



## Prendre soin, ici et maintenant : pourquoi la médecine doit-elle, aussi, être camusienne ?

Dr François Blot

Comité d'éthique, Gustave Roussy Cancer Campus – université Paris Saclay, 114, rue Edouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

Francois.BLOT@gustaveroussy.fr

### Taking care, right here, right now: Why medicine should be inspired by the philosophy of Albert Camus?

Comment (ré)concilier la double vocation de la médecine, guérir à terme les grandes maladies de l'homme, tout en prenant soin aujourd'hui des personnes malades, fussent-elles incurables ? Une même médecine peut-elle viser un objectif absolu mais éloigné, sans négliger l'action immédiate ? Albert Camus nous apprend que oui.

« Des milliers d'enfants russes mourront de faim pendant des années encore. [...] N'êtes-vous donc pas des hommes ? Vivez-vous dans le seul instant ? Alors choisissez la charité et guérissez seulement le mal de chaque jour, non la révolution qui veut guérir tous les maux, présents et à venir.

– Mais la mort des neveux du grand-duc n'empêchera aucun enfant de mourir de faim. »

Albert Camus, *Les Justes*, 1949

**L**e 4 janvier dernier a été célébré le soixantième anniversaire de la mort d'Albert Camus. On a beaucoup disserté sur l'écrivain, le philosophe et le dramaturge que fut Albert Camus, devenu une sorte d'icône morale après sa mort, quand la fine fleur de l'intelligentsia (française...) le traînait plus bas que terre de son vivant. Sans doute la quête de sens, dans un monde en désordre et friand de solutions extrêmes, laisse-t-elle à nouveau une place à la pensée de midi et à l'intransigeance exténuante de la mesure, prônées sans relâche par Albert Camus. Mais en quoi la pensée camusienne, développée dans des contextes surtout politique, social ou philosophique, viendrait-elle s'appliquer à la médecine ? Parce qu'à l'ère de l'objectif (tacitement) proclamé par beaucoup de guérir l'homme de la mort, en 2020 « *les hommes meurent [encore], et ils ne sont pas heureux.* » [1] Comment la lecture de Albert Camus nous aide-t-elle à résoudre cette équation de l'inconciliable, vivre avec cette injonction paradoxale, et sortir d'une apparente impasse ? Parce

qu'Albert met en lumière, mieux que tout autre, la valeur sacrée de la personne face à toutes les déclinaisons du déterminisme historique.

En médecine, l'exemple du cancer illustre particulièrement la tension liée à cette double contrainte. Car il s'agit tout à la fois de satisfaire la demande, légitime, d'éradiquer à terme et à l'échelle collective le cancer (guérir non seulement le malade présent, mais aussi dompter définitivement la maladie), et de prendre soin de ce même malade, fût-il incurable, ce qui reste le cas dans encore un tiers des cas. Ainsi, sans nier le caractère schématique d'une telle approche, nous pouvons résumer ce dilemme en un compromis entre *une vision collective et à moyen terme* (la guérison du cancer, au sens générique), et un *objectif individuel immédiat* : soigner le malade ici présent (Nous reviendrons sur le parallèle historique grâce auquel la philosophie camusienne peut nous aider) Ces deux objectifs, collectif et individuel, pourraient, *devraient* être naturellement complémentaires et non exclusifs l'un de l'autre, si l'on n'observait, chaque jour et au sein de chaque service, une tension entre l'un et l'autre, matérialisée par le dilemme *cure/care*, une obstination parfois déraisonnable, ou encore un retard à l'intégration des soins de support et de la démarche palliative.

À quoi ce conflit de valeurs tient-il ? Certainement pas, ou rarement, à un manque d'empathie de la part du médecin. La carence empathique, la diminution de cette valeur fondamentale au long du cursus médical ont certes été largement démontrées ; pour autant, l'observation de situations aboutissant à un acharnement thérapeutique et à la « cure de chimio de plus » (donc de trop), met aussi en évidence l'intense émotion qui préside souvent à ces décisions, et le lien affectif puissant entre le médecin et son malade (pronom possessif par ailleurs révélateur). Les raisons régulièrement invoquées sont la crainte « d'abandonner le malade », « de supprimer l'espoir », celle de la faillite du contrat moral passé avec le malade (contrat souvent établi sur un malentendu, voire une promesse implicite mais dans ce cas... mensongère, car grevée d'incertitude [2], celle de la guérison) C'est donc bien un levier émotionnel [3] qui motive la décision de parfois « sur-traiter » ; le sentiment empathique vient alors activer le principe éthique de bienfaisance, au détriment des autres principes que sont l'impératif de ne pas nuire et le respect de l'autonomie de la personne [4]. Bien évidemment, si cette émotion intime s'intègre comme un des éléments, inavoué voire inavouable, du chemin décisionnel, c'est en sus d'autres paramètres plus collectifs : formatage issu des études médicales (où le *guérir* prédomine encore sur le *prendre soin*), refus de l'échec médical (vécu comme personnel), mouvement sociétal de fond, enfin, qui repousse voire nie le vieillissement et la mort. C'est ici que la notion, déjà citée, de « déterminisme historique » s'incarne dans sa dimension médicale : les progrès aujourd'hui exponentiels de la science définissent une ligne et une direction inéluctables, un « sens de l'histoire », qu'il s'agit d'accompagner car il n'est pas question de nier ni de refuser le progrès.

Pourquoi ce conflit de valeurs s'exprime-t-il tout particulièrement en cancérologie ? Parce que plus que toute autre pathologie, le cancer est marqué du sceau de la lutte, du combat, de l'héroïsme, avec au bout de l'histoire le Grand Soir de la victoire. Il n'est pas une relation dans la presse sur une célébrité atteinte de cancer sans que l'on dise « *Il s'est battu jusqu'au bout* » ; les titres de livres ou de film sont ceux de *la guerre déclarée* ; les Centres de Lutte Contre le Cancer affichent à leur fronton cette vertu cardinale, ancrée dans leur génome ; en 2007, une campagne de l'INCa titrait sur « *Les héros ordinaires* » ... Un tel vocabulaire n'existe dans aucune autre maladie, pas à ce point : les dialysés, les insuffisants respiratoires, les greffés, les personnes âgées démentes ne sont pas rangés dans le vocabulaire ni l'inconscient collectif au rang de héros ou de guerriers. Comment accepter dès lors, pour le malade comme pour le médecin, la non guérison voire le décès par cancer ? Que tout patient s'inscrive dans une logique de résistance et de lutte contre la maladie, rien de plus normal. On peut en revanche davantage discuter cette posture guerrière de la part du corps médical : car s'il y a lutte pour la guérison *et elle seule*, il y a échec cuisant et intimement douloureux dès lors que cette guérison n'est plus possible. Certains livrets d'accueil affichaient encore récemment : « *Nos équipes vous accompagnent jusqu'à la guérison.* » Sans doute cette vision tronquée, monoculaire du soin rend-elle compte, en tout ou partie, de la difficulté à promouvoir en France les « objectifs de soins » (*Goals of care* et *Advance Care Plannings*), davantage assumés chez nos voisins anglo-saxons. Or, les succès de la « biotechnologie » ne peuvent occulter les échecs, encore possibles, de la médecine et de la science, donc l'impérieuse nécessité d'une approche holistique et humaniste.

*Ce que l'homme moderne craint plus que la maladie et la mort, c'est la panne technique, [...] « que l'on ne puisse plus rien faire » ; car « tant qu'il y a quelque chose à faire, il y a de l'espoir. » [5]*

À travers l'avènement d'un « biopouvoir », pour reprendre la formule de Michel Foucault, la médicalisation infinie de l'existence a abouti en quelques siècles à l'inversion du sens de l'histoire : là où aux temps anciens il s'agissait de se contenter de *laisser vivre*, le règne du biotechnologique (avec les progrès de l'hygiène, de la prévention et, bien sûr, des thérapeutiques médicales) a fait place à l'impératif de *faire vivre*. La philosophe et médecin Marie-Jo Thiel explique dès lors que, en cas de maladie avancée et irréversible, laisser mourir reviendrait à « *ne pas faire ce qu'il faudrait faire, contrevenir au règne du faire biotechnologique, [...] désespérer d'un faire encore possible.* » [5] Là encore, cette biopolitique déclinée à l'échelle des populations, illustrée par le progrès assumé de la science médicale, se doit en parallèle de laisser toute sa place à la

personne, dans sa singularité et son échappement, parfois, à la norme et au succès thérapeutique [6].

Là où Albert Camus nous aide, c'est bien dans la mise en regard de la perspective historique, d'une part, et de la prise en compte de chaque homme, ici et maintenant, d'autre part. Dans l'œuvre du philosophe, il s'agit des aspirations révolutionnaires de l'époque ; il nous montre qu'aucun objectif collectif, aussi noble et légitime fût-il, n'a de primauté sur la personne humaine dont nous croisons les yeux [7]. Avec les limites de tout parallèle, nécessairement subjectif et, qui plus est, très a posteriori, étendons cette vision humaniste à notre vocation médicale. Notre objectif « historique, et par-là révolutionnaire », est bien la défaite promise du cancer ; mais la légitimité de cet objectif se

trouve renforcée dans l'attention portée *aujourd'hui* à chaque personne, dont le seul visage convoque notre impératif de sollicitude et d'hospitalité [8]. Tant que le cancer n'est pas vaincu, gardons ces deux visions chevillées à l'âme, avec une égale attention au malade à qui la chimiothérapie réussit, et à l'incurable qui a besoin de notre honnêteté, de notre empathie et de la prise en soin, parfois exclusive, de ses symptômes. Les leçons intransigeantes et exténuantes de l'humanisme camusien s'appliquent donc bien à notre vocation du soin.

**Déclaration de liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Camus A. Caligula; 1945.
- [2] Fainzang S. La relation médecins-malades, information et mensonges. Ethnologies. PUF; 2006.
- [3] Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. In: Médecine & Sciences Humaines; 1979.
- [4] Le Coz P. Petit traité de la décision médicale. Seuil; 2007.
- [5] Thiel MJ. Le mouvement de médicalisation de l'existence humaine. In: Revue d'éthique et de théologie morale; 2006. HS. 241.
- [6] Fischer J. On meurt mal en France en 2020. Libération; 2020.
- [7] Camus A. L'homme révolté; 1951.
- [8] Levinas E. Totalité et infini; 1961.