

Jean-Christophe WEBER*

Weber J-C. Éthique dans la clinique, éthique de la pratique. J Med Liban 2019 ; 67 (3) : 175-178.

INTRODUCTION

J'ai choisi le point le plus crucial à mes yeux pour l'éthique de la pratique contemporaine et j'énonce d'emblée la thèse de mon propos : pour des raisons que je dirai, la médecine est priée de chasser le flou, le fragile, le précaire, de son corpus de connaissances comme de la conduite de son action. Les transformations qui en résultent visant donc à chasser le flou pour consolider la pratique, conduisent paradoxalement à la rendre plus fragile [1]. Ce qui reviendrait en propre à l'éthique n'est pas isolable, car elle est, me semble-t-il, indissociable de la pratique.

LA PRATIQUE MÉDICALE

La clinique médicale, envisagée comme lieu de décisions et d'actes, est riche d'entrecroisements qui la rendent particulièrement complexe. Ainsi se mêlent le corps organique du savoir biomédical et celui éprouvé du souffrant, les déterminismes pluriels des maladies, biologiques mais aussi sociaux et psychiques, des régulations normatives en tous genres, aussi bien scientifiques, légales, morales, qu'économiques. Réduite à un schéma minimal, la décision médicale répond à une demande qui mobilise savoirs experts et connaissances tacites, langage informatif et parole performative, désir et délibération. La *technê* médicale est l'art de nouer tout cela, de l'intégrer avec tact dans des gestes et des paroles qui déterminent une trajectoire (diagnostic et thérapie) taillée aux justes mesures de la fin visée, mais sans garantie de réussite *a priori*.

1. En quoi et pourquoi la pratique médicale reste irrédUCTIBLEMENT précaire, même si tous ceux qui y ont recours, praticiens et malades, souhaiteraient la voir solidement fondée. On peut le dire de plusieurs façons :

*Professeur de médecine interne à la Faculté de médecine de Strasbourg & Chef du service de médecine interne du Nouvel Hôpital Civil du CHRU de Strasbourg (France).
Chercheur, Archives Henri-Poincaré - Philosophie et Recherches sur les Sciences et les Technologies.
Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr

1a. Pour le praticien lui-même, le fondement semble se dérober sous ses pieds. Avec Canguilhem, il faut affirmer que « la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie » [2] et que la médecine se trouve « écartelée entre sa finalité thérapeutique et son ambition scientifique (qui) [laquelle] suppose la mise entre parenthèses du malade [3] ». Il suggère que le médecin soit capable de se dédoubler, mettant en œuvre tout ce que la technique autorise « pour la défense de la vie » [4], tout en mettant l'objectivité de son savoir entre parenthèses, mais – attention ! – sans répudier cette objectivité. Rien n'est alors plus fragile que cette articulation délicate et cependant la seule voie possible pour accomplir la rationalité médicale qui est, depuis toujours, la même : la meilleure réponse possible à la demande d'un individu souffrant.

1b. Si la science nourrit la médecine et l'*en*-forme en délimitant l'étendue du rationnel, ce que la science dissocie par sa méthode – réduction de l'objet d'étude – insiste néanmoins au cœur même de la situation qui appelle décision et jugement de la part de celui que le malade aspire à pouvoir désigner comme « mon médecin » [5]. C'est parce que la *technê* de remédiation est ordonnée à « l'homme malade lui-même », dans la singularité de son individuation malade, que les gestes et les paroles du médecin ne sont pas en dernière instance l'exécution d'une tâche programmable et paramétrée. Il n'y a pas de science de l'individuel.

1c. Et même s'il voulait se limiter aux coordonnées biologiques de la maladie et de son traitement, le médecin avancerait en zone incertaine. Il ne sait pas à l'avance où passera « la frontière entre le bienfaisant, l'innocent et le dangereux [6] ». On ne supposera pas ici qu'il s'agit d'ignorance, mais parce que les meilleures connaissances adéquates sont assorties d'une simple probabilité d'existence, et en matière de thérapie, d'une probabilité de réponse favorable. C'est « l'intrusion du contingent, du non prévu, auquel il faut faire face » [7]. Le bon praticien est alors au mieux décrit comme celui qui ne manque pas d'aisance à agir dans une situation complexe, qui montre une certaine habileté à manipuler des systèmes imparfaits. Ce qu'on appelle parfois « l'intuition experte » [8] à faire avec des possibilités plutôt que des certitudes, des propositions floues, des valeurs de vérité intermédiaires, des raisonnements vraisemblables, dont les équivalents

linguistiques sont par exemple : « dans la plupart des cas », « généralement... », « il est souvent vrai que... », etc. [9]

1d. Dernier trait de précarité de la clinique médicale que j'indique aujourd'hui : la médecine est un de ces champs où l'ordre des faits est contaminé par celui des valeurs [10], on raisonne sur le vraisemblable mais aussi sur le préférable, et il s'agit de convaincre, soi-même et le malade, d'agir ou de s'abstenir. Comme dans d'autres affaires humaines, « une conclusion doit être, coûte que coûte, obtenue » [11], même si l'expérience est nouvelle et imprévisible, même quand les experts divergent entre eux. D'une certaine manière, il y a toujours urgence à répondre à une demande.

Si on considère toutes ces limites et ces contingences de la pratique, ce n'est pas lui faire injure que de poser que la médecine est vulnérable au même titre que tout agir pratique [12].

2. La fragilité de l'agir humain apparaît aujourd'hui moins acceptable, voire inacceptable quand il s'agit de la santé des gens. Dans le champ médical, la précarité du jugement pratique est attaquée sur deux fronts.

2a. Les travaux menés en psychologie cognitive ont montré combien la décision humaine était sensible aux biais heuristiques et affectifs [13]. Alors qu'ils rendent compte de la formation d'une « intuition experte » **malgré et grâce** à ces raccourcis du raisonnement quand ils sont intégrés à une pratique assidue, ces travaux ont surtout servi d'argument **contre** la part de l'expérience et du jugement personnels, qui devraient s'effacer devant le paradigme statistique retranscrit en protocoles et en arbres décisionnels, pour éviter les erreurs diagnostiques [14].

De fait, le courant dominant *Evidence Based Medicine* s'est imposé aussi à partir du constat des failles de l'expérience personnelle [15]. Sa visée est légitime : consolider les éléments de jugement là où c'est possible. Mais une de ses conséquences fâcheuses a été le discrédit jeté sur la clinique en tant qu'elle s'appuie aussi sur une capacité interprétative, sélectionnant des détails pour les « faire parler » [16]. Cette capacité nécessite des ajustements tâtonnants, un exercice assidu, l'incorporation dans un habitus, pour que se forge une intelligence pratique. Celle-ci ne néglige bien sûr pas les faits prouvés mais les intègre dans son jugement. Ce qui est fautif est d'avoir colporté l'idée que le jugement personnel était devenu inutile, voire nuisible, et qu'il devait être remplacé par quelque chose de beaucoup plus solide.

2b. Plus largement, la médecine est affectée par un mouvement beaucoup plus vaste. La standardisation des pratiques est présentée comme un gage de qualité et d'efficacité, de rendement et de productivité, notamment par le nouveau management public [17]. Comme d'autres domaines (politique, judiciaire, éducatif) le monde médi-

cal est marqué par des exigences de transparence, de reddition de comptes, de conformité aux recommandations d'agences [18], légitimées par une volonté collective de réduction des risques, de clarification du flou et de consolidation du fragile. La restauration de la confiance du public en serait tributaire [19]. La sécurité, la qualité et son évaluation, la certification, ne doivent plus être basées sur des données déclaratives, mais sur le recueil de traces écrites, ou mieux encore numériques. Ce qui n'est pas mesuré, voire non mesurable, est disqualifié. Ce qui ne peut être tracé compte pour rien. En particulier, les compétences incorporées, les savoirs tacites qui forment la base de la qualité et de la performance vécues par les acteurs du soin, n'ont plus d'existence légitime [20].

3. En quoi cette volonté de consolider des pans entiers de la pratique risque de la fragiliser davantage.

3a. Mon hypothèse est que cette fragilisation opère par la dé-composition du juger et de l'agir en processus linéaires et juxtaposés, alors que le « savoir-y-faire » [21] requiert une composition incorporée, forme complexe et molle, mais riche et ajustable, pour assurer la possibilité d'une pratique juste, efficace, et adaptée à l'individu malade. Décomposer analytiquement les ressorts d'une pratique incertaine pour en réduire les zones floues précipite paradoxalement cette pratique dans l'exposition de sa précarité. Il devient de plus en plus hasardeux de prétendre se tenir dans les régions opaques où se jouent la maladie et la direction de sa cure. Un seul exemple : qu'il existe un référentiel pour l'annonce d'une maladie grave peut être éventuellement utile à un débutant, mais quand ce référentiel est déroulé sans discernement, c'est la perversion du jugement pratique qui s'érige en norme de conformité.

La connaissance des lois générales – scientifiques aussi bien que morales – ne peut suffire pour le savoir-faire avec le patient individuel. Premièrement, parce que le cas déborde de toutes parts les catégories mobilisées pour l'appréhender, et donc que la plus parfaite connaissance ne confère pas pour autant l'habileté de faire qui se trouve requise par la situation contingente. Domaine de l'art [22], champ d'exercice de la faculté de juger réfléchiante [23], il ne s'agit pas d'arbitraire mais d'arbitrage, et c'est cette opération qui est barrée quand on exige du médecin l'exécution d'un protocole, c'est-à-dire la capture de l'objet pour le plier à une forme précodifiée. Deuxièmement, parce que le problème pratique du médecin c'est de savoir comment il va faire ce qu'il doit faire pour atteindre son but, et que le raisonnement pratique, qui débouche dans l'action et non pas dans une considération théorique sur ce qu'il devrait faire, ce raisonnement pratique doit être construit par le sujet pratique lui-même, par celui qui va agir [24].

3b. La distance entre le stimulus de la règle et la tâche

pratique est franchie d'une manière contingente et non entièrement prédictible par chaque acteur dans sa pratique [25]. Voilà l'ennemi déclaré des procédures et protocoles qui entendent déterminer le comportement des acteurs au niveau du détail. La sacralisation de la règle, comme celle de l'expertise, va de pair avec le rejet de ce domaine du jugement (trop arbitraire, pas prouvé, trop incertain, trop risqué), ce qui fait que les acteurs s'amputent quasi-volontairement de ce qui faisait l'essence même de leur qualité, parce que l'hésitation à cet endroit est devenue inacceptable. Mais si l'absence de détermination absolue des conduites fait courir – il faut le concéder – un risque de désorientation, c'est aussi la condition nécessaire pour pouvoir y remédier par l'invention *hic et nunc* d'une action qui n'était pas prédictible. Et c'est l'exposition à l'incertain, l'*apeiron* des situations contingentes, qui est nécessaire pour que se constitue une *expérience* [26], c'est-à-dire un usage heureux de la *technê* appropriée à l'imprévu de la singularité des situations qu'elle doit affronter [27]. Pourvu de *mêtis* [28] et d'intelligence pratique, le praticien a appris à conjecturer dans une situation complexe. Le contexte actuel fait tout pour que le médecin en soit effrayé et recule derrière les abris des recommandations et des référentiels. On louera peut-être sa précaution. Mais s'il y a bien une continuité entre la détermination d'une trajectoire dans l'indéterminé complexe d'une situation médicale, et la possibilité de s'approcher de la juste mesure, celle qui s'ajuste au patient singulier, alors apprendre à affronter le flou et l'indéterminé, qui ne relève pas de l'application d'un savoir maîtrisant la situation, sera la meilleure garantie possible d'approcher la juste mesure sans se livrer au hasard ou à la providence.

3c. Être un bon médecin suppose la capacité d'adaptation à l'inconnu et à l'imprévisible du malade individuel. Une disponibilité à l'imprévu est d'autant plus préservée que l'essentiel de ce qui est à faire est assuré par l'incorporation des compétences dans un habitus [29], où des quasi-routines servent de support à l'acquisition de compétences supérieures [30]. Cette faculté d'incorporation de savoirs tacites est entravée par l'évaluation généralisée de la conformité aux procédures, qui suppose pour chacun le contrôle conscient de ce qu'il doit faire et de la manière d'en rendre compte par une trace. La confiance accordée aux médecins sur leurs compétences de métier s'est érodée. Or ces compétences sont largement mises en œuvre hors du contrôle conscient [31], ce qui ne signifie pas qu'elles sont hors contrôle, mais que le soignant fait implicitement confiance à ce qu'il a internalisé dans une disposition. Si un contrôle réel de toutes ses actions est exigé, alors le socle incorporé de la pratique ne pourra même plus se constituer, puisque se faire confiance suppose précisément de ne plus contrôler le détail du dérou-

lement des opérations cognitives [32]. La performance professionnelle qui repose sur cette base aussi fiable que celle d'un *culbutto* est considérée comme insuffisamment traçable pour être crédible et donc accréditée.

La conséquence est la suivante : l'inédit potentiel de chaque situation ne suscite plus l'adaptation du *culbutto*, mais un achoppement qui fait trébucher. Dans le prologue du Zarathoustra de Nietzsche, un bouffon diabolique pousse un cri qui renverse le danseur de cordes [33]. Le funambule a besoin d'un tact qui reconstitue tacitement et inconsciemment le savoir de la corde et du corps [21,34]. Quand il est à son affaire, il est presque aussi stable qu'un *culbutto*. Mais si le bouffon de l'évaluation et du contrôle la somme de rendre des comptes sur ce qu'il est en train de faire, il ne peut plus que tomber. Il n'a aucune force critique pour résister, car ce tact « se dissout dans la revendication de sa propre existence » [35]. La délibération personnelle s'atrophie par le recours constant aux avis d'experts, comme s'atrophie rapidement un muscle sous le plâtre.

CONCLUSION

Je conclus par la confiance [36], dont on voudrait extirper la part aveugle, celle qui « ne s'établit vraiment qu'au-delà des conditions que par ailleurs elle exige » [37]. Le médecin formaté aux pratiques sécurisées ne pourra qu'esquiver ce mouvement du malade, parce qu'il sera convaincu de ne pouvoir l'endosser sans abuser, il se refusera d'être la dupe de tout investissement au-delà de capacités qui auront été dûment accréditées : il se refusera à être le destinataire de la demande du malade au-delà des besoins objectivés dans son territoire d'expertise ; le malentendu que toute demande génère sera devenu insoutenable. La préoccupation, la sollicitude, l'attention, la veille, la responsabilité, la simple présence, faute d'être décomposables en tâches exécutables, ne rempliront plus de particules fines l'air épuré d'une pratique sommée d'être transparente.

Nous avons donc essayé de souligner un paradoxe aux effets dévastateurs : chercher à renforcer une pratique peut conduire à l'affaiblir. Si les ressorts de son pouvoir sont inséparables de sa fragilité, cela signifie qu'il ne faudrait pas chercher à en éradiquer les insuffisances. Oui il y a un danger d'être séduit par des émotions [38] qui sont ambivalentes, oui il y a des biais dans le jugement [39], oui la *technê* est vulnérable [40], et c'est pourquoi la déraison consiste à ne pas en prendre acte. Évacuer le flou de la clinique médicale, c'est prendre le risque d'évincer l'homme malade de la médecine [41]. Assumer la part irréductible de bricolage et d'incertitude de la clinique s'avère une décision éthique ; c'est la boussole pour le médecin qui veut devenir un bon médecin.

RÉFÉRENCES

1. Ce texte s'appuie en partie sur deux communications antérieures: « Chasser le flou: vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale », communication au colloque « Le fragile et le flou. Apprivoiser la précarité: un art rhétorique », Bruxelles 3-5 avril 2014. Et: « Performance et qualité: malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? », communication au colloque « Les malentendus culturels dans le domaine de la santé », Strasbourg 2-3 décembre 2013.
2. Canguilhem G. Puissance et limite de la rationalité en médecine (conférence de 1978). In: Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie, Paris: Vrin, 1994: 392-411.
3. Canguilhem G. Le statut épistémologique de la médecine (1985). In: Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie, Paris: Vrin, 1994: 413-428.
4. « La médecine ne peut refuser aucun des secours de la technique pour la défense de la vie » Canguilhem G. Thérapeutique, Expérimentation, Responsabilité (1959). In: Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie, Paris: Vrin, 1994: 383-391.
5. Canguilhem G. « La santé: concept vulgaire et question philosophique ». In: Écrits sur la médecine, Paris: Seuil, 2001: p. 64.
6. Canguilhem G. Thérapeutique, Expérimentation, Responsabilité (1959), op. cit., p. 389.
7. Perelman C. « Les notions et l'argumentation ». In: Chaim Perelman. Rhétoriques, Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles, 2012: p. 112.
8. Kahneman D. Système 1, système 2, les deux vitesses de la pensée, Paris: Flammarion, 2012.
9. Bouchon-Meunier B. La logique floue, Paris: PUF/Que-Sais-je ?, 4^e édition, 2007.
10. Canguilhem G. Le normal et le pathologique (1966), Paris: PUF/Quadrige, 4^e édition, 1993.
11. Perelman C, op. cit., p. 111.
12. Nussbaum M. Fragility of Goodness, Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
13. Tversky A, Kahneman D. Judgement under uncertainty: heuristics and biases. Science 1974; 185: 1124-1131.
14. Tonelli MR. The challenge of evidence in clinical medicine. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010; 16: 384-389.
15. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. EBM: What it is, and what it isn't. British Medical Journal 1996; 312: 71-72.
16. Ginzburg C. Signes, traces, pistes, Racines d'un paradigme de l'indice. Le Débat 1980; 6 : 3-44 .
17. Belorgey N. L'hôpital sous pression ; enquête sur le « nouveau management public », Paris: La Découverte, 2010.
18. Dumez H. Rendre des comptes – Nouvelle exigence sociétale, Paris: Dalloz, 2008.
19. Ibid.
20. Weber JC. Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale. Revue des Sciences Sociales 2013; 50 « Malentendus »: 102-109.
21. Resweber JP. Le soin: affaire de *technê* et de tact. In: Resweber JP (éd.), Les gestes de soin, Metz: Editions du Portique (coll. Cahiers du Portique), 2003: 85-103.
22. Kant E: Critique de la faculté de juger, Paris: Vrin, 1984, §43.2. « Seul ce que l'on ne possède pas l'habileté de faire, même si on le connaît de la manière la plus parfaite, relève de l'art ».
23. Kant E, Critique de la faculté de juger, Paris: Vrin, 1984, Introduction IV.
24. Vincent Descombes est particulièrement éclairant sur ce point, qu'il explique à partir d'Aristote Descombes. V. Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique, Paris: Seuil, 2007.
25. Virno P: Et ainsi de suite. La régression à l'infini et comment l'interrompre, Paris: Éditions de l'Éclat, 2013.
26. Baas B. 'Entre' philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience. Savoirs et clinique 2012; 15: 42-52. Detienne M & Vernant JP: Les ruses de l'intelligence. La *mêtis* des Grecs, Paris: Flammarion (coll. Champs/essais), 2009.
27. Weber JC. Pleasure in medical practice. Medicine Health Care and Philosophy 2012; 2: 153-164.
28. Detienne M & Vernant JP. Les ruses de l'intelligence. Op. cit.
29. Bibard L. Quand la perte de sens met à mort l'organisation. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels 2012; 46 (Vol. XVIII): 317-330.
30. Leplat J. Les automatismes dans l'activité : pour une réhabilitation et un bon usage. @ctivités 2005; 2 (2): 43-68.
31. Bibard L. Le théâtre comme vecteur de la quête du sens dans l'apprentissage du management. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels 2012; 46 (Vol. XVIII): 291-299.
32. Weber JC. Jugement pratique et burn-out des médecins. Revue de Médecine interne 2015; 36 (8): 548-550.
33. Nietzsche F: Ainsi parlait Zarathoustra, un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne, Traduction Maurice de Gandillac, Paris: Gallimard, 1971.
34. Kant E. Critique de la faculté de juger. Traduction A. Philonenko, Paris: Vrin, 1984.
35. Comme le dit avec élégance Joëlle Le Marec dans un tout autre contexte: Le public, le tact et les savoirs de contact. Communication et langages 2013; 175: 3-25.
36. Weber JC. L'insoutenable confiance du malade ; une crise dans la pratique médicale ordinaire. In: EuroCos, Humanisme et santé (éd.) Santé, médecine: au risque de la confiance, Paris: Editions de santé: 139-148.
37. Le Gaufey G. Les unités imaginaires II. Séminaire inédit, 1989. Texte disponible sur: http://web.me.com/legaufey/Le_Gaufey/Textes_1973-2009.html
38. Ebbersmeyer S. Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la Rhétorique d'Aristote. Revue de métaphysique et de morale 2010; 22: 233-248.
39. Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: an analysis of decision under risk. Econometrica 1979; 47: 263-291.
40. Nussbaum M. *Fragility of Goodness*, op. cit.
41. Cf. Romano C. Les trois médecines de Descartes. Dix-septième siècle 2002; 217: 675-696.