

## Soigner d'humain à humain

### Healing from Human to Human

D. Gros

Reçu le 5 janvier 2022 ; accepté le 12 avril 2022  
© Lavoisier SAS 2022

**Résumé** Pour remplir sa fonction au mieux, l'art médical nécessite de considérer chaque patient dans la totalité de son être biologique et biographique. Le monde soignant fait cependant face à un modèle de médecine épris de standardisation des pratiques et tenté de donner la primauté aux exigences de la science et des machines sur celles de l'humain. En tant que professionnels de santé, toutes et tous nous tentons au quotidien de préserver une alliance harmonieuse entre science et humanité. Nous aspirons à la maintenir, mais nous sommes conscients des menaces qui pèsent sur elle. Cette conscience doit nous encourager à mener une réflexion interdisciplinaire. Objet multidimensionnel, débordant infiniment le champ du biomédical, le cancer constitue un univers propice à cette réflexion, mais ce travail de la pensée réclame un recul libre et critique au regard de la dictature des technologies, de notre propre surmoi disciplinaire, des dogmes médicaux ou sociaux et des engouements culturels du moment.

**Mots clés** Humanisation · Médecine · Cancer du sein

**Abstract** To fulfill its function as well as possible, medical art requires considering each patient in the totality of his biological and biographical being. However, the medical world faces a model fond of standardization of practices and inclined to give primacy to the requirements of science and machines over those of humans. As health professionals, we all strive daily to preserve a harmonious alliance between science and humanity. We aspire to maintain it, but we are aware of the threats hanging over it. This awareness should encourage us to carry out an interdisciplinary reflection. A multidimensional object, infinitely overflowing the biomedical field, cancer constitutes a universe conducive to this reflection, but this work of thought calls for a free and critical perspective in front of the dictatorship of technologies,

our disciplinary superego, medical dogmas, or social and cultural fads of the moment.

**Keywords** Humanization · Medicine · Breast cancer

« Mais voici qu'aujourd'hui le respect de l'homme, condition de notre ascension, est en péril ».

Saint-Exupéry [1]

Quoique admirative et même fascinée par la médecine contemporaine, la collectivité a conscience du risque de perte d'humanité que l'usage des technosciences et l'oubli du patient en tant que personne font peser sur les pratiques soignantes. Pourtant, cette menace est souvent jugée secondaire quand elle est mise en balance avec les progrès de la médecine. Doit-on en conclure que nous préférons la santé à tout prix, même au risque de ce que d'aucuns ont appelé, voici déjà plusieurs décennies, « La fin de la médecine à visage humain » ? [2]

Souvent regroupés sous l'appellation d'*humanités médicales*, les débats sur l'humanisation dans le monde de la santé font l'objet d'une réflexion récurrente dans nombre de disciplines académiques : psychologie, sociologie, anthropologie, histoire, philosophie. Par le biais des associations de malades, le sujet est également à l'ordre du jour dans l'espace public. Ce thème de réflexion ne fait pas souvent la une des congrès médicaux.

S'agissant de l'institution médicale et du monde de la santé, mon propos n'est pas de me livrer à un procès en déshumanisation, mais de m'interroger.

Alors que notre médecine enregistre tant de progrès dans le *cure* et bénéficie de tant de soignants engagés en faveur du *care*, d'où vient que son statut de pratique *humaine* soit ébranlé ? Dans une société confrontée à la fois aux machines devenues donneuses d'ordre, à une logique de marché et à une pathologie de la vie relationnelle, comment conserver à la médecine son humanité ?

Ces interrogations font surgir d'habituelles questions préalables.

D. Gros (✉)  
Praticien honoraire des Hôpitaux universitaires de Strasbourg  
e-mail : dominique.gros34@sfr.fr

Qu'est-ce qu'un *humain* ? Un consommateur, de l'ADN, un animal doué de pensée, un miracle ? Un moyen, une ressource, peut-être ? L'expression « directeur des *ressources humaines* » signe l'instrumentalisation de l'humain, et pourtant nul ne relève sa monstruosité ! On rapporte que le philosophe Diogène parcourant les rues d'Athènes en plein jour, approchait sa lanterne allumée du visage des passants, en criant « *Je cherche un homme* » [3], signifiant par là sa difficulté à le découvrir en raison de son embarras à le définir.

Comment définir la *nature humaine* ? Il y a les partisans d'une essence commune à tous, immuable et universelle. Il y a les adeptes d'une hominisation jamais achevée, évolutive, chaotique, conflictuelle, construite socialement — « *Les hommes ne naissent point hommes, ils le deviennent par un effort d'invention* » [4].

Et que signifie *humanisation* ? Ce mot hante nos sociétés dites avancées. Son évocation fait d'emblée émerger le procès rituel de la technique, de l'individualisme, de la société marchande. Écrivez « *humanisation* » dans la fenêtre de l'ami(e) Google : vous obtiendrez des occurrences par millions. Et quels sont les domaines jugés comme devant être humanisés ? Tous. Il faut humaniser l'entreprise, la justice, le management. Il faut humaniser les villes. Il faut humaniser les animaux. Tout, même la guerre. Et bien sûr, du moment que les humains se robotisent, il faut humaniser les robots.

La question de l'humanisation traverse toute l'histoire de la médecine. Je dirai même qu'elle est consubstantielle à l'art médical. Que dit Platon, voici 2 500 ans ? Dans son ouvrage intitulé *Des lois* [5], il distingue deux sortes de médecins.

D'une part, écrit-il, il y a celui qu'il appelle le *médecin-esclave*. Je le cite : « *Ce praticien court d'un malade à l'autre. Il ne lui donne ni n'accepte de lui aucune explication. Il ordonne en vrai tyran et avec suffisance ce que la routine de ses protocoles lui suggère. Puis, il le quitte brusquement pour aller voir un autre malade* ».

D'autre part, il y a celui qu'il appelle le *médecin-libre*. Je le cite à nouveau : « *Ce praticien questionne le malade, l'examine, lui fait part de ses observations, lui explique son mal et ne lui propose aucun traitement sans l'avoir convaincu avec douceur et obtenu son assentiment* ».

Platon imagine même l'éclat de rire du médecin-esclave observant la pratique d'un médecin-libre et le propos qu'il lui tiendrait. « *Insensé, dirait-il, ce n'est pas là soigner un malade ! C'est lui donner des leçons, comme s'il s'agissait d'en faire un médecin et non de lui rendre la santé comme il le désire* ».

Voilà donc décrites, il y a 25 siècles, les deux manières de pratiquer la médecine. Dans l'une, le médecin esclave fait du malade un *objet-maladie* et le prive de toute autonomie ; dans l'autre, le médecin libre fait du malade un *sujet-malade* et reconnaît sa souveraineté.

Si Platon revenait, quel regard porterait-il sur notre médecine ? Comment jugerait-il l'oubli des véritables objectifs du soin ? Que penserait-il de cette prééminence si souvent donnée aux procédures instrumentales sous prétexte d'efficacité — traduisez : *temps gagné* et rentabilité ? Dépistage du cancer du sein : accueil au secrétariat, salle d'attente, direction *salle des machines* et mammographie avant même toute rencontre, tout dialogue, tout acte clinique — écoute, regard, toucher — avec le médecin radiologue.

## Y aurait-il dans nos sociétés des réalités nuisibles à l'art médical ?

La médecine est fille d'une culture. En sus de leurs parents biologiques, les soignants ont des parents sociaux. Nous naissons et grandissons dans une société donnée qui se définit par un modèle anthropologique, des valeurs, des mœurs, un air du temps. Et il serait bien étrange, qu'en l'occurrence, les enfants ne ressemblent pas à leurs parents. Ainsi, une société déshumanisée risque d'engendrer des soignants oublieux de l'humain.

En fait, nous ne cessons d'oublier ou d'occulter à quel point la société dans laquelle nous vivons façonne notre psychisme, nos réactions, nos pratiques de soignants. Notre mal ne vient pas du cœur humain. Il vient de plus loin. Il vient d'un ensemble de spécificités sociétales. Regardées au prisme des techniques médicales — diagnostic, dépistage, thérapeutiques, prévention, ces spécificités créent des avancées. Considérées au prisme de l'humanisation, elles engendrent des régressions et deviennent même des maladies sociétales.

Et quelles sont-elles ces maladies qui menacent notre médecine ?

### La maladie de l'idéologie techniciste

À l'ère technocratique, ce n'est plus moi qui utilise la technique, mais la technique qui m'utilise. La question n'est plus : « *Que veux-je faire de la technologie ?* », mais « *Que veut la technologie ?* ». Celle-ci est devenue une entité autonome, indépendante de la politique et de la société. Cette idéologie engendre le *solutionnisme technique*, cette façon de penser que la technologie est un marteau et que tout problème est un clou.

### La maladie de l'approche managériale

Pour la raison instrumentale, les injonctions productivistes commandent. Maître mot : efficacité et rentabilité. Priorité au faire sur l'être. Le vrai, c'est l'utile. La médecine se découvre confrontée à un dilemme : produire ou soigner ? Multiplier les actes et faire tourner la machine médicale ou

prioriser le seul intérêt de la personne, même aux dépens du système de soin ? La frontière entre les deux devient floue et incertaine dans une société qui fait du profit une valeur et renouvelle ce temps biblique de l'*Adoration du Veau d'or*. En outre, il s'ensuit une perte de sens du travail, le soignant vivant le paradoxe d'être à la fois exploitant et exploité.

### La maladie de la gouvernance par les chiffres [6]

Pour l'esprit de quantité, la réalité est ce qui se répète et se mesure. Tout ce qui n'est pas quantifiable n'existe pas. Triomphe des statistiques. Naissance du *malade quantifié*. En arasant les variations propres au vivant en tant qu'être singulier, les statistiques participent à un désaveu du sujet dans sa singularité et sa subjectivité. Triomphe des vérités probabilistes. Mais que vaut l'affirmation d'une probabilité de guérison face un désir éperdu de certitude ?

### La maladie des protocoles, une alliée de la gouvernance par les chiffres

Tout en assurant une homogénéisation de la qualité des soins en médecine, les protocoles s'adressent à la personne malade en tant qu'objectivité mesurable. S'inspirant des savoirs issus de la *médecine fondée sur les preuves*, cette protocollisation met en lumière les limites d'une approche factuelle, appuyée sur des modèles statistiques, qui ignore les *zones grises* de la pratique clinique. Quant aux promesses de la médecine dite *personnalisée*, elles sont trompeuses quand celle-ci se limite à la *personnalité moléculaire*.

### La maladie de l'hyperspécialisation

Gage de connaissance, l'hyperspécialisation fragmente le malade en une juxtaposition d'éléments et nuit à son approche globale et plénière. L'hyperspécialiste est l'exemple presque parfait du médecin « *qui sait presque tout sur presque rien* ». Dit autrement : il sait tout sur sa discipline, mais rien de plus. Son surmoi disciplinaire l'entraîne au réductionnisme : la femme est réduite à ses facteurs de risque, à son cancer, à son génome...

### La maladie de ceux qui se prosternent devant les images

Sous l'œil de nos multiples techniques d'imagerie, tous les seins féminins ont des anomalies. Tous ont des lésions, des atypies, des zones douteuses... C'est le règne du dysplasique. Tous deviennent précancéreux. Tous doivent être surveillés. Sous la double bannière de la quête d'une santé parfaite et du médicolégal, les seins normaux disparaissent. Ces idolâtres confondent les images du corps avec le corps réel, vivant et subjectivé. Cette idolâtrie va de pair avec l'*adieu au*

*corps* [7] — ce corps visible et tangible abandonné par la clinique et remplacé par son jumeau numérique.

La liste est longue de ces maux sociétaux qui affectent notre médecine. Ajoutons encore la maladie de la médicalisation de l'existence avec son aiguillon, l'utopie de la santé parfaite. Et n'oublions pas une maladie secrétée par le capitaliste tardif avec son modèle anthropologique inédit : *l'homme débordé*. Son *tempo*, c'est le *presto*, voire le *prestissimo*. Finie la temporalité calme, attentive, fertile. « *Le docteur est très occupé* ». Alors, pourquoi écouter ou parler ? Pourquoi expliquer à cette femme son parcours de soins ? « *Tenez, prenez ce document, tout est écrit, il suffit de lire* ».

Toutes ces réalités sociétales qui affectent nos pratiques soignantes, nous les connaissons bien. Nous les vivons au quotidien dans une espèce de *servitude volontaire* [8]. Nous les acceptons comme utiles, quitte à les déplorer à chaque fois que nous en constatons les conséquences néfastes. Songeons à la formule cruelle, mais si juste de Bossuet : « *Dieu se rit des hommes qui critiquent les effets dont ils chérissent les causes* » [9].

### Qu'est-ce qui fait la nature et la difficulté d'un acte médical ?

Pratiquer la médecine exige de faire vivre ensemble deux démarches contradictoires : considérer le patient comme un *objet*, le regarder comme un *sujet*. Donc, distanciation et proximité. D'un côté, objectivation, nécessaire à la démarche scientifique ; de l'autre, ouverture à la subjectivité et à la singularité. Esprit froid et cœur chaud.

Il y a dans le Talmud cette phrase étrange a priori : « *Le meilleur médecin mérite l'enfer* » [10]. Le mot *meilleur* désignant ici le champion de la technique médicale, ce médecin y excelle tant qu'il s'y noie. Il regarde la maladie et oublie le malade.

Tout acte de soin exige d'être une rencontre — rencontre non pas d'un humain avec une machine ou un protocole, mais d'un humain avec un autre humain. La majorité des soignants cultivent les vertus de bienveillance et d'empathie, comme en témoignent tant de malades, même s'il existe des *monstres froids*, comme partout. Ces vertus sont des marques élémentaires et universelles d'ouverture et d'accueil. De même que le sourire, de même que la gentillesse.

Mais humaniser le soin, est-ce seulement cela ?

*Humaniser* nos pratiques ne se limite pas à apporter un supplément d'âme. Sa définition se situe bien au-delà. C'est reconnaître à la personne soignée son droit à exprimer sa souveraineté de sujet, et au besoin l'aider à l'affirmer. En ce sens, on peut dire que l'éthique précède le soin.

Soigner d'humain à humain nous oblige, nous soignants, à des efforts de tous les instants : conscience, vigilance, sensibilité, volonté, mais également un constant travail de la

pensée. Rappelons-nous cet aphorisme célèbre d'Hippocrate dans son traité *De la bienséance* : « *Le médecin philosophe est l'égal des dieux* » [11], formule reprise plus tard par Galien sous une forme moins dithyrambique : « *Le bon médecin est philosophe* » [12].

Pourquoi le médecin deviendrait-il l'égal des dieux s'il est philosophe ? Parce qu'en demeurant fidèle à l'essence et à la noblesse de son art, il se soumet à la loi du Bien.

Pourquoi le médecin se devrait-il d'être philosophe ? Parce que l'exercice de la philosophie ouvre à la quête du sens et à l'esprit critique dans la recherche du Vrai et du Juste.

Mais, me direz-vous peut-être : le quotidien médical est là, avec ses activités chronophages. Il faut dépister, diagnostiquer, soigner. Si en plus, il faut s'occuper de philosophie ! Sans oublier que ce travail de la pensée réclame une ascèse. Il est difficile, exigeant, douloureux même. Il implique de s'interroger sur soi, voire de savoir penser contre soi.

Ma formation de médecin n'est pas garante de ma neutralité scientifique. J'ai des représentations, des affects, une histoire, des valeurs. J'ai un rapport personnel au féminin, au sein, à la sexualité, au cancer. J'ai aussi un ego de soignant, une structure mentale de soignant. Tous ces éléments charpentent ma manière de penser et pratiquer la médecine. Ils influencent aussi mon type de communication avec les femmes que je soigne.

Quelques exemples, choisis dans l'univers du cancer du sein.

En tant que médecin sénologue, de sexe féminin ou masculin, suis-je féministe ? Est-ce que j'encourage les femmes à me poser des questions, à m'interpeller, à s'émanciper ? Suis-je ouvert au concept de patiente experte et partenaire ? Est-ce que j'accepte que les malades m'instruisent de leur expérience du cancer du sein et de leur savoir sur la maladie, m'apprennent tout ce qui n'est pas écrit dans les livres de médecine à ce propos ?

Concernant le dépistage du cancer du sein, ai-je une pensée militante ? Et est-ce que ce militantisme ne nuit pas à la délivrance d'une information « *claire, loyale, nuancée* », comme le stipule l'article 35 du Code de déontologie médicale ?

Au sujet de mon adhésion de principe à la reconstruction chirurgicale après mastectomie, est-ce que je mesure le poids du diktat social qui fait de cette restauration du sein une étape incontournable pour redevenir femme ?

## Difficulté supplémentaire : notre embarras face au cancer du sein

Côtoyer le cancer bouscule nos zones de confort, autant celles du médecin que celles du malade. Ce mal nous met face à la question du destin, de la condition humaine,

de la finitude. Il nous interpelle sur nos ignorances, incertitudes, limites.

Le cancer du sein est le plus emblématique des cancers. Il l'a toujours été. Historiquement, culturellement, socialement et médicalement, il tient le haut de l'affiche. Il nous émeut. Il nous met en demeure d'agir, de ne pas baisser les bras, de sauver des vies ! Objectif justifié, mais porte ouverte aux dérives technocratiques et marchandes.

Les seins et le cancer pèsent lourd symboliquement. Quelquefois, face à leur énormité symbolique, je cède à la tentation de créer un mur de protection contre ce poids qui me trouble et m'embarrasse. Quand cet embarras me submerge, je ferme les yeux, je me confine, je pratique le *distantiel*. Je multiplie les *gestes barrières*. J'use du jargon. Je me réfugie dans la technicité. J'applique sans état d'âme protocoles et recommandations et pour me justifier, j'invoque le sacro-saint principe de précaution. Et, ce faisant, je pratique une médecine du cancer du sein, *sans la femme et sans le médecin*.

Grandeur et misère de notre métier ! Les prophètes transhumanistes nous susurrent que bientôt des robots intelligents et empathiques feront à notre place tout le travail médico-technico-administratif si chronophage. Grâce à la robotisation et à l'intelligence artificielle, nous aurons, enfin, tout notre temps pour le relationnel et l'humanisation. Promesses fallacieuses ! N'attendons pas que les technosciences humanisent la médecine. La science n'enrichit que la technique, jamais la morale ni l'éthique. Seul, l'être humain est susceptible d'humaniser.

À nous, soignants, de dépasser le stade de la déploration au regard d'une médecine fascinée par la technicité et la répétition en boucle des grands principes éthiques. Qu'est-ce que je fais, moi ? Qu'est-ce que je fais, concrètement et au quotidien, pour traduire dans mon activité cette médecine à visage humain que j'appelle de mes vœux ?

Y aurait-il un principe pour nous aider et nous guider ? Il nous a déjà été livré depuis longtemps par les grands penseurs de l'humanisme. Et pour conclure, je rappelle ce principe, tel qu'il a été énoncé par Hannah Arendt dans son ouvrage *L'humaine condition* : « *Ce que je propose, écrite, est donc très simple : rien de plus que de penser ce que nous faisons* » [13].

**Liens d'intérêt** : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt

## Références

1. Saint-Exupéry (1944) Lettre à un otage. Gallimard, p. 38
2. Skrabanek P (1995) La fin de la médecine à visage humain. Odile Jacob, Paris

3. Diogène Laërce (1999) *Vies et doctrines des philosophes illustres*, VI, 41, Librairie Générale de France, Le Livre de Poche, p. 718
4. Érasme (1992) *Il faut donner très tôt aux enfants une éducation libérale*, Robert Laffont, collection Bouquins, Paris, p. 487
5. Platon, *Lois*, IV, 720a-e et IX, 857c-d
6. Supiot A (2015) *La gouvernance par les nombres*. Fayard
7. Le Breton D (1999) *L'adieu au corps*. Métailié
8. de La Boétie E (2002) *Le discours de la servitude volontaire*. Payot, Paris
9. Bossuet (1844) *Histoire des variations des églises protestantes*, I, 4, Carpentier, Paris, p. 156
10. Talmud, *Traité Kidouchin*, 82a
11. Hippocrate (1861) *Œuvres complètes*, IX, *De la bienséance*, 5, traduction par É. Littré, Baillière, Paris, p. 233
12. Daremberg C (1854) *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*. I, Baillière, Paris, p. 1
13. Arendt H (1983) *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, coll. Pocket Agora, Paris, p. 38