

Université de Paris-Est en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 2 de philosophie pratique
Spécialité « Éthique médicale et hospitalière »
Parcours professionnel et recherche

**Défibrillateur automatique implantable :
prothèse dans la personne
ou personne derrière la prothèse ?**

*Le défibrillateur comme instrument de la
déresponsabilisation et de la dé-personnification*

Docteur Henri Broustet

Responsables pédagogiques :
Professeurs Dominique Folscheid et Éric Fiat

Octobre 2009

« Nous disons bien que l'heure de la mort est incertaine, mais quand nous disons cela, nous nous représentons cette heure comme située dans un espace vague et lointain, nous ne pensons pas qu'elle ait un rapport quelconque avec la journée déjà commencée et puisse signifier que la mort – ou sa première prise de possession partielle de nous, après laquelle elle ne nous lâchera plus – pourra se produire dans cet après-midi même, si peu incertain, cet après-midi où l'emploi de toutes les heures est réglé d'avance. On tient à sa promenade pour avoir dans un mois le total de bon air nécessaire, on a hésité sur le choix d'un manteau à emporter, du cocher à appeler, on est en fiacre, la journée est tout entière devant vous, courte, parce qu'on veut être rentré à temps pour recevoir une amie ; on voudrait qu'il fit aussi beau le lendemain ; et on ne se doute pas que la mort, qui cheminaît en vous dans un autre plan, au milieu d'une impénétrable obscurité, a choisi précisément ce jour-là pour entrer en scène, dans quelques minutes... »

Marcel Proust, *Le Côté de Guermantes*.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
--------------------	---

Chapitre premier

LE POINT DE VUE DU MALADE

Le malade, le patient	12
Notion de Personne	13
Les frontières du concept de personne : l'extrahumain	16
Tout humain est-il une personne ?	18
Ce que la notion de personne impose	18
Les malades présentant des contre-indications au défibrillateur	19
Le cas du mourant	23
L'évolution du patient contribue à son processus d'exclusion	25

Chapitre II

LA PLACE DE LA PROTHÈSE

Prothèse ou implant ?	31
La prothèse comme objet technique	32
La question du dedans et du dehors	33
Intériorité et extériorité	33
Corps organique (<i>Körper</i>) et corps investi (<i>Leib</i>)	34
Prothèse et accessoire	35

Le problème de l'amélioration, de l'accessoire, de l'utilitarisme	36
Spécificité du défibrillateur automatique implantable	37
Le défibrillateur en tant que prothèse symbolique	40
L'objet technique comme objet de l' <i>hubris</i>	41

Chapitre III

LE POINT DE VUE DU SOIGNANT

Distanciation du soignant	46
Spécialisation et regroupement des structures	48
Le prix de la démesure	49
La quête du beau, le risque de l'esthétisme	50
Télé-cardiologie et télé-cardiologues	51
L'objectivation par la technique	53
Médecin-technicien et technicien-médecin : irruption de l'industrie	56

Chapitre IV

RESPONSABILITÉ TECHNIQUE ET TECHNIQUE DE RESPONSABILITÉ

Le cas des drones	61
Le cas du nourrisson	63
Objet technique et responsabilité	66
CONCLUSION	71
INDEX RERUM INDEX NOMINUM	74
BIBLIOGRAPHIE	76
FILMOGRAPHIE	78

INTRODUCTION

Le défibrillateur automatique implantable (DAI) est apparu en pratique clinique dans les années 1990, initialement chez les – rares – personnes ayant réchappé à un arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire. Il s'agit d'une machine un peu plus volumineuse qu'un stimulateur cardiaque, implantée dans la poitrine et chargée d'interrompre un trouble du rythme mortel par un choc électrique. Il est un outil de choix dans le traitement de la mort subite. Désormais il est proposé à des patients cardiaques jugés « à risque », comme le serait un *airbag* à un automobiliste lui aussi à risque, ou soucieux de sa sécurité.

De fait, un grand nombre de ces défibrillateurs ont délivré de façon efficace des chocs appropriés à des patients en arythmie ventriculaire sévère, les sauvant de façon spectaculaire d'une mort imminente et d'une certaine manière perçue comme illégitime, ou artéfactuelle dans l'histoire singulière de ces malades, leur cœur n'étant par ailleurs pas « au bout du rouleau » et leur pronostic restant souvent excellent.

Logiquement étayées par les études *ad hoc*, les indications d'implantation se sont largement développées et nous conduisent en pratique quotidienne à proposer ce type de prothèse à un nombre croissant de malades, voire à des personnes strictement asymptomatiques (ne présentant aucune plainte) dans le cadre de pathologies génétiques. Tout cela est assez clair et on a le sentiment de bien faire, tant que les finances publiques le permettent.

Pourtant, les choses ne sont pas si simples, et l'ajout de ce type de prothèse soulève un certain nombre d'interrogations. On peut concevoir, dans le colloque

singulier entre le malade et le soignant qui a conduit à la décision de la mise en place du défibrillateur, par la nature même de l'affection ainsi traitée, n'avoir rien éludé de la problématique de la fin de la vie, puisqu'on a forcément souligné le risque de mort subite que la prothèse préviendra. On n'aura pas non plus omis de préciser les limites de ce type de prothèse complexe donc fragile, limites sur lesquelles nous reviendrons d'une part, et les complications possibles de l'intervention dans l'équation bénéfice/risque désormais incontournable d'autre part. Soit.

Toutefois, va-t-on plus loin ? Le patient dans cette discussion asymétrique est-il en mesure d'appréhender toutes les implications et de faire véritablement un choix lorsqu'il lui est suggéré l'implantation d'une machine susceptible de le protéger, dès lors qu'on l'a défini comme un sujet à « haut risque » de mort subite. Perçoit-il notamment ce qui est sous-jacent, compliqué à expliciter même dans le consentement le plus « éclairé » ? On lui propose en réalité un transfert de mode de décès, de le priver d'une hypothétique mort subite (celle qui serait sans doute privilégiée par le commun des mortels si l'on pouvait s'en remettre aux sondages) pour une probable mort différée (mais de combien ?) par insuffisance cardiaque terminale (étouffement lent !) – s'il échappe par ailleurs aux cancers et aux pathologies dégénératives du type de la maladie d'Alzheimer que l'épidémiologie lui promet ?

Mais allons plus avant. Quel est le critère de choix ? Dépassons bien entendu la question du *cost effectiveness* (coût-efficacité) qui a validé auprès des autorités sanitaires la stratégie du défibrillateur par rapport à d'autres interventions médicales coûteuses, de type dialyse ou chimiothérapie anticancéreuse par exemple. Allons aussi au-delà des critères habituels d'évaluation de qualité de vie (*quality of life*) habituellement retenus dans les études de *evidence based medicine*, ou médecine fondée sur les preuves, pour poser la question de la qualité de la vie. Est-elle véritablement abordée avec le patient ? S'agit-il de mieux vivre ou de mieux mourir ? Là encore le champ du

dialogue n'apparaît pas d'emblée. Jusqu'où est-il souhaitable d'aller dans le souci de repousser la mort ?

Mais la période de l'implantation du défibrillateur n'est pas la seule qui pose problème. À l'autre bout de la vie du patient appareillé, sa prothèse redevient objet de discussion. Que faire du défibrillateur chez des malades en fin de vie, en particulier ceux dont il prolonge de façon parfois douloureuse et non souhaitable une agonie par des chocs électriques à répétition ? Faut-il mettre les thérapies sur *off* ? Cette action est-elle d'une nature différente de celle qui consisterait à arrêter un stimulateur cardiaque (ce que nul n'envisage) et pourquoi ? Qui doit le faire en pratique, le cardiologue qui s'est cru un temps uniquement chargé d'empêcher son patient de mourir, le réanimateur ou le médecin de soins palliatifs qui gèrent la fin de vie du malade, mais n'ont ni le programmeur indispensable pour intervenir sur le défibrillateur, ni la connaissance pratique ? Allons même plus loin : dans un centre dépourvu de service de rythmologie capable techniquement de gérer ces machines, quel est le rôle de l'ingénieur de l'industrie (appartenant au laboratoire qui a fabriqué et vendu le défibrillateur) amené à effectuer une telle reprogrammation, à la demande d'un médecin en charge d'un patient en fin de vie. Il est par nature non soignant (il est même plutôt par fonction un technico-commercial). Quelle sera son attitude s'il est sollicité de la sorte ?

On aborde ainsi le problème de la délégation de l'acte sur le défibrillateur. L'intervention sur la programmation est bien de nature médicale, à l'évidence, d'autant que nous estimons qu'elle est sous-tendue par une réflexion qui fait intervenir la maladie spécifique du patient, ses arythmies, et les possibilités qu'autorisent les algorithmes du défibrillateur. Maintenant, lorsqu'il s'agit de mettre à jour un programmeur (l'ordinateur dédié, externe au patient qui sert à son contrôle), le technicien de l'industrie gère cette mise à jour de façon autonome, sans participation médicale. Lorsque les prothèses implantées vont elles aussi justifier dans l'avenir des mises à jour, ou des ajouts de fonctions qu'autoriseront les progrès techniques (ou que nécessiteront des avaries constatées sur des prothèses de même type), on peut craindre qu'un phénomène

de routine, la charge de travail, et la perception de cet acte technique comme étant « basique », non directement de l'ordre du geste médical mais plutôt de celui de la maintenance, finissent par conduire à déléguer ces interventions à des techniciens de l'industrie. De même la télé-cardiologie qui a permis de récolter quotidiennement des informations sur un grand nombre de malades, à distance, par l'intermédiaire d'un réseau téléphonique, a conduit dans plusieurs centres, à déléguer ce suivi spécifique à des infirmiers en première ligne. La question de l'intervention de non-soignants (les délégués de l'industrie) dans des actes de nature médicale intervient en réalité tout au long de la mise en place et du suivi de la prothèse, et en particulier immédiatement après l'implantation du défibrillateur, au bloc opératoire, où ils ont précisément le rôle qui consiste à déclencher une fibrillation ventriculaire (*i.e.* provoquer une mort subite pour tester le défibrillateur). Plus tard, de façon ponctuelle, devant une incertitude quant aux réglages, ou bien à l'occasion des contrôles réguliers de la prothèse, nous sommes amenés à solliciter ces ingénieurs pour tels ou tels choix de programmation qui peuvent déterminer de façon parfois très rapide la vie ou la mort d'un malade. Là encore – et certes sous notre responsabilité – leurs réponses engagent, nous engagent ; mais ne les engagent-elles pas tout autant ? Leur action est-elle éthiquement neutre ?

Enfin, insidieusement, au cours des consultations du malade appareillé, le contrôle se focalise sur la complexité de la prothèse, au détriment du patient. En effet, et pour de multiples raisons sur lesquelles nous reviendrons, l'autre complexité – celle du malade en tant que personne – est alors occultée, dans une forme inattendue d'objectivation. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de répartition des tâches entre d'une part le cardiologue rythmologue (hospitalier) qui a implanté et contrôle la prothèse, et d'autre part le cardiologue référent (« en ville ») qui suit le malade. L'irruption des prothèses complexes, évolutives, accélérant le processus d'hyperspécialisation et générant une interdépendance nouvelle avec l'industrie, nous invite à repenser le soin lié à l'objet technique implanté.

Dès lors, le contrôle d'un défibrillateur implantable en routine relève-t-il d'un acte de soin à part entière ? Et quel est l'objet du soin : le malade ou sa prothèse ? Et même, quelle est la nature de l'acte : soin, entretien, ou même maintenance ?

Pour analyser la portée de ce moment particulier, il convient l'envisager sous plusieurs angles. Nous partirons du regard de la personne malade. Dans un deuxième temps, nous considérerons la place du défibrillateur envisagé comme prothèse archétypale d'une nouvelle forme d'intervention médicale. Le point de vue du soignant sera ensuite considéré. Enfin, nous pourrions proposer une approche de la responsabilité médicale en relation avec les dispositifs implantés.

Chapitre premier
LE POINT DE VUE DU MALADE

Le malade, le patient

L'étymologie latine du mot « malade » (*male habitus*, en mauvais état) nous renseigne d'emblée sur celui que l'on désigne désormais de plus en plus souvent par le vocable « client » dès son admission dans un hôpital accrédité. Il est une personne « en mauvais état », atteinte d'une maladie. C'est donc une personne malade. Une fois entrée dans le système de soin, elle devient un patient. Ce patient-là n'est pas celui qui devra faire preuve de son aptitude à se maîtriser face à son attente : la patience – encore que cette vertu devrait être présente chez toute personne pressée, confrontée à un service d'urgence un jour d'affluence. Il ne s'agit donc pas de la patience requise dans l'attente, celle qui a pu faire dire que l'homme n'était pas « patient » face à sa mort certaine. Le patient qui nous occupe est plutôt le *patiens*, dont la racine latine *pati* (de *patior* souffrir) désigne celui qui endure, qui souffre. *Patiens* comprend en outre les notions de ténacité et d'indulgence. Armé de ces dernières qualités, il n'est alors pas surprenant de le voir remplacé ces dernières années chez les Anglo-saxons par le terme d'*actient*, qui comporte l'idée d'un patient-sujet acteur de sa propre santé, se renseignant sur sa maladie.

Bref, le client qui rouspète aux admissions est à l'évidence en mauvais état et souffrant ! Mais c'est aussi une personne.

Notion de Personne

Le défibrillateur qui nous occupe n'est pas celui que l'on rencontre dans les stades ou les aéroports – le défibrillateur externe – mais bien la prothèse qu'on implante à des *personnes*. Tout questionnement relatif au défibrillateur implantable commence logiquement par une réflexion autour de l'idée de personne.

En premier lieu, importe de laisser de côté le « *personne !* » que Gainsbourg disait être tatoué sur le cœur de (s)on *légionnaire*. Nous ne serions pas les premiers à être bernés par le double sens du terme qui contient sa propre négation. L'homonymie entre *la* personne et le « *Personne* » qui trompa le cyclope Polyphème, si l'on en croit Homère, semble encore nous dérouter. À un point tel, que dans le cadre objectivant du contrôle de la prothèse, on peut se demander si nous ne nous substituons pas aux autres cyclopes accourus pour lui venir en aide, et qui passent à côté de *la* personne d'Ulysse, puisque Polyphème leur déclare précisément « – Ô amis, qui me tue par ruse et non par force ? *Personne* »¹. La prothèse figure – elle – Polyphème dans cette affaire (on rappelle que Polyphème signifie celui qui parle beaucoup, *le bavard* !) On ne saurait mieux dire concernant ce défibrillateur qui nous accapare, nous abreuve de tracés, d'informations, et nous rend aveugle au patient. À dire vrai, l'homonymie du « *personne* » n'est pas exactement la même en grec, entre οὐδείς, *personne*, (de il n'y a *personne*) qui sera prononcé « oudiss » et οὈδύς (« *Odiss* »), apocope d'Ulysse (οὈδυσσεύς).

La personne qui nous occupe donc n'est pas l'absence de personne. La première tentative de définition du concept de personne apparaît avec Boèce (480-524) qui, dans ses *Courts traités de théologie*², désigne par *Persona* le masque de théâtre que revêt l'acteur, ou l'apparence extérieure. *Persona* viendrait de *per-*

¹ Homère, *Odyssée*, Chant IX, trad. Leconte de Lisle, Paris, Pocket, 1989, p. 164.

² Trad. H. Merle, Paris, Cerf, 1991, p. 43-84.

sonare : résonner en passant au travers du masque. La *persona* d'Hécube ou celle de Médée, nous dit-il, pouvait ainsi être utilisée par la voix de n'importe quel acteur, qui devenait ainsi l'un ou l'autre des personnages le temps de la représentation. Boèce raconte que l'usage a par la suite conduit à employer le terme de « personne » pour désigner celui qui était connu « d'après sa figure », *pro sui forma*.

Deux questions surgissent alors : qu'est-ce qu'une personne ? Ce qui revient à se demander ce qui fait l'essence d'une personne d'une part.

Qu'est-ce qui fait qu'une personne est *cette* personne précisément, d'autre part. Nous verrons que cette dernière interrogation conduit encore à une autre : qu'est-ce qui fait que cette personne reste la *même* personne tout au long du temps ? Cette dernière interrogation entraîne des implications pratiques en médecine, mais aussi dans d'autres domaines.

C'est précisément cette ambiguïté relative à la notion de personne qui nous déroute si l'on tente de définir la personne en négligeant ce dualisme. En effet, on n'apprendrait pas grand-chose si l'on tentait de la définir la personne par son essence (supposer qu'il faille relever de « l'humanité » par exemple). On serait amené à se prononcer sous forme d'opinions pour les cas équivoques (le nouveau-né ou le singe sont-ils des personnes ?). Pour avancer, il faut revenir à la distinction antique entre l'essence (ou *ousia* en grec) et la substance (ou *hypostasie*) qu'on assimilera ici à ce qui fait la spécificité de sujet, son histoire propre. Dès lors, on peut concevoir un questionnement sur la notion de personne élargi à l'ensemble des êtres existants, comme un animal, une plante ou un homme. La simple observation nous apprend que l'on peut exister comme substance, ou sujet (par exemple un chat, un roseau), ou bien comme une personne (par exemple Mozart). Chez ces trois êtres concrets, on peut raisonnablement avancer que seul le dernier fut capable d'une pensée rationnelle, à même de permettre de le qualifier de personne. Ce qui est en fait spécifique d'une personne est d'être un sujet certes, mais surtout d'être un sujet d'une nature

rationnelle. Il faut donc bien considérer le roseau et le chat comme des sujets – mais Mozart seul, en tant que personne, capable de penser (même si Pascal vient compliquer la donne avec son histoire de roseau pensant...). L'essence d'une personne semble donc associer un sujet, substantiel (en théorie pas forcément humain), et une pensée rationnelle. Pour autant cela ne nous avance pas vraiment pour entendre ce qui caractérise une personne particulière, ce qui fait qu'elle est *cette* personne, précisément.

À ce stade, il faut revenir à Boèce, et à notre *persona*. Si l'acteur peut changer de *persona* et si plusieurs acteurs peuvent revêtir la même *persona*, chaque homme aurait sa propre *forma*. De la scène, le mot est passé au langage courant pour désigner celui qui donne en représentation ses paroles ou ses actes, non pas tant qu'il joue, mais tel qu'il *est*. Ce n'est probablement pas pour rien. La personne serait ainsi celle qui porte une *persona* qui collerait durablement à sa peau. Si le poète faisait parler la *persona*, nous serions, nous, auteurs de notre propre *forma* et acteurs d'un rôle écrit par nous et pour nous : notre propre personnage. D'ailleurs, plus de dix siècles plus tard, on retrouve encore chez Hobbes la relation originelle à la scène : « Ainsi personnifier c'est jouer le rôle, ou assurer la représentation de soi-même ou d'autrui »³.

On doit alors réfléchir à ce qui constitue le caractère unique de notre personne (en tant que sujet capable de rationalité). Il ne s'agit pas tant du fait de posséder une rationalité, d'*avoir* ce que chacun a plus ou moins, mais qui n'est pas décisif ici ; il s'agit bien plutôt d'*être* une rationalité. C'est en effet par nos actes que nous nous déterminons en tant que personne. Mais ces actes sont eux-mêmes déterminés par notre pensée, puisque nous sommes sujets de rationalité. Au reste une personne peut manifester un comportement irrationnel ; pour autant elle restera à nos yeux une personne, justement par sa capacité de penser (même mal !)

On ne tient pas encore ce qui permet, au sein d'un groupe de sujets, de retenir ce qui caractérise un individu particulier, comme *cette* personne précisément. Ne retenir que le sujet, comme substance, ne suffit pas pour cerner

³ Thomas Hobbes, *Léviathan*, trad. Tricaud, Paris, Sirey, 1971, p. 161-162.

ce qui est *une* personne. Les possibilités que laisse entrevoir le clonage humain ont à cet égard quelque chose d’effrayant. Il faut alors reconnaître à la pensée la possibilité d’être précisément ce qui nous individue. Pour autant, rien n’interdit de concevoir la possibilité pour plusieurs individus de penser exactement la même chose dans une configuration donnée – c’est même hélas d’une navrante banalité. D’autre part, dira-t-on d’un sujet qui dort, ou qui ne pense pas, qu’il n’est plus une personne ? On doit donc rechercher ce qui est pensée rattachée à *un* individu de façon incontestable, irréductible. Cette pensée-là est la pensée sur soi, forcément rattachée à un sujet. On ne peut concevoir une pensée qui serait autocentrée *et* qui serait en même temps celle d’un autre sujet. Quiconque pouvant être défini comme personne s’entend donc comme étant capable d’une pensée sur soi, qui est même une pensée *de* soi. Cette pensée détermine d’ailleurs un mode d’être spécifique. C’est une pensée individuante. Ainsi, la personnalité est une personne constituée par sa pensée de soi. De façon différente on pourrait ajouter : une personne plus son Moi. La pensée de soi, c’est le *je*. La personne est donc le sujet qui pense à la première personne. Cela sous-entend la capacité de différencier l’être (*je*) et le connaître (*il*). C’est le Moi – dans ce que je pense de moi-même – qui fait la personne, et non le sujet seul.

Une personne est donc ce que devient un sujet dès qu’il pense à lui-même ; et *la* personne que devient ce sujet est déterminée, individualisée par ce que ce sujet pense en première personne qu’elle est.

Les frontières du concept de personne : l’extrahumain

En théorie, le caractère « humain » n’est pas exclusif du concept de personne. En toute rigueur, car n’étant pas le propos dans une approche centrée sur le défibrillateur, il faudrait s’interroger s’il n’existe pas des personnes dans le règne animal, dont les membres de certaines espèces évoluées – ou au contact des humains – sont parfois crédités de personnalité. À la lumière de la description du

concept qui vient d'être donnée, on peut facilement reconnaître aux animaux une forme de conscience sensible de soi, couplée à l'instinct et pouvant générer des comportements d'une « certaine » rationalité. Ce qui ne signifie pas rationalité certaine ! Cependant il est difficile chez eux d'envisager une conscience de soi à la première personne, où l'on envisagerait le lion en train de penser « je suis en train de savourer cette antilope ». (Il est encore plus difficile de l'imaginer entrevoir les conséquences morales de son geste !)

2001 Odyssée de l'espace et *Alien* offrent des exemples de fictions où la « machine », sous la forme de l'ordinateur, manifeste un fonctionnement complexe et rationnel qui lui confère une sorte d'humanité qui peut conduire à envisager l'idée de personne non humaine (au point que l'ordinateur de bord du vaisseau dans *Alien* est appelé « maman » par les membres de l'équipage, une mère qui s'avérera d'ailleurs fort malveillante. Là encore, au-delà de la fiction, on peine à concevoir des machines entreprenant des pensées sur elles-mêmes, se lançant dans un processus d'acquisition. Notre défibrillateur bardé d'informatique et d'intelligence artificielle n'a pas commencé ce « travail sur lui même », et encore moins pensé à le commencer.

Les dieux, anges et autres démons envisagés comme personnes posent avant tout la question de leur « quiddité ». Il est singulier de relever avec Stéphane Chauvier le cas du Dieu trinitaire chrétien, qui contredit la notion d'individu comme somme d'une essence (ou nature) et d'une substance : « d'un côté, dans le Christ, une unique entité individuelle relevant cependant de deux natures distinctes : l'humaine et la divine ; de l'autre, en Dieu, une unique entité divine se présentant comme Père, Fils et Saint-Esprit »⁴.

⁴ Stéphane Chauvier, *Qu'est-ce qu'une personne ?*, Paris, Vrin, 2003, p. 16.

Tout humain est-il une personne ?

À l'aune de ce qui a été exposé plus tôt, l'embryon et le nourrisson ne peuvent souscrire pleinement à l'intégralité du concept de personne (sujet qui pense à la première personne), tout en relevant d'un statut moral que nous leur accordons (ou pas). Commencement de personne ou personne en puissance, ils échappent encore à ce jour à la miniaturisation des prothèses. Pourtant rien n'interdit en théorie d'imaginer le recours à une technique de défibrillation de ces « proto-personnes » si besoin était, tant il est vrai que les techniques de soins réservés aux plus petits ont fait la preuve de l'ingéniosité humaine pour les faire vivre (cf. la chirurgie cardiaque néonatale et la chirurgie fœtale).

Il en va tout autrement du comateux. Ce dernier a, semble-t-il, du fait de son état, perdu la capacité de pensée de soi. En dépit de formes de communications alléguées, on peut penser – dans le coma profond – que sa conscience est réduite à des perceptions sensorielles peu évoluées. Encore être humain, objet d'un devoir moral et de dignité, il ne semble même plus rester une personne, tout particulièrement dans le cas du coma dépassé qui le voit tendre vers l'état de substance, tant ce qui faisait son essence a disparu, irrémédiablement.

Ce que la notion de personne impose

Une telle étymologie (*persona*, comme acteur de son propre rôle) conduit donc à associer à celui qu'elle désigne la notion d'action et de sens. La personne est celle qui agit et qui donne du sens à ses actes. Dans cette acception, il n'est pas étonnant que le concept ait donné par la suite la personne juridique, le sujet libre, objet de droits et de devoirs dans le droit romain. Avec Kant, la personne relève en premier lieu d'une catégorie morale (contrairement aux objets et aux animaux). L'homme est une personne en tant qu'il est sujet de raison, capable d'autonomie

et de respect de la morale, à ce titre digne de respect. La personne est ainsi objet de dignité (Kant formule le troisième impératif catégorique en ces termes : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »)⁵. Le respect dû à la personne tient à ce qu'elle est sujet de droit et de devoir, sujet libre, et définie par son autonomie. Pour Kant encore, « une personne est ce sujet, dont les actions sont susceptibles d'imputation. La personnalité morale n'est rien d'autre que d'être libre sous les lois morales. En revanche, la personnalité psychologique n'est que la faculté d'être conscient de son existence à travers différents états. Il s'ensuit qu'une personne ne peut être soumise à d'autres lois que celles qu'elle se donne elle-même »⁶. Ainsi donc, la personne est un sujet autonome capable de raison, objet de droits et de devoirs, et également un être moral. À ce titre, il est objet de dignité (« digne d'être digne » dit Kant).

Les malades présentant des contre-indications au défibrillateur

La question de l'implantation de prothèses – le défibrillateur en est un exemple – concerne des personnes malades qui sont des patients souscrivant à des critères d'implantation (conditions nécessaires). Deux des contre-indications à l'implantation du défibrillateur et le cas du mourant, à l'autre bout de « l'histoire » du défibrillateur, méritent d'être envisagés à la lumière de la notion de personne.

La première contre-indication est celle du « fou », dont les désordres psychiatriques constituent une contre-indication actuellement bien admise. La mise en place du défibrillateur peut en effet déstabiliser de façon sévère des pathologies psychiatriques, et d'autre part la perception inappropriée,

⁵ Emmanuel Kant, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, trad. fr. V. Delbos, revue par A. Philonenko, Paris, Vrin, 2004, p. 142-143.

⁶ Emmanuel Kant, *Métaphysique des mœurs*, trad. fr. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1971, p. 98.

déraisonnable que le fou peut avoir de la prothèse est susceptible d'induire des comportements catastrophiques (on a déjà vu un psychotique s'arrachant littéralement sa prothèse). Pour autant, si le fou a perdu dans une certaine mesure son autonomie et que la pensée de soi qu'il peut éprouver est précisément perturbée chez lui, il n'en reste pas moins une personne. La contre-indication relève plus de contingences pratiques, liées à la nature de la maladie mentale en cause, qu'à son essence même, en tant que personne.

La seconde contre-indication est représentée par le patient ayant fait un arrêt cardiaque récupéré et ayant gardé des séquelles neurologiques sévères, l'archétype restant le comateux végétatif (mais la réflexion concerne également les malades vigiles mais porteurs de séquelles neurologiques lourdes). Les mêmes remarques s'appliquent à l'extrême concernant la perte d'autonomie et de pensée de soi. Il n'est cependant plus une personne capable de raison, et encore moins de choix. Cependant, il demeure une personne au sens kantien, et reste bien entendu objet de dignité – tout comme le fou. Si l'un comme l'autre ont perdu – semble-t-il – leur raison, ils sont encore placés sous la loi morale, au sens où l'entendait Kant. Les pratiques actuelles excluent néanmoins ce type de patients des indications d'implantation, en dépit d'un risque de récurrence élevé du trouble du rythme cardiaque à l'origine de leur état. La contre-indication n'est pas ici représentée par une maladie particulière (la schizophrénie par exemple) dont le cours serait modifié par le défibrillateur, mais bien par l'essence même du sujet, dont le déficit mental semble le condamner à ne plus « mériter » ce type de prothèse...

Est-ce à dire qu'il faut être une personne capable de raison *active* et de choix moraux, pour bénéficier d'un défibrillateur implantable ? Les mêmes patients relèveront sans doute de la mise en œuvre d'une épuration extra-rénale par dialyse itérative si leur état le justifie, pour un coût comparable. D'où provient cette différence de prise en charge où, dans un cas, nul ne songera à appareiller avec un défibrillateur ces malades qui restent des êtres humains, mais ne sont plus des personnes actives, dans le sens de personnes capables de choix (le comateux) ; dans l'autre cas (celui de la dialyse), on n'hésitera guère à poursuivre de façon

parfois prolongée cette technique en réanimation ? S'il ne s'agit pas d'un problème de coût, existe-t-il une différence qui tient à la nature de la technique employée, ou plutôt à la représentation symbolique de la technique ? Dans le cas de la dialyse, on pallie une défaillance rénale par l'intervention d'une machine externe qui vient rétablir une fonction. Rien de plus, ni de moins. Cependant, si la défaillance rénale entraîne inévitablement la mort du malade en l'absence de dialyse dans le second cas, la survenue d'une arythmie ventriculaire dans le premier est plus aléatoire. Elle est possible, voire probable, mais elle garde un caractère incertain, qui échappe à la prévision. Tient-on ici l'intégralité de l'explication ? Pourquoi ce même patient comateux sera peut-être appareillé avec un stimulateur cardiaque s'il fait un arrêt cardiaque, même transitoire, par bloc auriculo-ventriculaire (pauses cardiaques), et ne le sera pas avec un défibrillateur, si l'arrêt cardiaque est du à une fibrillation ventriculaire (accélération cardiaque)? S'agit-t-il d'un problème de coût ? En dépit d'un rapport de un à quatre en faveur du stimulateur, ce n'est probablement pas l'explication, notamment en France où ce coût est mutualisé.

Le point commun entre la dialyse (comparable en coût au défibrillateur) et le stimulateur cardiaque (comparable « techniquement ») réside en ce que l'une comme l'autre rétablissent une fonction défaillante, de façon permanente ou intermittente, mais rien de plus. En revanche, ce qui semble ici faire la spécificité du défibrillateur tient dans ce qu'il revêt un aspect « optionnel ». Il sera là « au cas où » pour délivrer un choc salvateur. Il ne rétablit pas une fonction (même s'il rend immédiatement la vie, soit l'ensemble des fonctions !). Il équivaut *en interne* à ce que pourrait réaliser un secouriste ou un médecin à l'aide d'un défibrillateur externe. Il s'agit d'un acte de soin à part entière et non la restitution d'une fonction. De là, si on peut qualifier sans équivoque le stimulateur cardiaque de prothèse, le terme de prothèse optionnelle pourrait s'appliquer pour le défibrillateur, dans le sens où il apporte *en plus* une fonction qui n'existe pas dans l'organisme : la capacité de défibrillation. Le stimulateur, à l'inverse, ne fait que restituer la capacité d'automatisme du cœur.

Il apparaît à ce stade, au regard du choix d'implanter un défibrillateur, que c'est bien d'une part l'essence du patient comateux, comme n'étant plus tout à fait une *personne* à part entière, qui détermine s'il est candidat ou non à ce type particulier de prothèse, et d'autre part la nature de cette prothèse. Pour caricaturer, on pourrait dire que les pratiques actuelles accordent la mise en place d'un défibrillateur aux malades perçus comme étant des personnes, au sens où l'entendait Boèce. Une perception plus vaste de la personne (placée sous la loi morale, dans une perspective kantienne) aurait les faveurs de l'industrie, en ajoutant le fou et le comateux dépassé aux candidats à ce type de prothèse !

Le cas du mourant

Le mourant illustre encore l'ambiguïté des interactions entre la personne et sa prothèse. On peut définir le mourant comme celui qui est en train de mourir, sans préjuger du caractère inéluctable ou non du processus. Le mourant va probablement mourir ; quelquefois il en réchappe. S'agissant du défibrillateur implantable, il faut d'emblée postuler qu'il n'existe pas qu'une seule sorte de mourant, mais au moins deux. La distinction ne tient pas à celui qui va effectivement mourir et à celui qui s'en sortira, mais elle réside plutôt dans ce qu'on attend du défibrillateur.

Chez celui qui ne *doit* pas mourir (aux yeux du cardiologue : patient au myocarde encore peu dégradé), le bref instant qui suit le début de l'arythmie fatale et précède la délivrance du choc électrique salvateur par la prothèse, est en réalité bien singulier. On ne peut ni véritablement encore considérer cette personne comme tout à fait morte, ni à l'évidence comme étant encore absolument vivante. Dans cet entre-deux, on peut même ajouter que transitoirement, cette personne n'en est plus une au sens kantien (sujet de raison, capable d'autonomie et de morale). En pratique, elle est inconsciente le plus souvent. Elle semble hésiter dans une zone incertaine qui rappelle l'adage prévalant au temps de la marine à voile. Cet adage définissait « trois types de personnes : les vivants, les morts et les marins », (ces marins là, tout comme ceux d'aujourd'hui restant *a priori* des personnes !). Chez ce mourant, donc, la prothèse n'est, elle, certes pas une personne, mais à l'instant précis de sa mise en œuvre, par l'analyse en temps réel qu'elle effectue du trouble du rythme à l'aide de ses algorithmes, on doit bien lui reconnaître une certaine forme technologique (ou algorithmique ?) de raison. L'autonomie de son fonctionnement n'est pas mieux illustrée qu'à cet instant. Enfin si l'on ne peut lui faire le crédit d'être capable de morale, il y a néanmoins *quelque morale* à ce que le défibrillateur ranime précisément ce malade dont le pronostic est par ailleurs excellent.

Inversement, celui qui *doit* mourir (toujours aux yeux du cardiologue : patient bien conscient, mais en insuffisance cardiaque réfractaire à tout traitement) s'attarde parfois en une fin de vie éprouvante pour lui-même et pour ses proches. Quand il est temps pour le mourant de quitter la scène, comme La Fontaine le souligne – avant l'ère du défibrillateur – dans la fable « La mort et le mourant », l'heure n'est pourtant pas toujours au renoncement !

La Mort avait raison : je voudrais qu'à son âge
 On sortît de la vie ainsi que d'un banquet,
 Remerciant son hôte ; et qu'on fit son paquet :
 Car de combien peut-on retarder le voyage ?
 Tu murmures vieillard ; vois ces jeunes mourir,
 Vois-les marcher, vois-les courir
 À des morts, il est vrai, glorieuses et belles,
 Mais sûres cependant, et quelquefois cruelles.
 J'ai beau te le crier ; mon zèle est indiscret :
 Le plus semblable aux morts meurt le plus à regret.⁷

Mais aujourd'hui, à l'heure où le mourant n'est plus en mesure de renoncer, à moins qu'il n'ait renoncé à renoncer depuis bien longtemps, ce n'est plus lui qui renâcle ; s'il est parfois encore là, c'est maintenu par son défibrillateur qui perd singulièrement de son intelligence artificielle et « fait la bête » dans un zèle littéralement machinal. Alors la prothèse là et bien là devient un souci de plus dans le tableau désespérant du mourant qu'on « se verrait bien ne plus voir ». Ce n'est plus seulement le mourant que l'on ne veut plus voir, mais sa prothèse même qui va devenir l'objet de la débâcle. Pourtant, ce mourant embarqué dans une fin de vie qui voit son défibrillateur choquer sans cesse et de façon inopportune sur des arythmies non létales, reste une personne. Sa prothèse – elle – fait preuve d'une autonomie dénuée de toute raison et de toute forme de morale !

En dehors de ces cas à la marge, les critères de contre indications restent flous. Le défibrillateur est proposé aux patients sans limite d'âge, leur espérance de vie spontanée devant être par ailleurs supérieur à un an, ce qui, convenons-en,

⁷ La Fontaine, « La mort et le mourant », *Fables*, VIII, I.

laisse une marge d'appréciation. Bien entendu les patients doivent souscrire à un certain nombre de marqueurs de risque de mort subite, qui restent évolutifs et discutés. Il est sans objet de les détailler ici, mais ce qu'il faut retenir est qu'en dépit de nombreux travaux, il n'y a pas d'outil prédictif véritablement fiable pour prédire qui va mourir subitement et qui en est à l'abri. Enfin, après le décès d'un patient appareillé, il revient encore aux médecins d'inhiber les thérapies du défibrillateur afin que le thanatopracteur – ultime intervenant non médecin, celui qui prépare le corps avant la présentation de la dépouille à la famille – puisse extraire la prothèse sans recevoir de choc, la prothèse étant recyclée par l'industrie (« Les piles doivent être recyclées » devenant l'avatar contemporain et écologique du « tu es poussière et tu retourneras en poussière »⁸).

L'évolution du patient contribue à son processus d'exclusion

Qu'advient-il du patient appareillé ? De même que les histoires d'amour finissent mal *en général*, à ce que dit la chanson, après un début prometteur représenté par un arrêt cardiaque récupéré, ou par une menace imminente que l'implantation abolira, la suite bégaie parfois. Les complications liées à la technologie ici (les « bugs »), la multiplication des chocs électriques trop souvent inappropriés là (ou à l'inverse l'absence embarrassante de choc des années après une implantation « généreuse ») viennent gripper la relation. Une routine s'installe, rythmée par les visites programmées à l'avance, avec une fréquence de deux à trois par an. Cette routine est favorisée en outre par la dichotomisation des tâches entre le contrôle de prothèse réalisé à l'hôpital et le suivi cardiologique classique réalisé en ville le plus souvent. Au moment du contrôle de prothèse, il est tentant d'orienter les plaintes fonctionnelles vers le « soignant », en ville. Les consultations sont parfois l'occasion d'un humour grinçant de la part des patients, qui conjecturent sur cette « pile » qui les maintient trop longtemps, disent-ils. Ce badinage reste le plus souvent l'expression de la peur de mourir. Pour le

⁸ *Genèse*, 3, 19.

cardiologue chargé du contrôle du défibrillateur, l'analyse des symptômes s'estompe peu à peu, au profit de l'analyse des signaux contenus dans les mémoires embarquées de la prothèse, et restitués à l'aide d'un ordinateur dédié : le programmeur.

Le signal qui est restitué par le programmeur est la résultante de la transformation d'un phénomène biologique et physique sous une autre forme conventionnelle, numérisable, en vue d'une quantification. Le processus galiléen qui intervient à ce moment-là n'est pas sans rappeler ce qui se passe en temps réel lorsque quelqu'un parle. La parole se déploie alors sous la forme d'un bruit qui a une longueur d'onde particulière. À l'aide du langage, le signal perçu prend sens instantanément. Chez le sourd que l'on appareille avec une prothèse auditive, sa prothèse restitue ce signal mais n'aboutit qu'à une « sonorisation » sans la perception du sens si l'appareillage intervient tardivement. On touche du doigt la différence entre un langage et la sonorisation, ce qui revient d'ailleurs à balayer le fantasme qui consiste à croire que l'appareillage (la technique) guérira toutes les maladies. Dans le cas du défibrillateur, la survenue d'un trouble du rythme ventriculaire se conçoit d'abord comme un chaos électrique brutalement installé, qui va précipiter la défaillance cardiaque. Ce chaos possède sur plan électrique des caractéristiques précises, comme une fréquence anarchique, comprise entre 300 et 500 par minute, et une amplitude particulièrement faible. Ces paramètres sont instantanément retranscrits sous forme de signal (l'électro-endogramme). À ce stade, il convient de distinguer non pas un récepteur du signal (le sourd !), comme dans la prothèse auditive, mais trois.

Le premier, en temps réel, est le défibrillateur qui va analyser les caractéristiques du signal. En fonction des « grilles de lecture » définies par la programmation des algorithmes, il lui donnera un sens qui impliquera en retour un effet (le choc électrique).

Deuxième récepteur, et de façon différée, le cardiologue qui contrôlera la prothèse donnera un sens (identique ou divergent) à l'électro-endogramme, par son analyse du tracé, à l'aide de son expérience. Ici intervient sa rationalité, nourrie de beaucoup de *technè* et d'un peu d'*empirie*.

Le troisième récepteur – et principal intéressé – le malade, est paradoxalement le seul à ne pas pouvoir percevoir de sens. Il n'accède d'ailleurs pas en pratique aux tracés. Il n'en reçoit finalement que l'effet restitué par la prothèse (le choc) et par le cardiologue (les mots destinés au patient, issus du décryptage de l'arythmie). Il est singulier de relever qu'aucun des cinq sens du patient n'est sollicité par la restitution de l'information (le choc). La sensation de douleur sera la seule perception, brutale, imprévisible, donc génératrice d'angoisse. Quant au médecin tout accaparé par sa technique, sait-il trouver le temps et les mots les plus adaptés au réel du malade ? Ce dernier est ainsi le grand oublié dans cette affaire et ne peut que s'en remettre aux deux autres intervenants : *croire* en l'infaillibilité de la prothèse et *avoir confiance* en son médecin. Dans les deux cas, il n'a pas même le contact rassurant que procure à la main de l'aveugle une canne rustique blanche. Canne blanche ou défibrillateur : quelle est la prothèse la plus rassurante ?

Ainsi, progressivement, la figure du malade disparaît derrière son arythmie elle-même convertie en signal, parachevant de la sorte une forme inattendue et *technologique* d'objectivation.

Le glissement opéré n'est pas sans rappeler dans l'univers militaire ce qui se joue dans un central opérationnel de type guerre sous-marine ou d'état major, où l'analyse de signaux sur des rangées d'écrans est assez comparable à l'activité qui nous occupe. L'affrontement réel y est distancié, virtualisé. Sans porter de jugement de valeur sur la guerre elle-même, il y a quelque regret – au moins esthétique, sinon au plan de l'éthique – à passer de la vision du prince Bolkonski gisant blessé, magnifique, au milieu des cadavres à Austerlitz dans le *Guerre et paix* de Tolstoï, à celle du *Docteur Folamour* de Kubrick, s'égarant dans un délire mégalomane de fin du monde imminente, au milieu des écrans de contrôle du centre de crise du président des États-Unis ; délire favorisé par la distanciation opérée par la technique. L'accent caricatural de ce dernier personnage est d'ailleurs un rappel sans équivoque de l'horreur nazie où l'impensable fut

systematisé, organisé à l'aide de la technique. La technique ayant permis la démultiplication de l'horreur, la perte du sens, le « tout est possible ».

De façon plus contemporaine, on observe ce phénomène de désincarnation dans le domaine de la finance, avec là aussi un processus de virtualisation de l'économie en produits financiers qui fait perdre de vue l'économie réelle. En réalité on retrouve presque partout cette façon de transformer le réel, de le renommer, de l'occulter pour mieux le transformer. C'est avant tout une technique même si n'interviennent pas directement des objets techniques.

Pour finir, au moment où peut se poser avec insistance la question de savoir si, chez certains malades en fin de vie, on doit désactiver le défibrillateur, le « pacte » initial se rappelle à la mémoire du soignant. Le défibrillateur a été implanté à cette personne précisément pour interrompre les arythmies malignes qui la menaçaient, dans une sorte de contrat moral. Placer les thérapies sur arrêt ne constitue-t-il pas une forme de trahison ? Le propos n'est pas ici de prendre une position définitive. Pour dépasser l'apparente contradiction, il faut repenser au patient avec lequel le contrat a été passé, à l'éclairage de la notion de personne. Ce malade appareillé à un instant critique de son histoire singulière était une personne, avec tout ce que nous avons évoqué comme allant avec ce concept. À l'heure d'un coma dépassé, ou du naufrage d'une fin de vie qui conduit à débattre de l'opportunité de désactiver ce type de prothèse, la question n'est pas tant de savoir si le malade est encore une *personne*, mais plutôt de se demander s'il est encore la *même* personne. Ce sont d'ailleurs bien souvent les proches qui en font l'observation : « docteur, il n'est plus le même » disent-ils volontiers, en désignant celui que sa maladie a profondément changé. Il n'est assurément plus *la* personne qu'il était. On peut retrouver dans la relation amoureuse qui se défait, un sentiment proche, celui de la perte de la *mêmeté*. « Tu n'es plus le (ou la) même », dira-t-on à la personne qui se détache, et que l'on ne reconnaît plus. Ce constat qui ne légitime à dire vrai pas grand chose dans la relation amoureuse, permettra néanmoins parfois de baliser le chemin de la rupture qui n'est rien d'autre qu'une forme de deuil de la relation amoureuse avec une personne. En considérant cela,

nous ne nous donnons pas le droit de faire n'importe quoi, au prétexte que l'engagement a été passé avec une *autre* personne. De la même manière, en formulant l'idée de la perte de la même personne chez nos malades, cela ne nous exonère aucunement de nos devoirs ; c'est plutôt la nature de ces devoirs qui change, s'agissant d'une autre personne. (L'enjeu n'est plus par exemple de prévenir la mort subite d'une personne autonome, mais plutôt d'accompagner dignement celle qui ne l'est plus.)

Dans cette acception il importe d'informer le patient en amont, au moment du « consentement éclairé » avant d'implanter un défibrillateur, qu'il risque également de ne plus rester toujours la *même* personne.

Le patient qui nous intéresse est donc cette personne singulière, envisagée à un moment particulier de son histoire personnelle, que sa prothèse détermine et occulte en même temps. Il convient de réfléchir à ce que contient ce paradoxe.

Chapitre II
LA PLACE DE LA PROTHÈSE

Avec le défibrillateur implantable, on est dans le domaine de la prothèse au sens grec de *prothesis*, « addition ». Il s'agit alors de l'incorporation d'une pièce ou d'un appareil destiné à remplacer partiellement ou complètement un organe ou un membre, ou à rétablir une fonction⁹.

Prothèse ou implant ?

L'implant est un objet quelconque introduit dans le corps humain. Il faut d'emblée exclure les objets organiques incorporés, pour lesquels on parle de greffe, ces greffons étant intégrés. On exclura également tout ce qui est introduit dans le corps pour être finalement digéré, et ce qui est assimilé avec ou sans transformation – ou métabolisation, comme pourra l'être un médicament.

L'implant est donc un objet intra-organique, qui peut d'ailleurs être extrait du corps. Tout cela amène en réalité à poser la question de la nature et de la fonction de l'implant. Si, en biologie, l'organe détermine la fonction au point qu'on a pu dire que l'organe primait la fonction, dans le domaine de l'implant, on est en pleine extériorité. La fonction de l'implant prime sa nature qui est la résultante d'un projet arrêté, ce projet dépassant largement la seule médicalité. Ainsi la mise en place d'anneaux ou de d'objets de toute sorte (diamant, perle, os, bois, métal) prend un sens différent chez un punk londonien ou chez un guerrier papou, comme on peut l'observer avec les tatouages qui sont à la frontière de

⁹ *Petit Larousse*, 1999.

l'implant (incorporation de pigments intradermiques, qui seront – eux – difficilement extirpables). Ils constituent des signes d'appartenance pour des tatouages ethniques dans les sociétés dites primitives. Dans certains groupes néo-modernes, les tatouages sont liés à une mode, à une recherche esthétique. Ils peuvent relever d'une appartenance à une communauté dans un cas ou à l'inverse témoigner d'une revendication d'exclusion de la société, comme certains tatouages slogans (ni dieu ni maître !), ou certaines localisations (sur le visage en particulier) dans l'autre : le sens est loin d'être univoque, mais il est toujours présent. On ne se tatoue pas pour rien, pas plus qu'on insère un implant pour rien. La question du sens est donc première.

Avec l'irruption de la technique, on dépasse très rapidement ce qui est observé dans les sociétés traditionnelles. Le champ de ce qui est envisageable en termes de besoin et de désir confronté à ce qui est possible techniquement (et qui n'est bien entendu qu'une partie de ce qui sera possible) nous ramène à l'éthique (tout est-il possible ?) autant qu'à la science-fiction qu'on peut voir comme une forme littérairement racoleuse de la science derrière laquelle s'avance, masqué, le scientisme.

La prothèse comme objet technique

Une prothèse se conçoit d'emblée comme un objet technique alors que tout implant n'en est pas forcément un, qu'il s'agisse d'une perle dans une société archaïque ou de cellules souches implantées dans un myocarde infarci par exemple, pour en rétablir la fonction contractile. Pourtant ce dernier type d'implant – si l'on fait abstraction de sa nature biologique – souscrit parfaitement à la définition d'une prothèse, chargée de remplacer partiellement ou complètement un organe et d'en restituer la fonction. On le voit donc, la distinction nature / technique ne résume pas l'essence de la prothèse. Il n'échappe pas que les implants biologiques réalisés dans le cadre des projets de thérapie

génique, de la procréation médicalement assistée et du clonage, sont avant tout des objets de *la* technique. On parle d'ailleurs de techniques de procréation médicalement assistée, de techniques de clonage etc. Ce n'est donc pas non plus dans la complexité technique ni dans le caractère non biologique qu'il faut rechercher ce qui fait la spécificité de la prothèse, d'autant qu'on peut envisager dans l'avenir des prothèses intégrant du matériel biologique.

La question du dedans et du dehors

Dans une paléo-médecine, la prothèse s'envisage en premier lieu comme externe, même si elle doit être arrimée plus ou moins solidement au corps et qu'elle ne restitue que plus ou moins efficacement une fonction. Nous viennent à l'esprit la jambe de bois, l'œil de verre (qui ne restitue pas la fonction visuelle, tout au plus une fonction d'apparence), voire le crochet du capitaine homonyme qui nous fait d'ailleurs rentrer dans le cadre de l'option ou de l'accessoire qui seront évoqués plus loin. Avec une médecine décidée à renoncer à l'empirisme et progressivement entrée dans la modernité technoscientifique à partir du XVII^e siècle, la prothèse est conçue de façon à pouvoir être le plus souvent intériorisée, littéralement incorporée. Il s'agit de prothèses inertes (prothèse de hanche, cristallin artificiel, *stent* – ou prothèse endovasculaire) ou bien plus ou moins complexes et pouvant intégrer des programmes informatiques (stimulateur cardiaque, prothèse auditive, main artificielle). La différence entre l'implant et la prothèse ne se situe pas dans leur localisation.

Intériorité et extériorité

Le développement technique a rendu caduque la distinction entre la prothèse externe et l'implant. La jambe de bois du capitaine Achab était bien une prothèse. En d'autres temps et avec une autre destinée, le cristallin artificiel qu'il aurait pu recevoir en sa vieillesse eût été à la fois un implant et une prothèse. Pour

autant, le concept de prothèse qui est par essence lié à la technique actuelle devra laisser la place à une autre terminologie, lorsqu'on réfléchit à ce qui sera proposé comme *incorporation* dans un futur proche, à une autre échelle. Les thérapies géniques qu'autoriseront les nanotechniques verront la mise en place d'implants destinés à être incorporés. Ils pourront toujours, en modifiant un substrat, rétablir une fonction ; mais en étant cette fois-ci intégrés dans le vivant, ils perdront de la sorte leur *extériorité* initiale. En outre, ces thérapies géniques ne se contenteront pas de corriger et rétablir une fonction ou un organe. Le corps en sera modifié dans son *intériorité* même, puisque c'est au niveau cellulaire, au niveau du gène, du « programme » qu'on entend agir. On est ici en apparence à la frontière du médicament, qui est également assimilé. Mais en réalité ce dernier a pour fonction d'entretenir ou de réparer le corps, pas de le modifier.

La question n'est donc pas de savoir ce qui tient à l'intérieur et à l'extérieur du corps, mais elle repose plutôt sur les notions d'extériorité et d'intériorité. L'intériorité apparaît de deux manières : l'intériorité spatiale (où est implanté tout ce qui est introduit dans un corps) et l'intériorité substantielle, qui voit le corps naturel modifié par l'intervention extérieure. Autrement dit, c'est au sein même du corps humain qu'il faut comprendre la différence essentielle entre intériorité et extériorité. Bref, c'est comme s'il y avait deux corps bien différents à l'intérieur du corps humain.

Corps organique (Körper) et corps investi (Leib)

Pour cerner ce qui distingue l'intériorité spatiale de l'intériorité substantielle, il faut se détourner de la prothèse elle-même, qui ne doit pas être seulement envisagée comme un objet technique, amené de l'extérieur. C'est véritablement la place de cette prothèse dans l'un ou l'autre des deux corps qui change la donne.

Il faut donc quitter la technique et les techno-sciences pour revenir à la révolution scientifique certes, mais surtout philosophique, initiée par Descartes au

XVII^e siècle. Le « corps machine » qu'on lui prête, et qui sera l'objet de la science, est le cadavre. C'est celui qui est le fruit du clivage entre ce que je suis, « la substance pensante », et ce que je ne suis pas « la substance étendue ». Ce que j'appelle « corps », écrit-il est « toute cette machine composée d'os, et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre »¹⁰. Clairement, ce corps n'est pas le Moi qu'il découvre comme existant en dépit – ou à cause – de tous ses doutes (car pour douter il faut penser, et comme je pense, je suis.) Dès lors, ce corps organique abstrait car dépouillé du vivant, peut être comparable à un cadavre, à un corps désinvesti, somme de tous ses organes (ou de ses pièces ?) Comme une machine, il peut être l'objet de l'analyse (séparation en ses constituants) et reste le seul réel qui est abordable par la science (le seul qui est accessible à la mesure et à la norme.) La Mettrie, qui était médecin, achèvera la réduction complète de l'homme à la machine avec son ouvrage *L'homme machine* en 1748.

L'autre versant est représenté par le sujet subjectif, investi, le Moi. Il renvoie à la personne au sens de celui qui tient un rôle, qui est un sujet et dont le corps n'est qu'une « prothèse d'un moi » selon le mot de David Le Breton¹¹. La place que peut prendre la prothèse dans ce Moi n'est pas univoque. À cet égard, la signification d'une prothèse de hanche essentiellement fonctionnelle, et celle d'une prothèse pénienne chez un dirigeant politique d'un pays d'Europe du sud par exemple, n'auraient vraisemblablement pas la même portée. La place fantasmée que peut revêtir un défibrillateur, comme machine susceptible de restituer la vie n'est pas nulle non plus.

Prothèse et accessoire

Dès lors, si on se place du point de vue de ce qu'il est possible de modifier dans l'homme réduit à sa part biologique, au prisme des besoins et du désir d'une

¹⁰ Descartes, *Méditation métaphysiques*, Méditation seconde, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1937, p. 168.

¹¹ David Le Breton, *Signes d'identité*, Paris, Métailié, 2008.

part, et de ce qui est rendu possible par la technique d'autre part, il n'y a plus de limite, sinon celles de la technique à l'instant donné, mais sans cesse dépassées ; et celles de l'économie puisqu'on est dans une perspective qui n'est pas celle de la morale. Tout est alors possible : ne plus se contenter de restaurer des fonctions mais améliorer celles qui existent. Il n'y a qu'à se rappeler le débat autour de la participation d'Oscar Pistorius, coureur sud-africain amputé dont la prothèse de jambe en carbone particulièrement efficace en fit un candidat controversé aux Jeux Olympiques de Pékin, au point que le cas dut être tranché – si l'on ose dire – par le comité d'éthique du Comité International Olympique. L'athlète fut en quelque sorte considéré comme un dopé « prothétique » et ne put finalement participer aux Jeux. Mais pourquoi se limiter à l'amélioration ? Pourquoi ne pas ajouter des fonctions ? On pense à l'ajout de mémoire « vive », comme sur un ordinateur, et pourquoi pas à une connexion à *internet*, ou bien encore à la capacité à respirer sous l'eau, etc. Le défibrillateur est d'ailleurs déjà là comme une prothèse apportant une fonction (la capacité de défibrillation) n'existant pas à l'« état de base ». En ce sens il se conçoit comme une prothèse radicalement différente dans son essence de celle du stimulateur cardiaque, nous y reviendrons.

La voiture constituant un marqueur pertinent des fantasmes humains contemporains, il serait assez facile de transposer chez l'homme prothétique la diversité qu'offre la customisation (ajout d'options) de nos véhicules. À tel point, que lorsqu'on parle de pare-chocs en silicone, « bagnole » ou Pamela Anderson, on ne sait plus tellement dans quel registre on se trouve !

Le problème de l'amélioration, de l'accessoire, de l'utilitarisme

Ainsi, pour résumer, l'objet implanté peut relever schématiquement de deux types d'intentions. Si la visée est simplement de corriger et de rétablir une fonction (stimulateur cardiaque), on peut parler d'implantation de prothèse. À l'inverse, si l'objectif est résolument d'améliorer une fonction naturelle ou d'en créer de nouvelles, il faut rechercher une autre dénomination tant il est vrai que le

changement de la démarche n'est plus une affaire de degrés mais de nature. Devra-t-on parler d'*option*, d'*accessoire* ou d'« *exothèse* » (au sens large : posé depuis l'extérieur), tant on est dans un registre d'extériorité dans cette affaire, extériorité d'intention, de fonction et de relation à la technique. La technique n'est plus ici complice de la nature, pour la suppléer, mais autocétre. La nature ne s'envisage désormais plus que comme moyen, voire comme alibi en vue du développement d'un projet technique. En clair, l'humain dans sa personne n'est plus au cœur du projet technique, c'est la technique elle-même qui est au cœur de son projet.

À ce stade, la question de l'amélioration de l'homme se pose en termes anthropologiques, sociologiques et éthiques. Que veut-on, que peut-on, que doit-on faire de l'humain ? Il n'est pas possible de laisser le développement débridé des moyens suivre son cours sans s'interroger sur les fins. Quelles fins sont humainement souhaitables ? On retombe vite dans un débat entre déontologistes et utilitaristes qu'il n'est pas possible d'éluder si l'on ne veut pas laisser le champ libre à l'expression de tous les fantasmes que rendra possible la technique, où les fins (*utilities*) seront déterminées par des intérêts divers, des opinions portées par le contexte, ou le « laissons progresser la science » qui est l'alpha et l'oméga du scientisme. L'ensemble rend compte d'un utilitarisme bas de gamme que facilite la croyance en l'équation « modification = amélioration ».

Est-on encore en réalité dans la *médicalité* telle que l'entendait von Weizsäcker ? Est-ce le rôle des médecins (et à quel passage du serment d'Hippocrate y est-il fait référence ?) de participer à ce processus d'amélioration de l'homme. N'y a-t-il pas là une forme de griserie rendue possible aux prométhées en blouses blanches par les possibilités exponentielles de la technique ? Au-delà du problème posé par les prothèses, la question de la médecine du sport, où la cardiologie garde une place de choix, renvoie à la même incertitude. Une médecine des gens en bonne santé, surtout désireux d'améliorer leurs performances est-elle encore médecine ? Cela invite à revenir à la

conception aristotélicienne de la médecine. Avec Aristote,¹² nous n'ignorons pas que la fin de la médecine étant la santé, elle n'a plus d'objet s'agissant des gens déjà en bonne santé. Du côté des « patients », il s'agit de la forme moderne du narcissisme, à l'ère du culte du corps. Le versant médical mêle la complaisance et les ressorts démiurgiques qui habitaient déjà le personnage du docteur Faust chez Goethe. Il faut trouver un nouveau nom pour ces praticiens « avides de rendre toute chose possible ». Dans le cadre de certaines activités sportives de haut niveau, ce nom est déjà trouvé. Il s'agit des *préparateurs* dont les plus exemplaires s'affairent – mais pas seulement – autour des coureurs cyclistes dans le Tour de France, avec le succès que l'on sait. Nous ne sommes alors plus dans le domaine de la médecine telle que l'entendait Aristote, mais dans une pratique médicalisée de l'amélioration, illustrant le processus dénoncé par Heidegger, qui assigne à la technique la mission de production de l'homme par l'homme, au nom de fins posées par l'homme.

Pour ce qui est de l'implantologie à venir, on peut proposer un vocable emprunté une nouvelle fois à l'industrie automobile, pour désigner ceux qui équiperont les individus de prothèses en tous genres, qui permettront de voir mieux que l'aigle, de courir plus vite que le guépard... et de sauter plus haut que la puce : *équipementier*.

Spécificité du défibrillateur automatique implantable

La nature du défibrillateur en fait une prothèse différente de ce qui a pu être implanté jusque là. Cela va sans dire pour des prothèses « inertes » comme peuvent l'être une prothèse de hanche, une prothèse vasculaire ou bien un implant de cristallin, mais c'est également vrai pour des prothèses plus « technologiques » telles qu'un stimulateur cardiaque ou une pompe à insuline. Cette dernière fera

¹² Aristote, *Éthique de Nicomaque*, trad. J. Voilquin, Paris, Garnier, 1940, Livre I, chap. 1, p. 3.

appel à des capteurs de paramètres biologiques (glycémie) et délivrera en fonction (ou sur commande du patient ?) la dose adéquate d'insuline. Le stimulateur cardiaque est programmé pour écouter l'activité cardiaque et stimuler de façon adaptée, en permanence ou en sentinelle, en fonction de la pathologie sous-jacente. L'apport adapté de l'insuline ou le rythme approprié que délivre un stimulateur cardiaque s'inscrivent dans une sorte de continuité de ce qui devrait être, en remplacement d'une fonction ou d'un organe défaillant, mais ne relèvent pas véritablement d'un ajout d'une fonction. Le comportement de ces deux types de prothèses est globalement prévisible et l'on pourrait qualifier leur fonctionnement d'hétéronome, en ce sens qu'ils ont été programmés d'une certaine manière qui rend leur comportement (presque) absolument prévisible jusqu'à la visite suivante.

Il en va tout autrement d'un défibrillateur qui tout comme le stimulateur va être l'objet d'une programmation initiale, mais dont le fonctionnement est par nature non totalement prévisible. Ou bien le défibrillateur sera absolument sentinelle, et donc d'une certaine manière inutile, ou bien il devra délivrer de façon quasi-immédiate une série de thérapies graduées allant de la stimulation rapide (*anti tachycardia pacing*, ATP) au(x) choc(s) électrique(s), sans omettre l'abstention thérapeutique si les algorithmes de discrimination – chargés de distinguer les arythmies « bénignes » de celles qui ne le sont pas – sont discordants. Ces algorithmes et leur programmation sont au cœur de l'intervention médicale. La pertinence des réglages (acte médical relevant d'une *praxis*) et les algorithmes (fruits de l'ingénierie industrielle) déterminent un ensemble de possibilités de comportement de la prothèse qui vont être confrontées au réel des arythmies du patient : le génie propre de sa maladie. Les mémoires embarquées du défibrillateur rendront compte *a posteriori* d'une bataille qui se sera passée en quelques secondes le plus souvent, et dont l'issue est par expérience incertaine.

Deux autres facteurs vont également complexifier la donne dans le moment critique de la délivrance des thérapies par la prothèse : d'une part le patient, avec sa perception propre de l'arythmie et des thérapies qui influent sur le réglage

(rapidité de la survenue d'une syncope en cas d'arythmie ? douleur ?), et d'autre part l'aléa informatique ou mécanique (*bug*) qui n'est jamais exclu, inhérent à la technologie complexe et aux contraintes mécaniques subies par le défibrillateur et par la sonde. Ainsi, le comportement du défibrillateur au moment critique est de type non totalement maîtrisable et peut prendre la forme d'un choc salvateur et indolore juste après la syncope (pas de souvenir pénible, comportement brillant de la prothèse) mais aussi celle de chocs inappropriés (pseudo-orage rythmique : douleur et anxiété majeures) ou de thérapies inefficaces voire délétères, les thérapies induisant paradoxalement une arythmie létale (effet pro-arythmogène, comportement catastrophique de la prothèse...)

C'est dans cette acception que l'on peut parler d'une certaine forme d'autonomie du défibrillateur, à l'intelligence artificielle certes programmée par l'*ars* médical, mais une intelligence que cet *ars* ne saurait complètement maîtriser. Une fois la programmation achevée, le soignant comme le malade devront s'en remettre à cette intelligence artificielle.

Le défibrillateur en tant que prothèse symbolique

On n'a pas fait le tour de ce qui est singulier dans le défibrillateur quand on a établi qu'il s'agissait d'une prothèse dont l'informatique embarquée la rendait capable d'une certaine forme d'autonomie, et qu'il s'inscrivait dans une catégorie nouvelle d'implant : une prothèse optionnelle. En effet, qu'il s'agisse d'une implantation consécutive à un arrêt cardiaque récupéré ou bien en prévention chez un patient à risque, la prothèse ne rétablira en aucune manière une fonction défaillante comme il est attendu. Il s'agit plutôt d'une machine figurant un pari qui a quelque chose de pascalien, sorte de loi du tout ou rien dont l'objet n'est rien moins que la vie ou la mort, avec un déséquilibre immédiat entre les deux termes de ce pari : les contraintes et complications du défibrillateur d'un côté, la mort subite, n'importe quand à partir de maintenant de l'autre côté...

On conçoit le paradoxe d'une prothèse envisagée comme accessoire, optionnelle au regard de la vie qui, convenons-en, n'a rien d'accessoire ni d'optionnel pour le patient implanté. Sa prothèse revêt au contraire une charge symbolique majeure. Elle concourt d'ailleurs à la dé-personnification des malades. La sémantique utilisée dans le dialogue avec le patient participe à la distanciation (prothèse qui « commande » le cœur, « technologie de pointe, ordinateur embarqué, algorithmes ») sans parler des anglicismes quasi-constamment employés à l'oral comme à l'écrit dans le domaine médical. Ajoutés aux acronymes et au jargon scientifique, ils sont au patient durant la « cérémonie » du contrôle de la prothèse (en ce qu'on peut l'assimiler à un culte à l'idole techno-scientiste) ce que le latin fut à nos messes d'antan : partiellement compris, mais propice à susciter le mystère et entretenir l'espérance. Cette prothèse-là ne promet assurément pas le salut ni la vie éternelle, mais laisse tout au moins entrevoir une prolongation.

Dans l'acception de l'hypothèse d'une liturgie, il n'est pas tout à fait artificiel de défendre l'idée de la prothèse comme objet d'un culte, le soignant en blouse et les infirmières figurant le prêtre, sa soutane et les enfants de cœur l'entourant, les écrans d'ordinateurs tenant lieu d'icônes, le malade tenant le rôle du paroissien qui espère un petit bout d'éternité. Il va sans dire que l'idole techno-scientiste s'est substituée à Dieu depuis longtemps dans cette affaire, l'homme contemporain ayant remplacé son désir de salut par le désir de santé.

L'objet technique comme objet de l'hubris

À ce stade, le praticien risque de retomber dans une médecine chamanique dans laquelle son rôle de médiateur peut dénaturer sa fonction. La prothèse en tant qu'objet technique opère en effet un renversement inattendu. Dans une conception archaïque de la relation de soin, le soignant possédait le pouvoir de faire venir – de convoquer – le dieu, ou l'esprit. Il devenait en quelque sorte prothétique dans le sens d'une addition, de la capacité d'apporter une fonction (magique) en plus.

Actuellement c'est l'implanteur (celui qui implante les prothèses), en tant que technicien, qui détient le pouvoir de convoquer l'idole technoscientifique. Il redevient par là même un chamane.

Le risque est alors de perdre de vue les attentes premières de son patient (l'écoute et la prise en compte de sa maladie par exemple) pour ne sacrifier qu'à la prothèse. Le patient n'existe plus que dans les projections qui sont faites de lui où il est considéré comme une unité d'une cohorte homogène de malades avec telles ou telles caractéristiques, ce qui revient à le réduire à l'enveloppe biologique autour de sa prothèse.

Dans le domaine de la prothèse, donc de l'intervention technique sur l'humain, et avec des potentialités comparables à ce qui peut être opéré dans le cadre de la procréation médicalement assistée, le champ est alors libre pour tous les excès, dans une perspective de démesure, d'*hubris*, avec sa forme ultime qui est l'auto engendrement de l'homme. Le but est alors de dépasser Dieu ou de le remplacer. Un exemple classique – bien que ne faisant pas appel aux prothèses mais plutôt au bricolage de l'humain – est celui de *Frankenstein* de Mary Shelley qui aboutit à la création d'un monstre qui échappe à son créateur. Modernisé et robotisé, cela donne *Terminator*. Également dans le septième art, c'est l'utopie ambiguë du répliquant dans *Blade runner*, dont le postulat repose pour le héros (Harrison Ford), flic privé et pendant futuriste du personnage de Marlowe, jadis incarné par Humphrey Bogart, sur la nécessité d'éliminer quatre répliquants en fugue dissimulés dans une cité futuriste. Ces répliquants sont des humanoïdes entièrement artificiels (mais non discernables des humains en dehors d'exams à l'échelle cellulaire), aux capacités physiques surdéveloppées. Créés dans un but utilitariste, ils ont échappé à leur créateur dans une révolte qui signe par là même le début de leur humanité. Celle-ci deviendra incontestable lorsque le plus violent d'entre eux, en mesure de tuer le personnage du flic à sa poursuite, sentant sa propre fin (péremption ?) imminente, l'épargne contre toute attente et contre tous les standards d'un film d'action hollywoodien !

L'« humanisation » des robots restera sans doute un fantasme du cinéma, mais ce qui est sous-jacent c'est la modification de la nature humaine *en mieux*,

selon le postulat transhumaniste qui veut que modification de l'homme égale amélioration. Sont réunis ici dans un présupposé purement techno-scientiste Bacon, premier penseur du progrès et Condorcet, qui voit dans tout progrès scientifique la cause essentielle du progrès humain, dans tous les domaines.

Blade runner (1982) de Ridley Scott n'a sans doute pas été assez vu par les partisans du postulat techno-scientiste du post-humain, qui voudraient qu'en modifiant les caractéristiques biologiques, physiologiques ou génétiques de l'homme, en le bardant de prothèses électroniques, on changeât sa nature humaine. C'est perdre complètement de vue la distinction entre la sphère biologique et la sphère morale. Ce qui fait la spécificité de l'homme, de Kant à Jonas, réside dans ce qu'il est un être moral. L'homme est bien entendu déterminé dans une certaine mesure par de multiples facteurs naturels, mais la marque de son humanité tient justement à ce qu'il ne se réduit pas à la nature (condition primaire d'existence). Aristote a d'ailleurs souligné que la nature de l'homme est nature seconde, ce qui revient à penser ce que l'homme a réalisé de sa nature primaire par son action sur lui même, sa *praxis*.

En somme, le défibrillateur est une prothèse singulière. Il ne se réduit pas à un implant intégré, incorporé puisqu'il garde en grande partie un caractère d'extériorité qui est manifeste lors du contrôle, par un tiers, sur un ordinateur dédié. Il n'est pas non plus le moyen d'une relation à la personne. S'il permet de restituer des épisodes arythmiques enregistrés, appartenant bien à la personne malade, il ne permet pas véritablement d'échange avec elle. Il est à l'inverse un instrument d'exclusion. L'échange a lieu en réalité entre la prothèse elle-même et le praticien. Pour preuve, un contrôle de prothèse se passerait apparemment de la même manière chez un comateux, et se réalise aussi bien, à distance, par la télécardiologie.

Pour autant, l'acte de contrôle ne se réduit pas à un entretien technique périodique. Nous avons montré le caractère « optionnel » de cette prothèse ; il ne faut cependant pas méconnaître la portée imaginaire, symbolique ou

psychologique qui se trouve immédiatement présente derrière la machine, compte tenu de ce que représente le risque verbalisé de mort subite. Tout cela génère bien entendu du sens chez le malade, mais également chez le soignant, qui transcende le simple cadre de l'entretien d'une machine.

Chapitre III

LE POINT DE VUE DU SOIGNANT

Distanciation du soignant

L'évolution des pratiques médicales est paradoxale à plus d'un égard. On accordait un pouvoir démesuré au thérapeute-sorcier détenteur d'une pratique chamanique, finalement plutôt contemplative chez les anciens ; tandis qu'à l'ère moderne où l'on a consacré la science médicale et reconnu ses succès, le soignant a vu le champ de sa compétence se restreindre. Le sorcier omnipotent qui établissait autrefois une médiation avec les dieux en vue de la guérison est progressivement devenu un spécialiste d'organe, et ne maîtrise actuellement même plus l'intégralité d'un organe. Le pape de la mitochondrie ne sait aujourd'hui sans doute plus traiter une angine...

Partant de l'angine non traitée, l'avènement des antibiotiques a fait disparaître ses complications telles que le rhumatisme articulaire aigu et ses redoutables atteintes valvulaires cardiaques. Nos maîtres qui furent intarissables dans l'enseignement de l'auscultation des souffles cardiaques liés aux valvulopathies rhumatismales, seraient totalement désorientés aujourd'hui devant les bouleversements réalisés en cardiologie, comme du reste dans le domaine médical en général, mais probablement de manière emblématique dans cette spécialité considérée comme triomphante depuis une trentaine d'années. Ils s'étonneraient tout d'abord de voir que l'on n'interroge plus guère les patients, tâche un peu désuète abandonnée aux internes, les « seniors » étant accaparés par les actes techniques. Leur étonnement tournerait rapidement à l'indignation devant l'escamotage de l'examen clinique (l'auscultation ayant été depuis

longtemps balayée par les données de l'échographie cardiaque) et devant l'analyse désormais caduque de l'électrocardiogramme (jadis le prolongement de l'examen clinique) chez les malades appareillés avec une prothèse cardiaque. Enfin, la disparition de l'infarctus du myocarde avec son électrocardiogramme caractéristique (il a été remplacé par le concept des syndromes coronaires associés ou non à une élévation d'un marqueur biologique ultra-sensible : la troponine) les accablerait définitivement. De fait, aujourd'hui, il est possible pour un médecin d'avoir une idée très précise de l'état cardiaque d'un patient avec le dosage de la troponine couplée au *brain natriuretic peptid* (marqueur spécifique de l'insuffisance cardiaque), cela sans même avoir vu physiquement le malade. Dès à présent, les prothèses nous donnent en outre des données pertinentes sur l'impédance pulmonaire (marqueur d'insuffisance cardiaque) et les arythmies cardiaques, par liaison téléphonique mobile couplée à *internet* (télécardiologie). Les patients ne se déplacent désormais même plus à l'hôpital !

Libérés (?) de ces activités « au contact » du malade, les cardiologues sont appelés à aller plus avant dans leurs tâches techniques. Leur champ d'expertise technique se focalise à l'extrême, à mesure que se développent les techniques d'imagerie (échographie et coronarographie, puis échographie transœsophagienne et échographie endocoronaire, scintigraphie, scanner et imagerie par résonance magnétique nucléaire cardiaque etc.) et les techniques interventionnelles : angioplastie coronaire transluminale, ablation endocavitaire de foyers d'arythmie cardiaque...

Bref, on crée des images de plus en plus précises et l'on dilate par angioplastie ou l'on « grille » par radiofréquence des zones du cœur de plus en plus inaccessibles, sans parler de la chirurgie cardiaque passée en quarante ans de « l'âge de bière » à une presque routine. On a réalisé tout cela en s'éloignant de la clinique et du contact physique, en abandonnant la proximité ancienne avec le malade qui tenait sans doute un peu de la connaissance empirique du « maquignon », mais possédait l'immense vertu de maintenir la médiation comme partie intégrante du soin.

Le corollaire est une atomisation continue des connaissances, dans une course en avant opérée par la technique et les techniques, l'alternative est alors la suivante : d'un côté, la fuite en avant, pour tendre vers ou simplement conserver une forme d'excellence dans un domaine, avec pour conséquence le risque d'abandon de pans entiers de compétences, et d'un autre côté la recherche du maintien d'un équilibre des activités, dont la perte ultime de l'expertise sera le prix à payer pour les soignants.

Spécialisation et regroupement des structures

L'organisation des centres d'implantation de défibrillateurs en centres « experts » par les structures de régulation, assure un volume important d'implantations et de consultations de surveillance, au nom de la technicité. En effet, la spécificité du défibrillateur qui nécessite une connaissance approfondie de la programmation, et la volonté légitime des instances régulatrices des soins, ont conduit à la création de centres accrédités pour l'implantation et le suivi des prothèses. Il s'agit d'une attitude pragmatique assez classique en médecine que sous-tend l'idée qu'il faut pratiquer un grand nombre d'actes pour être compétent et limiter le taux des complications (le nombre comme garant de la qualité). Ce schéma existe dans presque toutes les spécialités et a permis la création de pôles d'expertise en cancérologie, en chirurgie, etc. Cela va de soi (mais prête tout de même à discussion pour des raisons extra médicales) pour le regroupement des maternités par exemple, dont la baisse de la mortalité infantile constitue un enjeu qui ne fait pas débat. S'agissant des dispositifs implantables, cela soulève d'autres problèmes qui n'apparaissent pas d'emblée.

L'effet de seuil qui définit le nombre d'actes nécessaires pour garantir une maîtrise technique dans un domaine particulier risque de générer un effet pervers dont nos vertueuses maternités sont à l'abri : le nombre de grossesses autour d'un centre ne s'en trouvera pas modifié, et quand bien même, ce serait un doux risque ! Le risque est tout autre lorsqu'il s'agit d'atteindre un nombre de

dispositifs à implanter, dont les indications sont définies de façon suffisamment imprécise pour donner lieu à une surenchère pour de multiples raisons, tenant aux faiblesses humaines (pression de l'industrie, obéissance aveugle aux recommandations des sociétés savantes, cupidité, *ego*...) et aux contraintes structurelles (objectif quantitatif à atteindre pour rester accrédité...). Le risque est alors une multiplication dommageable des implantations.

Le prix de la démesure

La prothèse est donc suivie à intervalles réguliers dans de tels centres ; au cardiologue traitant « en ville » revient la tâche de suivre le patient. Progressivement éloigné du malade, le cardiologue « prothésologue » est alors dans les conditions de la perte du réel, de la démesure.

En premier lieu et avant l'irruption des pacemakers et autres défibrillateurs, à l'ère de l'électrocardiogramme (ECG), le rythmologue (cardiologue s'occupant des troubles du rythme cardiaque) apparaissait déjà comme une sorte d'oracle auquel les autres médecins présentaient des tracés ECG dont il était le seul à détenir l'interprétation. À l'inverse des avis de la Pythie qui n'étaient jamais crus, ceux du rythmologue étaient écoutés comme parole d'évangile – même quand l'avènement de l'exploration électro-physiologique endocavitaire aura rendu caduques un certain nombre de ses postulats antérieurs ! Bref les autres médecins et même les cardiologues n'entendaient rien à la rythmologie, l'ère des prothèses n'aura fait que renforcer ce constat, plaçant les praticiens détenteurs des programmeurs et seuls en mesure de contrôler et de régler les prothèses dans une situation propice à l'isolement. Une situation de monopole ne se nourrit plus de contradiction, de remise en question. L'atomisation de l'activité est intrinsèquement à risque de perdre de vue la personne malade dans sa globalité, dans son humanité. Il est difficile d'échapper au lieu commun qui consiste à dire qu'on ne soigne pas une maladie, mais un malade, mais c'est ici encore tellement vrai...

La quête du beau, le risque de l'esthétisme

En second lieu, la démesure provient aussi d'une satisfaction immédiate procurée par des résultats parfois brillants, qui sont toujours vus par le praticien (et ressentis dans sa chair par le patient reconnaissant). En effet, comment ne pas s'enthousiasmer après un arrêt cardiaque choqué avec succès, devant un *beau* tracé restitué par le défibrillateur au cours de la consultation de suivi ? Difficile alors d'échapper à une certaine autosatisfaction.

Les pièges qui se cachent derrière la recherche du « beau » ne sont pas spécifiques de la cardiologie. En réalité, on retrouve le travers de la quête du beau partout en médecine. On communique sur tel beau diagnostic ou telle belle opération. Le beau renvoie bien entendu à soi-même, puisqu'on est l'auteur dudit beau diagnostic ! Dominique Folscheid, à propos de l'esthétique a d'ailleurs identifié « à qui profitait le crime » dans la recherche du beau, dans l'esthétisme : « Dès la plus humble perception, il y a rupture, apparition d'une différence que l'on peut déguster pour elle-même. Tout acte de saisie utilitaire implique une possibilité de retrait, de *contemplation* gratuite qui fait jouir »¹³. Cela n'a rien à voir avec la contemplation d'un coucher de soleil (célébration de la Nature par l'intermédiaire du beau), ou de laboureurs se recueillant au moment de l'angélus (célébration de la communion de l'Homme et de la Nature), c'est avant tout une esthétique autocentrée, qui se passerait du malade s'il n'était pas là pour apporter sa contribution, à son corps défendant. Le soleil couchant, comme les laboureurs en prière n'ont rien à craindre de la démarche esthétique réalisée « sur leur dos ». Il en est tout autre du malade qui n'a pas grand-chose à gagner de l'enthousiasme que nourrit son *beau* cas, mais plutôt à redouter qu'il ne génère des examens complémentaires et des interventions potentiellement délétères, à *titre iconographique*. Appliquée à l'homme dans l'acte médical, la recherche du beau

¹³ Dominique Folscheid, *L'esprit de l'athéisme et son destin*, Paris, La Table Ronde, 2003, p. 235.

n'est alors rien d'autre qu'un narcissisme mortifère. D. Folscheid rappelle que « face à l'éthique, la *sophistication esthétique*, comme dit Hegel, est intrinsèquement destructrice. La conduite morale devient une sorte d'art gastronomique du vécu »¹⁴.

Cette (auto)satisfaction n'est même pas contrebalancée par la perception concrète des échecs, en particulier lorsque les patients meurent subitement à l'extérieur de l'hôpital, loin de tout regard, malgré leur défibrillateur, ou décèdent d'insuffisance cardiaque terminale dans les services de gériatrie ou de réanimation, après avoir été refusés dans le service où ils ont été appareillés, leur état ultime ne relevant plus de la « valeur ajoutée » d'une hospitalisation en cardiologie – voici venir la « T2A » (tarification à l'acte !), bienvenu au patient à appareiller, hautement « rentable » en termes de codification. Malheur au vieillard en fin de vie qui ne relève plus de soins « techniques » et va encombrer durablement un lit. Attention à la « DMS » (Durée moyenne de séjour) ! Ces acronymes sont devenus des outils incontournables de la mesure de la qualité des soins. Incontournables mais certes pas indiscutables, puisqu'on voit immédiatement surgir les biais de sélection qui risquent d'amener à choisir les malades en fonction leurs maladies et de leurs terrains, en privilégiant les actes techniques, plus rémunérateurs dans une inversion des priorités : l'humain servant de moyen en vue d'une fin (la Technique), et non l'inverse.

Télé-cardiologie et télé-cardiologues

Avec une complexité à la fois inquiétante et fascinante, le défibrillateur, archétype de l'irruption de la technique au cœur (et dans sa chair devrait-on dire) de la relation de soin avec le malade, est aussi l'instrument de la dépersonnification. Les conséquences pour le suivi des patients appareillés sont multiples.

¹⁴ *Id.*, p. 237.

Premièrement, contrairement au suivi des porteurs de stimulateur cardiaque, qui ne justifie qu'une visite semestrielle ou annuelle, l'enjeu dans la surveillance du défibrillateur est de « couvrir » la période entre deux contrôles pour réduire la part d'aléa, ce qui revient à tenter de réduire l'autonomie de la prothèse. L'industrie, consciente des imperfections de ses machines et les soignants soucieux de dégager du temps pour réaliser d'autres actes techniques œuvrent de concert pour promouvoir des systèmes alternatifs de contrôle des prothèses. C'est dans ce cadre que la télé-cardiologie se développe chez la plupart des constructeurs, et permet avec des modalités diverses mais à peu près équivalentes de monitorer au quotidien divers paramètres tenant au patient (paramètres d'insuffisance cardiaque, arythmies, thérapies) et à la prothèse (usure de batterie, intégrité du dispositif, etc.). La télé-cardiologie permet de s'affranchir complètement de la personne malade, la prothèse étant suivie à distance par le réseau de téléphonie mobile relié à un site Internet. Il ne faut pas se cacher que ce type de suivi à distance constitue un objectif de fonctionnement à moyen terme, pour des raisons de coûts et de quantité croissante de prothèses implantées par un nombre limité d'implanteurs qui doivent recentrer leur activité sur d'autres actes techniques non déléguables (les implantations). Tout concourt ainsi à recentrer le praticien sur la technique, l'expertise technique se nourrissant de gestes techniques, donc d'elle-même.

Le malade n'est donc pas le seul objet de cette surveillance à la fois rapprochée et distanciée. Sa prothèse focalise aussi l'attention et les interventions. Un exemple en est l'ajout *a posteriori* au sein du programme du défibrillateur, par *wifi*, de nouveaux programmes destinés à surveiller de façon plus rapprochée un composant interne jugé vulnérable (par exemple le programme *lead integrity alert* de MEDTRONIC conçu pour alerter plus précocement en cas de rupture de sonde). Cela s'apparente à une sorte de médecine de la prothèse, d'auto-médecine ou de soin de l'objet technique qui n'est pas le dernier des paradoxes de ces prothèses. On peut supposer dans un futur proche la possibilité pour le soignant d'intervenir à distance sur la programmation du défibrillateur, les obstacles restant

à cette heure plus de l'ordre du juridique et de l'administratif (comment facturer un tel « acte » sans rencontre avec le malade ?) que du domaine technique...

Le tableau risque donc d'être le suivant : un praticien-technicien qui a réalisé l'implantation d'un défibrillateur (acte éminemment valorisant) à un patient forcément reconnaissant, compte tenu de sa vulnérabilité absolue qui a prévalu au moment de l'implantation. Un médecin « en ville » assurera la surveillance rapprochée ; la prothèse sera suivie par télé-cardiologie. De loin en loin, une arythmie sera l'occasion de convoquer le patient (et sa prothèse !) pour analyser le tracé. On ne peut nier que cette convocation puisse être source d'une certaine jouissance : en effet, elle valide le pari de l'implantation, (« je vous l'avais bien dit ! »). Dès lors, tout concourt à ce que le soignant se mue en hyper-spécialiste de prothèses, ce qui va de pair avec l'éloignement voire la perte de vue du malade avec la télé-cardiologie. L'hypermécialisation ainsi consacrée dans les centres experts modifie les acteurs du dialogue. La personne malade s'estompe, seulement représentée par des enregistrements de tracés parfois complexes qui nourrissent – eux – un dialogue entre spécialistes et « hyper-spécialistes » d'une part, ou avec les ingénieurs zélés de l'industrie d'autre part. La conversion par l'électroendogramme de l'arythmie matérialise alors une forme du *beau* que ne pourront apprécier que les initiés.

Le glissement qui va s'opérer ainsi conduira à occulter ce qui pose en réalité le plus de problèmes dans la maladie, c'est-à-dire le malade. Autant dire qu'il reste beaucoup à penser au sujet de la relation de soin sans le malade, ou de la responsabilité morale à l'heure de la télé-médecine.

L'objectivation par la technique

Les conditions sont alors réunies pour revenir au dualisme de l'homme décrit par Descartes, entre la « substance pensante » d'une part, et « la substance étendue » à laquelle on a réduit notre porteur de défibrillateur d'autre part. Dans

les faits, il est d'ailleurs étendu lors du contrôle de sa prothèse ! En lui tournant le dos, on l'ampute de son Moi, partie pourtant essentielle que Descartes décrit parfaitement :

Et quoique peut-être (ou plutôt certainement, comme je dirai tantôt) j'aie un corps auquel je suis étroitement conjoint ; néanmoins, parce que d'un côté j'ai une claire et distincte idée de moi-même, en tant que je suis seulement une chose qui pense et non étendue, et que d'un autre j'ai une idée distincte du corps, en tant qu'il est seulement une chose inétendue qui ne pense point, il est certain que ce moi, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps, et qu'elle peut être ou exister sans lui.¹⁵

En faisant abstraction de la pensée au profit de la non-pensée, on a obtenu ce qu'on voulait : un corps pour la science (le « corps-machine »), parfaitement accessible à l'expérience, comme l'est un cadavre.

Je *suppose* que ce corps n'est autre chose qu'une statue ou objet de terre, que Dieu forme tout exprès, pour la rendre la plus *semblable* à nous, qu'il est possible en sorte [...] qu'elle imite toutes celles de nos fonctions qui peuvent être imaginées procéder de la manière, et ne dépendre que de la disposition des organes.¹⁶

Le problème ici réside dans ce qu'on a confondu moyen et fin. De ce qui est chez Descartes une démarche fondatrice et nécessaire qui permettra l'étude *scientifique* du corps humain, nous n'avons retenu que la moitié de la démonstration. Il n'y a pas de médecine sans prise en compte du facteur humain, de tout ce qui n'est justement pas « étendu ». On a autrement affaire aux sciences naturelles ou à l'art vétérinaire.

Comme pratique par essence à *la frontière* de l'humain et du technologique, le suivi de défibrillateur est un archétype de la possibilité de dérapage. Dans ce qu'elle garde d'extériorité, de complexité, d'intérêt voire de séduction (le beau) et de suffisance (dans le sens où tout tend à ce que l'acte de contrôle se contente du

¹⁵ Descartes, *Méditation métaphysiques*, Méditation sixième, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1937, p. 214-215.

¹⁶ Descartes, *Traité de l'Homme*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1966, p. 807.

dialogue avec la prothèse), cette activité porte en elle les germes d'une objectivation d'une nature nouvelle.

Dans sa préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*, Paul Ricœur a parfaitement souligné qu'en matière de maltraitance, la torture « n'est pas qu'une aberration sans lien aucun avec la pratique médicale honnête, mais qu'elle constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale « normale » ; tout commence en effet, sur ce plan, dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique, certes scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit de la vie et aux soins des malades en tant que personne »¹⁷. Dans la mesure où l'action médicale « passe nécessairement et légitimement par des techniques objectivantes, lesquelles confèrent aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui paradoxalement dérivé du souci même de faire vivre et de soigner », il désigne la profession médicale comme une profession « à risques ».

Pour Ricœur, la possibilité de mal faire, ou de faire le mal, n'est pas tant un problème de nature de la pratique médicale ordinaire qu'un problème de degré.

Compte tenu de la nature même de la pratique du « soin électronique » réalisé à l'occasion du contrôle de défibrillateur, nous soutenons que cet acte qui préfigure l'irruption de l'informatique incorporée, est emblématique d'une activité à risques par degré *et* par nature.

¹⁷ Paul Ricœur, Préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*, Commission médicale de la section française d'*Amnesty International* et V. Marange, Paris, La Découverte, « Documents », 1989, p. 7.

Médecin-technicien et technicien-médecin : irruption de l'industrie

À ce stade, il faut revenir sur d'autres enjeux bien concrets. Dans la relation ambivalente avec les défibrillateurs, le soignant est exposé à plusieurs titres. Nous avons vu que le « système de soin », par le regroupement des centres et l'organisation des soins, favorisait la multiplication des implantations. À titre personnel, le soignant est également incité à « produire » des actes, pour des raisons bien humaines. Ne se présente-t-il pas volontiers comme « faisant » cinquante, cent ou deux cents défibrillateurs par an ? Enflé par un sentiment de toute puissance, quel regard critique va-t-il opposer à l'industrie dont la machinerie commerciale est précisément organisée pour l'amener à se complaire dans cette fuite vers le tout technique. La formidable ingéniosité des ingénieurs qui améliorent sans cesse les « produits », avec la même cinétique que celle qui voit se renouveler les téléphones portables tous les ans, a comme conséquence d'améliorer la sécurité des patients certes, mais aussi de raccourcir la durée des procédures opératoires, pour permettre de multiplier les actes. La télé-cardiologie a comme conséquence de permettre d'éviter les contrôles de prothèse (qui ne rapportent rien à l'industrie), ce qui libère d'autant les praticiens... pour implanter d'autres prothèses. Nous avons déjà décrit la troublante proximité qui existait entre le médecin stimulisant et le technicien délégué de l'industrie, en dépit de motivations antinomiques ; proximité qui engageait ce dernier dans la démarche de soin, au point que certains malades trompés par sa tenue au bloc opératoire l'appellent *docteur*. Cette promiscuité n'est pas inversion des rôles et ne dédouane en rien le soignant de sa responsabilité qui reste pleine et entière, mais elle engage à notre sens également le technicien, sans doute au-delà de ce qu'on lui aura enseigné (ou pas ?) en école d'ingénieur. Mais plus encore, au sommet de la chaîne décisionnelle des multinationales qui produisent ces prothèses, ceux qui doivent décider de publier ou non une étude négative, de choisir de taire ou de communiquer sur des défaillances techniques qui nuiraient à la vente de leurs produits, peuvent-ils s'exonérer d'une responsabilité morale ? Chacun de leurs

choix industriels, en réalité, a des implications morales. Il n'y a qu'à se rappeler les polémiques nées de plusieurs choix stratégiques des laboratoires pharmaceutiques, comme la résistance aux génériques des trithérapies antirétrovirales dans les pays en voie de développement, la faiblesse des investissements dans des pathologies non « rentables », comme le paludisme, etc. Le politique n'est d'ailleurs pas moins responsable, par les choix de santé publique qui lui incombent.

Ce qui est commun à tous ces intervenants, c'est la technique ! La technique comme moyen de soigner pour le médecin, comme moyen de profit pour l'industriel et moyen de la santé publique pour le politique. Toutefois ce moyen se confond puissamment avec la fin. Nous avons montré combien la nature même de la prothèse, comme objet technique complexe, conduisait *automatiquement* à la réalisation d'actes multiples, répétitifs par des praticiens focalisés, « de niches ». Il en est de même au niveau de l'industriel. On a vu récemment les déboires d'un médicament, le ribonabant (ACCOMPLIA, Sanofi) remis en cause par la *Food and Drug Administration*, pour des effets secondaires. Une des lectures de cette affaire est la critique de la création d'une maladie par l'industrie (obésité abdominale, syndrome métabolique...) autour de l'activité d'une molécule. Le procédé est le même avec la technique : le défibrillateur une fois conçu et implanté chez les patients les plus graves, il faut en élargir les indications, définir de nouvelles pathologies susceptibles d'en bénéficier. Le syndrome de Brugada et celui de repolarisation précoce, rendus responsables d'un risque de mort subite dont l'ampleur reste âprement discutée, en sont les derniers exemples en date. Il en est de même avec les techniques par voie vasculaire d'ablation des arythmies. Après avoir guéri toutes les arythmies « ablables » par cette technique (Syndrome de Wolf Parkinson White, tachycardie nodale, flutter), les sondes, les salles de cathétérisme et les ablateurs étant là, il a *fallu* trouver une pathologie largement répandue – la fibrillation auriculaire – pour conceptualiser son « ablabilité ».... et que la science et les profits progressent ! Il n'est pas

certain à cette heure que les malades en soient les premiers bénéficiaires, compte-tenu des résultats incertains obtenus par cette dernière technique.

Enfin ce processus est identique au niveau du troisième intervenant : le politique. L'accouchement laborieux du dossier médical informatisé est l'exemple même du fruit incestueux de la technique et de l'informatique. Pourquoi aller vers l'informatisation obligatoire de tel aspect – jusque-là satisfaisant – d'une pratique, demande-t-on ? « Parce que ! » ou « parce que c'est possible », s'entend-on répondre, dans le meilleur des cas. Mais il reste difficile d'en savoir plus. Désormais, on est en face d'un système autosuffisant dont vont progressivement être exclus le médecin... et le patient. Tout comme dans le dossier médical informatisé, les développements de ce système échappent à ce qui est réellement souhaité par les soignants. À cette aune, nous nous dirigeons vers ce que redoutait Jacques Ellul dans le mouvement utopiste qui « n'évitera pas le piège de la construction de la cité rationnelle et parfaite, c'est-à-dire où la Technique sera Tout et en Tous »¹⁸. Il répond d'ailleurs parfaitement au questionnement sur les justifications de l'informatisation à tout prix, formulée précédemment : « elles sont essentiellement cela : des justifications ajoutées a posteriori, dont, par lui-même, le phénomène technicien n'a aucun besoin : il est ce qu'il est – sans plus. La technique se développe parce qu'elle se développe¹⁹ ».

Ainsi nous assistons à l'apparition inéluctable d'un corps de métier dont les frontières restent à dessiner, à mi chemin entre le soignant d'une part (dans tout ce qu'englobe le terme de soignant : colloque singulier, confiance etc. et qui relève de la morale, de l'éthique), et le technicien d'autre part, avec tout ce qui surgit immédiatement derrière l'objet technique et industriel qu'est une prothèse : marketing, force de vente, parts de marché etc., et qui est affaire de stratégie d'entreprise, même si l'éthique aujourd'hui à la mode et mise à toutes les sauces, a également fait son entrée dans l'entreprise.

¹⁸ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, Paris, Le Cherche Midi, 2004, p. 268.

¹⁹ *Id.*, p. 274.

Dans cette zone grise et incertaine, le champ d'action de ce personnage (dans une autre acception issue de l'étymologie de *persona* – le masque) reste opaque, tant il manque à ce jour une réflexion sur la médecine (ou le soin, voire la maintenance) de l'objet prothétique complexe.

À l'ère de la prothèse de hanche ou de la prothèse endocoronaire (*stent*), il n'y a pas de débat éthique. Dans un futur pas si utopique où l'on pourra télécharger de la mémoire dans un cerveau comme sur un ordinateur quelconque pour en améliorer les performances, ou programmer à distance les paramètres de défibrillateurs ou de n'importe quelle autre prothèse complexe, il est urgent de réfléchir à ce qui peut être fait, à ce qui doit être fait et à celui qui le fera.

Chapitre IV
RESPONSABILITÉ TECHNIQUE
ET TECHNIQUE DE RESPONSABILITÉ

Pourquoi devrait-on s'interroger sur un lien particulier entre l'objet technique et la responsabilité ? Cela nous renvoie à l'exemple du couteau. La responsabilité ne se situe pas, bien entendu, au niveau du couteau, mais bien à celui dont la main tient le couteau. Pour autant, si la neutralité de l'objet est évidente, la responsabilité de la main qui le tient n'est ni systématique ni absolue. Quelle est celle de celui qui a conçu le couteau, de celui qui l'a fabriqué, ou de celui qui a commandité le geste de l'homme armé ?

Le cas des drones

Les guerres modernes, et en particulier les guerres asymétriques « du fort au faible », ont connu une évolution étonnante. La responsabilité des chefs qui les conduisent n'est plus tant de les gagner, que de perdre le minimum de combattants. Le recours aux drones, ces engins volants sans pilote chargés de missions de renseignement ou de bombardement, est une des facettes de cette contrainte nouvelle.

Dans ce domaine guerrier bien éloigné des réflexions autour des prothèses implantées, une réflexion éthique soulevée par la relation entre l'emploi de la technique et la responsabilité au regard du vivant, a étonnement vu le jour. En effet, le drone envisagé pour patrouiller en terrain hostile paraît être, à première vue, une sorte de bras armé, de prothèse du soldat, télécommandée à distance et tout à fait adaptée pour donner des coups sans en recevoir. Jusque là, il n'y a pas

de problème. Ils commencent avec les « dommages collatéraux », ces victimes civiles abattues par les drones. La guerre étant ce qu'elle est, l'usage est de s'en tirer par des communiqués soulignant la difficulté de mener une guerre où les combattants se mêlent (lâchement) à la population civile ; que les troupes font le maximum pour éviter les pertes civiles, etc. Nous sommes loin des règles d'honneur de la chevalerie, et le « messieurs les anglais tirez les premiers » a sans doute pris un coup de désuétude. Pourtant l'emploi des drones n'a pas soulevé à ce stade de débat éthique consistant. Ce débat est par contre devenu âpre avec la possibilité pour ces drones de réaliser ce que les Anglo-saxons désignent par *friendly shoots*, « les tirs amis » qui tuent ou blessent les soldats de leur propre camp. L'hypothèse que des machines fabriquées par nos soins pour remplacer l'avion – mais aussi dans le futur le fantassin sur le terrain – puissent commettre un défaut d'identification et provoquer le décès de soldats du même camp est apparu comme source d'énormes difficultés juridiques (qui sera responsable : celui qui mettra en œuvre le drone ? celui qui en aura décidé l'emploi ? ou celui qui l'aura fabriqué ?)... et finalement éthiques ! Peut-on raisonnablement confier la tâche de tuer à des machines qui ne sont pas capables de trier correctement le bon grain de l'ivraie ? Par un renversement des priorités et la propension Anglo-saxonne à la « judiciarisation », la responsabilité morale de l'emploi des drones a fini par être un sujet de débat au sein des armées occidentales²⁰. Il est paradoxal de relever que l'erreur qui est admise lorsqu'il s'agit d'une erreur humaine (ne dit-on pas d'ailleurs que l'erreur est humaine ?) devient hautement problématique lorsqu'elle provient d'une machine construite par l'Homme. Pourquoi donc ? Ici c'est bien l'essence de ces machines (comme machines fabriquées pour tuer, conçues par l'homme et censées être parfaites) qui est à l'origine de difficultés tactiques, mais également juridiques et morales, limitant leur emploi.

²⁰ Ronald. C. Arkin, « Bombs, Bonding, and Bondage : Human-Robot Interaction and Related Ethical Issues », *First International Symposium on Roboethics*, San Remo, Italy, 2004, www.roboethics.org.

Mais revenons à nos prothèses. À l'opposé, avec le défibrillateur que l'on envisagera non sans difficulté comme un « drone implanté », dont l'objectif est alors clairement de « sauver la peau » de sa cible, on est encore dans la difficulté pour cerner l'essence de la responsabilité.

La question qui se pose donc avec acuité au cours de l'acte technique de contrôle de la prothèse est celle de la nature de cet acte. Acte de maintenance ou de soin, la visée n'est évidemment pas la même. La responsabilité est technique dans un cas, beaucoup plus vaste et comprend la responsabilité morale dans l'autre. Il n'est pas certain qu'au bout de la distanciation opérée par l'habitude, et de l'hyper-spécialisation, devenue hyper-technicisation à l'heure des prothèses informatiques, il n'y ait pas une certaine confusion.

Le cas du nourrisson

Le défibrillateur possède à nos yeux une valeur d'exemplarité pour réfléchir aux implications morales de l'emploi d'objets techniques comme prothèses chez les hommes. Par sa spécificité comme prothèse optionnelle, avec une informatique embarquée qui rend compte d'une forme d'autonomie et d'interactivité avec le soignant, et par les enjeux en cause (la mort subite), nous avons vu qu'il plaçait le praticien dans une position à risque moral. Pour ne pas méconnaître ce risque, il convient de nous appuyer sur les auteurs qui ont réfléchi sur la responsabilité en lien avec la technique. L'approche de Hans Jonas, qui a porté un regard singulier sur la civilisation technologique en relation avec la notion de responsabilité dans son ouvrage *Le Principe responsabilité*²¹, peut nous aider à décrypter la portée de l'acte de contrôle de défibrillateur, dans le brouillard généré par l'environnement informatisé.

²¹ Hans Jonas, *Le Principe responsabilité*, trad. Jean Greisch, Paris, Flammarion, « Champs essai », 1995.

Le Principe responsabilité s'entend comme une proposition d'éthique pour la civilisation technologique en vue d'éviter la possibilité apocalyptique pour l'homme de s'autodétruire. La démarche de Jonas consiste à démontrer pourquoi l'humanité à venir doit être, de façon inconditionnelle. Dans une approche métaphysique qui répond à la question leibnizienne : « pourquoi doit-il y avoir quelque chose plutôt que rien ? », il nous rend responsables de la responsabilité des générations futures.

Dans ce but, il recherche un exemple qualifié d'archétypal – qui fera appel aux mêmes devoirs dans le futur que dans le contexte contemporain – et qui aura valeur intemporelle, transcendant la notion de contexte. Il se sert de l'exemple du nourrisson : « l'évidence archétypique du nourrisson pour cerner l'essence de la responsabilité »²². Sa démarche prend un aspect phénoménologique : « Le concept de responsabilité implique celui de devoir, pour commencer celui de devoir-être de quelque chose, ensuite du devoir-faire de quelqu'un en réponse à ce devoir-être »²³. Dans cette dichotomie du devoir, il donne la primauté à l'objet. Le droit interne de l'objet s'entend comme étant le droit d'être. Une revendication de devoir vis-à-vis d'autrui découle alors de ce droit d'être, et peut secondairement fonder ce qu'il nomme « une causalité d'être transitive (allant d'un être à l'autre) »²⁴.

C'est à ce moment que Jonas qui jusque-là adoptait dans son ouvrage une démarche très kantienne de refondation de la morale, va précisément diverger et se démarquer de Kant. Il note que d'après ce dernier, les preuves de l'existence de Dieu ramènent à la preuve ontologique ou qu'on peut montrer qu'elles en dépendent. « De même toutes les preuves de validité des prescriptions morales se ramènent en dernière instance à l'éventuelle mise en évidence d'un devoir ontologique »²⁵. Dans ces conditions, la définition d'une éthique indubitable qui lancerait une passerelle entre l'être de le devoir n'est pas possible tant elle dépendrait d'une part de la croyance en l'existence de Dieu, et d'autre part du

²² *Id.* p. 257.

²³ *Ibid.* p. 250.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

point de vue humain (si l'on s'en tenait à la seule volonté humaine) ; l'être « est » sans nécessiter la notion de devoir. Dans les deux cas, la démonstration philosophique de l'existence d'une responsabilité archétypale et intemporelle achoppe.

Pour Jonas, à ce stade, la question est de montrer que le fait d'être entraîne nécessairement le concept de devoir faire. Il postule l'irréfutabilité (et non pas l'irrésistibilité) du devoir que l'exemple de la respiration du nourrisson adresse immédiatement à son entourage. L'« être » du nourrisson vient réfuter le paradigme d'un être-en-soi indépendant et ne nécessitant pas immédiatement un devoir-être. Le souffle du nourrisson en appelle d'emblée à un devoir d'être, et nous oblige à un devoir de faire qui n'est certes pas toujours accompli (abandon d'enfant, sacrifice...), mais n'est pas réfutable pour lui.

Paradoxalement, c'est le recours à la figure du nourrisson qui vient modifier la teneur du propos. Jonas utilise de façon inattendue cette figure intemporelle et dont l'absolu dénuement est une injonction au devoir faire et donc à la responsabilité. Ce changement de registre (« vois et tu sauras²⁶ [...] j'estime vraiment strictement²⁷ ») n'est pas qu'un recours au psychologique, aux sentiments, à l'affirmation plus qu'à la démonstration ; il fait intervenir un « souffle » dans le propos et éclaire de façon singulière sa démarche. Il y a quelque chose d'irréfutable dans la mise en perspective du nourrisson assimilé à des « conglomérats de molécules » analysables par la science, avec ce qu'il représente *lui-même*, à la fois symboliquement et dans son incarnation comme « condition de leur continuation »²⁸.

²⁶ *Ibid.* p. 251.

²⁷ *Ibid.* p. 252.

²⁸ *Ibid.*

Objet technique et responsabilité

De même, chez les cardiaques appareillés avec un défibrillateur implantable, dans la relation de soin très spécifique qui s'instaure à la longue lors du suivi routinier de la prothèse, il existe un moment inattendu où peut surgir le regard éthique. Dans le cas du contrôle de prothèse, « le colloque singulier » entre le malade et son médecin se transforme volontiers en une relation triangulaire, dans laquelle le médecin-technicien a tendance à exclure son patient (ou la prothèse à exclure le malade ?) compte tenu de plusieurs facteurs :

- D'une part de la nécessaire objectivation que requiert un acte par essence technique, qui consiste, à l'aide d'un programmeur, en l'interrogation des paramètres embarqués sur les mémoires du défibrillateur : épisodes arythmiques, traitements mis en œuvre, statistiques de stimulation, paramètres programmés, intégrité des sondes, usure de la batterie etc. La réalisation en série de l'ensemble de ces contrôles rend *de facto* très difficile d'assurer parallèlement dans un temps limité une consultation médicale de qualité.

- D'autre part, il ne faut pas méconnaître le fait qu'insensiblement une réelle volonté de circonscrire la consultation à la prothèse (à l'exclusion de la personne appareillée) se dessine, car il est finalement tentant de gérer un problème technique dont la maîtrise est somme toute plus facile que d'aborder l'intégralité des demandes et la charge anxieuse véhiculée par ces patients.

C'est alors au cœur de la programmation, le regard dirigé vers un écran où défilent les tracés enregistrés, et le dos tourné au patient, que peut survenir l'impératif moral. Un lambeau de signal électrique, succession d'impulsions chaotiques paraissant hasardeuses et un peu dérisoires, défile sur un bout de papier. L'électroendogramme qui apparaît ne se réduit pas à la somme d'impulsions électriques autonomes générées par la prothèse, pas plus qu'il ne résume la personne derrière le défibrillateur (tout en mettant sa vie immédiatement en péril). Énigmatique quant aux ressorts qui le déterminent, le

signal électrique de l'arythmie interpelle et inquiète. Son interprétation et les modifications des réglages à réaliser ne sont pas univoques. Les oscillations syncopées qui hachurent le papier signifient à la fois vie et mort. En temps normal elles sont amples, régulières, bien identifiées par la prothèse qui reste alors inhibée, sentinelle rassurante. Ailleurs, trémulations rapides et irrégulières, si faibles en amplitude que l'appareil n'en compte pas tous les cycles, semble hésiter, charge ses condensateurs et choque, une ou plusieurs fois dans un orage rythmique. Le défibrillateur est semblable à un bateau ivre en une tempête qui affronte la programmation autonome réalisée quelques semaines plus tôt, comme un maelström emporte un bâtiment auquel l'armateur resté au port impuissant, n'aura pu que donner la route, sans pouvoir en modifier le cap au moment voulu.

Tout comme devant la figure du nourrisson chez Jonas, la vulnérabilité absolue qui réside dans ce tracé renvoie à la possibilité d'un abus, du mal, de mal faire, et nous place immédiatement en position d'impératif moral.

Ici il est intrigant de considérer comment Levinas a utilisé le visage pour suggérer la relation morale, à l'opposé de ce que dit Jonas, pour lequel la métaphysique est première. Il a une approche phénoménologique du visage, dont l'accès est d'emblée éthique en ce qui nous en échappe et ne s'y réduit pas. Le visage va au-delà de ce qui est connaissable, il suggère et inquiète à la fois. Il contient un caractère de vulnérabilité et peut être amené à suggérer la violence.

Le visage est seigneurie et le sans défense même. Que dit le visage quand je l'aborde ? Ce visage exposé à mon regard est désarmé. Quelle que soit la contenance qu'il se donne, que ce visage appartienne à un personnage important, étiqueté ou en apparence plus simple. Ce visage est le même exposé dans sa nudité. Sous la contenance qu'il se donne perce toute sa faiblesse et en même temps surgit sa mortalité. À tel point que je peux vouloir le liquider complètement, pourquoi pas ? Cependant, c'est là que réside toute l'ambiguïté du visage, et de la relation à l'autre. Ce visage de l'autre, sans recours, sans sécurité, exposé à mon regard dans sa faiblesse et sa mortalité est aussi celui qui m'ordonne : « tu ne tueras point ». ²⁹

²⁹ Emmanuel Levinas, *Altérité et transcendance*, Paris, Fata Morgana, 1995, p. 114.

De même que le regard du nourrisson chez Jonas et le visage chez Levinas nous obligent, l'électroendogramme critique restitué par le défibrillateur n'est plus seulement un signal brut, un objet technique ni même un objet de la technique : il *est* la vie immédiatement, essentiellement et absolument dira-t-on. Il nous invite à nous retourner, non pas à nous détourner de la prothèse, mais à nous retourner vers la personne englobant infiniment sa prothèse. S'il n'y a guère qu'une variation de fréquence entre un tracé électrique de vivant et celui d'un mourant. Il y a l'infini des possibilités de la vie entre cette personne encore en vie et la représentation de son corps mort.

La distinction entre la possession et la non-possession de la vie décrite comme unique par Jonas au moment du début de la vie se retrouve en réalité également à l'occasion de la fin de la vie, singulièrement dans l'étrange rapport à la prothèse chargée de restituer la vie qui est en train de s'échapper. Le soignant intervenant dans le fonctionnement de cet objet technique intégré n'est plus ici causalité d'engendrement, mais causalité de la continuation de son patient. Dès lors, l'acte technique s'efface absolument devant la pratique de soin et donc devant la responsabilité.

L'enjeu n'est alors plus centré sur la prothèse, mais bien sur le tracé tenu qui défile : la représentation de la vie. L'objet de la responsabilité est donc la vie, non pas au sens restrictif qui consisterait à limiter l'intervention médicale au meilleur réglage de la prothèse, à la maîtrise la plus complète des arythmies du patient. Une telle conception assignerait au soignant la responsabilité de soigner les maladies. Dans le cadre du défibrillateur, une telle approche conduirait rapidement à valider l'hypothèse initiale : le contrôle comme acte de maintenance ou d'entretien, puisque centré sur la prothèse, avec toutes les dérives autorisées par la technique. Ellul avait parfaitement cerné l'une d'entre elles, représentée par la recherche du pouvoir, dans *Le Système Technicien*. Parlant de la possibilité de prolonger la vie, pour le médecin devenu « technicien », il affirme : « Le technicien estime, légitimé par sa compétence, avoir *dans son domaine*, tous les

droits, y compris en l'occurrence celui de vie et de mort. Et il faut bien comprendre que ceci est strictement conforme avec la caractéristique de la Technique comme milieu et comme système : dans la mesure où la Technique permet de modifier, de dévier, de reculer le processus naturel (qui par exemple conduirait à la mort), il est évident que la décision de l'homme se substitue à la « décision » de la « Nature ». Mais cette décision n'est pas celle de l'homme intéressé par le phénomène, c'est la décision de l'homme détenteur de la Technique »³⁰. La vie dont il doit être question ici s'entend alors dans un sens permissif : le soignant comme responsable d'un mieux vivre. À cet horizon seul, le défibrillateur peut être ramené à ce que l'objet technique doit rester : un instrument médical efficace qui, considéré uniquement comme tel, restitue au malade l'attention médicale qu'il avait détournée. À cette seule condition, le malade, peut redevenir *une* personne et *cette* personne singulière qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être.

³⁰ *Op. cit.*, p. 333.

CONCLUSION

Que nous dit admirablement Marcel Proust dans le l'extrait du *Côté de Guermantes* placé en épigraphe ?

Il nous rappelle d'abord que l'heure de la mort est incertaine. Elle le reste même chez nos malades appareillés, en dépit de toute notre « science », et par définition devrait-on dire, s'agissant de la mort subite. D'ailleurs, la démarche qui vise à implanter un défibrillateur à un patient à risque, n'est rien d'autre qu'une vaine gesticulation en vue de réduire l'incertitude qui tourne autour d'une certitude : celle que nous mourrons tous. Avec une acuité que n'aurait pas reniée Pascal, il souligne ensuite avec cruauté la vanité de nos distractions, en un mot notre contingence.

Dans la relation qui s'établit entre un médecin stimulisite, chargé de surveiller une prothèse telle qu'un défibrillateur implantable, et son patient, il importe que les deux acteurs aient mesuré que la médiation qui s'établit au travers de l'interrogation répétée de la prothèse ne se réduit pas à un simple acte de maintenance. Elle ne peut, en effet, être assimilée à l'entretien d'un défibrillateur *externe* situé dans un lieu public par exemple, précisément parce que cette prothèse est incorporée dans une personne singulière, dont la singularité même est – entre autre – déterminée par cette prothèse. En outre, en tant qu'appareil intégré chargé de ressusciter à l'heure de la mort subite, la nature du défibrillateur implique qu'aucune intervention sur lui ne peut être tenue pour neutre par le malade appareillé. Chaque patient développe vis-à-vis de sa prothèse une relation complexe qui échappe très largement au regard du soignant, et qui ne peut faire

l'objet d'un entretien, comme on pourrait l'envisager de façon triviale pour une chaudière par exemple.

Pour autant, nous avons montré combien le défibrillateur comportait la capacité d'occulter le malade, comment la dé-personnification était inhérente à l'essence de cette prothèse. A ce titre, la généralisation de la télécardiologie qui est en route nous indique que ce contrôle distancié n'est pas, non plus, une véritable relation de soin, et qu'elle en perdra de plus en plus les apparences. Nous en voulons pour preuve la disparition de la rencontre physique, qui mettait en contact un médecin et un malade, désormais remplacée par la gestion à distance de signaux numérisés, par plusieurs intervenants n'appartenant pas tous à une corporation « soignante », *i.e.* n'étant pas soumis à une déontologie, sinon à une éthique.

Dans cette relation singulière médecin-malade, sans doute ne faut-il pas chercher à faire dire à la prothèse plus de choses qu'elle ne le peut, à savoir des informations chiffrées. Autrement dit, cet interlocuteur métallique n'est assurément ni une personne, ni même un l'acteur du dialogue. Nous devons résolument l'envisager comme un outil, un objet technique qui vient servir *nos* desseins *pour* une personne. Avec Heidegger nous n'ignorons pas que l'essence de la technique n'est absolument rien de technique³¹. Il reste illusoire de penser qu'en modifiant le corps humain (prothèse, implant, mais également modifications biologiques et génétiques à venir), on agira sur la nature humaine. C'est méconnaître le décalage entre la sphère biologique et la sphère humaine. Existe-t-il une morale du dispositif implantable ? La question semble absurde au premier abord. Mais d'une part, la technique apparaît-elle encore éthiquement neutre, après les défiances que le XX^e siècle aura suscité au regard du progrès, tant ce siècle fut celui de l'explosion de la technique, mais aussi celui de la recrudescence de la barbarie dont l'étendue dut beaucoup à la technique elle-

³¹Martin Heidegger, « la question de la technique », dans *Essais et conférences*, trad. A. Préau, Paris, Gallimard, 1958, p. 9.

même ? D'autre part, la naïveté de l'équation « modification égale amélioration » ne dissimule-t-elle pas les germes de tous les excès à venir de la technique ?

En réalité, la question n'est pas tant celle de la neutralité morale de la technique *en soi*, appliquée à l'humain, mais celle qui consiste à savoir ce que l'on veut faire de la technique. Autrement dit, le problème n'est pas tant de réfléchir sur un éventuel *transhumain*, que de s'interroger sur les causes et les conséquences du trans-humanisme. Dans cette perspective, on doit reconnaître qu'il n'existe pas plus de « techno-éthique » qu'il n'y a véritablement d'« éco-éthique », voire de bioéthique dans d'autres domaines ; il convient plutôt au cours des actes techniques et dans la relation aux objets techniques, de conserver les principes généraux de l'éthique.

La difficulté découle de l'atomisation des connaissances, dans le domaine médical comme dans tout autre en fait, où survient la technique, d'un côté, et de l'explosion du colloque singulier entre le médecin et le malade, au profit de la multiplication des intervenants (le technicien, l'industriel, le politique, les opérateurs de la télé-médecine), de l'autre. Écartelé entre ces deux contraintes, le salut réside peut-être – et paradoxalement – dans un retour au passé, à un humanisme qui peut paraître vétuste, mais qui doit faire dire aujourd'hui encore, que l'on soigne Socrate, Callias ou quelques autres, et non pas que l'on effectue un « soin technique » (ni une technique de soin). Pour répondre à la question initiale, on s'accordera à dire que le contrôle de défibrillateur n'est ni véritablement un acte de maintenance, ni tout à fait encore un acte de soin. Dans cet entre-deux incertain, à nous d'accompagner la création d'une nouvelle pratique arrimée avec la technique. Les principes de la « médiété » chère à Aristote n'offrent-ils pas un exemple de voie à suivre ?

Apprendre l'éthique aux techniciens, la technique aux éthiciens : et s'il ne s'agissait finalement pas d'autre chose que du retour à l'« honnête homme » ?

INDEX RERUM INDEX NOMINUM

- Achab : 32.
- Anderson, Pamela : 21.
- Aristote : 37, 42.
- Bacon, Francis : 42.
- Boèce : 13, 14, 15.
- Bogart, Humphrey : 41.
- Chauvier, Stéphane : 17.
- Condorcet, Marie Jean Antoine : 42.
- Descartes, René : 33, 52, 53.
- Ellul, Jacques : 57, 67.
- Folscheid, Dominique : 49, 50.
- Gainsbourg, Serge : 13.
- Galilée, Amédéo : 25.
- Goethe, Johann Wolfgang : 37.
- Ford, Harrison : 41.
- Hegel, Friedrich : 50.
- Heidegger, Martin : 37, 71.
- Hippocrate : 36.
- Hobbes, Thomas : 15.
- Homère : 13.
- Jonas, Hans : 42, 62, 63, 64, 66, 67.
- Kant, Emmanuel : 18, 19, 22, 42, 63.
- Kubrick, Stanley : 26.
- La Fontaine (de), Jean : 23.
- La Mettrie (de), Julien : 34.
- Le Breton, David : 34.

Leibniz, Gottfried Wilhelm : 63.

Levinas, Emmanuel : 66, 67.

Mozart, Wolfgang Amadeus : 14, 15.

Pascal, Blaise : 15, 39, 70.

Personne : 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 34, 36, 42, 48, 51, 52, 54, 55, 65, 67, 68, 70, 71.

Pistorius, Oscar : 35.

Polyphème : 13.

Prothèse : 6, 7, 8, 9, 13, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 65, 66, 67, 70, 71, 72.

Proust, Marcel : 2, 70.

Ricœur, Paul : 54.

Scott, Ridley : 42.

Shelley, Mary : 41.

Socrate : 72.

Technique : 8, 9, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 31, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 45, 46, 47, 50, 52, 54, 55, 56, 60, 62, 65, 67, 68, 71, 72.

Ulysse : 13.

Tolstoï, Léon : 26.

Weizsäcker (von), Viktor : 36.

BIBLIOGRAPHIE

- Aristote, *Éthique de Nicomaque*, trad. J. Voilquin, Paris, Garnier, 1940.
- Besnier, Jean-Michel, *Demain les posthumains*, Paris, Hachette Coll. « Haute tension », 2009.
- Boèce, *Courts traités de théologie*, Trad. H. Merle, Paris, Cerf, 1991.
- Chauvier, Stéphane, *Qu'est-ce qu'une personne ?*, Paris, Vrin, 2003.
- Descartes, René, *Œuvres et Lettres*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1937.
- Ellul, Jacques, *Le Système technicien*, Paris, Le Cherche Midi, 2004.
- Folscheid, Dominique, *L'esprit de l'athéisme et son destin*, Paris, La Table Ronde, 2003.
- Goethe, Johann Wolfgang (von), *Faust*, Paris, Folio, 2007.
- Heidegger, Martin, « la question de la technique », dans *Essais et conférences*, trad. A. Préau, Paris, Gallimard, 1958.
- Hobbes, Thomas, *Léviathan*, trad. Tricaud, Paris, Sirey, 1971.
- Homère, *L'Odyssée*, trad. Leconte de Lisle, Paris, Pocket, 1998.
- Jonas, Hans, *Le Principe responsabilité*, trad. Jean Greisch, Paris, Flammarion, « Champs essai », 1995.
- Kant, Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, trad. V. Delbos, revue par A. Philonenko, Paris, Vrin, 2004.
- Kant, Emmanuel, *Métaphysique des mœurs*, trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1971.
- La Fontaine (de), Jean, *Fable*, Paris, Hachette, 1868.
- La Mettrie, Julien, *L'Homme-machine*, Paris, Folio « Essai », 1999.
- Le Breton, David, *Signes d'identité*, Paris, Métailié, 2008.
- Levinas, Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Paris, Fata Morgana, 1995.
- Melville, Herman, *Moby Dick*, trad. L. Jacques, Paris, Gallimard, 1941.
- Pascal, Blaise, *Pensées*, Paris, Garnier, 1962.
- Proust, Marcel, *À la recherche du temps perdu*, Paris, Pleiade, 1988.

Rey, Olivier, *Itinéraire de l'égarement*, Paris, Seuil, 2003.

Ricœur, Paul, Préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*, Commission médicale de la section française d'Amnesty International et V. Marange, Paris, La Découverte « documents », 1989.

Shelley, Mary, *Frankenstein ou le Prométhée moderne*, Gallimard, « Folio » 2004.

Tolstoï, Léon, *Guerre et Paix*, Paris, Gallimard, 2002.

FILMOGRAPHIE

Bonann, Greg, *Alerte à Malibu*, 1989-2001.

Scott, Ridley, *Alien*, 1979.

Scott, Ridley, *Blade runner*, 1982.

Kubrick, Stanley, *Docteur Folamour*, 1964.

Kubrick, Stanley, *2001, Odyssée de l'espace*, 1968.

Défibrillateur automatique implantable : prothèse dans la Personne ou personne derrière la prothèse ?

*Le défibrillateur comme instrument de la déresponsabilisation et de la
dé-personnification*

Henri Broustet

Le défibrillateur automatique implantable est une prothèse innovante qui permet de prévenir la mort subite chez des personnes à risques. Il est archétypal de la technique interventionnelle triomphante, en développement constant en médecine. Pourtant, comme prothèse originale, il préfigure la dé-personnification, dans une pratique de soin qui peut désormais s'envisager sans le malade.

À l'heure des objets techniques incorporés, il importe de réfléchir au sens de la médecine de demain, écartelée entre de nouvelles contradictions. Soignera-t-on encore des personnes, ou bien la technique nous conduira-elle à ne plus effectuer que des actes de maintenance ?