

Jean-François
MATTEI

L'homme
en quête
d'humanité



Jean-François
Mattei

Médecin et président
de la Croix-Rouge
française

PRESSES
DE LA
RENAISSANCE 

Servitudes et grandeur de la médecine moderne

Le médecin doit-il satisfaire toutes les demandes ?

Évolution vertigineuse : une médecine qui change, dans une société sans précédent.

Lorsque l'on évoque le métier de médecin, le mot de « vocation » vient souvent le premier à l'esprit. Ce mot possède une signification particulière, parfois désuète. Il éveille immédiatement pourtant plusieurs idées fortes, par analogie avec la première vocation qui soit, la vocation religieuse.

D'abord un appel irrésistible. Rien ne pourrait détourner celui qui en est habité : il est attiré par la nécessité intérieure de suivre cette voie (ou cette voix).

Ensuite un engagement exclusif au service des autres, employé à lutter contre la souffrance et la douleur.

Enfin un désintéressement, dans la mesure où l'on ne peut monnayer, au sens commercial du terme, son action. Ainsi est-il dit dans le serment d'Hippocrate : « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et ne demanderai jamais un salaire au-dessus de mon travail... »

Le médecin acquiert ainsi une grandeur qui lui donne une place à part parmi ses semblables et qui en fait volontiers un héros des temps modernes, exaltant les valeurs de toujours, valeurs de générosité, de compassion et d'altruisme. C'est du moins l'image qu'en donnent les séries télévisées à succès, mais aussi nombre de romans plus classiques tels *Les Thibault* de Roger Martin du Gard et beaucoup d'autres ! La liste est longue pour mettre en avant ce magnifique idéal. La médecine est un sujet qui réconcilie avec la bonté des hommes.

Pourtant, au fil des ans, cette grandeur paraît rongée par nombre de servitudes et de contraintes. Et les médecins regardent parfois le passé avec nostalgie. Où est la considération dont ils étaient l'objet ? Que reste-t-il de la confiance du patient ? Où est le revenu confortable ? Où est la liberté avec laquelle on accueillait toute la misère du monde quand elle frappait à la porte ? Où est le statut privilégié du médecin qui faisait de lui un notable respecté ?

Certes, des exceptions persistent : mais toutes ces contreparties (qui permettraient d'assumer une vie difficile) se sont, le plus souvent, effilochées au fil du temps pour appartenir au passé. Reste aujourd'hui une liste éprouvante de servitudes : techniques, économiques, juridiques et administratives, sociales et morales.

Les servitudes techniques : tout ce qui est possible est-il souhaitable ?

Les servitudes techniques résultent de la révolution scientifique. Dans le domaine des connaissances et des

techniques, on a plus progressé en cinquante ans qu'en cinquante siècles. Les avancées se sont produites dans tous les domaines touchant à la vie de l'homme : la communication et l'information, l'énergie ou l'environnement, par exemple.

C'est probablement dans le domaine médical que ces avancées bouleversent le plus nos rapports humains et notre organisation sociale. La question est de savoir si le médecin a désormais l'obligation morale de satisfaire *toutes* les demandes qui lui sont faites, dès lors qu'il possède la technique.

Les techniques d'insémination, de fécondation *in vitro*, d'injection intra-ovulaire de spermatozoïdes, pour ne citer que celles qui sont le plus utilisées, permettent désormais de donner la vie là où elle était impossible.

Le clonage nourrit nos rêves d'immortalité.

Grâce à l'utilisation des cellules souches, l'homme rêve de bientôt savoir réparer l'irréparable !

Ces nouvelles possibilités posent la question de la légitimité de leurs indications. Tout ce qui est possible est-il souhaitable ? On devine cette interrogation cruciale sur le rapport de la médecine à la santé. Autrefois, l'intervention médicale était évidente lorsqu'il s'agissait de lutter contre la maladie et la mort ; elle l'est moins aujourd'hui, où les pouvoirs de la médecine se sont étendus à des situations nouvelles qui sortent du champ de la seule pathologie. L'infertilité, par exemple, doit-elle toujours être considérée comme une maladie ? Certaines stérilités sont indiscutablement d'origine pathologique et doivent être prises en charge ; cependant, aujourd'hui, le recours à l'assistance médicale à la procréation peut être demandé non pour remédier à une anomalie, mais pour modifier un état de fait naturel, et cela pour seule convenance personnelle : célibataires, veuves, femmes ménopau-

sées, couples homosexuels. Il ne s'agit pas de dire si ces demandes sont « socialement acceptables » ou non, mais de savoir si le médecin a l'obligation morale de répondre à ces requêtes.

Ne risque-t-il pas, alors, de devenir un simple prescripteur de service, dans une société consumériste considérant l'enfant comme un droit ? Ce faisant, il s'éloignerait notablement de l'éthique d'Hippocrate. La médecine deviendrait purement technique : elle mettrait en œuvre des moyens sans se soucier des fins.

Dans le domaine de la génétique, une meilleure connaissance des chromosomes et des gènes permet des diagnostics plus précis, un conseil génétique aux familles plus sûr, une prise en charge de l'affection plus adaptée ; et, demain, un traitement plus efficace grâce à la thérapie génique ou cellulaire. C'est là un progrès auquel j'ai participé. J'ai eu la chance d'être orienté par un patron ayant une claire vision des nouveaux espaces qui s'ouvraient. J'ai fait partie des premiers médecins généticiens, véritables pionniers, et je suis heureux d'avoir exercé cette discipline au service des malades et de leurs familles.

Pourtant, assez vite, aux questions techniques ont succédé des considérations philosophiques qui touchaient à la morale, à la métaphysique, et qui remettaient l'éthique sur le devant de la scène. C'est cela qui a fait naître mon intérêt personnel pour tous les problèmes d'éthique : chaque consultation soulève son lot de questions.

Le recours au *diagnostic prénatal*, qui permet de rassurer bien des couples et permet une éventuelle « prise en charge précoce » après la naissance, offre aussi la possibilité d'une interruption de la grossesse en cas d'anomalies graves et incurables.

Le principe revient alors, souvent, à supprimer un malade que l'on ne sait pas soigner. On devine la portée d'une telle attitude et les risques de dérives évidentes.

Il ne s'agit pas, évidemment, de juger le choix personnel d'une femme ou d'un couple face à une terrible épreuve.

Mais que dire d'une société dans laquelle l'addition des choix individuels traduit une sorte de volonté collective : celle de s'orienter vers la sélection des enfants à naître ? Quels qu'aient été les malentendus sur l'arrêt Perruche de la Cour de cassation, qui condamnait un médecin à indemniser un enfant porteur d'anomalies à la naissance, l'interprétation la plus évidente était celle-ci : l'enfant n'aurait pas dû naître parce qu'il était trop gravement handicapé. Sa vie ne valait pas la peine d'être vécue. Elle résultait d'une erreur, qu'il fallait maintenant indemniser... Sur un tel sujet on se doit de mesurer la portée des décisions et des choix, car ils déplacent le cadre de valeurs d'une société tout entière. En voulant (dans un souci d'équité) faciliter matériellement les conditions de vie de la personne handicapée, on soutient l'idée que le mieux eût été d'empêcher cette vie en arrêtant la grossesse.

D'ailleurs, la nécessité s'est imposée de poser des limites à l'extension des demandes de diagnostic prénatal. Désormais, presque tous les États interdisent – par exemple – la sélection des enfants à naître sur le seul critère du sexe. Et si ces limites ont été édictées, c'est parce que le risque redouté, loin d'être fantasma ou chimère, s'est révélé bien réel.

Personne ne peut nier que, depuis toujours, nos sociétés ont presque constamment opté pour l'élimination des enfants handicapés : et cela en dehors de tout choix politique d'eugénisme... La sélection des enfants

à naître est aujourd'hui facilitée par le diagnostic préimplantatoire. Cette technique permet même de choisir *in vitro* l'embryon qui sera, non seulement indemne de la maladie redoutée, mais immunocompatible avec un enfant précédent malade. C'est le choix de cet embryon-là, et la venue au monde de cet enfant-là, qui rendra possible une transplantation de moelle, dans l'espoir d'une guérison inespérée pour celui qui était condamné. Cette procédure du « bébé médicament » (« l'enfant du double espoir », pour s'exprimer de façon politiquement correcte !) pose la question de la conception, de la sélection et de la venue au monde d'un enfant répondant à des critères très précis, et désiré moins pour lui-même que pour sauver son frère ou sa sœur condamné.

Autre question : *l'identification des gènes*. Elle arise déjà, dans un nombre de cas régulièrement croissant, l'estimation du risque de maladie à déterminisme génétique. C'est ainsi que l'on peut repérer très tôt les gènes prédisposant au cancer du sein, du gros intestin ou de la rétine. Bien entendu un tel dépistage des risques génétiques peut conduire à une surveillance précise et régulière, à des prescriptions diététiques et/ou médicamenteuses, voire à des interventions chirurgicales préventives. Malheureusement, il devient aussi possible d'accéder à ces bilans génétiques à des fins d'emploi, d'assurance ou d'emprunt. En France, ces pratiques ont été interdites par les lois de bioéthique ; mais dans un monde qui s'ouvre et qui privilégie les critères économiques et la pression du marché, on voit les dérives possibles et le danger des discriminations. À la souffrance de l'anomalie génétique, s'ajouterait celle d'être écarté des règles habituelles de la société : cette nouvelle forme de « double peine » cumulerait la maladie et l'exclusion !

Enfin, dans le domaine de la génétique plus qu'ailleurs, le médecin sera confronté à la difficulté du secret médical : s'agissant d'un enfant dans un couple, il est difficile de taire à l'un comme à l'autre les données qui leur permettront d'orienter leurs choix futurs. La situation est plus difficile encore lorsque c'est toute une famille qui est concernée par la transmission d'une affection héréditaire.

Pour les *transplantations d'organes*, des progrès formidables ont été accomplis. Pourtant, dans ce champ d'activités entre la mort et la vie, des questions techniques tout autant que métaphysiques suscitent de nouvelles contraintes pour l'action.

D'abord celle de la définition de la mort qui, contrairement à une idée simple, s'avère épouvantablement difficile à formuler¹. La notion de mort cérébrale, qui repose sur des critères bien définis, est certes utile pour prélever des organes encore oxygénés et donc en état de fonctionner, mais comment tenir pour mort celui qui respire encore, fût-ce par le truchement d'un respirateur ? Comment peut-on être considéré comme mort quand le cœur bat, que les poumons respirent et que le sang circule ? De cette ambiguïté viennent toutes les difficultés de la greffe et la pénurie de greffons.

Ensuite, comment respecter le principe du consentement présumé du défunt (pourtant défini par la loi) quand l'interrogation familiale conduit à un refus, de peur de trahir une volonté méconnue ? Même quand la loi autorise le prélèvement, c'est la contrainte morale qui conduit à s'abstenir.

C'est encore cette même contrainte qui va s'imposer dans le choix d'attribution du greffon à tel ou tel

1. Voir le chapitre 4.

malade. Ils sont si nombreux à l'attendre, ce greffon rédempteur ! À qui l'attribuer ? Sur quels critères se fonder ? La gravité du malade ? Son ancienneté sur une liste d'attente ? Sa proximité géographique ? Encore tient-on pour acquis le refus des dérivés qui conduisent à toutes sortes de discriminations ne relevant pas de critères médicaux : notamment celles rendues possibles par la véritable « situation de marché » que crée le déséquilibre entre les offres trop rares et les demandes très nombreuses¹.

Ce sont, généralement, des contraintes morales ajoutées aux contraintes techniques qui créent la pénurie d'organes. Ce sont elles qui, paradoxalement, conduisent à se tourner vers d'autres situations, parfois plus discutables encore, telles que le recours à des donneurs vivants. Quelques essais de prélèvements après arrêt cardiaque sont tentés, semble-t-il avec succès, on espère aussi que des greffons d'origine animale (xénogreffes) pourront être utilisés. Nous ne sommes pas au bout de nos questions éthiques !

Tout se joue comme dans le cadre de la tragédie classique, selon la règle des trois unités : de *temps* (la mort, le prélèvement et la transplantation, au total quelques heures), de *lieu* (hôpitaux et cliniques) et d'*action* (les équipes pluridisciplinaires de transplantation, parfaitement coordonnées au sein d'un réseau

1. On se souvient du scandale suscité au printemps 2007 par une émission de télévision néerlandaise qui mettait en scène – comme dans un jeu à suspense – des « demandeurs » (authentiques malades du rein) et une future « donneuse », malade incurable, qui devait choisir parmi les rivaux celui auquel elle donnerait son organe. En réalité, l'émission était truquée : la donneuse était une actrice. Les médecins des Pays-Bas ont été indignés par le procédé. Mais une partie du gouvernement l'a approuvé, comme « ayant sensibilisé l'opinion publique au problème du don d'organes ».

efficace). Et tout repose sur le thème d'un choix, tragique, crucial : obtenir le consentement de prélever avant d'attribuer le greffon.

Dans ces trois exemples – le diagnostic prénatal, la génétique, la transplantation d'organes –, il s'agit d'une nouvelle forme d'activité du médecin : la biomedicine. Celle-ci utilise la matière vivante en bonne santé (cellules souches, gènes, organes) pour secourir le vivant menacé par la maladie. On entre dans une nouvelle ère qui, de fait, conduit à considérer le vivant comme une matière première inédite, destinée à soigner. On devine les bouleversements qui en découlent, sur le plan de la démarche médicale et des fondements éthiques.

*
* *

Dans le domaine des techniques chirurgicales, d'autres contraintes techniques nouvelles sont apparues. Si le chirurgien reste toujours ce magicien auréolé par la lumière du scialytique dans un bloc opératoire, bistouri à la main, voilà que l'image prend soudain un coup de vieux. Ouvrir le corps devient moins nécessaire, puisqu'on opère de plus en plus avec les techniques dites « à corps fermé » : pour intervenir, il suffit d'une petite boutonnière cutanée pour introduire à l'intérieur du corps un tube muni d'une lumière et de micro-instruments. Un ménisque, une vésicule biliaire, une prostate peuvent désormais s'extraire sans pratiquement laisser de traces. Il devient même possible d'opérer à distance, par le truchement d'un robot que l'on dirige grâce à l'imagerie combinée à l'informatique...

Si j'insiste sur toutes ces nouveautés techniques, c'est qu'elles font prendre, plus que jamais, conscience d'une nouvelle servitude considérable : *un médecin seul ne peut plus faire grand-chose*. Il faut, désormais, une somme de compétences très différentes et nombreuses, exigeant une sur-spécialisation des praticiens.

Cette évolution est vertigineuse.

Partis d'une médecine qui s'adressait à l'homme dans la globalité de sa personne, nous voilà parvenus à une médecine d'organes, voire à la médecine d'une seule pathologie pour un seul organe : par exemple, la médecine cardio-vasculaire se spécialise en troubles du rythme, insuffisances cardiaques, thromboses coronariennes ; l'ophtalmologie, en pathologies de la rétine, du cristallin, de la cornée ; l'hématologie, en cytologie ou problèmes de coagulation. Et la liste n'est pas close. Certains prédisent même le moment où des techniciens hautement spécialisés, mais non médecins, pourraient eux-mêmes (sous la responsabilité d'un médecin) accomplir ces actes avec une dextérité n'impliquant pas la douzaine d'années d'études et d'apprentissage nécessaires pour former un chirurgien.

Nous vivons un changement profond de la nature de la médecine : à la fois dans l'intervention, asservie à la technique et à l'équipe, et dans la relation au malade.

Avec l'informatique médicale, qui en est encore à ses balbutiements, c'est une nouvelle forme d'écriture qui apparaît. Elle s'impose à tous les stades de la communication. Elle contraint à l'objectivité plus qu'elle ne permet la subjectivité. Elle conduit à regarder parfois davantage l'ordinateur que le visage du malade : l'écran joue alors son rôle premier d'*écran*, interposé entre médecin et malade. Dans le même temps, c'est tout le champ de la confidentialité qui

exige des attentions renouvelées et des précautions renforcées.

Il y aurait beaucoup d'autres exemples à citer, qui tous montreraient comment le rôle du médecin, malgré les avancées techniques, ne peut être confondu avec celui d'un technicien ou d'un ingénieur.

Si la médecine est devenue une véritable science, basée sur des données objectives, elle n'en demeure pas moins un art, laissant toute sa part à l'intuition et à la subjectivité : ce qu'on appelle encore le « sens clinique ». C'est la raison pour laquelle je déplore grandement cette sélection quasi exclusive de nos médecins sur des critères purement scientifiques. N'est-il pas absurde que nos futurs psychiatres soient issus de baccalauréats scientifiques, quand ils auraient tant appris en étudiant les philosophes ? Nous perdrons de vue quelque chose d'essentiel, si nous nous mettons à croire que la médecine est plus proche de l'algorithme que de l'éthique.

Les servitudes économiques : l'égalité d'accès aux soins est mise en cause

Les servitudes économiques ne sont pas les moindres, et elles sont pour partie liées aux « progrès » — qui coûtent cher. Mais le coût du système de santé vient aussi de l'extension des pratiques médicales à la prévention et au mieux-être, qui s'écartent du seul champ des maladies. Plus que jamais la santé marche sur deux jambes : le préventif et le curatif.

Le progrès en lui-même est souvent synonyme d'investissement. Lorsqu'une nouvelle molécule ou

un nouvel appareil sont disponibles sur le marché, ce sont dix ans de recherche et d'innovation qu'il faut amortir le plus vite possible : le risque est réel d'être très vite dépassé par une nouvelle génération de molécules et d'appareils plus performants encore. Il faut donc faire fonctionner les équipements le plus possible, réorganiser le temps de travail, rassembler les moyens sur des plateaux techniques communs : donc lier la compétence à l'activité, et l'activité à la concentration, dans une véritable logique d'aménagement du territoire.

Mais le progrès coûte également cher au travers de ses conséquences. L'allongement de la durée de la vie des malades est à l'origine de l'augmentation de coûts élevés, au travers, par exemple, des cancers en rémission prolongée, ou des maladies chroniques stabilisées des années durant, telle l'insuffisance rénale chronique.

Dans la population générale, d'autre part, l'allongement de la durée de vie provoque un vieillissement de la population avec lequel apparaissent de nouvelles pathologies : multiplication des cancers ou des maladies neurodégénératives, apparition de la maladie d'Alzheimer et des états de dépendance qui relèvent du domaine médico-social.

Le progrès est donc doublement coûteux. Or, on ne peut durablement dépenser plus que ce que l'on gagne... C'est un lieu commun qu'il convient de rappeler, devant les faux-semblants et les contre-vérités. Quand la richesse du pays (PIB) augmente de 0,5 % ou même de 2,5 %, mais les dépenses de santé de 4 à 8 %, on comprend que les déficits des comptes de la nation se creusent. Ils exigent des emprunts, qui génèrent des intérêts coûteux, lesquels conduisent à de nouveaux déficits ; ainsi s'amorce un inévitable cercle

vieux. Et ce, d'autant plus que le nombre de chômeurs est élevé. Ce sont les générations à venir qui sont concernées. Ce sont d'ailleurs les seules à ne pas être consultées.

Il ne faut pas chercher ailleurs l'origine des multiples plans « de redressement » de la Sécurité sociale depuis plus de trente ans. Ce sont eux qui aggravent la deuxième spirale du cycle pervers en introduisant la maîtrise comptable avec le budget global à l'hôpital, carcan pénalisant les meilleurs ; ou les lettres-clés flottantes, source de découragement des médecins les plus sollicités.

Cette évolution a un caractère insupportable. Elle introduit, de plus, une nouvelle servitude inévitable au travers de l'obsession des coûts. On ne peut méconnaître que certains pays ont opéré un distinguo entre les malades « pouvant bénéficier des soins » et ceux qui ne « doivent pas » en bénéficiant, en vertu du rapport coût/efficacité. Plus de greffe de reins pour les personnes âgées. Pas de greffe de poumons pour les fumeurs. Pas de greffe de moelle dans les leucémies au pronostic péjoratif, car elles rechutent fréquemment !

En clair : l'égalité d'accès aux soins est remise en cause, en raison de critères économiques.

S'installe la servitude des contrôles accrus, des règles de « bonnes pratiques », des préoccupations supplémentaires à intégrer, très différentes des soins proprement dits.

Cette nouvelle servitude est difficile à accepter. La médecine et la gestion économique sont différentes par nature, même si l'on comprend qu'elles ne peuvent s'ignorer.

Les servitudes juridiques et administratives : un poids très lourd sur le médecin

C'est sans doute le domaine qui a le plus bouleversé la pratique médicale.

La notion d'erreur médicale avait toujours existé et faisait partie des risques aléatoires de l'exercice des médecins ; par nature, toute action humaine peut faillir. Mais le fait est que cette perspective est insupportable ; tout doit être fait pour prévenir les erreurs et les complications, notamment par une politique sans faille sur la qualité des soins. Notre société évolue désormais vers le droit à réparation de tout dommage, qu'il y ait faute ou pas.

Cette évolution a tout changé. Il ne s'agit pas de refaire l'histoire de ce changement, lié à l'influence anglo-saxonne (celle des États-Unis, où chaque geste de la vie quotidienne est scruté par les « gens de loi »), mais lié aussi à une redoutable série de crises sanitaires qui ont entamé la confiance de la population : sang contaminé, hormone de croissance, distilbène, parmi d'autres.

Les malades, tels des consommateurs, se regroupent en associations actives. Ils sont mieux informés, par l'Internet et les médias. Ils sont mieux organisés et agissent sous forme de groupe de pression. La loi du 4 mars 2002 les associe, désormais, aux instances de décision d'un certain nombre de structures de soins. Ils y sont assidus, bâtissant et confortant une doctrine, et ils s'imposent non plus seulement comme des patients, mais comme des contractants. Il faut espérer qu'étant associés aux responsabilités des décisions ils sortiront très vite du rôle de méfiance et de critique systématiques.

En somme, les patients deviennent aussi les acteurs du combat contre leurs maladies. Leur confiance est moins spontanée ; elle doit se gagner.

Sur la loi concernant les droits des malades, rien à redire : c'est un réel progrès social. Les médecins s'étonnent pourtant que rien ne figure en corollaire sur les devoirs des malades. Il est toujours souhaitable que les droits s'accompagnent de devoirs, ce qui permet de répartir les responsabilités de façon plus équitable. Les médecins sont parfois découragés de devoir tout assumer sans pour autant que leur travail en soit facilité.

Le « consentement libre et éclairé » du patient est évidemment une avancée, un progrès du respect. Pourtant la chose n'est pas si simple. Elle nécessite une information du malade, la plus complète possible : chose normale puisqu'il doit être « éclairé ». Mais les médecins s'interrogent sur la limite de l'information : faut-il également parler des accidents rarissimes ? Doit-on dépendre à un malade inquiet les complications toujours possibles, quoique exceptionnelles, au cours de l'anesthésie, de l'intervention et dans les suites opératoires ? Cela n'aurait vraiment pas de quoi remonter le moral de celui qui doit, certes, être informé, mais a besoin aussi d'être rassuré... La confiance est un élément important dans ces instants difficiles.

J'ajoute que demander à une femme chez qui on vient de découvrir un cancer du sein – et malgré une information large (qu'elle aura elle-même complétée sur Internet) – si elle choisit la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie, me semble relever d'une désresponsabilisation du médecin.

Et pourtant c'est bien ainsi qu'il doit faire !

On m'objectera avec raison que, le plus souvent, le patient finit par s'en remettre à son médecin ; mais c'est au terme d'un parcours qu'il est très difficile

d'humaniser, tant il repose sur des chiffres et des statistiques.

Une dérive s'installe d'ailleurs, de plus en plus fréquente, qui consiste à remettre des formulaires détaillés que le patient est censé lire avant de les signer. La paperasse anonyme est en passe de l'emporter sur le dialogue singulier, afin de satisfaire à la logique juridique. S'agissant désormais, entre patient et médecin, d'une démarche contractuelle, chacun doit veiller à préserver ses propres intérêts. Un de mes amis, chirurgiens, m'a dit un jour qu'il avait été « très déstabilisé » le jour où il s'était aperçu que dans ses indications opératoires, il se prenait parfois à penser à ses propres intérêts autant qu'à ceux de ses patients. Il hésitait désormais à proposer une intervention difficile avec de gros risques de complications, pour éviter les suites juridiques éventuelles. Il faut dire que le concept nouveau de « responsabilité sans faute » a créé un nouveau champ : protecteur pour le patient, ce qui est bien, mais très préoccupant pour le médecin, car les assureurs n'ont pas manqué de réagir en augmentant le montant des polices d'assurances médicales.

Et que dire des obstétriciens et des échographistes de la grossesse ? Après l'arrêt Perruche de la Cour de cassation, qui établit le médecin comme responsable de la naissance d'un enfant mal formé, les spécialistes de la grossesse ont immédiatement compris qu'au moindre doute il faudrait alerter le couple – et parler d'interruption médicale de la grossesse. De ce fait, les spécialités « à risques juridiques élevés » sont de moins en moins choisies par les étudiants en médecine. Quel paradoxe ! Les femmes, que la loi voulait protéger, trouveront-elles encore dans quelques années les médecins dont elles ont besoin ?

Pas plus que le médecin n'est ingénieur ou gestionnaire, il n'est un juriste maîtrisant les arcanes du droit.

Les servitudes sociales et morales : il faut préserver le contrat de confiance...

Les servitudes sociales découlent désormais de l'organisation de notre service de santé, qui est un système solidaire.

Ces faits suscitent souvent de l'irritation, voire des protestations dans le corps médical. Je le sais bien. Mais le service de soins est, par nature, un service public essentiel. C'est une obligation de l'État de le garantir. C'est un droit pour tout un chacun d'y accéder.

De ce fait, tous les médecins, y compris les médecins libéraux, sont agents du service public. Ils le sont par leur statut de fonctionnaires pour les médecins hospitaliers, ou comme délégués dans le secteur privé. D'ailleurs, les uns et les autres (directement ou indirectement) sont en grande partie rémunérés par de l'argent public par l'intermédiaire de l'assurance maladie. De même, tous les médecins sont des prescripteurs de dépenses publiques : par les ordonnances, les demandes d'examen, les hospitalisations, les arrêts de travail et déclaration de maladies de longue durée, par exemple.

Mais d'autres contraintes s'ajoutent encore au regard de l'impératif d'accès aux soins. Il faut, en effet, former les médecins dont on a besoin. Il ne faut pas laisser se développer l'évolution qui conduit les étudiants vers les spécialités moins contraignantes, loin des spécialités difficiles. Le pays a également besoin d'anesthésistes, de chirurgiens, d'obstétriciens et d'argentistes !

La dérive vers le « moins contraignant » existe également au sein de la médecine générale, qui s'éloigne de la permanence des soins. Le temps est passé où le médecin pouvait être appelé dans la nuit au chevet d'un enfant très fébrile. Désormais les urgences de l'hôpital ont bon dos ; au point de devenir parfois le lieu de fréquentes consultations qui n'ont rien d'urgent, au détriment des urgences véritables.

Enfin, tout le monde comprend que les médecins ne peuvent pas tous s'installer dans les mêmes endroits pour des raisons de climat, de qualité de vie ou d'environnement culturel. Les populations des départements de montagne et de campagne, les habitants des petites communes dans des départements déshérités ont également le droit d'être soignés. Comme on l'a déjà fait pour les pharmaciens, les conditions d'installation de nos futurs médecins constituent, à mon sens, l'un des problèmes difficiles qu'il faudra régler sans trop tarder. Il vaudrait mieux l'incitation et l'accompagnement que la contrainte, et beaucoup de temps sera nécessaire pour changer les habitudes : mais l'État ne peut accepter de former des médecins en quantité alors que la pénurie s'installe dans des zones entières. Les médecins doivent, évidemment, s'installer pour exercer là où la population a besoin d'eux.

Sur le plan social, les médecins devront répondre aux nouveaux impératifs de l'organisation de notre société.

J'ai déjà évoqué les nouvelles relations entre soignés et soignants, le respect des droits du malade. Une sorte de contrat juridique tacite tend à se substituer au contrat moral entre la confiance du malade et la conscience du médecin. Je souhaite de toutes mes forces que ce contrat intime persiste : il est, à mon

sens, l'un des gardiens de notre humanité confrontée à la souffrance.

Les médecins devront encore modifier leur exercice, s'organiser de plus en plus en cabinet collectif, pour partager des moyens mis en commun et assurer à tour de rôle une présence disponible. Ils devront apprivoiser l'informatique. Ils devront se plier à une évaluation de leurs pratiques et à une formation professionnelle continue, afin de maintenir le niveau de leurs connaissances dans un domaine professionnel où tout évolue très vite.

Cet ensemble de servitudes inédites heurte parfois le médecin libéral qui, par nature, n'est ni un ingénieur, ni un comptable, ni un homme de loi, et n'a pas l'âme d'un fonctionnaire soumis à une hiérarchie.

Grandeur de la médecine : si c'était à refaire, je le referais

Et pourtant : malgré tout cela, je demeure convaincu de la grandeur sans égale de la médecine. Tout simplement parce que sa nature même est de se pencher sur des questions profondément humaines. Des questions qui sous-tendent notre humanité. Les médecins s'interrogent sur la vie, sur la question de savoir quand nous commençons d'exister. Ils sont ceux qui savent ces désirs d'enfants qui leur sont confiés, la douleur d'une stérilité, la peine d'une fausse couche redoutée, le drame d'une grossesse non désirée, l'épreuve d'une vie différente marquée par le handicap d'une anomalie. Ils savent la beauté de la vie et parfois sa tragédie. Ils savent les contradictions intimes, les équilibres difficiles dans un couple, la force de la vie mais aussi la fragilité d'une vie en sursis. Ils savent la puissance de

leurs techniques et leur caractère parfois dérisoire. Tout cela, ils l'ont appris à l'école de la vie plus que sur les bancs des facultés.

Ils s'interrogent sur la mort aussi. Est-ce une fin ou un passage ? Ils savent ces espaces gris indéfinissables où tout bascule. Ils peuvent hésiter entre le combat pour la vie à tout prix, ou pour un accompagnement moins scientifique et plus humain. Ils entendent les confidences ultimes, les chagrins qui s'épanchent, les émotions qui se livrent. Ils devinent aussi parfois les drames qui se nouent. Ils écoutent les dernières demandes ouvrant le champ de l'âme, qu'ils ne peuvent ignorer. Ils se sentent parfois investis d'un rôle de médiateur entre la vie et la mort, entre la misère du corps et la grandeur de l'esprit. Ils apprennent de la vie et de la mort, à tout moment.

Ils s'interrogent sur la souffrance qui surgit, à chaque instant, dans leur univers quotidien. Ils voient là leur ennemi définitif, loin de toutes les conceptions anciennes de rédemption assurée. Ils ne savent pas, certes, si l'on gagne son paradis en souffrant¹, mais ils sont persuadés que la souffrance est inhumaine. Qu'elle est immonde en toutes circonstances, inacceptable, particulièrement révoltante quand elle s'introduit dans le corps d'un enfant.

C'est parce que l'enfant est tout aussi fragile qu'innocent que le médecin s'attarde spontanément auprès de lui. Il essaie par ses gestes et ses mots de partager ce fardeau d'injustice. Il prend la petite main dans la sienne pour rassurer et signifier qu'il est là pour aider. Mais pour autant il sait bien qu'il n'a pas le

1. Ce n'est d'ailleurs pas ce qu'enseignent les religions, contrairement à ce que l'on dit souvent.

droit de crier comme il en aurait pourtant souvent l'envie. Lutter contre la douleur devient alors son obsession, parfois même au prix du risque de la vie.

Il s'interroge aussi sur la nature des différences entre les hommes, sur les caractéristiques des uns et des autres. Il comprend qu'au-delà de la qualité des gènes, qui leur donnent des conditions de vie différentes, les personnes ne sont pas rendues plus ou moins humaines par ces gènes. Le médecin ne peut pas non plus comprendre le racisme, ni la peur de l'étranger : pour lui, tout être porte en lui cette dignité essentielle qui fait de lui un humain. Plus que d'autres, le médecin qui se penche sur des malades, tellement différents par ce qu'ils portent et ce qu'ils ont vécu, est capable de comprendre l'unité de notre humanité. Il sait (parce qu'il l'a vue, touchée, palpée, écoutée) que toute personne humaine est à la fois forte et fragile, profondément respectable, et davantage encore dans la souffrance.

Les médecins s'interrogent, enfin, sur le destin et la liberté de chacun. Si chacun de nos gènes détermine un de nos caractères, faut-il en déduire que nous serions biologiquement prédestinés par le programme génétique écrit dans notre molécule d'ADN et porté par nos chromosomes ? Les médecins s'interrogent sur l'espace de liberté qui reste à l'homme pour choisir et assumer son destin. Et très vite, même généticien, il s'insurge et comprend que la génétique n'est pas tout. Le gène du bonheur n'existe pas. Le destin d'une symphonie n'est pas tout entier écrit dans la partition. Il dépend aussi des musiciens et du chef d'orchestre, de l'acoustique de la salle, du public, et aussi de cette indéfinissable part qu'à défaut d'autre chose on qualifie de hasard.

C'est pour cela que le médecin sait la part de l'environnement, du groupe social et de la nature des échanges qui font la culture dans l'accomplissement d'un

destin d'homme. Mieux que d'autres il connaît la liberté de la personne pour se déterminer et conduire sa vie, mais il sait aussi parfois les contraintes indicibles qu'il faudra surmonter.

Parce que toutes ces questions ont un fondement métaphysique, au sens où elles échappent à la dimension purement physique du corps, elles conduisent le médecin - croyant ou non - à pénétrer ce jardin secret qui abrite l'humanité de l'homme. Parce que le corps est animé et que l'âme est humaine, il y décèle ce qui ressort de la dignité, il sait les zones d'ombres et celles qui éclairent. Au travers de chaque personne, c'est tout cela qui vient s'en remettre au médecin, quoi qu'on en dise et malgré toutes les tentatives de banalisation.

Quels que soient leurs évolutions, leurs aléas, leurs perversions, les sociétés humaines (parce qu'elles sont humaines) ont toujours, et auront toujours, besoin de médiateurs. Le religieux intercède entre Dieu et les hommes, entre le matériel et le doute métaphysique. Le médecin, lui, intervient entre l'homme et son corps : entre l'homme et lui-même.

Sans médiateur, la sérénité est impossible à trouver : la solitude avec soi-même peut être terrible, le dialogue à huis clos avec soi-même peut être désespérant au point d'être inhumain. Il n'est que de voir les innombrables consultations médicales liées au mal-être quotidien de ceux qui sont seuls, abandonnés ou exclus, chômeurs ou déracinés, sans but dans une vie inutile. Ils ont besoin d'exister quelques minutes, face à quelqu'un qui écoute, pose son regard et rassure. C'est dans leur tête et leur cœur que ces malades souffrent, parce qu'ils doutent d'eux-mêmes et de leur propre existence.

Bien sûr la pratique médicale ne va plus de soi aujourd'hui. La compassion ne suffit pas. Il y a des prérequis à satisfaire, que l'on pourrait d'ailleurs résumer à l'exigence de qualité et la recherche de l'excellence. Mais l'appel au médecin demeure toujours un appel au secours : quelle que soit la souffrance, c'est le fait de la soulager qui fait la grandeur de la médecine ; et si c'était à refaire, sachant tout ce que je viens d'écrire, je le referais.