

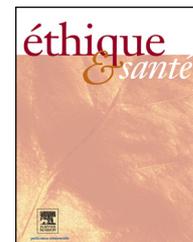


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Entre la violence nécessaire de l'acte chirurgical et le respect de l'opéré[☆]



Between necessary violence of surgery and respect due to patient

M. Caillol*

Hôpital européen de Marseille, rue Désirée-Clary, 13002 Marseille, France

Disponible sur Internet le 16 septembre 2014

MOTS CLÉS

Chirurgie ;
Violence ;
Agression ;
Transgression ;
Sang

Résumé Si tout acte de soin comporte une irréductible part de violence, la chirurgie est doublement concernée. Elle est agressive car souvent douloureuse et toujours dangereuse. Elle est transgressive car elle nécessite l'ouverture du corps entraînant un écoulement de sang. L'interdiction de l'ouverture du corps humain (cadavre ou vivant) est une constante de l'histoire de l'humanité et le sang a toujours été étroitement lié avec la violence. Depuis la disparition du bourreau, le chirurgien est le seul dans la société à avoir légitimement le droit « d'attenter à l'intégrité physique d'une personne humaine » en la faisant saigner. Grande est sa responsabilité morale. S'il oubliait la finalité de son geste — la personne de l'opéré —, il risquerait de le réduire à un pur acte technique. La chirurgie franchirait alors les limites de la « chirurgicalité ». L'objectivation excessive de l'opéré, le déshumanisant, correspondrait à cette fuite. D'autant que l'acte chirurgical est éminemment technique et la prégnance de l'appareil techno-scientifique à son service de plus en plus grande. Tant mieux si cette violence, maîtrisée par l'absolu contrôle de sa technicité, vise à rétablir le patient dans son pouvoir-être au monde. Mais danger, au contraire, lorsque enivré en quelque sorte par cette violence, l'opérateur entrerait dans la démesure, ouvrant alors les portes de la barbarie. La chirurgie, comme toute médecine, consiste à prendre soin d'une personne humaine, ce qui en fait une action morale. Sans jamais en occulter la dimension nécessairement violente, elle impose à son agent un respect d'autant plus grand pour son opéré.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article s'inspire d'une thèse de philosophie : Caillol Michel, Dieu n'est pas chirurgien. Un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie, thèse doctorat de philosophie (E. Fiat dir.), université Paris-Est, 18 décembre 2012.

* Correspondance. 10, boulevard des Tritons, 13008 Marseille, France.

Adresse e-mail : caillolmichel@wanadoo.fr

KEYWORDS

Surgery;
Violence;
Agression;
Transgression;
Blood

Summary If any health care irreducibly features violence, surgery is doubly concerned. It is aggressive because it is often painful and always dangerous. It is transgressive because it requires opening the body causing blood flow. The ban on the opening of the human body (living or dead) is a constant in the history of humanity and the blood has always been closely linked with violence. Since the disappearance of the executioner, the surgeon is the only one in the society to have a legitimate right "to attempt the physical integrity of a human person" by making it bleed. His moral responsibility is very important. If he forgot the purpose of his actions - the person of the patient - it might reduce it to a mere technical act. Surgery, then, would cross the boundaries of the "chirurgicalité". The excessive objectification of the patient, dehumanizing him, would lead to this refusal. Especially, since the surgery is highly technical and the control of the techno-scientific device is getting bigger and bigger. It is a good thing if this violence, controlled by the absolute control of its technical expertise, aims to restore the patient in his *being* in the world. But be careful, however, when intoxicated by the violence, the operator would enter the excess, then opening the doors of barbarism. Surgery, like any medicine, is to take care of a human being, which makes it a moral action. Without necessarily obscuring its violent dimension, it forces upon its agent an even greater respect for his patient. © 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

De manière très schématique on peut considérer que la médecine comporte trois grandes composantes, toutes visant à faire du bien à la personne humaine dont elle prend soin. La première serait du domaine du médecin clinicien qui examine son patient et dispose de médicaments. La seconde concerne le médecin qui intervient plus directement dans le corps de son malade par l'intermédiaire d'actes dits invasifs, chirurgical en tête. Enfin, la troisième serait celle du médecin qui « écoute », comme le psychiatre ou le psychanalyste. Bien entendu la réalité est plus complexe que ce schéma puisque le clinicien écoute autant qu'il est invasif (ne serait-ce que par l'impudeur de l'examen physique du corps), comme le chirurgien qui ne se contente pas d'intervenir mais examine et écoute aussi son malade alité, ou encore le psychiatre qui est invasif lorsqu'il interroge l'intimité de l'histoire de son patient. Mais pour la clarté du raisonnement nous conviendrons que, si tous œuvrent avec des moyens différents pour le bien « médical » du malade, aucun d'eux ne peut s'exonérer d'une certaine violence.

Car il semble en effet qu'il y ait dans tout soin une dimension nécessairement violente et que, précisément peut-être est-ce l'oubli – ou le refus – de cette violence qui risque d'entraîner au minimum un *mal-entendu* entre le discours du soignant et celui du soigné, ou au maximum une objectivation excessive du malade avec perte de toute limite et dérive vers ce que Von Weizäcker nomme l'extra-médicalité.

L'action chirurgicale quant à elle, a cette particularité de se situer sur la fine arrête entre d'une part la maîtrise de la violence qu'elle comporte liée au fait même d'ouvrir un corps humain, et d'autre part le respect indispensable de la personne humaine qu'elle implique pour le chirurgien, personne dont il a à prendre soin à travers ce corps qu'il lui est nécessaire d'objectiver transitoirement.

La dimension violente de l'acte chirurgical

Il s'agit de la violence fondamentale qu'implique l'ouverture, même consentie, même autorisée, d'un corps humain, mais nullement bien sûr d'un quelconque caractère

violent du chirurgien. Elle est illustrée par le caractère agressif et transgressif de l'acte chirurgical.

Dans toute violence il y a en effet mélange de force et de viol. Étymologiquement le mot provient du latin *violenta*, lui-même de *vis* (la force). S'en rapproche le verbe *violare* qui signifie « *traiter avec violence, profaner, transgresser* ». C'est convenir qu'il y a aussi dans la violence un rapport constant avec le sacré et sa possible profanation. Or, dans tout acte chirurgical il y a bien nécessité d'une certaine force (dirigée contre la résistance des tissus et contre le mal pour lequel on intervient) en même temps qu'une proximité avec la notion de viol, celui du corps d'un malade endormi. C'est alors évoquer les deux composantes de la violence : *l'agression* et *la transgression*, se réunissant à travers *l'écoulement sanglant* qu'implique toute intervention chirurgicale.

Le caractère nécessairement agressif de l'acte chirurgical

Il est évident du fait même de l'effraction cutanée qu'il entraîne, effraction qui implique une certaine force. Kant [1] considère que la force – *Macht* – est dite « *violence (Gewalt) lorsqu'elle l'emporte sur la résistance même de ce qui possède aussi une force* ». C'est dire qu'il y a toujours dans la violence une « *volonté de vaincre* ». L'acte d'opérer nécessite en effet une certaine force qui s'oppose à la résistance des tissus, et une volonté de vaincre, vaincre la difficulté du geste, comme vaincre le mal pour lequel on intervient. L'orthopédie est ici particulièrement concernée. Procéder à une arthroplastie de hanche nécessite, malgré tous les perfectionnements du matériel ancillaire, un minimum de force. Force, certes contrôlée – il faut éviter de faire éclater la diaphyse fémorale par un alésage trop intempestif – mais force qui n'est pas exempte de toute agressivité. Tarauder une corticale très dense, comme tendre avec force un greffon tendineux afin qu'il se bloque dans un tunnel osseux, ne correspond jamais à un geste très tendre. Chaque chirurgien orthopédiste le sait qui a ressenti la violence présente dans beaucoup de ses gestes. Les mots

l'expriment clairement lorsque le chirurgien, par exemple, explique à l'anesthésiste que le malade « *lui résiste* » ou que cet implant, aussitôt affublé de tous les noms d'oiseaux, « *n'aura pas le dernier mot !* » La douceur n'est pas de mise dans nombre d'actes chirurgicaux, même si cette violence requise doit être maîtrisée.

D'autant que dès l'instant où la lame du bistouri coupe la chair, il y a agression. Tout futur chirurgien, eût-il le fameux caractère « *trempe* » de ces « *âmes valeureuses* » qui font les bons chirurgiens selon Leriche [2], l'a ressenti dès que pour la première fois il entre dans un bloc opératoire : « *... dût-on en ravalier sa nausée lorsqu'on découvre des manœuvres auxquelles on ne s'attendait guère* ».

Elle est agressive aussi car toujours douloureuse, toujours source de complications possibles et que ses suites – liées pour l'essentiel au délai de cicatrisation des tissus – ne sont jamais ni simples, ni toujours prévisibles.

C'est dire que toute chirurgie est fondamentalement dangereuse, ce qui se manifeste au plus haut point lorsqu'intervient la notion de risque vital. Parce qu'il existe toujours un risque, lié non pas à l'acte chirurgical lui-même, ni même à la pathologie pour laquelle a été posée l'indication d'opérer, mais qui découle de l'action chirurgicale prise globalement. En dehors de l'acte même qu'effectue le chirurgien cette action en implique d'autres. Il faut en effet anesthésier le patient et il faut prévenir autant que possible la survenue de complications thromboemboliques ou infectieuses, entre autres. Or tous ces actes et les complications que l'on cherche à éviter, sont tous potentiellement mortels. Même lors de la chirurgie dite fonctionnelle, comme l'orthopédie, le risque n'est pas complètement nul de perdre la vie. Or de nos jours on observe paradoxalement comme une sorte de minimisation de ce risque, minimisation d'autant plus forte que la chirurgie serait plus fonctionnelle, voire plus « *futile* », si nous osions ce qualificatif à propos de celle qui ne s'occuperait que d'esthétique. Il n'est pas anodin de remarquer ainsi que dans l'énumération des divers aléas thérapeutiques inhérents à toute intervention de chirurgie plastique, un plasticien en cite trois (l'hématome, l'infection et la phlébite), concluant que « *la forme ultime [...] est l'évolution incontrôlée du processus cicatriciel* ». Jamais n'est mentionné le risque de mort – lors de l'anesthésie ou au décours de l'intervention – qui est pourtant le risque *essentiel*, peut-être dans le fond, le seul qui doit questionner. Ce déni de la mort a beaucoup à voir avec le déni du caractère sacré, et de l'acte d'intervenir, et de la personne opérée. Puisqu'il n'y a ni transcendance, ni sacralité, il n'y a aucun risque vital, aucun risque qui pourrait concerner la *vie*. De là à banaliser le geste, il n'y a qu'un pas. C'est pourtant tout le contraire. La chirurgie est essentiellement risquée parce que, touchant à l'être de l'opéré, elle concerne sa vie. Toute chirurgie est fondamentalement *humaine*.

Sauf à être inconscient, on ne se fait jamais opérer à la légère, et l'on hésite le plus souvent à accepter une telle atteinte à l'intégrité physique de son corps, c'est-à-dire de soi-même. Le fait que de plus en plus souvent, les patients veulent avoir un autre avis quant à l'opportunité d'une intervention chirurgicale ou de ses modalités, correspond sans doute à une véritable prise de conscience de l'agression qu'il va falloir nécessairement subir, serait-elle effectuée dans la louable finalité de les soulager de leurs maux. Le

patient devient moins passif. Car l'intervention chirurgicale implique tout son être, beaucoup plus sans doute que les autres soins purement médicaux. Le futur opéré reste d'ailleurs bien celui qui va subir, celui qui « *pâtit* ». Or que subir de plus agressif qu'une intrusion dans sa propre chair? Bien sûr de nombreux actes, qui ne sont plus aujourd'hui qualifiés de chirurgicaux, ouvrent le corps de la même manière. Mais si on les qualifie précisément d'actes invasifs, c'est qu'ils correspondent bien évidemment à de la chirurgie. Ça n'est qu'une question de pré carré entre plusieurs spécialités médicales, mais cela ne change rien au fond¹. Une infirmière qui perce une veine de son cathéter de perfusion réalise elle aussi, et sans toujours qu'elle s'en doute, une agression et son geste de ce fait est toujours une violence. D'autant que le sang coule. Ce qui, au passage, permet de souligner la nécessité d'un comportement spécifique qui est « *prise de conscience éthique* » devant ce patient agressé. Il n'y a pas de petits soins, comme il n'y a pas de petite intervention.

Il faut évoquer ici l'*angoisse* inévitable qui saisit le chirurgien lui-même devant la nécessaire agressivité de son geste et les risques qu'encourt son patient. Cette angoisse « *chirurgicale* », qui permet sans doute, lorsqu'elle est maîtrisée, d'opérer avec efficacité, implique pour le chirurgien une responsabilité éthique qui dépasse le plus souvent la pure technicité de son geste. Ainsi, durant une opération destinée à mettre en place une prothèse de hanche, par exemple, le chirurgien est naturellement angoissé. Qu'il soit particulièrement bien rôdé à cette intervention ne lui ôtera jamais l'angoisse qu'il ressentira lors de l'incision. Angoisse de la survenue toujours possible d'une complication per-opératoire qui pourrait rendre son geste très difficile, voire le rendre impossible. Mais angoisse surtout, profonde, nécessaire, « *ontologique* » à la chirurgie elle-même, qui survient lorsque le chirurgien prend conscience d'intervenir sur un autre être humain. Cette angoisse est bénéfique puisqu'elle oblige constamment notre opérateur à faire bien, mais elle peut être paralysante et la tentation alors serait de s'en décharger, ou bien sur le personnel de la salle opératoire, ou bien sur le malade lui-même, sa famille en tête. Les panseuses le savent, qui rencontrent parfois des chirurgiens angoissés, vitupérant, jamais satisfaits ni du matériel, ni des conditions de préparation de la salle, transpirant souvent et injustes toujours, à la recherche d'un responsable – nécessairement innocent – à leur angoisse. Quant aux familles c'est en général à la fin de l'intervention qu'elles peuvent être confrontées à un opérateur angoissé, tel celui qui leur faisait un compte rendu toujours dramatique et pessimiste de son geste, comme pour s'exonérer de toute responsabilité : « *je vous avais bien prévenu !* » Qui ne trouverait pas abusif par contre, qu'un chirurgien fasse sans cesse appeler la famille, durant l'intervention chirurgicale, pour les informer que là, l'artère fémorale n'est qu'à quelques millimètres de son bistouri et qu'il va essayer de ne pas la couper, ou qu'ici, c'est le nerf sciatique qu'il va tâcher de ne pas blesser? Cette angoisse est bien la sienne

¹ Ainsi des actes des gastro-entérologues – qui ne sont pas officiellement des chirurgiens – ou des « *cardiologues interventionnels* ». Ils font en réalité de la chirurgie et une réflexion sur celle-ci doit nécessairement inclure leur action.

et c'est à lui de l'assumer. Et il ne serait pas moral qu'il s'en décharge en la transférant sur la famille. Famille qui n'aurait d'ailleurs aucun moyen ni aucune possibilité d'agir. En forçant le trait, nous pourrions ici parler de pathologisation de l'opération² comme d'un mécanisme qui consisterait à prendre le malade en otage, par manque de courage, ce courage chirurgical qui, seul, peut permettre au chirurgien de sublimer l'agressivité de son geste : « *la sublimation, c'est-à-dire la transformation des pulsions inférieures en sentiments supérieurs* » [3].

Heidegger nous dit que l'angoisse existentielle qui nous constitue comme être-jeté, comme être-pour-la-mort, ramène précisément notre être à la temporalité. L'expression de cette angoisse est une des plus fortes lorsqu'il s'agit de notre propre existence. Toute intervention, hypothétique ou prévue, renvoie le patient à son *Dasein*, comme une sorte d'injonction à méditer sur ce qui était écrit au fronton du temple de Delphes : « *connais-toi toi-même* », c'est-à-dire saches que tu es mortel et contingent. Il y a peu de moments où dans la vie, sortant du bavardage heideggérien ou du divertissement pascalien, l'être humain puisse se confronter aussi concrètement à sa finitude. Dans la convocation de l'être du malade à l'aune de sa mortalité, la chirurgie souligne le caractère sacré, comme *inter-dit*, de cet être même, à travers son corps-être. La personne de l'opéré est au-delà de la manifestation purement ontique du corps à opérer. À travers les risques que peut subir cet étant, c'est l'être du malade qui apparaît. Car il y a une certaine transgression à inter-venir sur – *dans* – une autre personne.

Son caractère *transgressif*

Il est en quelque sorte reconnu par le Code Civil qui interdit dans son article 16 toute atteinte à l'intégrité du corps humain, « *sauf en cas de nécessité thérapeutique pour la personne* ». On oublie souvent qu'il n'y avait auparavant que le bourreau à qui il était permis d'attenter à l'intégrité d'une personne. Certes, en matière de soin, le consentement (libre et éclairé) est maintenant requis mais, même consentant, ce n'est qu'à un chirurgien qu'un opéré peut se confier. Ce qui donne à celui-là une prérogative dont il n'a pas toujours conscience. Il peut alors se sentir investi d'une dimension quasi sacrée qui va dépasser son simple geste physique. Ou encore qui va se confondre avec ce geste physique, puisque c'est ce geste même qui sacralise en quelque sorte son action. En orthopédie en particulier où en même temps qu'il permet d'enlever la maladie (l'arthrose, par exemple) l'acte chirurgical permet de remplacer l'organe malade (par une prothèse). C'est dire que le geste même d'opérer peut dépasser ce qu'il permet de faire. La chirurgie risque alors de s'ériger en fin en soi (opérer pour opérer) et la démesure (l'*hubris* des Grecs) menacer le chirurgien.

² L'intervention chirurgicale en elle-même n'est pas une pathologie devant laquelle l'autonomie revendiquée du malade justifie de le faire participer à son traitement. Elle n'est qu'un moyen, qui ne peut être techniquement utilisé que par le chirurgien, même si l'opportunité de cette utilisation concerne bien entendu le malade. La tendance à une certaine « *pathologisation* » de la grossesse amène la même réflexion.

Nuançons, cependant, et admettons que le médecin ou le chirurgien ne sont pas les seuls, *stricto sensu*, à pouvoir porter « *atteinte à l'intégrité du corps humain* ». En toute légitimité, l'État dispose de ce pouvoir : c'est la « *violence légale* » dont parle Max Weber [4]. Ce pouvoir – qui est force et puissance : *die legitime Gewalt* – est celui de l'autorité publique, comme celui du pouvoir paternel qui en est une déclinaison. D'autant que, à côté de la légitimité de l'État, le criminel lui aussi, mais de façon illégitime, porte indéniablement atteinte à l'intégrité du *corps* humain, soit de manière sanglante lorsqu'il y a blessures ou assassinat, soit hors de toute effraction « *physique* » comme dans le cas du violeur. Il y a d'ailleurs une certaine analogie ici avec le médecin puisque dans le fond, plus qu'à la seule intégrité physique du *corps* humain, le médecin purement clinicien a l'extraordinaire autorisation d'attenter à l'intégrité de la *personne* humaine. En effet, sans même réaliser une effraction de la barrière cutanée – comme lors des actes dits invasifs – le clinicien, en touchant, en palpant, en introduisant doigts ou appareils dans les orifices naturels, touche à ce qu'il y a de plus intime chez l'homme : sa chair. L'intégrité du *corps* humain n'est donc pas que physique, et, à travers sa formulation, le Code civil reconnaît ainsi que le *corps* humain correspond de fait à la *personne* humaine incarnée. D'ailleurs le violeur, ou le pervers sexuel qui s'exhibe ou qui ne ferait « *que* » caresser, s'ils ne font pas saigner et si, après leur forfait, l'intégrité proprement physique du *corps* est intacte – même un viol, sans traumatisme vaginal ou anal, ne lèse pas cette intégrité – ils n'en sont pas moins, eux, des criminels en ce qu'ils portent atteinte à la *personne* de leur victime. Ils violent la *dignité* humaine. Leur crime est bien plus moral que purement physique. Observons ici au passage que, s'il fallait encore attester de l'illusion du dualisme âme/*corps*, ces tristes exemples en seraient la preuve éclatante.

Le chirurgien quant à lui réalise – légitimement bien sûr – une effraction cutanée. Il fend la peau de son bistouri et fait saigner. Il reste bien près du bourreau puisque, techniquement parlant, comme lui il fait couler le sang et il modifie l'agencement anatomique du *corps*. Mais dans le fond, entre médecin clinicien et chirurgien, il ne s'agit que d'une différence de degré et non de nature. Toute atteinte à la *personne* humaine, qu'elle soit sanglante ou non, reste, lorsqu'elle est légale, une prérogative exceptionnelle.

Et le sang qui coule en reste le témoin le plus manifeste.

Le chirurgien est dans un rapport très particulier avec le sang

Il peut le faire couler (ce sang considéré comme sacré car signe de vie) en même temps qu'il peut y plonger ses mains, rentrant à l'intérieur du *corps* où il a *immédiatement* accès à la maladie, et non à sa représentation. Sang qui a toujours été symbole de violence et de puissance : on redoute de le perdre comme la vie, autant qu'on le répand lorsqu'on opère pour conserver cette même vie.

Car dès lors qu'il y a ouverture d'un *corps* humain, il y a écoulement de *sang*. Or, de tout temps et dans toutes les civilisations cette ouverture (qu'il s'agisse du cadavre ou a fortiori du *corps* vivant) ne s'est jamais faite sans un rituel

qui éclaire le caractère sacré – comme non profanable – du corps humain et du geste de l'ouvrir. Tout ce qui touche à l'interdit du sang qui a perduré jusqu'à la Renaissance au moins, va dans le même sens : on doit s'en éloigner faute de devenir impur et seuls les moins érudits (les barbiers illettrés au Moyen-âge) peuvent en être en contact. René Girard [5], lorsqu'il rapproche la violence du sacré, relie ce caractère sacré du sang à la violence qui s'y rattache : tout acte violent sur une personne humaine fait le plus souvent couler le sang. Ce qui donne au chirurgien, y compris de nos jours, le pouvoir quasi religieux d'ouvrir un corps humain vivant et de le faire saigner.

Rien d'étonnant alors à ce que l'acteur de cette transgression (autorisée à la manière du sacrifice), donc le chirurgien, soit à la fois maudit (le long conflit entre les clercs et les barbiers l'illustre bien) en même temps que sacré (même entamé de nos jours, le statut de chirurgien recèle une grande aura). Et si l'on poursuit l'analogie, on pourrait encore retrouver dans le « *tout petit monde* » médical, à l'instar de David Lodge dans le monde littéraire universitaire, des signes d'une rivalité mimétique entre médecins et chirurgiens. Celui-ci, en même temps qu'il est souvent méprisé par « *l'intelligentsia* » médicale, reste pourtant envié pour son statut et l'efficacité de son action en général. Celui-là que le chirurgien considère volontiers comme une sorte de savant Cosinus inapte à soigner efficacement, demeure tout de même impressionnant par son savoir et ses publications. Ce trait n'est d'ailleurs pas spécifique aux chirurgiens ou aux médecins : « *...compétitions entre médecins ou entre chirurgiens, entre infirmières, clans divers, etc.* » [7].

Comme si chacun désirait d'être l'autre et rivalisait ainsi à travers son propre métier. Anne-Laure Boch [3], insiste encore sur le prestige dont jouit le chirurgien, qu'elle rapporte au risque inhérent à l'acte chirurgical lui-même : « *sans risque, pas de prestige, et sans prestige, pas de chirurgien* ». Peut-être même que le malade opéré joue le rôle de la victime sacrificielle : maudit en tant que malade – « *porteur de mal* » –, son sang versé va le rendre guéri, comme sacré ?

Ainsi, le rapport très particulier qu'il entretient avec le sang – signe de violence – donne au chirurgien un *statut très particulier*. Comme tous ceux à qui est octroyée l'exceptionnelle dérogation de transgresser une interdiction – ici l'ouverture du corps et l'écoulement du sang – le chirurgien peut être déifié comme maudit. Dans son fameux discours aux chirurgiens, à propos de cette attitude ambiguë qu'ils suscitent, admiration et rejet à la fois, Paul Valéry [6] écrit, parlant du corps humain : « *...il n'est plus pour vous cet objet clos, ce vase fermé, sacré...* » Et David Le Breton de renchérir : « *comme tout homme que son statut social met en présence d'un tabou qu'il enfreint continuellement – enfreindre les limites du corps – le chirurgien est un personnage trouble, inquiétant aux yeux de ses contemporains* » [8]. Rien n'aurait-il fondamentalement changé depuis les *paraschistes* en Égypte, embaumeurs qui devaient s'enfuir après leur travail, sous les injures, les malédictions et les jets de pierres ritualisés de la foule « *comme s'ils avaient commis un meurtre ?* » Dans son illustration des rapports patents entre la violence et le sacré chez l'homme, René Girard [5] remarque d'ailleurs le statut particulier du forgeron dans les sociétés archaïques, qui est craint parce

que ses outils peuvent être utilisés comme des armes – qui feront couler le sang – en même temps que sacralisés : « *il vit en dehors de la communauté et il est respecté autant que craint* ». Il reste beaucoup d'analogies entre le chirurgien et le forgeron, même si de nos jours la chirurgie utilise de moins en moins d'objets tranchants métalliques, pour se protéger derrière un écran d'ordinateur³. Rappelons-nous les propos d'Élisabeth de Fontenay qui, évoquant le sacrifice animal, parle de la main « *armée de fer* » et, plus loin, « *munie du couteau* ».

Il semble donc indispensable au chirurgien de prendre pleine conscience du caractère nécessairement violent de son action sur une personne humaine. Cette prise de conscience est sans doute plus impérative que celle que doit avoir aussi son confrère clinicien car l'action de celui-ci est toujours moins agressive et moins transgressive. Et c'est à travers cette prise de conscience qu'il engagera sa responsabilité morale, elle-même fondée d'abord sur l'indispensable respect de la personne humaine qu'il doit opérer.

La technique chirurgicale concerne une personne humaine

Comme toute médecine elle consiste en effet à *prendre soin* d'une personne humaine. Insister sur le prendre soin, ça n'est pas pour autant adopter une attitude technophobe, ne valorisant que la relation humaine intersubjective entre le chirurgien et son opéré. Mais c'est tout de même parler de confiance, car l'oubli que la chirurgie s'adresse d'abord et avant tout à une personne humaine pourrait la faire croire plus technique et scientifique qu'elle ne l'est réellement. D'autant que le patient qui dans l'histoire a toujours longtemps subi, et sa maladie, et son médecin, quand bien même il deviendrait plus autonome, va nécessairement lui donner sa confiance. Or, il y a dans la confiance, dans ce « *croire avec* », en même temps de la croyance et de l'espérance. C'est-à-dire une certaine dimension irrationnelle, comme l'intuition qu'il y a bien « *autre chose* » entre l'opéré et l'opérateur qu'une simple relation contractuelle. Nul besoin d'un tel sentiment entre le frigoriste et le réfrigérateur qu'il répare, ni même réellement entre un vétérinaire et son caniche. D'autant plus que des mains réparant un pur objet n'ont pas le même rôle que des mains intervenant sur le corps d'une personne, voire d'un animal.

Car l'acte chirurgical – comme technique qui concerne et vise une personne humaine – implique en même temps une autre personne humaine, le chirurgien, qui agit de manière immédiate avec ses mains. Il est *immédiatement* en rapport avec son malade, avec sa chair qui fait de ce malade un être humain, par sa propre chair de médecin. Il n'y a pas d'intermédiaire entre l'œuvre produite, le soin, et le but final, la personne humaine.

Apparaît ici comme une antinomie : le chirurgien doit parfaitement maîtriser sa technicité, mais sans jamais oublier qu'il intervient sur une personne humaine.

³ Le bistouri reste, cependant, incontournable : il y a toujours un moment où il faut ouvrir la peau, ne serait-ce que pour introduire les extrémités des instruments électroniques ou robotiques.

L'exigence de maîtrise nécessite d'*objectiver* la personne à opérer, la réduisant à son corps, sa pathologie, voire à un simple organe. Le respect de l'humanité de son opéré – c'est-à-dire de sa dignité – implique, lui, une *responsabilité morale*.

Cette tension entre sa spécificité (technique et violente par essence) et sa finalité (une personne humaine) exprime sans doute toute la difficulté pour le chirurgien de se tenir sur la fine arrête entre, d'un côté la prise de conscience de ce corps-être qui s'abandonne à son bistouri acceptant ainsi – et d'autant que l'anesthésie le prive un instant de sa conscience actuelle – d'être perçu comme un objet et, de l'autre côté le danger précisément que génère cette volonté d'*objectivation*. Elle est volontaire car c'est une abstraction intellectuelle et non un simple apparaître, mais le chirurgien pourrait la considérer comme la seule réalité. Tout comme en peinture la perspective ne correspond pas à une traduction objective de la réalité mais bien à un mode de représentation du monde – une « *esthétique de l'illusion* », ou une « *objectivation de la subjectivité* » –, en médecine l'*objectivation* est réductrice. En faisant abstraction du sujet, elle reste une illusion qui introduit une certaine *in-humanité* permettant alors les pires dérives comme la torture. À l'instar de Kant qui observait la similitude apparente entre un apothicaire et un empoisonneur, Paul Ricoeur [9] avait repéré cette dimension morale constatant qu'il y avait beaucoup d'analogie sur le plan de la technicité entre un médecin tortionnaire et un médecin « *ordinaire* », car l'un comme l'autre utilisaient nécessairement une technique objectivante. La différence majeure se situe bien sur le plan moral : le premier objective sa victime pour la mieux torturer, le second objective son malade pour mieux le soigner.

Pourtant cette *objectivation* volontaire est une nécessité pour parvenir à intervenir – elle *sublime* en quelque sorte la violence du geste – et à le faire efficacement, ce qui est un impératif éthique. Il est d'ailleurs très difficile à un chirurgien d'opérer correctement des personnes auxquelles il serait lié affectivement : leur *objectivation* lui est quasiment impossible. C'est reconnaître qu'elle est la seule manière de « *libérer métaphysiquement* » le chirurgien qui, s'il est bien concerné par la personne de son malade comme fin en soi, a tout de même pour mission d'en réparer une fonction ou un organe : pour le fracturé, par exemple, c'est son tibia qu'il veut que l'on répare et non sa personne. Or, avec cette *objectivation* le chirurgien risque d'oublier l'être sur lequel – dans lequel – il intervient. Ce qui pourrait lui permettre de se dédouaner de toute responsabilité morale et de demeurer le seul sujet d'un monde « *chirurgical* » empli de simples objets. Tout peut être permis à propos de ces objets sur lesquels ne pèse plus aucun interdit : ils sont comme *désacralisés*. Il est alors facile de se laisser aller à se prendre pour un dieu.

La démarche phénoménologique est indispensable ici pour parvenir à débarrasser cette activité et son agent de toutes les couches d'*objectivation* qui la recouvrent et l'obscurcissent. Puisque la personne humaine, plus que son simple corps dont elle n'est pas dissociable, puisque cette personne humaine-corps apparaît comme le véritable champ de la chirurgie et puisque aucune personne ne saurait être considérée comme un objet, alors l'acte chirurgical, aurait-il tendance à être banalisé, et malgré sa violence,

va nécessairement avoir une dimension philosophique et morale.

Et n'est-ce pas alors l'intrication de toutes ces dimensions de la chirurgie : violence nécessaire d'un acte technique sanglant, agressif et transgressif, visant pourtant à faire du bien à une personne humaine, ne serait-ce pas cette intrication qui pourrait expliquer le caractère quasi-religieux qui se dévoile durant une intervention chirurgicale ?

La responsabilité morale du chirurgien

Dans le fond tout cela revient à admettre – et non simplement postuler – que le corps- personne humaine est en quelque sorte sacré, puisque devant être protégé de toute profanation du fait de sa *dignité* ontologique et que derechef le geste chirurgical sur ce corps doit l'être aussi à travers l'exceptionnelle autorisation de l'ouvrir.

On peut pourtant penser comme Engelhardt [10] « *qu'il n'y a rien de sacré dans la nature humaine* ». L'homme peut alors être réduit à ses composants biologiques, ou dire encore que l'homme n'a pas d'être. On serait donc en droit de vouloir et pouvoir les modifier dans un but de transformation en faisant largement appel à une chirurgie qui ne se contenterait plus de remédier. Et imaginons que tout compte fait on puisse le faire sans conséquence morale. On se heurtera inévitablement à deux problèmes. Le premier sera celui de l'évaluation : où serait la norme ? C'est-à-dire quelle transformation plutôt que telle autre ? Et qui – et de quel droit ? – désirerait cette transformation, et réservée à qui, pour qu'elle soit désirable ? Le second problème, plus fondamental, est celui de l'impasse complète qu'elle suppose de l'essence de l'homme, pour le dire comme Heidegger de « *la vérité de l'Être* ».

Car plus qu'une amélioration (qui se raccroche à une vision scientifique du progrès qui irait toujours vers un mieux) il s'agirait bien du « *méliorisme* » qu'évoque Jonas, comme celui d'une nature « *dénaturée* ». Et ne peut-on pas voir ici les signes d'une violence non maîtrisée ?

C'est dire que nier, refuser toute dimension de sacralité à l'être humain et au geste chirurgical (pourtant attestée par sa nécessaire violence) permet d'une part de se s'arroger tout droit « *chirurgical* » sur un corps exagérément objectif et d'autre part de s'autoriser à le sacrifier sur l'autel de l'idolâtrie, bousculant alors la notion même de santé. La chirurgie pourrait chercher à dépasser la norme naturelle, c'est-à-dire à entrer dans la démesure, qui ouvre à son tour la porte de la barbarie. Castoriadis parlant de l'insignifiance évoque l'infini du désir et constate que « *une société montre son degré de civilisation par sa capacité de s'autolimiter* ».

Ainsi l'oubli de la responsabilité morale qu'implique l'action chirurgicale, au-delà même de son caractère violent – et peut-être même du *fait* de son caractère nécessairement violent –, constitue dans le fond un abandon de liberté. Il ne s'agit pas de cette fausse liberté qui voudrait que l'on puisse faire ce que l'on voudrait – en réalité, si l'on reste kantien : ce que l'on croit vouloir, mais au contraire de cette liberté qui est contrainte morale parce que l'action du chirurgien s'adresse essentiellement à une autre personne

humaine dans un but de bienfaisance pour tâcher de lui rendre, plus qu'une hypothétique santé, son *pouvoir-être* au monde.

Au-delà du désir démesuré de se prendre pour un dieu, c'est tout simplement dans la reconnaissance et dans le respect de l'humanité de l'homme que le chirurgien sera vraiment libre. Nous sommes des êtres contingents et mortels. Le nier ne risquerait-il pas de nous plonger dans des rêves scientifiques à la manière de Bacon au 17^e ou dans la nouvelle religion du transhumanisme au 21^e siècle?

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kant E. Critique de la faculté de juger, trad. A. Philonenko. Paris: Vrin; 1986. p. 28.
- [2] Leriche R. Philosophie de la chirurgie. Paris: Flammarion; 1951.
- [3] Boch A-L. Médecine technique médecine tragique. Paris: Seli Arslan; 2009.
- [4] Weber M. Le savant et le politique (1919). Paris: UG éditions, Le monde; 1963.
- [5] René G. La violence et le sacré. Paris: Hachette, pluriels; 1998.
- [6] Paul V. Œuvres I. Paris: Gallimard, La Pléiade; 1957.
- [7] Pouchelle M-C. L'hôpital corps et âme. Paris: Seli Arslan; 2007.
- [8] Le Breton D. La chair à vif. Paris: Métailié; 1993.
- [9] Ricœur P. Médecins tortionnaires médecins résistants (préface). Paris: La découverte, documents, Amnesty international; 1989.
- [10] Engelhardt T. Foundations of Bioethics. New York: Oxford university press; 1986.