

[texte](#)

[article](#)

La contrainte économique peut-elle servir l'éthique?

"Il y a généralement comme une indécence à parler d'éthique et d'argent (puisque l'économique, une fois débarrassé de ses habits théoriques, trouve sa réalité dans le financier). Encore plus quand l'éthique s'applique au champ médical. Ce qui est éthique, au fond, c'est de ne pas parler d'argent ou de faire comme si le problème d'argent ne se posait pas."

Par: Christian Gilioli, Cadre soignant au pôle médecine du CHU Paul Brousse de Villejuif /

Publié le : 19 juin 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Fichiers

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 \(12.98 Mo\)](#)

Poursuivre la réflexion

Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002. Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.

Pour commencer, deux exemples que l'on tentera d'analyser.

Le premier concerne un patient atteint de sida, victime d'une micro angiopathie thrombotique, à qui son médecin prescrit un peu désespérément des quantités très importantes de plasma qui seront suspendues par le directeur du centre de transfusion.

Le second exemple est relatif à la même maladie, s'agissant d'un malade que son médecin

veut adressé en réanimation, mais qui ne sera pas accepté par le réanimateur.

On voit là, avant même d'entrer dans l'analyse, que ces refus ont à voir avec un problème économique.

Il s'agit pour nous de faire ici une observation qui n'a pas d'ambition générale ? on ne tentera pas de résoudre les difficultés logiques liées à l'idée que " la santé n'a pas de prix... " ?, notre objectif étant plutôt de nous polariser sur une micro observation qui permette une réflexion partielle (mais non partielle), une réflexion un peu hétérodoxe par rapport à une situation de fait.

Éthique et économique : une antinomie apparente

Il y a généralement comme une indécence à parler d'éthique et d'argent (puisque l'économique, une fois débarrassé de ses habits théoriques, trouve sa réalité dans le financier). Encore plus quand l'éthique s'applique au champ médical. Ce qui est éthique, au fond, c'est de ne pas parler d'argent ou de faire comme si le problème d'argent ne se posait pas.

En fait, le soignant se trouve au cœur de cette opposition : ce qui supporte sa relation à l'Autre malade suppose l'effacement de toute interférence financière. Mais, c'est là le second terme de la contradiction, il est en même temps dépositaire et comptable des deniers publics. Le soignant porté par l'éthique du soin est souvent oublieux de cette deuxième obligation morale parce qu'il est, d'une certaine façon, submergé par la souffrance de l'homme malade.

Nature du rapport soignant : de l'art à la science ?

Il faut s'interroger sur la nature du rapport soignant. Nous ne sommes pas dans une problématique consumériste même si, en terme économique, on consomme du soin que l'on peut mesurer financièrement. On détermine ainsi le prix de journée, le prix de l'acte, etc. Pourtant, dans sa pureté, le rapport soignant est étranger à tout abord financier. On ne peut pas demander à un médecin ou à une infirmière de choisir entre deux patients lequel ils soigneront.

On peut s'interroger sur la nature de ce rapport : existe-t-il un invariant historique du rapport soignant ? Qu'est ce qui fait qu'un rapport médical reste un rapport médical, quel que soit le contexte historique, économique ou technique ?

Ce rapport ? dont Emmanuel Levinas voit l'émergence dans la confrontation (c'est un mauvais mot) au visage de l'Autre (pour lui, d'ailleurs, c'est dans le rapport soignant que se fonde le rapport éthique en général) ? peut être caractérisé par l'idée (le concept ?) de médicalité (en allemand, arzum).

Celui qui a été en situation de soin peut comprendre, au-delà du mot, ce qui est en jeu dans l'acte de soulager celui qui souffre : un mélange de compassion, de souci de l'autre, comme le fait d'être touché soi-même par sa souffrance. Ce n'est pas pour autant " souffrir avec ", comme l'indique pourtant l'étymologie des mots sympathie et compassion, car cela rend généralement assez inefficace la tentative de soin. Plutôt ressentir comme une obligation anthropologique ? ou ontologique (d'être à être) ? à venir en aide, à soulager la détresse de

celui qui a mal. Je vous invite d'ailleurs à tenter de définir vous-mêmes ce qui est en jeu lorsque vous prodiguez des soins, une fois dépassé l'écran de l'habitude, du salaire, et autres oripeaux qui empêchent d'accéder à la vérité de cette dimension.

L'un des écrans, et non le moindre, est celui de la scientification de la médecine. On dit, abusivement d'ailleurs, que la médecine est passée de l'art à la science, ce qui serait la traduction d'un progrès. On veut ainsi l'opposer à cette idée de l'art perçu comme quelque chose d'incertain, d'inobjectivable au champ scientifique où tout est mesurable, démontrable etc. Bref, on serait passé d'une générosité un peu brouillonne, voire d'un pur charlatanisme à la Diafoirus, à une médecine rigoureuse pétrie de vérités. Cette scientification a été, et est encore, largement supportée par le développement de la technique, qui aboutit aujourd'hui au fait que l'acte médical est de plus en plus médiatisé par la technique. Et c'est à partir de ce moment que le problème économique commence à se poser, ceci d'autant plus que depuis la fin du XVIIIe siècle, et surtout au XIXe siècle, la santé est devenue un enjeu d'État (se référer aux études de Michel Foucault).

Développement de la technique - médicalisation de la vie

D'enjeu d'État, la santé est devenue, surtout aujourd'hui, une préoccupation individuelle, ce qui engendre les dépenses que l'on sait (12 500 F/an/habitant). Et ce n'est pas le moindre paradoxe qu'une politique (la santé) largement voulue et pilotée par l'État, soit devenue un souci majeur pour ce même État. Mais il est vrai qu'il n'y a plus aucune commune mesure entre une campagne de vaccinations, qui vise à la protection de l'ensemble du corps social, et une demande de transplantation ou une demande de chirurgie esthétique, ce qui représente une escalade supplémentaire de l'individualisation de la demande de soin.

On observe une incontestable évolution du concept individuel de santé, car comme Michel Foucault l'a remarqué, il y a infini du désir (on voudra toujours être plus beau, plus jeune, plus fort, etc). Or ceci me paraît largement supporté par l'idée que la médecine peut tout, ce qui est directement en relation avec l'abord mécaniste décrit par Descartes qui, pour le dire rapidement, fonde la médecine scientifique. Cette médicalisation de la vie est très difficile à objectiver tant nous vivons au cœur même de cette idée. Les exemples les plus clairs sont, bien entendu, la multiplication du nombre de magazines ou émissions de télévision consacrés à la santé, et que nous absorbons sans vraiment faire attention, comme si le souci médical de la vie était une démarche naturelle.

Le reportage sur le meurtre récent d'une enfant est significatif de cette évolution : le journaliste n'a pas dit cinq mots que déjà (je crois même qu'il débute le reportage par cela) il indique que les camarades de l'enfant victime sont entourés de psychologues et de psychiatres.

Technique et médicalité : le refus obstiné de la perte du malade

Il nous faut rapprocher maintenant l'idée de médicalité à celle de technique. D'un certain point de vue, la technique nourrit la médicalité : lorsqu'on peut encore plus pour le malade (affiner un diagnostic, pouvoir intervenir chirurgicalement sur des sites impossibles à atteindre avant

l'émergence de nouvelles technologies, etc.), il ne viendrait à personne l'idée de se plaindre, car chaque contribuable est un malade potentiel (et chaque malade est généralement un contribuable). Mais on sait qu'il existe une certaine part " diabolique " dans la technique et qu'elle peut, en poussant à une sorte de paroxysme de médicalité, engendrer beaucoup de souffrance et annihiler le rapport médicalisant (comme dans la loi des rendements décroissants que l'on peut observer en agriculture).

Cette idée se traduit tout particulièrement dans ce que l'on peut appeler le refus obstiné de la perte du malade. On ne peut que souscrire à l'idée que ce refus ? vouloir coûte que coûte (l'expression elle-même pointe bien le problème économique) sauver la vie, ou plutôt arracher à la mort ? participe pleinement du concept de médicalité. Car la première demande d'un homme malade n'est pas de se voir " accompagné ", comme l'on dit aujourd'hui, vers la mort, mais bien d'être extirpé d'un cheminement pathologique. On sait bien pourtant que la limite de ce paroxysme est une forme dénoncée d'acharnement thérapeutique.

Cette part " diabolique " de la technique, on peut tout particulièrement l'observer dans les techniques de réanimation. Il faudrait ici développer un peu plus longuement, mais on sait que le médecin est de plus en plus aliéné à ces possibilités techniques : il lui faut presque s'arracher de sa relation au malade pour ne pas y recourir quand celui-ci glisse vers la mort. Il me semble à ce propos qu'on cesse de faire des procès d'intentions aux médecins lorsqu'on met en évidence l'ensemble du système : quand la maladie d'un patient s'aggrave, il faut beaucoup de force morale, tant les pressions sont fortes pour ne pas le diriger vers un autre service de réanimation même si, au fond, on sait le peu de chance qu'il aura de survivre.

Techniques, limites et humanité

À travers les deux exemples que j'ai introduits, il nous faut reconnaître que c'est bien la limite économique, par le simple mais implacable problème d'allocation des ressources qui, en libérant le médecin de sa double aliénation à son malade et à son phantasme de toute puissance (par la technique), met fin à ce qui pourrait devenir une insupportable dérive. L'arrêt des transfusions massives de plasma par exemple, dont on sait (statistiquement, et c'est bien là le problème) la quasi-inutilité, est demandé par le directeur du centre de transfusion qui, lui, n'est pas dans une relation de face à face (selon la problématique de Levinas), mais a la responsabilité de l'allocation des produits sanguins.

On pourrait faire la même remarque pour ce qui concerne le médecin réanimateur, qui ne dispose pas de places en quantité infinie. Au fond, on s'aperçoit que l'économique ne peut interférer sur la médicalité elle-même (il ne peut d'ailleurs y avoir ni progrès ni régression majeure), mais juste sur la technique qui gravite autour de cette médicalité (nous sommes en France à un niveau de technique tel, qu'il n'est pas envisageable de connaître un seuil si faible, qu'il endommage le rapport soignant).

On ne peut, bien sûr, se satisfaire d'un tel constat. Il ne faudrait jamais, au fond, que la limite économique seule, se dresse pour empêcher des dérives scientifiques. Heureusement, aujourd'hui beaucoup de médecins refusent de se laisser entraîner dans une pareille impasse, préférant recourir à la sage délibération que préconise Aristote. Il n'en demeure pas moins que le développement de la technique en médecine, constitue un vrai danger quand il n'est plus au service de l'homme. Et la question se pose parfois de savoir, comme le fait

Dominique Folscheid, professeur de philosophie à l'université de Marne-la-Vallée et à l'Espace éthique, si le laboratoire est encore dans l'hôpital, ou si l'hôpital est maintenant dans le laboratoire. Du coup, il est presque heureux que face au désir de toute puissance inhérent à la science, on ne puisse pas tout faire économiquement, car il est loin d'être certain qu'un monde sans limites ferait le bonheur de l'homme.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire