

**UNIVERSITE PARIS EST**

**en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP**

**Master 1 de Philosophie pratique,  
« Ethique médicale et hospitalière »  
Parcours professionnel**

**Le protocole  
Vers une nouvelle rationalité en médecine ?**

**Véronique BLANCHET**

**4 septembre 2009**

**Responsable pédagogique : Eric FIAT**

**UNIVERSITE PARIS EST**

**en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP**

**Master 1 de Philosophie pratique,  
« Ethique médicale et hospitalière »  
Parcours professionnel**

**Le protocole  
Vers une nouvelle rationalité en médecine ?**

**Véronique BLANCHET**

**4 septembre 2009**

**Responsable pédagogique : Eric FIAT**

Remerciements :

- à M. Dominique Folscheid, M. Eric Fiat, M. David Smadja, Melle Elsa Godart pour m'avoir donné accès à la lecture des grands philosophes.
- à mes amis (Arlène, Patrick, Isabelle, Charles) et Dorothée et Gildas pour leurs encouragements à poursuivre ce travail malgré gabapentine, oxycodone et tetrazepam.

## SOMMAIRE

## Introduction

- Constat .....p. 3
- Récit clinique ..... p. 4
- Discussion .....p. 7

## Chapitre premier : Qu'est-ce qu'un protocole ?

- Le protocole en politique .....p. 9
- Des protocoles dans la vie quotidienne .....p. 9
- Caractéristiques d'un protocole .....p. 10

## Chapitre 2 : Les protocoles en médecine

- Nature des protocoles médicaux .....p. 11
- Le développement des protocoles médicaux .....p. 12
- L'exemple des protocoles en cancérologie .....p. 14
- Protocole et soins infirmiers .....p. 14
- Les situations d'urgence et la réanimation .....p. 15

## Chapitre 3 : Des protocoles pour une médecine de qualité ?

- Rigueur, efficacité, sécurité .....p. 17
- Développement de la recherche .....p. 18
- Constitution de standards .....p. 18
- Les vertus pédagogiques d'un protocole.....p. 18

## Chapitre 4 : Les protocoles : une pratique à risques ?

- le risque de la double temporalité .....p. 20
- La visée du « bien faire » .....p. 20
- La hiérarchisation .....p. 21
- La contenance des émotions et de la pensée .....p. 24

Conclusions .....p. 27

Annexes... .....p. 32

## Introduction

### Constat

Le travail de médecin en équipe mobile de soins palliatifs, d'une part, celui de pédagogue en formation permanente, d'autre part, invitent à réfléchir sur la nature des difficultés que rencontrent les médecins et les infirmières dans leurs pratiques professionnelles dans le champ des soins palliatifs et de la douleur.

Le rôle d'un médecin en équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) diffère de sa fonction clinique habituelle. Il intervient dans les services à la demande des médecins référents du malade. Il n'a pas la responsabilité directe du malade. Le plus souvent, il ne fait pas de prescription mais des propositions thérapeutiques argumentées auprès de ses confrères à la différence des médecins consultants qui, eux, prescrivent directement. Il intervient comme un tiers extérieur à la situation. Son intervention se fait en quatre temps : il analyse la nature de la demande ; il questionne son collègue qui lui expose la situation clinique ; il examine le malade ; enfin il fait des propositions argumentées. Cette modalité d'exercice particulière se rapproche du travail du pédagogue dans le cadre de la formation permanente.

La pédagogie (*δευαιδος*, enfant, et *αγογον*, conduire) est l'art d'emmener quelqu'un d'un niveau de connaissance à un autre, en procédant par étapes. Le pédagogue doit définir les besoins de chacun pour lui permettre de franchir des étapes successives pour atteindre les objectifs fixés (le résultat). Différents outils et méthodes pédagogiques sont utilisés dans ce but.

Les exercices de médecin en EMSP et de pédagogue ont des points communs. Le pédagogue fait exprimer les attentes des stagiaires. Le médecin d'EMSP analyse la demande qui lui a été adressée. Tous deux questionnent pour faciliter l'expression, et ainsi faire préciser et définir la problématique. Tous deux utilisent la « maïeutique » socratique. Tous deux sont dans une position de tiers

extérieur. Tous deux sont placés par leurs interlocuteurs dans un supposé savoir. Tous deux sont témoins silencieux des situations exposées par les soignants<sup>1</sup>.

Le médecin en EMSP et le pédagogue peuvent faire des constats de même nature : les demandes d'intervention de l'EMSP ou les inscriptions dans un stage de formation sont comme la partie immergée de l'iceberg. Derrière une demande explicite de conseil ou de formation se cache souvent un moment de crise : des dilemmes (des décisions à prendre : « que faire ? ») ou des remords (des situations éprouvantes, mal vécues : « Qu'ai-je fait ? »). C'est dans les deux cas une occasion de prendre du recul. Les soignants ignorent souvent ce dont ils ont besoin pour sortir de cette situation de crise. Ils souhaiteraient qu'on leur apporte des recettes, des protocoles, des « conduites à tenir », des réponses universelles.

Nous illustrerons ce constat par le récit d'une situation clinique. Nous interrogerons la place des protocoles dans la pratique médicale et de leurs rapports avec la pensée.

### **Récit clinique**

Lundi matin : l'appel.

Le cadre et un des médecins d'un service de réanimation hématologique demandent l'intervention du médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs. Nous les rencontrons et leur faisons préciser le motif de leur demande : « L'équipe paramédicale est mal à cause d'un patient. Il aurait dû partir et il est toujours là. ». On nous explique : il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint de SIDA compliqué d'un Kaposi et d'un lymphome digestif traité par chimiothérapie. Il est suivi par le service depuis plusieurs mois. Tout le monde le connaît. La semaine dernière, au staff médical, il a été décidé, devant l'apparition d'une insuffisance rénale sévère, de ne pas faire d'hémodialyse. On a donc « mis la morphine et l'hypnovel®, mais il est toujours là ». Peu à peu je crois comprendre la situation. « Normalement cet homme aurait dû mourir pendant le week end. Mais il est toujours vivant. L'équipe soignante est en souffrance » répète le cadre de soins.

---

<sup>1</sup> Le terme « soignant » désigne, dans ce mémoire, les médecins, les infirmiers, les aides-soignantes et toute personne ayant une activité clinique.

Nous convenons de faire une réunion, en début d'après-midi au moment des transmissions, avec les infirmières, les aides-soignantes et le médecin qui s'occupent de ce malade. Je rencontrerai le malade avant cette réunion pour évaluer la situation.

Le traitement qu'il reçoit comprend de fortes doses de sédatif (hypnovel®) et de morphine qui ont été augmentées de façon systématique pendant le week end. Le patient est conscient et il lutte pour ne pas s'endormir : il est manifestement en surdosage médicamenteux. Au cours de la consultation, je constate qu'il est au courant de la gravité de sa maladie et de l'insuffisance rénale. Il n'a pas de douleur, ni autre inconfort. Mais il s'inquiète d'être aussi endormi. Il dit qu'il sent bien que cela va mal. Qu'est-ce que j'en pense ? Je réponds que c'est grave. Silence. Il reprend « Je voudrais léguer mes affaires à mon ami. Est-ce le moment de voir un notaire ? ». Je suis embarrassée par sa question directe et parce qu'elle sous-entend. Je l'interroge sur ce qu'il veut faire. Il insiste « Est-ce que c'est le moment ? ». Je réponds par l'affirmative et que je transmettrai sa demande à la surveillante. Il me remercie et me demande pourquoi il somnole comme cela. Je lui réponds que cela est lié à l'insuffisance rénale et à l'accumulation des médicaments. Nous convenons ensemble de diminuer les posologies des traitements pour qu'il soit moins somnolent, tout en soulageant sa douleur.

Lundi après-midi : la réunion avec l'équipe

Presque tout le monde est là : deux médecins, quatre infirmières et quatre aides-soignantes, un agent de service, le cadre de soins et le cadre supérieur. Tous et toutes connaissent bien le malade et disent y être très attachés. La discussion est animée et les avis divergent. Certains disent : « Il souffre, on ne peut pas le laisser comme cela ». D'autres se risquent à dire : « Mais s'il est encore là, c'est qu'il ne veut pas partir ». Une autre : « Ce n'est pas normal qu'il soit encore là ». Une autre encore : « C'est de l'acharnement. On va encore le traiter alors que cela ne sert à rien ! »...

Après avoir laissé s'exprimer les différents points de vue, je fais part de mon entretien avec le patient et de son désir de voir un notaire. Je propose un projet de soins : « Puisqu'il est toujours là, nous allons continuer à le soigner, évaluer sa douleur, son angoisse et adapter les traitements pour qu'il puisse voir son notaire

comme il le souhaite. ». Certains sont d'accord pour ce nouveau projet. D'autres disent : « De toute façon cela ne sert à rien ces réunions puisque ce n'est pas nous qui décidons. Par contre c'est nous qui le voyons souffrir ». D'autres encore se taisent. Le médecin accepte ma proposition. Les posologies de morphine et d'hypnovel® seront diminuées. Quelqu'un dit : « Alors on va le prolonger ! » Je rappelle que ce patient est atteint d'une insuffisance rénale sévère qui ne sera pas traitée. La dialyse aurait été disproportionnée dans ce contexte. Il va donc mourir. La réunion s'arrête là.

Mardi : l'accalmie.

L'équipe soignante semble plus calme. Les traitements sont prescrits à des posologies adaptées. Le patient est bien réveillé et ne souffre pas. Il m'explique qu'il a pris un rendez-vous avec son notaire qui viendra jeudi.

Mercredi : le chef de service

Je suis convoquée par le chef de service. Sa première question est : « Quelle est votre formation ? ». Je ne réponds pas et lui demande pourquoi il me demande cela. Il répond « Parce que cela ne va pas. Vous ne pouvez pas venir dans mon service réveiller les malades ! Ce malade aurait dû mourir. Nous avons tout fait pour lui. On est allé très loin : chirurgies, chimiothérapies. On pourrait dire que c'était de l'acharnement thérapeutique ... Mais là, l'insuffisance rénale... On a décidé qu'on ne ferait pas d'hémodialyse. ». Je réponds que je comprends et que je suis d'accord avec lui sur ce dernier point. Je lui demande si le malade est au courant de cette décision. Il ne répond pas et reprend en disant « J'ai une liste d'attente longue comme cela (il écarte les deux bras) de malades qui attendent leur chimiothérapie. J'ai l'habitude ! Cela fait quinze ans que je liquide les malades. Avant, je faisais du potassium intraveineux comme tout le monde. Maintenant, je fais de la morphine et de l'hypnovel® comme les soins palliatifs nous l'ont appris. De toute façon, la réanimation ce n'est pas un endroit pour faire des soins palliatifs. »

Je suis un peu interloquée par cette avalanche de mots qui ont le mérite, certes, d'être clairs mais aussi très explicites et presque obscènes. Mais je lui réponds : « Je suis complètement d'accord avec vous ! La réanimation n'est pas un lieu



adapté pour les soins palliatifs ». Je lui propose alors une collaboration : je m'engage à trouver d'autres alternatives d'hospitalisation pour des malades qui seraient en échappement thérapeutique : organisation de retour à domicile, de transfert en unités de soins palliatifs (USP) ou d'accueil dans des services d'hospitalisation classique. Nous discutons un moment et il semble d'accord pour que nous essayions pendant six mois.

Jeudi matin : rien ne va plus.

Je vais dans le service. Une infirmière m'interpelle : « Il faudrait savoir ! On avait dit qu'on n'augmenterait pas l'hypnovel® ! ». J'entre dans la chambre. Le malade est en phase agonique. Le chef de service est repassé la veille au soir. Il a triplé les doses de morphine et d'hypnovel®. Le malade décède une heure après sans avoir vu son notaire.

Epilogue

Pendant six mois, nous avons collaboré avec ce service : deux fois deux heures de formation ont été mises en place ; cinq patients ont terminé leur vie en USP et deux à domicile. Puis, l'équipe mobile a été de moins en moins appelée. La raison invoquée a été le fait que les soignants étaient très attachés aux malades car ils les connaissaient bien. Lorsque les malades mourraient dans un autre service, les soignants avaient le sentiment de les abandonner et de pas avoir fait leur travail jusqu'au bout.

## **Discussion**

Ce récit clinique soulève de nombreuses questions : comment la souffrance des soignants vient-elle interférer dans la prise en charge des malades ? Pourquoi, accélérer la mort semble t'elle être la seule alternative ? Comment se fait-il qu'en recherchant le bien du malade on puisse provoquer sciemment sa mort, alors même qu'il n'a rien demandé d'autre que de continuer à vivre ? Est-ce que les échanges en équipe incitent chacun à réfléchir ou viennent-ils conforter des idées toutes faites ? La réflexion et la discussion en groupe peut-elle modifier des pratiques déjà instaurées comme normales ? Comment être témoin de pratiques que l'on n'approuve pas sans les cautionner ? Comment se fait-il que le moment de la mort soit ainsi maîtrisé et en même temps évacué, banalisé ? Comment faire

cohabiter l'intérêt singulier d'un malade et celui d'un ensemble de patients qui attendent de la place pour une hospitalisation ?

Néanmoins, cette situation pose également la question de l'habitude et des protocoles. Ce patient aurait du mourir pendant le WE et il est toujours là. Un des protocoles de ce service est d'augmenter les posologies de morphine et d'hypnovel® afin que les malades décèdent « paisiblement ». Cette procédure est l'usage du service et il est intéressant de constater qu'elle n'est plus questionnée au cas par cas. C'est devenu la conduite à tenir lorsqu'il n'y a plus de possibilité de traitement de la maladie. Nous avons rencontré cette attitude très fréquemment dans d'autres services hospitaliers et à domicile. Tout se passe comme si lorsque la mort se profile, la médecine se devait d'endormir les malades pour qu'ils meurent rapidement. Cela traduit probablement la peur de notre société face à la mort. On demande aux médecins de maîtriser la mort, de la contrôler, voire de la provoquer (comme les partisans de la légalisation de l'euthanasie le revendiquent). Dans notre récit, le fait qu'il y ait eu une rupture dans le déroulement habituel de la procédure avait provoqué un moment de crise motivant ainsi la demande d'intervention de l'EMSP : que fallait-il faire ? Une certaine tension, une inquiétude était apparue chez les soignants. La proposition, lors de la réunion, de nouveaux objectifs de soins avait permis de dépasser la crise. Le patient avait exprimé son désir (voir un notaire), mais le chef de service, qui n'avait pas assisté à la réunion, n'avait pas manifesté son adhésion à ces objectifs.

Cette situation nous invite ainsi à interroger la place des protocoles, des « conduites à tenir », des recommandations dans la pratique médicale à partir d'un double regard de médecin et de pédagogue. Quelles sont les caractéristiques d'un protocole ? Comment la médecine actuelle l'utilise-t-elle ? Quels en sont les intérêts et les limites ? Sur quelle rationalité se base-t-il ?

## Chapitre premier

### Qu'est-ce qu'un protocole ?

Un protocole du grec « *protos*, premier, *colon* coller » est un ensemble de conventions et de règles préétablies dans le but du bon déroulement d'une opération, d'un événement. Analysons la nature d'un protocole à travers plusieurs exemples.

#### « Le protocole » en politique

On applique « Le Protocole » lorsque le chef de l'Etat reçoit une personnalité. Dans ce cérémonial, tout est programmé dans le but que la rencontre se passe bien. Il existe une double temporalité : les règles ont été décidées à l'avance et les différentes modalités se déroulent dans un ordre précis. On définit donc un cadre extérieur, un espace-temps, qui permettra à deux personnes de se rencontrer devant d'autres. Les places de chacun sont définies à l'avance en fonction d'une certaine hiérarchisation liée à l'« importance » : le chef de l'Etat, les ministres...L'étymologie dans le sens de *protos*, premier, marque cette hiérarchisation. En indiquant la façon de se tenir, de se dire bonjour, de se serrer la main, de se placer, le protocole procure une certaine « contenance » aux protagonistes. Cela permet de ne pas avoir à penser à ce qu'il faut faire et de se laisser guider.

L'étiquette, à la cour du roi Louis XIV, caricature du protocole, permettait à chacun de mesurer s'il était toujours dans les faveurs du roi.

#### Des protocoles dans la vie quotidienne

Avec le développement de l'informatique, les protocoles, procédures, guide line, conduite à tenir en cas de ... se sont multipliés dans notre vie privée et dans de nombreuses professions.

Pour installer une nouvelle télévision, un téléphone ou même un four, il faut suivre une série de manipulations et valider chaque étape. Rien de plus facile, paraît-il, il suffit de se laisser guider. Et cela est vrai dans la majorité des cas. Cela

se complique parfois, si malgré des instructions bien suivies rien ne se passe à la fin de la procédure. On se tourne alors vers l'assistance téléphonique pour résoudre le problème : un répondeur vous propose des situations pré-établies censées vous correspondre et vous invite à répondre en tapant sur les touches de votre téléphone. Si votre cas est vraiment particulier, et qu'il n'a pas été prévu, vous pourrez alors être mis en communication avec un technicien.

La « check list » du pilote avant le décollage est une référence de protocole visant à la sécurité d'un vol. Des procédures établies à l'avance sont appliquées par les pilotes dans un certain ordre : chaque étape doit être validée avant de passer à la suivante (hiérarchisation). La subjectivité du pilote est canalisée pour limiter les erreurs humaines liées aux émotions, au manque de concentration. Le protocole est normatif, impératif. Il n'autorise pas l'imagination ni l'improvisation.

### **Caractéristiques d'un protocole**

A travers ces exemples on peut dire qu'un protocole est donc caractérisé par quatre éléments :

- une double temporalité : des procédures sont déterminées à l'avance et sont appliquées dans un second temps et dans un ordre défini.
- une visée du « bien faire » : c'est l'objectif d'un protocole
- une hiérarchisation : un aspect est mis en avant, en premier, « *protos* ».
- une contenance des émotions et de la pensée.

## Chapitre 2

### Les protocoles en médecine

Tout comme dans notre vie quotidienne, les protocoles, les « conduites à tenir » se sont développés et prennent de plus en plus de place dans la pratique médicale. Sont-ils de même nature ? Quelles sont les hypothèses pour expliquer ce phénomène ?

#### La nature des protocoles médicaux

Que les protocoles décrivent des procédures de prise de décision, des modes d'emploi pour des gestes techniques ou la mise en œuvre de traitement, les quatre caractéristiques évoquées ci-dessus se retrouvent dans les protocoles médicaux.

#### La double temporalité

Un protocole est établi en amont par un groupe d'experts qui s'appuient sur leurs expériences et /ou sur les données recueillies dans les publications médicales pour définir des procédures spécifiques qui seront appliquées ensuite dans un ordre précis. Les protocoles définissent également quels examens cliniques, quelles explorations para cliniques (examens biologiques, radiographies...), quels traitements devront être réalisés, mais aussi à quel moment. On parle d'ailleurs de « programme thérapeutique ». Des critères sont établis à partir des études statistiques, et sur des niveaux de preuves (*Evidence Based Medicine*). Il existe donc une extériorité dans le protocole.

#### La visée du « bien »

Un protocole définit ce qui est « bien », ou plutôt ce qu'il convient de faire pour bien soigner le malade dans l'état actuel des connaissances. Ce « bien faire » est basé notamment sur des résultats statistiques.

### La hiérarchisation

Dans les protocoles médicaux, les procédures sont hiérarchisées selon un critère principal : l'efficacité basée sur des résultats, des faits. Par exemple, combien reste-t-il de survivants à deux ans, à cinq ans avec cette chimiothérapie ? Ou combien de germes restent-il sur un prélèvement quand on applique un protocole pour se laver les mains ? En objectivant la maladie et les symptômes, le protocole place la maladie en premier, « *protos* », et relègue la personne malade au second plan.

### Une contenance

La subjectivité du médecin intervient peu dans l'application des protocoles. Les mécanismes identificatoires et projectifs, qui sont à l'oeuvre dans la rencontre avec l'autre, sont ainsi limités. En effet, la décision d'appliquer tel ou tel protocole peut être prise à partir des éléments du dossier. D'autre part, une fois le protocole décidé, le médecin fait peu intervenir sa pensée réflexive : il recherche les critères et se laisse guider par les arbres décisionnels pré établis.

### **Le développement des protocoles médicaux : L'evidence based medicine (EBM)**

On peut rapprocher le développement et la multiplication des recommandations, des protocoles en médecine d'un nouveau paradigme apparu dans les années 90 : *l'Evidence Based Medicine* (EBM).

Ce concept anglo-saxon est difficile à traduire en français, le terme *evidence* ayant une signification beaucoup plus large en anglais qu'en français. Alors qu'en français, *évidence* s'apparente à certitude ou preuve (et peut alors renvoyer à un terme juridique), en anglais, le terme peut également être traduit par signe, marque, preuve ou témoignage. Aucune traduction française ne donne entièrement satisfaction, qu'il s'agisse de « *médecine factuelle* » ou « *médecine basée sur les faits prouvés* »<sup>2</sup>. On propose également l'expression « *médecine*

---

<sup>2</sup>. C. Brun-Buisson, « Plaidoyer pour l'EBM ou comment nier les évidences ? », *Recommandations, références médicales, accréditation: les enjeux éthiques*, Paris, Flammarion, 2000, p. 27.

*preuves à l'appui* »<sup>3</sup>. Le terme de « *médecine basée sur des preuves* » est le plus utilisé en France tandis que celui de « *médecine basée sur les données probantes*<sup>4</sup> » a été entériné au Canada par le Forum national sur la santé<sup>5</sup>. L'EBM est définie par Sackett et ses collègues comme « *l'utilisation rigoureuse (conscientious), explicite et judicieuse des meilleures données disponibles lors de prises de décisions concernant les soins à prodiguer à des patients individuels* »<sup>6</sup>. L'EBM s'est fait connaître d'abord comme une méthode pédagogique permettant une lecture critique et une évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale. Elle comprend quatre étapes : la formulation du problème médical, la recherche dans la littérature des articles les plus pertinents et des meilleures preuves par une méta-analyse, l'évaluation de leur « niveau » de validité et de l'applicabilité des conclusions pratiques, et enfin, l'intégration des données trouvées dans la réponse thérapeutique sous forme de référentiels et de protocoles.

Mais comme le fait remarquer Guy Jobin : « L'EBM est maintenant utilisée par des gestionnaires, des cliniciens, etc., et ce pour des objectifs aussi divers que le renouvellement de la pédagogie médicale, l'aide au jugement clinique, ou encore comme justification de programmes de « rationalisation » des ressources financières et matérielles dans les organisations de soins. Devenue à la mode, cette approche médicale suscite l'engouement, voire l'enthousiasme dithyrambique tout autant que le scepticisme, ou pire, le refus net. Bref, l'EBM est l'objet de débats dans les milieux médicaux en particulier et dans les milieux de santé en général, puisque la culture des données probantes s'étend au nursing, à l'administration de la santé, etc. »<sup>7</sup>. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS), qui succède à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé), publie et diffuse des recommandations de bonnes pratiques, des protocoles

<sup>3</sup>. E. Lang, « La médecine, preuves à l'appui : un changement fondamental dans le raisonnement clinique... ou de nouveaux termes pour décrire d'anciens concepts ? », *Med Actuel, FMC*, vol. 1, n°5, 2001, p.9.

<sup>4</sup>. Guy Jobin, « La médecine basée sur des données probantes : quelle place pour l'éthique », *Culture, médecine et handicap ; les pratiques de recherche biomédicale visitées par la bioéthique*, Paris, Infodoc.Inserm.fr, 2002, p. 197-213.

<sup>5</sup>. Gouvernement du Canada, « Forum national sur la santé ». *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapport de synthèse et document de références*, volume 2. Ottawa, 1997.

<sup>6</sup>. Sackett et al, « EBM: What it is and what it is not », *British Medical Journal*, 1996, 312, p. 71-72.

<sup>7</sup>. *Idem*, p. 198.

et des procédures (1000 seraient programmées). Dans le contexte de l'accréditation et de la certification, ces recommandations sont des critères de références.

La médecine française est influencée par le monde anglo-saxon tant dans ses références scientifiques que dans ses modèles pédagogiques. Pour être reconnus comme ayant un intérêt scientifique potentiel, les articles doivent être publiés dans des revues internationales indexées dans des bases de données anglo-saxonnes et essentiellement nord américaines. La médecine basée sur des preuves et les protocoles qui en découlent, sont à rapprocher du pragmatisme ambiant nord américain.

Le pragmatisme est une « variante nord américaine de l'empirisme anglo-saxon »<sup>8</sup>. Le pragmatisme, du grec *pragma*, action, réalité concrète, décrit par William James, est une méthode « permettant de résoudre les controverses métaphysiques ...qui consiste à entreprendre d'interpréter chaque conception d'après ses conséquences pratiques »<sup>9</sup>. Le pragmatisme se fonde hors la métaphysique et juge sur les faits et les résultats. L'EBM s'appuie sur les résultats statistiques. Pour le pragmatisme, le savoir vient de ce qu'on a fait (*pragma*) et « le vrai consiste simplement dans ce qui est avantageux pour notre pensée, de même que le juste consiste simplement dans ce qui est avantageux pour notre conduite ».<sup>10</sup> Protocoles et recommandations préconisent ce qu'il est « bien de faire », « bien » lui-même défini à partir de faits statistiques : il s'agit donc d'une démarche pragmatique.

### **L'exemple des protocoles en cancérologie**

En cancérologie, les différents traitements et examens sont proposés aux malades selon des règles établies au niveau international. Les critères sont, certes, cliniques (état du patient) mais surtout fondés sur la taille de la tumeur, le type de cellules cancéreuses, l'extension du cancer. La maladie cancéreuse fait l'objet d'une classification<sup>11</sup> selon ces différents critères auxquels correspondent des

<sup>8</sup>. Dominique Folscheid dans le cours M1 du 06 02 08, cite William James, *Le pragmatisme*, Paris, Livre de poche, p. 52.

<sup>9</sup>. William James, *Le pragmatisme*, Paris, Livre de poche, p. 49.

<sup>10</sup>. *Ibidem*, p. 157.

<sup>11</sup>. Classification TNM : un chiffre est attribué à chaque item selon des critères convenus et permet de faire correspondre tel ou tel protocole de chimiothérapie à la classification ainsi obtenue :



traitements précis, proposés dans un certain ordre (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie...). Les progrès de la communication permettent de faire des vidéo conférences pendant lesquelles les décisions sont prises : les dossiers sont présentés et chaque spécialiste (chimiothérapeute, radiothérapeute, chirurgien...) donne son avis. Ainsi, quel que soit l'endroit où il réside, le patient bénéficie des mêmes protocoles thérapeutiques qu'il soit traité dans un centre hospitalier universitaire, un centre de lutte contre le cancer ou un hôpital départemental.

### **Protocole et soins infirmiers**

La notion de protocole infirmier a été initialement développée dans le champ de la prise en charge de la douleur aigue, afin de permettre au patient un soulagement plus rapide. Elle s'est ensuite étendu à d'autres domaines. Le protocole infirmier est défini comme « la description des procédures qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soins infirmiers. Elle guide l'exécution des prestations et contribue à leur qualité »<sup>12</sup>. Il s'agit donc bien de procédures qui ont été convenues à l'avance.

Les infirmières sont chargées de l'exécution des prescriptions. Lors d'une hospitalisation, un malade recevra des soins de plusieurs infirmières. En effet, leur roulement assure une présence infirmière continue, mais cela implique d'avoir des modes de travail communs. Le mouvement des infirmières cliniciennes a revendiqué la reconnaissance d'un diagnostic infirmier. Celui-ci repose sur une terminologie spécifique qui est utilisé aujourd'hui dans « la démarche de soins ». Cette démarche se déroule en trois temps : identifier un problème (diagnostic infirmier), mettre en place une action, évaluer les résultats de l'action. Ces trois temps doivent être décrits ainsi dans les transmissions ciblées. Cette démarche objective des faits. Avoir une terminologie commune est, en principe, un avantage pour uniformiser les pratiques. Le malade peut recevoir les mêmes soins quelque soit l'infirmière présente à ce moment-là. Le soin peut être le même, mais la

- 
- T pour tumeur, classification selon la taille, le type histologique T1, T2...
  - N pour node qui signifie ganglion en anglais, caractérise l'envahissement ganglionnaire par les cellules cancéreuses. N0, N1...
  - M pour métastase, cote l'existence et le nombre de métastase. M0, M1 ...

manière de l'appliquer est fonction de bien d'autres paramètres : la personnalité de l'infirmière, son expérience, son envie de communiquer avec le patient...

La méthode appliquée pour rédiger des protocoles infirmiers dans un service s'inspire de l'EBM : des personnes (infirmières, aides-soignantes) se réunissent pour le rédiger. Un ou plusieurs médecins s'associent parfois au groupe pour y tenir le rôle du « *doctus*, savant », garantissant la validité des connaissances. Différents protocoles sont ainsi écrits et placés dans les classeurs des services ou disponibles sur l'intranet de l'hôpital : comment soulager la douleur ? Comment traiter une hyperglycémie ? Que faire en cas de fièvre ? Protocole soins de bouches, protocole prévention d'escarres, etc.

### **Les situations d'urgence et la réanimation**

La seule urgence en médecine est l'urgence vitale. Il est donc important de la diagnostiquer et de mettre en place rapidement des mesures, des procédures de réanimation. L'urgence se reconnaît sur des signes (des faits) qui reflètent la défaillance des grandes fonctions vitales décrites par Bichat : l'encéphale, le cœur et les poumons<sup>13</sup>. La médecine d'urgence a développé de nombreux protocoles. Le protocole permet de ne pas penser au moment de l'action et donc de se concentrer sur les gestes techniques. On fait confiance à ce qui a été énoncé comme « ce qu'il faut faire en cas de... ». Hannah Arendt le fait remarquer : « la caractéristique principale de la pensée est qu'elle interrompt tout ce qu'on fait, toutes les activités ordinaires quelque elles soient...dès que nous commençons à penser à propos de quelques questions que se soit, nous arrêtons tout le reste, et tout ce reste là, là encore quelque'il soit, interrompt le processus de pensée... »<sup>14</sup>. Il ne serait donc pas possible de penser en agissant, ni d'agir en pensant. Mais c'est l'action qui est requise dans la situation d'urgence. En effet, ce n'est pas le moment de remettre le protocole en question en réfléchissant, il faut agir. Les protocoles sont donc particulièrement adaptés aux situations d'urgence.

---

<sup>12</sup>. Amiec Recherche, *Dictionnaire des soins, infirmiers et de la profession infirmière*, 3<sup>ème</sup> édition, Masson, 2005.

<sup>13</sup>. Bichat, *Recherche physiologique sur la vie et la mort*, Paris, An, VII, 1800, (8ième édition 1929).

<sup>14</sup>. Hannah Arendt, « Pensée et considérations morales », *Responsabilité et jugement*, Payot, 2005, p. 191.

En résumé, les protocoles médicaux s'appliquent dans trois catégories de pratiques : prendre des décisions, mettre en oeuvre des thérapeutiques et réaliser des gestes techniques. L'analyse de leurs caractéristiques permet-elle de comprendre les avantages qu'ils apportent à la médecine ?

## Chapitre 3

### Des protocoles pour une médecine de qualité ?

Chacun veut pour lui même les meilleurs médecins, les meilleurs traitements et les meilleurs soins. Quels avantages les protocoles apportent-ils aux malades et aux soignants ?

#### **Rigueur, efficacité, sécurité**

Nous l'avons vu par l'exemple de la cancérologie, les protocoles donnent aux malades une égalité d'accès aux traitements reconnus pour leur efficacité et donc à une médecine de qualité.

Le caractère impératif du protocole impose une certaine rigueur aux soignants, ce qui a pour conséquence une sécurité pour le malade, en particulier dans les situations d'urgence et pour les gestes techniques. La contenance des émotions et de la pensée du soignant par le protocole lui permet d'acquérir une maîtrise, un art au sens de *techne*, technique. « Les clichés, les expressions toutes faites, l'adhésion à des codes d'expression et de conduite conventionnels et standardisés possèdent la fonction socialement reconnue de nous protéger contre la réalité, c'est-à-dire contre l'exigence de notre attention pensante que tous les événements et les faits éveillent en vertu de leur existence. »<sup>15</sup>. Le protocole est un code de conduite convenu. Il protège de la réalité, de la résonance et des identifications que la maladie peut provoquer chez le soignant. Les réactions émotionnelles, les préjugés peuvent être ainsi mis à distance de sa conscience.

L'intérêt pour les médecins est de ne pas avoir à « réinventer » ce qui a déjà été démontré et de baser leurs décisions sur des connaissances reconnues par une majorité de confrères. Le développement des techno-sciences est tel que les médecins ne peuvent pas connaître toutes les avancées de la recherche et des thérapeutiques. Les protocoles et les recommandations leur donnent une synthèse

sur les avancées en médecine, ils ont ainsi une certitude, certes toujours relative, de ce qui est le mieux en terme de thérapeutique. Le médecin peut alors placer sa réflexion sur des connaissances ce qui a pour effet de renforcer son objectivité. C'est la distinction entre l'expérience et l'art, dont parle Aristote. « Les hommes d'expérience savent bien qu'une chose est, mais ils ignorent le pourquoi tandis que les hommes d'art connaissent le pourquoi et la cause »<sup>16</sup>. Un médecin peut choisir d'utiliser tel ou tel médicament parce qu'il en a constaté les effets chez un autre malade : il en a l'expérience. Mais il n'en connaît pas forcément pour autant tous les mécanismes d'action. C'est ce travail réalisé par le groupe d'experts lors de l'élaboration d'un protocole ou de recommandations.

### **Développement de la recherche**

Les protocoles permettent de développer la recherche clinique. En effet, dans un protocole, on applique les mêmes traitements dans les cas identiques. On peut ainsi étudier leur efficacité et leurs effets secondaires, voire les comparer à des placebo ou à d'autres médicaments. Une situation est ainsi rendue reproductible sur le plan théorique et standardisée dans des modèles mathématiques. Ces études cliniques portent sur de nombreux cas et permettent d'établir des statistiques et de faire évoluer les connaissances. Les moyens de communication d'aujourd'hui (informatique, presse...) permettent une large diffusion auprès des professionnels quelque soient leurs lieux d'exercice.

### **Constitution de standards**

Les protocoles sont écrits. Leurs résultats et l'évolution de la maladie sont également inscrits dans le dossier du malade.

Au moment de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la démarche qualité et de la certification où la traçabilité est requise, l'écriture de « l'observation » du malade devient standardisée. Cela facilite la lecture des dossiers et l'application des critères des « référentiels de bonnes pratiques ». Ecrire ce que l'on fait et ce que l'on décide est préconisé par la loi.

---

<sup>15</sup> . *Idem*, p. 186.

<sup>16</sup> . Aristote, *Métaphysique*, Paris, Flammarion, (GF), 2008, A, I, 981 a 13-b 12, p 72-73.

### Les vertus pédagogiques d'un protocole

Le travail nécessaire à la rédaction d'un protocole médical est formateur en soi, puisque le groupe réalise une lecture critique de la littérature, acquière des connaissances et exerce son discernement, ce qui lui donne une capacité de transmettre des connaissances : « En général la marque distinctive du savant, c'est la capacité d'enseigner et c'est encore pourquoi nous croyons que l'art est plus véritablement science que l'expérience, puisque ce sont les hommes d'art et non les autres qui sont capables d'enseigner. »<sup>17</sup>. De même pour les protocoles infirmiers : les participants à un groupe de travail s'approprient le sujet. Mais en est-il de même pour ceux qui l'appliquent qui ne sont que des exécutants ? « Les manœuvres sont semblables à ces choses inanimées qui agissent, mais qui agissent sans savoir ce qu'elles font »<sup>18</sup> nous dit Aristote. Et il ajoute que les exécutants accomplissent « chacune de leur fonction par habitude ». Suivre un protocole est formateur lorsqu'il permet l'apprentissage d'une nouvelle tâche technique. Mais, si on n'en n'a pas compris les tenants et les aboutissants, on n'est qu'un exécutant. On agit alors par habitude, par automatisme : « Dans l'apprentissage d'un exercice, par exemple, nous commençons par être conscients de chacun des mouvements que nous exécutons, parce qu'il vient de nous, parce qu'il résulte d'une décision et implique un choix ; puis, à mesure que ces mouvements s'enchaînent davantage entre eux et se déterminent plus mécaniquement les uns les autres, nous dispensant ainsi de nous décider et de choisir, la conscience que nous en avons diminue et disparaît. »<sup>19</sup>. La répétition des gestes de soins (toilette, nursing etc.) ou des gestes techniques (pose de perfusion, ponctions ...) procure une certaine aisance puisqu'on ne pense plus à la manière de les faire et qu'on peut se concentrer sur autre chose.

Certes, l'application de recettes réclamées par les stagiaires en formation, permet de faire l'économie de retrouver par soi-même, souvent par essais / erreurs, ce que d'autres ont déjà expérimenté. Cela serait donc un gain de temps. Mais l'apprentissage d'une nouvelle tâche requiert une appropriation sensorielle et le pouvoir de se la représenter, de la penser dans un dialogue intérieur.

---

<sup>17</sup>. *Idem.*

<sup>18</sup>. *Ibidem.*

<sup>19</sup>. H. Bergson, « La conscience et la vie », *L'énergie spirituelle*, PUF (Quadrige), p.11.

Etablir des protocoles et les appliquer présente incontestablement des avantages. Mais, où se situe la place du malade ? Comment interviennent la pensée et la conscience des soignants dans cette pratique ?

## Chapitre 4

### Les protocoles : une pratique à risques ?

Quels éléments l'analyse des caractéristiques des protocoles apporte-t-elle quant à leurs risques potentiels ?

#### Le risque de la double temporalité

Le temps du patient et le temps du traitement ne sont pas de même nature. Par exemple le programme thérapeutique des protocoles en cancérologie, établi à l'avance, ne tient pas compte du rythme du malade. La maladie est une épreuve à laquelle on doit s'adapter physiquement et psychiquement. L'enchaînement des traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie...) ne prend pas en considération ce temps d'adaptation nécessaire pour le patient. Certains font d'ailleurs remarquer qu'être malade est « un travail à plein temps ! ». Le protocole impose un rythme au malade auquel il n'est pas prêt.

#### La visée du « bien faire »

Un « bien » est relatif : ce qui est « bien » à un moment donné, peut devenir « un mal » quand les connaissances progressent. Le traitement d'hier ne sera plus le bon traitement aujourd'hui et les connaissances sont toujours à actualiser. Mais au-delà de cet aspect, la méthode mise en œuvre pour établir les protocoles médicaux, rend discutable cette notion du « bien » ou du « mieux » à faire, car elle est fondée sur les résultats statistiques. Claude Bernard soulignait l'intérêt limité des statistiques : la statistique ne peut donner qu'une probabilité, jamais une certitude<sup>20</sup>. Simple instrument de travail, la statistique ne peut aboutir à une loi scientifique.

Le protocole rassure le soignant, lui donne bonne conscience. Mais en utilisant des protocoles, des recommandations, les médecins exercent moins leur jugement, ce qui diminue leur esprit critique comme l'illustre l'histoire du cocktail lytique.

---

<sup>20</sup> . Claude Bernard, *Introduction à la médecine expérimentale*, Le livre de poche, Paris.



Ce protocole fut mis au point par le Pr. Laborit pendant la deuxième guerre mondiale pour améliorer les conditions de transport des blessés. Le cocktail lytique (du grec *lisis*, destruction, dissolution), appelé également DLP, est un mélange (cocktail) de plusieurs médicaments : un médicament contre la douleur (le dolosal®), un neuroleptique (largactil®) et un antihistaminique - sédatif (phénergan®). En effet, l'association de ces trois médicaments réduit la douleur, l'anxiété et la perception de l'environnement. Les malades restaient ainsi conscients et un peu détachés de la réalité par une sédation légère. Cela rendait le transport moins pénible pour eux. Après la guerre, le « cocktail lytique » fût utilisé pour soulager les « mourants ». Dans les années 50, il n'était « pas bien » d'utiliser la morphine pour soulager les douleurs par crainte de provoquer la mort ou d'induire une toxicomanie. Ce n'était pas éthique, au sens étymologique du terme grec *ethos*, habitude. Les médecins manquaient donc de moyens pour traiter les douleurs intenses des malades atteints de cancers évolués. Prescrire un cocktail lytique devint une alternative. Ce protocole se transmet à travers des générations de médecins, par compagnonnage, sans que son intérêt et son efficacité pour le soulagement de la douleur soient étudiés. C'était l'usage, ce qu'il fallait faire. Mais les posologies initiales de ce mélange furent augmentées. On prit l'habitude de doubler, tripler les doses et finalement d'augmenter ainsi jusqu'à ce que le malade meure<sup>21</sup>. Cet exemple, illustre comment l'habitude a transformé le but, le *telos*, du protocole qui était initialement de soulager les blessés pendant leur transport, devint secondairement, le but de provoquer leur mort. Dans l'habitude, la conscience est annulée, pour reprendre l'expression de Bergson<sup>22</sup>, et ainsi la capacité de jugement. Dans *Basic Moral Propositions*, Arendt définit « quatre moments fondamentaux et toujours récurrents » de la conscience : ma conscience est : (a) témoin ; (b) ma faculté de juger, c'est à dire ce qui est juste et injuste ; (c) ce qui juge de moi en moi même ; (d) une voix en moi, par opposition à la voix biblique de Dieu venue de l'extérieur.<sup>23</sup> Ces quatre moments sont confondus par l'habitude.

<sup>21</sup>. Patrick Verspieren, *l'euthanasie : une porte ouverte ?*, Etudes, 376 n°1, janvier 1992, p 63-74.

<sup>22</sup>. H.Bergson, *op. cit.*

<sup>23</sup>. H. Arendt « Pensée et considérations morales », *Responsabilité et jugement*, *op cit*, note du traducteur p.305.

### **La hiérarchisation et le risque d'oublier la personne malade**

Nous l'avons vu, en objectivant la maladie et les symptômes, un protocole place la maladie en premier, « *protos* », et relègue la personne malade au second plan. Paul Ricœur souligne le risque, inclus dans « la pratique médicale honnête », d'oublier de prendre le malade en considération : « En un sens, la profession médicale est en tant que telle une profession à risques, dans la mesure où la mise en œuvre du serment d'Hippocrate, qui voue

le médecin et le personnel médical aux seuls soins de la vie et de la santé du patient, 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<sup>24</sup> ». L'exercice de la médecine serait un métier à haut risque moral. C'est à dire, pour Paul Ricœur, lorsque le médecin n'est plus dans la visée d'une éthique de la sollicitude : « 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 à la vie et aux soins du malade en tant que personne<sup>25</sup> ». Réduire l'exercice médical à une pratique technoscientifique risque de faire oublier la personne à laquelle s'adressent les soins. Mais Paul Ricœur nous fait remarquer que ce risque est dans l'essence même de la médecine. Il souligne le caractère nécessaire<sup>26</sup> et légitime de ces techniques. En effet, chercher à « faire vivre et à soigner » implique de faire un diagnostic.

Ce diagnostic repose sur des techniques objectivantes dont les examens cliniques et para cliniques sont des illustrations. L'examen clinique cherche des signes de maladie que le corps et les comportements du patient donnent à voir et qu'il faut interpréter. Il se pratique au lit du malade (clinique, du grec, *κλινη*, lit). Les examens para cliniques montrent des résultats qu'il faut également interpréter. Mais les progrès technoscientifiques ont considérablement accru leurs performances. On emploie souvent le terme « d'investigations para cliniques » qui

<sup>24</sup> . Paul Ricœur, Lectures 1, Autour du politique », Préface à « Médecins tortionnaires, médecins résistants, Points Seuil, Paris, 1999, p.399-400.

<sup>25</sup> . *Idem*.

<sup>26</sup> . Est nécessaire une chose qui ne peut pas ne pas être, qui ne cesse, ni ne cède.

souligne le caractère plus intrusif et explorateur qu'un simple examen. L'imagerie par résonance magnétique, les scanners, donnent des images reconstituées par un ordinateur. Le corps entier et les organes sont ainsi analysés, par des « coupes » de plus en plus fines. Des lésions éventuelles, des anomalies de très petite taille peuvent ainsi être mises en évidence. Ces techniques sont souvent beaucoup plus performantes que les examens cliniques en terme d'exploration et donc de diagnostic. Elles sont souvent privilégiées aux dépens des rencontres avec le malade. D'ailleurs, le stéthoscope, signe distinctif et de reconnaissance du « docteur », objet symbolique du pouvoir médical mais qui permet de se pencher sur le patient, a disparu du cou des jeunes internes.

La médecine d'aujourd'hui qui utilise les techno-sciences et les protocoles est donc une pratique « à risques » élevés.

D'ailleurs, l'utilisation des protocoles en médecine présente en elle-même un paradoxe. En effet, on applique à tous une même procédure alors que chaque cas est singulier. Si l'on peut énoncer des statistiques, des pourcentages de rémission ou de guérison, par exemple à propos d'un type de maladie, pour ce malade-là le pourcentage sera toujours de 100%. Fonder la médecine uniquement sur la réalité statistique, serait oublier qu'il y a toujours une part d'incertitude en médecine. Chaque malade est différent, chaque cas est particulier. C'est ce que nous disait déjà Aristote : « au regard de la pratique, l'expérience ne semble en rien différer de l'art (techne) ; et même nous voyons les hommes d'expérience obtenir plus de succès que ceux qui possèdent une notion sans expérience. La cause en est que l'expérience est une connaissance de l'individuel, et l'art (techne) de l'universel. Or, toute pratique et toute production porte sur l'individuel : ce n'est pas l'homme, en effet, que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, ou tout autre individu ainsi désigné, qui se trouve accidentellement être un homme. Si donc on possède la notion sans l'expérience, et que, connaissant l'universel qui y est contenu, on ignore l'individuel, on commettra souvent des erreurs de traitement car ce qu'il faut guérir c'est l'individu. »<sup>27</sup>.

L'expérience est une connaissance de l'individuel, l'art une connaissance de l'universel, des lois générales. L'accident est une chose qui arrive mais qui

aurait pu ne pas arriver : on peut guérir par hasard semble nous dire Aristote. Il insiste sur le fait qu'il est nécessaire de connaître l'universel, c'est à dire ce qui s'applique en général, mais qu'il faut également se centrer sur l'individu : l'un ne va pas sans l'autre, sinon on commettra des erreurs. Erreur que l'on peut illustrer par l'exemple suivant.

Lors d'une formation, une infirmière anesthésiste rapportait son expérience en salle de réveil au bloc opératoire. Les anesthésistes avaient mis en place un protocole de soulagement de la douleur dans lequel si la mesure de l'échelle visuelle analogique (EVA)<sup>28</sup> était supérieure ou égale à 4, il fallait injecter 10 mg de morphine intraveineux aux malades. Ainsi, une patiente particulièrement anxieuse lui ayant dit souffrir à la sortie du bloc. L'infirmière lui présenta une EVA : le résultat fut de 4. Elle lui administra donc, selon le protocole, dix mg de morphine intraveineux. La patiente fit une détresse respiratoire par surdosage. Cet exemple montre que l'utilisation de protocoles a peu d'intérêt dans le domaine de la douleur, car la subjectivité du patient est au premier plan. En effet, nous ne sommes pas égaux devant la douleur et nul ne peut connaître la douleur de l'autre. Sa définition « expérience émotionnelle et sensorielle désagréable »<sup>29</sup> démontre son essence subjective. D'autre part, les soins palliatifs sont des soins (ou des traitements) qui visent le confort et la qualité de vie, notions particulièrement relatives à une personne. Il est difficile d'en définir les critères objectifs. C'est la raison pour laquelle les prescriptions anticipées sont préférables aux protocoles en tout cas pour les traitements de la douleur et les soins à visée de confort. Toutefois, le décret définissant les actes infirmiers<sup>30</sup> reconnaît la seule terminologie de « protocole ».

La prescription anticipée s'oppose point par point au protocole : c'est une prescription écrite pour ce patient-là, le protocole s'applique à une situation générale ; la prescription anticipée est écrite ce jour-là, à ce moment-là, le protocole est pré établi ; la prescription anticipée est établie par le médecin référent du malade, le protocole est préconisé par un groupe d'experts ; la

---

<sup>27</sup> . Aristote, *Métaphysique*, *ibid.*

<sup>28</sup> . EVA : réglette sur laquelle le patient déplace un curseur sur un trait pour désigner l'intensité de sa douleur (par analogie entre deux extrémités pas de douleur et la douleur maximale qu'il peut imaginer avoir). Le curseur entre en correspondance avec un chiffre sur l'autre face de la réglette.

<sup>29</sup> . Définition de l'International Association for Study of Pain

<sup>30</sup> . Code de la Santé Publique, *Articles R4311-1 à R4311.*

prescription anticipe la survenue possible d'un symptôme chez ce patient, le protocole est bâti sur des observations basées sur d'autres cas. La prescription anticipée serait au protocole ce que le « sur mesure » est au « prêt à porter ».

### **La contenance des émotions et de la pensée : agir sans sentir ? Agir sans penser ?**

Nous avons parlé de l'intérêt pour les soignants de pouvoir contenir leurs émotions et leurs pensées dans certaines situations.

Tout le monde conviendra qu'il ne serait pas très profitable aux patients d'être traités en fonction des « états d'âmes » des soignants ! Par ailleurs, contenir l'expression de ses émotions ne signifie pas qu'on n'en ressent pas, mais plutôt qu'on en diffère les manifestations. C'est l'enjeu de l'*art* de soigner au sens de *to cure*, prendre soin. Le risque est de présenter aux malades une certaine froideur. Pourtant, il ne s'agit pas seulement de la contenance des émotions des soignants, mais aussi de celles des malades. En effet, le caractère impératif, pragmatique des protocoles, des recommandations ou « des conduites à tenir » risque d'éteindre la parole du malade comme nous l'avons vu (hiérarchisation).

Les émotions et la pensée étant, en quelque sorte, mises au repos, le protocole procure une certaine quiétude (*quies*, repos) : on saura faire ce qu'il faut faire. Mais cette quiétude n'endort-elle pas également la conscience ?

Pour Kant, penser se fait avec l'exercice de la raison, tandis que connaître mobilise l'entendement. On connaît un protocole, on ne le pense pas lorsque l'on s'en sert. Il existe donc une rationalité extériorisée dans un protocole. Contenir signifie, littéralement, tenir avec. Dans un protocole, les pensées et les émotions sont tenues par une extériorité : la rationalité d'un autre.

« Dès que nous commençons à penser à propos de quelque question que ce soit, nous arrêtons tout le reste, et ce tout le reste, là encore quel qu'il soit, interrompt le processus de pensée »<sup>31</sup>. Même si Hannah Arendt a raison, soit on pense soit on agit, ces actions sont néanmoins effectuées par une seule et même personne. Mais, dans un protocole, la réflexion a été réalisée en amont par d'autres que ceux qui agiront. Penser, nous disent Kant et Hannah Arendt, c'est

faire usage de la raison. Hannah Arendt précise que penser n'est pas univoque : c'est tantôt être en accord avec soi-même, tantôt ne plus l'être et c'est alors être en contradiction avec soi-même. Elle souligne les dangers de la pensée : « Penser est tout aussi dangereux pour les *credo* et, en soi ne donne lieu à aucun nouveau *credo*<sup>32</sup> » et pourtant ne pas penser présente aussi des dangers, car, dit-elle, « en protégeant les gens contre les périls de l'examen, cela leur enseigne à tenir à tout ce que les règles de conduite admises prescrivent à une époque donnée dans une société donnée<sup>33</sup> ». Il y aurait dans l'activité de penser deux fonctions qui lui seraient propres, une régulation éthique des conduites et une prévention politique du mal politique. Si l'individu abandonnait cette capacité de penser et de réfléchir propre à tout être humain, il accepterait de se confondre dans une masse informe et passive qui ne pense pas. Pour H. Arendt, exercer sa faculté de penser, c'est rester le témoin de ses propres actes, c'est être en communication active avec la communauté humaine et c'est « exercer la raison comme faculté de penser pour empêcher le mal »<sup>34</sup>. Pour reprendre la formule de Christian Gilioli, « il est difficile de penser des pratiques qui se pratiquent sans penser ».<sup>35</sup>

Le protocole, par la contenance de la pensée, n'est-elle pas une pratique à risque qui pourrait produire aussi le mal ?

---

<sup>31</sup> . H. Arendt « Pensée et considérations morales », *op.cit.* p.191.

<sup>32</sup> . *Ibid.* p. 203.

<sup>33</sup> . *Ibid.*

<sup>34</sup> . *Ibid.* p.190.

<sup>35</sup> . Christian Gilioli, « L'éthique comme inquiétude », *Objectif soins*, Paris, Lamarre, 2006, p.152.

## Conclusions

« Il se pourrait, créatures terrestres qui avons commencé d'agir en habitants de l'univers, que nous ne soyons plus jamais capables de comprendre, c'est à dire de penser et d'exprimer, les choses que nous sommes cependant capables de faire. En ce cas tout se passerait comme si notre cerveau, qui constitue la condition matérielle, physique, de nos pensées, ne pouvait plus suivre ce que nous faisons, de sorte que désormais, nous aurions vraiment besoin de machines pour penser et pour parler à notre place. S'il s'avérait que le savoir (au sens moderne de savoir-faire) et la pensée soient séparés pour de bon, nous serions bien alors les jouets et les esclaves non pas tant de nos machines que de nos connaissances pratiques, créatures écervelées à la merci de tous les engins techniquement possibles, si meurtriers soient-ils »<sup>36</sup>.

Par son aspect, « pratique » le protocole tend à se généraliser. Cette tendance au « tout protocole » doit nous interroger sur ses conséquences. Les protocoles sont en effet très utilisés aujourd'hui. Ils sont, en quelque sorte, un

---

<sup>36</sup> . Hannah Arendt, *La condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket (Agora), 1994, p.36.

symptôme de notre société qui se voudrait « comme maître et possesseur de la nature<sup>37</sup> ».

On demande à la médecine un pouvoir sur la maladie, sur le vieillissement et même la maîtrise de la mort grâce au développement des techniques et des sciences fondamentales.

Face à l'accroissement exponentiel des connaissances, *l'evidence based medicine* est un moyen séduisant de hiérarchiser leurs applications. Ce qui explique sans doute l'engouement que médecins et paramédicaux éprouvent à l'égard des différents protocoles qui sont des outils commodes pour effectuer une discrimination indispensable. D'autre part, ils apportent une certaine uniformisation des pratiques qui accroît la sécurité des soins pour tout ce qui concerne les gestes techniques. Cette standardisation permet également une évaluation et, par conséquent, une amélioration des pratiques. Les caractéristiques des protocoles (double temporalité, visée d'un bien faire, hiérarchisation, contenance de la pensée et des émotions) s'accordent bien avec des situations factuelles qui pourraient à la limite être traitées indépendamment de la personne malade.

Le risque est que l'utilisation répétée d'un protocole le transforme. Bien qu'il ne soit qu'un simple outil, il change alors de statut et devient une fin en soi. Et cela d'autant plus que la réflexion et la conscience s'endorment dans la tranquillité d'esprit de bien faire, dans l'habitude ou dans la routine.

On peut s'interroger sur leur utilisation dans les champs de la médecine où la subjectivité se trouve au premier plan. Ainsi, dans le domaine de l'évaluation et du traitement de la douleur ainsi que dans le champ des soins palliatifs, les protocoles n'ont pas leur place. Les prescriptions anticipées personnalisées leur sont préférables puisqu'elles sont établies pour ce patient-là, à ce moment-là, au cas où...

On peut également questionner leur utilisation dans l'enseignement et la formation. Si les protocoles possèdent une certaine vertu pédagogique pour ceux qui les établissent, il n'en n'est pas de même pour ceux qui les appliquent. D'autre part, s'il paraît plus simple, au premier abord, de transmettre des « recettes », des conduites à tenir, des procédures, cela ne permet pas d'apprendre à utiliser la

---

<sup>37</sup> . Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Vrin, p.168.



raison. En effet, la rationalité du protocole est extériorisée. Comment s'articule alors ma responsabilité quand un autre a décidé de ce qu'il est « bien de faire » ?

Enfin, apprendre à objectiver les situations, n'aide pas les futurs médecins à raisonner sur la complexité qui est le lot de toute approche clinique. Le protocole « Pour annoncer les mauvaises nouvelles », enseigné aux étudiants en médecine, est un exemple du pragmatisme nord américain qui fait tache d'huile dans la médecine et la pédagogie en France. Mais comment « bien » annoncer une mauvaise nouvelle ? Est-ce possible sans s'interroger soi-même ? De quel « bien » s'agit-il ?...

L'analyse des protocoles nous invite donc à les utiliser à bon escient, « dans une juste mesure » aristotélicienne. Si nous les utilisons avec excès, nous serions dans une pratique discriminatoire de la médecine. En effet, le protocole est une procédure appliquée selon des critères d'inclusion ou d'exclusion. Les malades doivent présenter les critères requis pour bénéficier d'un protocole.

Face au tout protocole, comment traiterons-nous, alors, les nouveaux exclus de la médecine ?

## Annexes

### Index nominum

Arendt, 14, 19, 23, 25.  
Aristote, 16, 17, 21.  
Bergson, 17, 19.  
Bichat, 13.  
Brun-Buisson, 10.  
Claude Bernard, 18.  
Descartes, 25.  
Gilioli, 24.  
James, 11, 12.  
Jobin, 10.  
Kant, 32.  
Laborit, 18.  
Ricœur, 20.  
Verspieren, 19.

### Index rerum

Bien, 5, 8, 12, 18, 19, 26, 27.  
Conscience, 15, 17, 18, 19, 23, 26.  
Essence, 20, 22.  
Ethique, 19, 20, 23.  
Expérience, 9, 13, 16, 17, 21, 22.  
Habitude, 17, 19, 22.  
Légitime, 20.  
Nature, 25.  
Pragmatisme, 11, 26.  
Raison, 23, 26.  
Rationalité, 23.

## Bibliographie

- Amiec Recherche, *Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière*, 3<sup>ème</sup> Edition, Masson, 2005.
- Aristote, *Métaphysique*, Paris, Flammarion, (GF), 2008.
- Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Livre de poche.
- Arendt Hannah, « Pensée et considérations morales », *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot, 2005.
- Arendt Hannah, *La condition de l'homme moderne*, Paris, POCKET (Agora).
- Bergson Henri, « La conscience et la vie », *L'énergie spirituelle*, PUF (Quadrige).
- Bernard Claude, *Introduction à la médecine expérimentale*, Le livre de poche.
- Bichat, *Recherche physiologique sur la vie et la mort*, Paris, An, VII, 1800, (8ième édition).
- Brun-Buisson C., « Plaidoyer pour l'EBM ou comment nier les évidences ? », *Recommandations, références médicales, accréditation: les enjeux éthiques*, Paris, Flammarion, 2000, p. 27.
- Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Vrin.
- Gilioli Christian, « L'éthique comme inquiétude », *Objectif soins*, Paris, Lamarre, 2006.
- Gouvernement du Canada, « Forum national sur la santé ». *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapport de synthèse et document de références*, volume 2. Ottawa, 1997.
- James William, *Le pragmatisme*, Paris, Livre de poche.
- Jobin Guy, « La médecine basée sur des données probantes : quelle place pour l'éthique », *Culture, Médecine et handicap ; Les pratiques de recherche biomédicale visitées par la bioéthique*, Paris, infodoc.inserm.fr, 2002.

- Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Le livre de poche.
- Lang E., « La médecine, preuves à l'appui : un changement fondamental dans le raisonnement clinique ou de nouveaux termes pour décrire d'anciens concepts ? », *Med Actuel, FMC*, vol. 1, n°5, 2001, p.9.
- Ricœur Paul, *Lectures 1, Autour du politique*, Préface à « Médecins tortionnaires, médecins résistants », Points Seuil, Paris, 1999.
- Sackett et al, « EBM: What it is and what it is not », *British Medical Journal*, 1996, 312, p. 71-72.
- Verspieren Patrick, *L'euthanasie : une porte ouverte ?*, Etudes, 376 n°1, janvier 1992, p 63-74.

Qu'ils soient des aides à la prise de décision, des modes d'emploi pour des gestes techniques, ou des procédures de mises en oeuvre de traitement, les protocoles sont très utilisés dans l'exercice de la médecine. Ils servent également d'outils pédagogiques dans la formation initiale ou continue des médecins et des infirmières.

Quelles sont leurs caractéristiques ? Comment sont-ils utilisés ? Qu'apportent-ils aux soignants, aux malades ? Quels sont leurs intérêts pédagogiques ? Leur utilisation est-elle sans risque ? Comment la rationalité s'articule-t-elle dans un protocole ? Quelle est la place de la pensée réflexive ?

Autant de questions auxquelles ce travail cherche à répondre à la lumière de la lecture de textes d'Hannah Arendt, de Paul Ricœur, et d'Aristote.