97
ROY, 60, 262
RUSSELL, 137, 138, 139, 262

S

SADOUL, 198, 262
SALEM, 211, 257, 262
SALMON, 84
SARTRE, 53, 54, 175, 256, 262
SAWYER, 231, 262
SCHLEICH, 75
SCHWARTZ, 106
SEARLE, 57, 262
SELF, 66, 176, 263
SERAPION D'ALEXANDRIE, 136
SHELLEY, 31, 263
SHORE, 265
SHRYOCK, 137, 263
SILVERBERG, 174, 263
SIMENON, 132, 263
Simultanéité, 89, 102, 109, 110, 254
SINGER, 215, 217, 263
SOCRATE, 93, 136, 193, 216, 226, 227
STEG, 88, 263
STEIN, 151, 263
STEINBOCK, 199, 263
STEVENSON, 199, 263
STEWART, 11, 162
STYRON, 200, 263
SÜSKIND, 157, 158, 263
SYDENHAM, 137, 150
Symbole, 106, 124, 147
Symptôme, 55, 60, 83, 87, 132, 140, 145-147, 154

T

TAYLOR, 185
Techniquer, 43
Tekhnè, 34-38, 43, 46, 52, 137, 234
TELEMAQUE, 19
TENON, 29, 121, 163, 263
TESLA, 162
TESTART, 173, 174, 263
Tetrapharmakon, 212

THANATOS, 20
Théologie, 41
Theôria, 68
THETIS, 35
THOMPSON, 199, 201, 264
Tiers, 130, 200, 239, 241-243
TITHON, 19
TITIEN, 68
TOCQUEVILLE, 216, 217, 264
TOURNIER, 145, 234, 264
TREGENZA, 219, 264
TRENDELENBURG, 190
TREVIRANUS, 20
Tri médical, 180
TRUNKEY, 81, 105
TWAIN, 162

U

ULYSSE, 19, 35, 188
Urgentiste, 32, 33, 72, 99, 100, 131, 134, 142, 160, 177, 178, 180, 188, 209, 237, 244, 246-248
utilitarisme, 84, 209, 210, 232, 233

V

VALJEAN, 11, 12
VARAUT, 219, 264
VAUCANSON, 175
VERNANT, 36, 107, 256
VERNE, 105, 106, 234, 235, 264
VESALE, 67, 68
VILLIERS DE L'ISLE-ADAM, 168, 264
VOLTAIRE, 69

W

WALTER, 122
WEBER, 139
WEGENER, 133, 264
WEITZÄCKER, 51, 245
WELLINGTON, 72
WHITE, 142, 264
WILDE, 167, 264
WILLIAMS, 185
WITTGENSTEIN, 28, 137
WORMS, 98, 102, 264
WOYWODT, 133, 264

Y

YOURCENAR, 68, 264

Z

ZEUS, 19, 35, 36, 45
ZOLL, 27

Du tri à l'Autre
Ethique et médecine d'urgence

Comment aborder l'éthique médicale à l'heure de la grande confusion entre déontologie, morale, éthique, éthique de la biomédecine, éthique appliquée, éthique du *care*, méta-éthique, bioéthique…? Peut-être par un retour « aux choses mêmes » comme aurait dit Husserl, un retour à la médecine pour y chercher, comme nichée en son sein, matière à penser l'éthique *de* la médecine et non une éthique fabriquée de toute pièce qui constituerait, au final et de façon définitive, une éthique *pour* la médecine.

Un mode d'exercice particulier, la médecine d'urgence, permet d'étudier l'acte médical, dans sa puissance et son actualisation (au sens que prennent ces termes chez Aristote) et ses intersections avec le geste technique. Qu'est-ce qu'un acte médical, qu'est-ce qu'un geste technique et comment les distinguer ? Ou encore, comment reconnaître un acte sans geste et un geste sans acte ? C'est le médecin, auteur de l'acte, qui fait de l'acte un acte médical. Même lorsque le geste technique recouvre la totalité d'un acte, il ne peut que se distinguer de l'acte médical si son auteur n'est pas médecin, non en qualité statutaire mais en celle de dépositaire du savoir (*épistémè*) médical. L'acte sans geste rencontré au cours de la régulation médicale est la preuve que la médecine d'urgence ne se réduit pas à des gestes techniques.

Comme beaucoup de disciplines à orientation scientifique, la médecine d'urgence tend à transformer le temps en espace pour mieux quantifier sa pratique mais finit par se heurter à la vérité d'adéquation des autres spécialités médicales. La vérité qui se réduit à l'exactitude mathématique donne à la paraclinique la place centrale de l'exercice médical, participant peu à peu à éloigner le médecin du patient.

Le tri médical, exercice singulier de la médecine de masse, de la médecine de catastrophe, met en évidence, de façon inattendue, l'éthique médicale. La catégorisation des victimes, au principe du tri médical n'est qu'un reflet exacerbé de la pensée rationnelle. Car penser, c'est trier. L'irruption du tiers dans la relation médecin malade limite la responsabilité médicale laquelle, sinon, serait insupportable. La responsabilité infinie de chacun vis-à-vis de l'autre, redoublée par la condition de soignant précède et fonde la liberté. Le Tiers empêche de faire l'impossible pour Autrui, il contraint à partager. Introduit au moment du tri médical, il donne la chance au politique de s'enraciner profondément dans l'éthique.

Mots clés : Acte – Ethique – Geste – Médecine d'urgence – Parole – Tri médical

From Triage to Other
Ethics and Emergency Medicine

How to approach medical ethics at the time of the great confusion between business ethics, morals, ethics, ethics of biomedicine, applied ethics, ethics of care, meta-ethics, bioethics ...? Perhaps by a return "to the things themselves" as Husserl would have said, a return to medicine itself to find in its “nest” the ethics of medicine and not the fabricated ethics that would ultimately and definitively become ethics for medicine.

A particular type of practice, emergency medicine, allows to study the procedure, its power and its updates (in the sense that these terms are in Aristotle) and its intersections with the technical movement. What is a medical procedure, what is a technical movement and how can we distinguish them? Also, how can we recognize an act without a gesture and a gesture without an act? It's the doctor, author of the act, that makes the act a medical procedure. Even when the technical gesture covers an entire act, it can only be distinguished from the medical procedure if the applicant is not a doctor, doctor being intended not in the statutory sense but as in the holder of medical knowledge (*episteme*). The act with no gesture met in medical regulation is evidence that emergency medicine is not limited to technical moves.

Like many disciplines in science policy, emergency medicine tends to transform time into space to better quantify its practice but it eventually has to face the necessity of adaptation to other medical specialties. The truth, which is reduced to mathematical accuracy, gives para-clinics the central place of medical practice, gradually separating patients away from their physician.

The triage, unique exercise in mass medicine and disaster medicine, is unexpected proof of medical ethics. The categorization of victims, which is a principle of triage, is a reflection of heightened rational thought. Because thinking is sorting. The advent of third parties in the doctor-patient relationship limits medical liability, which would otherwise be unbearable. The infinite responsibility of everyone vis-à-vis the other, intensified by the role of nursing, precedes and is at the origin of freedom. The Third party makes it impossible to do the impossible for others, it forces to share. Introduced at the time of triage, it gives the opportunity to politics to be deeply rooted into ethics.

Keywords : Act – Ethics – Gesture – Emergency Medicine – Speach – Triage

Dalla selezione all'altro
Etica e medicina d'urgenza

Come abbordare l'etica medica al tempo della grande confusione tra deontologia, morale, etica, etica della biomedicina, etica applicata, etica del *care*, meta-etica, bioetica … ? Forse “tornare alle cose” come diceva Husserl, un ritorno alla medicina per cercarvi la materia, racchiusa nella sua nicchia, su cui pensare l'etica *della* medicina e non un'etica fabbricata da tutti i pezzi che costituerebbbe, infine e in maniera definitiva, un'etica *per* la medicina.

Un modo di esercizio particolare, la medicina d'urgenza, permette di studiare l'atto medico, nella sua potenza ed attualizzazione (secondo le parole di Aristotele) e le sue intersezioni con il gesto tecnico. Cos'è un atto medico, cos'è un gesto tecnico e come distinguerli ? O ancora, come riconoscere un atto senza gesto o un gesto senza atto ? È il medico, autore dell'atto, che dell'atto un atto medico. Anche quando il gesto tecnico rappresenta la totalità dell'atto, non può che distinguersi dall'atto medico se il suo autore non è un medico, non per il suo statuto ma per il suo sapere (*épistémè*) medico. L'atto senza gesto incontrato nel corso della regolazione medica è la prova che la medicina d'urgenza non si riduce a dei gesti tecnici.

Come molte discipline ad orientamento scientifico, la medicina d'urgenza tende a trasformare il tempo in spazio per meglio quantificare la pratica, ma finisce per scontrarsi con la verità di adeguamento delle altre specialità mediche. La verità che si riduce all'esatezza matematica dà alla paraclinica il posto principale nell'esercizio medicio, partecipando poco a poco ad allontanare il medico al paziente.

La selezione medica, ramo particolare della medicina di massa, della medicina di catastrofe, evidenzia, in maniera sorprendente, l'etica medica. La categorizzazione delle vittime, al principio della selezione medica non è che il riflesso esacerbato del pensiero razionale. Perché pensare, è selezionare. L'irruzione del terzo nella relazione tra medico/malato limita la responsabilità medica, la quale sarebbe altrimenti insopportabile. La responsabilità infinita di ognuno nei confronti degli altri, rinforzato dalla condizione di curatore precede e fonda la libertà. Il Terzo impedisce di fare l'impossibile per Altrui, costringe a condividere. Introduce al momento della selezione medica, dà la possibilità al politico di radicarsi profondamente nell'etica.

Parole chiavi : Atto – Etica – Gesto – Medicina d'urgenza – Parole – Selezione medica