

Résistance à l'Évaluation Des Pratiques Médicales En France

Jean Marie André

**HÉRODOTE. Santé publique et Géopolitique.
1^{er} trimestre 1999 N° 92. p.121-143**

*Encore pour un peu de temps, il y aura la
lumière avec vous, travaillez tant qu'il y aura
de la lumière.*

**L'Évangile. Marcel Proust
Et Merab Mamardachvilli**

Le texte qui va suivre a été écrit il y a vingt-deux ans...

Sa relecture en période de COVID 19 s'est avérée surprenante...

Tout en me rappelant les châteaux de sable de mon enfance à marée montante ...

I. INTRODUCTION

II. DÉFINITION DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

III. ÉVALUATIONS...

IV. LA RÉSISTANCE À L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

A- LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

B - DE QUELQUES FACTEURS DE RÉSISTANCE À L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

1. LA TRADITION
2. L'AUTONOMIE ET L'HÉTÉRONOMIE
3. L'HUBRIS
4. LA PEUR DES RESPONSABILITÉS
5. LA CONFUSION DES MOTS

a) MESURER

b) COMPARER

c) JUGER

V. -L'ÉVALUATION EXCLUT :

-LES OPINIONS

-LES PRÉJUGÉS

-LES JUGEMENTS :

- . DE VALEUR ET D'EXISTENCE
- . ESTHÉTIQUES

- L'ÉVALUATION REPOSE SUR :

- LES FAITS PROUVÉS

VI. LA FIN DU « CHANGEMENT POUR LE CHANGEMENT »

OU

LE DÉBUT DU « CHANGEMENT DU CHANGEMENT »

VII. LE MYTHE DE NOE

VIII. CONCLUSION (S)

IX. CONCLUSION... D'ICI et MAINTENANT

I. INTRODUCTION

De 1986 à 1991, les médecins et les soignants intéressés par l'évaluation, ont vécu dans l'enthousiasme. À partir du 31.07.91, date de la parution au Journal Officiel de la loi hospitalière sur l'évaluation des pratiques médicales et la qualité des soins, la prévalence des enthousiastes dans le nouveau champ évaluatif légalement défini s'est effondrée ! Les difficultés ont alors commencé avec ceux qui ont transgressé la loi en toute impunité au nom du "secret médical" et/ou de "l'éthique" en attendant de transgresser la loi sur l'accréditation d'avril 96 et les suivantes ⁽¹⁾. Cette attitude a été et est le fait de quelques-uns, mais il y a tous les autres : ceux-ci sont passionnés par leur métier, compétents, professionnellement et intellectuellement honnêtes. Ils réprouvent l'attitude et la résistance active des premiers, mais renâclent devant l'évaluation. Ils sont inquiets, désemparés, voire prêts à renoncer pour les plus anciens. Face aux pratiques ingérables des premiers, il faut une loi : une loi valide, c'est-à-dire observée et appliquée, et une loi efficace, c'est-à-dire effectivement observée et appliquée pour le plus grand bien des patients, celle sur l'accréditation le sera-t-elle ? Avec la résistance passive des seconds, nous ne sommes plus dans le champ de la loi contraignante, ni dans celui de la raison. Nous sommes dans le domaine de l'émotion et de :

-la peur d'être jugé est ce que supporte le plus mal l'être humain disait A. Camus.

-la peur d'être confronté à ses limites, de perdre sa compétence, son travail et son revenu. Perdre un objet est douloureux, se retrouver avec un objet dévalorisé l'est encore plus, car il ne sera jamais remplaçable.

-la peur d'être critiqué par le « pair » et/ou par le « père » et bientôt par les associations de consommateurs avec pour réponses, le « je ne veux pas qu'on sache ce que je fais » ou « dans notre service, nous prenons en charge de nombreuses maladies extrêmement graves pour la plupart, que nous traitons avec compétence et dévouement ; nous avons d'excellents résultats dont nous sommes satisfaits et qui sont très appréciés... »

Comment changer pour s'adapter à de nouvelles réalités ?

-Par le choix des mots ?

Il n'est pas anodin. Faut-il continuer à utiliser le mot EVALUATION avec son sens implicite de jugement moral et de sanction potentielle ? Peut-être vaudrait-il mieux parler « d'aide à la décision médicale » ou « d'aide à la recherche de la qualité » ? Peut-être faudra-t-il attendre un « nommeur » pour donner un nom à ce qu'inconsciemment et bizarrement nous n'avons pas encore formulé, un nom sur des terres nouvellement explorées mais encore inconnues de beaucoup.

-Par le renforcement positif ?

Vous êtes les meilleurs (ou tout autre terme) et l'évaluation le confirmera aisément parce que c'est vrai... mais alors pourquoi évaluer ?

1. Jean Marie André. Pratiques d'évaluation et qualités des soins/illustrations et réflexions à propos d'une démarche. Le Courrier de l'évaluation en santé N°10 Novembre 1996.p 8-10.

- Par l'analyse du concept d'Évaluation ?

La connaissance d'une idée vraie, en l'occurrence celle de l'évaluation, peut tout connaître d'elle, sauf sa vérité. Connaître l'idée-évaluation comme objet ne nous dispense pas de la penser comme idée. Viendra ensuite le problème de la valeur de l'évaluation, car nous pouvons tout connaître de nos valeurs, sauf leur valeur.

« Connaître une valeur, comme objet, ne nous dispense pas de la juger, comme valeur ». ⁽²⁾ Je propose dans cette perspective d'analyser le concept d'évaluation, afin de faire redécouvrir aux soignants le plaisir de la réappropriation et de retrouver celui de la maîtrise de leur métier, et ce, d'autant plus qu'ils sont les premiers à qui une telle exigence a été formulée explicitement. Cette réappropriation me semble enfin la seule attitude constructive possible pour en finir avec l'évaluation - sanction génératrice, de peur et de résistance...

II. DÉFINITION DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

Je fais d'une part référence à deux ouvrages fondamentaux en langue française, celui d'Yves Matillon ⁽³⁾ et Pierre Durieux et celui d'Alexandra Giraud ⁽⁴⁾. Je fais d'autre part référence aux différents numéros du *Courrier de l'Évaluation en Santé* depuis sa création par Thérèse Lebrun, Jean-Claude Saily et Michel Amouretti.

Avec l'aide d'Alexandra Giraud ⁽⁴⁾, Je rappellerai les différents types d'évaluation en médecine

ÉVALUATION MÉDICALE DES SOINS HOSPITALIERS

-Économique :

Quantité de ressources utilisées

Pour soigner

-Médicale :

Des Technologies Nouvelles :

- Efficacité théorique
- Acceptabilité
- Utilité sociale

Des Soins :

- Efficacité réelle des procédures médicales
- De l'utilisation individuelle

2. André Comte-Sponville. *Une éducation philosophique*, PUF, Paris, 1989, p.165

3. Yves Matillon et Pierre Durieux. *L'Évaluation médicale. Du concept à la pratique*. Flammarion. Paris 1994

4. Alexandra Giraud. *L'Évaluation médicale des soins hospitaliers*. Economica. Paris 1992

II. IL N'Y A PAS D'ÉVALUATION SANS ÉTHIQUE

L'évaluation des pratiques médicales peut engendrer des résistances légitimes si un certain nombre de règles n'est pas respecté. L'éthique de l'évaluation repose sur deux principes : le principe du caractère contradictoire de l'évaluation et le principe de l'indépendance. Le principe du caractère contradictoire du contrôle de l'évaluation repose sur des protocoles reproductibles d'un évaluateur à l'autre et sur des sources de l'évaluateur par rapport l'évalué. S. Aymé a bien analysé ce problème dans et des informations clairement identifiées et enfin sur le refus de l'argument d'autorité. Le principe de l'indépendance de l'évaluateur par rapport à l'évalué nous amène à rappeler qu'une évaluation menée indépendamment des évalués « est d'un coût plus élevé » mais que l'absence d'indépendance entre évaluateur et évalué « présente plus d'inconvénients que d'avantages » et enfin qu'une auto-évaluation risque de déboucher sur l'auto-censure et/ou l'autosatisfaction. Cependant, l'auto-évaluation interne par la méthode de l'audit clinique et organisationnel sera désormais utilisée à meilleur escient quand elle sera comparée, dès 1998, au référentiel de bonnes pratiques établi en 1996 par l'ANAES ou Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation .

La démarche évaluative entraîne un certain nombre de questions. Le responsable de l'évaluation doit être clairement identifié par rapport à l'institution évaluée. La confidentialité est fondamentale, car des données sensibles par leur impact politique et/ou économique peuvent en découler. Des résultats peuvent ainsi mettre en difficulté un médecin, une équipe, une institution, si les conclusions divulguées le sont en dehors de leur contexte. Les raisons pour lesquelles l'évaluation est faite, doivent être clairement établies, car de la question initialement posée dépend toute la construction de la démarche évaluative et les agents concernés par les résultats de l'évaluation doivent être clairement identifiés : La liste des objets à définir dépend des objectifs, elle n'est donc pas neutre. La méthodologie de la prise de décision dans le protocole initial n'est souvent pas décrite sous prétexte qu'elle est évidente. Enfin, tous les faits, méthodes de décisions doivent être accessibles par le biais d'un bon archivage.

L'Éthique médicale est à l'intersection de la médecine et de la philosophie. Elle a à résoudre des problèmes médicaux et doit faire appel à des principes et à des concepts philosophiques : un problème médical peut être considéré comme éthique s'il implique un jugement de valeur non technique et il doit être considéré comme significatif s'il y a interrogation sur les décisions prises par les différents intervenants. Une proposition éthique est une proposition de fait : elle peut donc être vraie ou fausse.

Rappelons enfin que Jacques Lacan dans "l'éthique de la psychanalyse" définissait l'éthique comme un "jugement sur notre action. L'éthique n'a de portée que si l'action impliquée comporte un jugement, même implicite, sur nous-mêmes et ces deux jugements sont indispensables". Cette définition nous rappelle en miroir qu'il n'y a pas d'éthique sans évaluation.

III. ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES NOUVELLES

Rappelons que l'objectif de l'évaluation est de rechercher des défauts d'indication, en plus ou en moins, de techniques diagnostiques et thérapeutiques, et des défauts de réalisation. Le référentiel de l'évaluation est la recommandation pour la pratique clinique. Le champ de l'évaluation est l'échantillon représentatif des professionnels. Son principe est que l'honnêteté ne garantit pas la performance et vice et versa. Le respect des procédures, la satisfaction des patients, l'analyse du coût des erreurs sont des mesures de l'évaluation. La formation continue, enfin s'intègre à son action ⁽⁵⁾. Les Procédures, la satisfaction des patients, l'analyse du coût des erreurs sont des mesures de l'évaluation. La formation continue, enfin s'intègre à cette action ⁽¹⁾.

L'évaluation n'est pas le contrôle.

Le contrôle a pour objectif la recherche des abus et des fraudes. Le référentiel du contrôle est la convention, la nomenclature, la facturation et les recommandations médicales opposables (R.M.O). Le champ du contrôle sera le relevé individuel d'activité des praticiens (R.I.A.P). Le principe du contrôle repose sur le soupçon d'abus et de fraudes. La conformité des activités, la réglementation administrative et médicale servent de mesure au contrôle ; quant à l'action du contrôle, elle passe par les pénalités...

L'évaluation des pratiques médicales participe à la qualité des soins mais ne la résume pas.

En effet, l'évaluation des pratiques médicales est un outil qui mesure l'écart entre la pratique et les recommandations médicales. Les enjeux de l'évaluation des pratiques médicales sont les indications et la réalisation des techniques diagnostiques et thérapeutiques. Les acteurs de l'évaluation sont les médecins, la cible en est la pratique médicale ; la durée de l'évaluation est temporaire, certes, mais répétée à l'infini dans le temps.

Si l'évaluation est un outil, la qualité des soins est un objectif. Les enjeux de la qualité des soins sont la satisfaction des utilisateurs, l'efficacité médicale, l'efficacité économique, l'utilité pour le patient et son entourage, pour la collectivité. Tout le personnel de la structure de soins est acteur de la qualité. L'ensemble des procédures et des organisations mises en œuvre dans une structure de soins sont des cibles en vue d'une meilleure qualité. Cette recherche de la qualité est quotidienne.

Je synthétiserais ces différents points de vue en rappelant la définition de l'O.M.S. : "l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortissement d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. Cette longue définition annonce explicitement la nécessité des recommandations médicales et professionnelles, la nécessité d'une approche économique coût-résultat et d'une démarche évaluative interne par l'audit clinique et externe par l'accréditation.

Il n'y a pas d'évaluation des pratiques médicales sans éthique

L'évaluation des pratiques médicales peut engendrer des résistances légitimes si un certain nombre de règles n'est pas respecté. L'éthique de l'évaluation repose sur deux principes : le principe du caractère contradictoire de l'évaluation et le principe de l'indépendance de l'évaluateur par rapport à l'évalué. S. Ayme a bien analysé ce problème dans l'ouvrage d'Yves Matillon et Pierre Durieux. ⁽³⁾

Le principe du caractère contradictoire du contrôle de l'évaluation repose sur des protocoles reproductibles d'un évaluateur à l'autre et sur des sources et des informations clairement identifiées et enfin sur le refus de l'argument d'autorité. Le principe de l'indépendance de l'évaluateur par rapport à l'évalué nous amène à rappeler qu'une évaluation menée indépendamment des évalués "est d'un coût plus élevé" mais que l'absence d'indépendance entre évaluateur et évalué "présente plus d'inconvénients que d'avantages" et enfin qu'une auto-évaluation risque de déboucher sur l'auto-censure et l'auto-satisfaction. Cependant, l'auto-évaluation interne par la méthode de l'audit clinique et organisationnel sera désormais utilisée à meilleur escient quand elle sera comparée, dès 1998, au référentiel de bonnes pratiques établi par l'A.N.A.E.S. dans le cadre de l'accréditation.

5. Jean Marie André. L'éthique, l'évaluation, la santé. *Le Médecin généraliste* N°1798. 1997.

Cette longue définition annonce explicitement la nécessité des recommandations médicales et professionnelles, la nécessité d'une approche économique coût-résultat et d'une démarche évaluative interne par l'audit clinique et externe par l'accréditation Procédures, la satisfaction des patients, l'analyse du coût des erreurs sont des mesures de l'évaluation. La formation continue, enfin s'intègre à son action ⁽¹⁾.

Tableau I. S.AYME

RECHERCHE DES DEFAUTS D'INDICATION ET DE REALISATION En + ou En -	OBJECTIF	RECHERCHE DES ABUS ET DES FRAUDES
RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE	REFERENTIEL	CONVENTION - NOMENCLATURE • FACTURATION RECOMMANDATIONS MEDICALES OPPOSABLES (R.M.O),
ECHANTILLON REPRESENTATIF DE PROFESSIONNELS	CHAMP	RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉ DES PRATICIENS
L'HONNETÉTE NE GARANTIT PAS LA PERFORMANCE	PRINCIPE	LE SOUPÇON D'ABUS ET FRAUDES
RESPECT DES PROCEDURES - SATISFACTION DU PATIENT - COÛT DES ERREURS	MESURE	CONFORMITÉS DES ACTIVITÉS RÉGLEMENTATION ADMINISTRATIVE MEDICALE
FORMATION CONTINUE . CAMPAGNES D'INFORMATION	ACTION	PENALITÉS ETC....

EVALUATION DES PRATIQUES MEDICALES		QUALITÉ DES SOINS
OUTIL MESURANT L'ÉCART ENTRE LA PRATIQUE ET LES RECOMMANDATIONS MEDICALES	FIN OU MOYEN	FIN
INDICATIONS ET REALISATION DES TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES THERAPEUTIQUES	ENJEUX	SATISFACTIONS DES UTILISATEURS EFFICACITÉ ECONOMIQUE UTILITÉ POUR LE PATIENT UTILITÉ POUR LA COLLECTIVITÉ
MEDECIN	ACTEURS	TOUT LE PERSONNEL DE LA STRUCTURE DE SOINS
PRATIQUE MEDICALE	CIBLES	ENSEMBLE DES PROCEDURES ET DES ORGANISATIONS MISES EN ŒUVRE DANS UNE STRUCTURE DE SOINS
RÉPÉTÉE MAIS TEMPORAIRE	DURÉE	PERMANENTE

La démarche évaluative entraîne un certain nombre de questions :

Le responsable de l'évaluation doit être clairement identifié par rapport à l'institution évaluée. La confidentialité est fondamentale, car des données sensibles par leur impact politique et/ou économique peuvent en découler. Des résultats peuvent ainsi mettre en difficulté un médecin, une équipe, une institution, si les conclusions divulguées le sont en dehors de leur contexte.

Les raisons pour lesquelles l'évaluation est faite, doivent être clairement établies, car de la question initialement posée dépend toute la construction de la démarche évaluative et les agents concernés par les résultats de l'évaluation doivent être clairement identifiés :

-La liste des objets à définir dépend des objectifs, elle n'est donc pas neutre.

-La méthodologie de la prise de décision dans le protocole initial n'est souvent pas décrite sous prétexte qu'elle est évidente.

-Enfin, tous les faits, méthodes de décisions doivent être accessibles par le biais d'un bon archivage.

Il n'y a pas d'Éthique Médicale sans évaluation des pratiques médicales et d'évaluation sans éthique.

6. S.Aymé. Dans Yves Matillon et Pierre Durieux. ⁽³⁾*L'Évaluation médicale. Du concept à la pratique*. Flammarion .Paris 1994

IV. LA RÉSISTANCE À L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

Je limiterai mon étude à la France et aux médecins, mais la résistance à l'évaluation des pratiques médicales n'est pas spécifique à la France, la rationalité des comportements n'étant pas le moteur principal des sociétés humaines ! La résistance à l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas non plus spécifique aux médecins que ce soit dans le monde de la santé, ou en dehors de lui. Dans le monde de la santé, pris au sens large du terme, j'ai pu entendre quelques opinions émises après la loi du 31.07.91: "L'évaluation est illégale, seule une conférence de consensus peut trancher", "un service qui travaille beaucoup, travaille bien. Un service qui travaille bien n'a pas à être évalué", "l'évaluation est un processus dynamique et personnel", "l'évaluation, c'est seulement pour les médecins : il n'y a qu'à les contrôler".

À l'époque, était-ce *Le monde Sophie ou le monde du Sophisme* qui faisait un triomphe en librairie ? En dehors du monde de la santé, V. Le Billon dans le N° 555 de *L'Expansion*, rappelait que "le monde enseignant vit dans une culture égalitaire et réglementaire qui ne favorise ni la motivation individuelle ni la recherche de la qualité : peu de contrôle, pas de sanction mais aussi peu de récompense. La profession n'accepte guère d'être jugée et surtout pas par sa hiérarchie directe, elle est favorable à l'évaluation d'un projet mais pas à l'évaluation individuelle"... "Les 900 000 profs sont comme les membres des professions libérales qui font ce qu'ils Veulent" mais peut-être faut-il rappeler que l'objet de l'activité du médecin, le malade, et celui de l'enseignant, l'élève, est un SUJET ? Ceci explique cela mais ne le justifie en rien.

Jean Leca et Jean Claude Thoening dans *Le Monde* du 09.12.97 se sont posés la question de savoir si l'État français pratiquait lui-même l'évaluation mise en place en 1990. Ils rappellent que "l'évaluation a besoin que l'État la rende crédible, lui fasse confiance et s'en serve à tous les niveaux de l'État. Ils rappellent que "Nul homme politique ne peut aujourd'hui décider, en étant assuré des conséquences à moyen terme de ses choix car les pouvoirs publics sont plus que jamais mis au défi d'agir efficacement dans des conjonctures incertaines. Un gouvernement démocratique est maintenant confronté à deux exigences fondamentales : celle de la responsabilité en rendant des comptes à la société et celle de la légitimité avec le crédit de confiance accordé par les citoyens. Dans un contexte où les ressources ne sont pas définitivement extensibles les erreurs deviennent insupportables". Ils concluent en énonçant

que "l'évaluation si elle est publique dans son usage et débattue dans son élaboration permet de vérifier que les décideurs politiques et administratifs ont cherché à se conformer aux principes et aux objectifs au nom desquels ils ont été mandatés. La transparence des choix et la légitimité des gouvernants sont assurées à ce prix".

A- LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

La résistance à l'évaluation des pratiques médicales entre dans le cadre plus général de la résistance au changement. Pour Paul Watzlawick ⁽⁷⁾ en 1975, le vieux proverbe français "plus les choses changent, plus elles restent pareilles" exprime la relation paradoxale entre l'invariance, la permanence et le changement. Ce proverbe établit implicitement que permanence et changement doivent être envisagés ensemble en dépit de leur apparente opposition. Il traduit aussi que toute perception ou pensée est relative et fonctionne par comparaison et par contraste. Watzlawick constate que chaque fois que nous observons un système social ou un individu aux prises avec des difficultés durables et répétitives en dépit de leurs efforts pour modifier la situation, deux questions se posent en même temps.

Comment cette situation non voulue persiste-t-elle ? Que faut-il faire pour la changer ? Watzlawick propose de répondre à ces deux questions à l'aide de la théorie des groupes et de la théorie des types logiques.⁽⁷⁾

*La théorie des groupes

Elle nous donne un modèle pour penser le type de changement se produisant à l'intérieur d'un système qui lui-même reste invariant. La théorie du groupe permet de comprendre le "plus ça change plus c'est la même chose" qu'il appelle changement **1**. Un groupe se compose d'éléments qui ont tous une propriété en commun.

Cette propriété permet une multiplicité de changements à l'intérieur du groupe, mais empêche tout élément de se placer en dehors de celui-ci. Un groupe contient toujours un élément neutre. Si le changement et le mouvement sont la caractéristique du groupe, l'élément neutre sera l'immobilité. Si un groupe était constitué par la totalité des sons, l'élément neutre serait le silence ! Dans un groupe où la perspective est l'action, l'élément neutre est la tradition. Il est dans la nature de la tradition d'assurer la continuité, au besoin par une action correctrice. Enfin, dans tout groupe, pour chaque élément existe un autre élément symétrique ou inverse : le clair et l'obscur, le passé et l'avenir, le bien et le mal par exemple, parmi une multitude d'autres polarités constituant simplement les deux aspects complémentaires d'une seule réalité ou d'un seul cadre de référence.

*La théorie des types logiques

Elle ne s'occupe pas de ce qui se passe à l'intérieur d'une classe entre ses membres mais fournit un modèle pour examiner la relation entre un membre et sa classe ainsi que le passage à un niveau logique supérieur. Watzlawick appelle changement **2** le changement du changement. ⁽⁷⁾

Elle ne s'occupe pas de ce qui se passe à l'intérieur d'une classe entre ses membres mais fournit un modèle pour examiner la relation entre un membre et sa classe ainsi que le passage à un niveau logique supérieur. Watzlawick appelle changement **2** le changement du changement. L'exemple de l'accélération d'une voiture avec l'accélérateur et le changement de vitesse peut illustrer ce changement du changement.

Dans la théorie des types logiques, le concept de collection "d'objets" rassemblés selon une propriété qu'ils ont en commun persiste mais les constituants sont appelés "membres" et non plus "éléments" et la totalité porte le nom de "classe" et non plus de « groupe ». L'axiome essentiel de cette théorie des types

logiques est celui de Russel : "ce qui comprend tous les membres d'une collection ne peut être membre de la collection". L'humanité est la classe de tous les individus mais elle n'est pas elle-même un individu.

Toute tentative de parler de l'un en termes de l'autre aboutit fatalement à la confusion et/ou au paradoxe. Le comportement économique d'une population d'une ville de 100 000 habitants ne peut être compris en termes de comportement d'un individu multiplié par 100 000. Quand on néglige la distinction entre "membre" et "classe" et qu'on oublie qu'une "classe" ne peut être membre d'elle-même, on va au-devant des pires catastrophes.

Mais un des facteurs de résistance à l'évaluation des pratiques médicales est d'essence philosophique et repose sur le rapport de l'homme à la norme morale ⁽¹⁰⁾. Si l'homme est conçu comme hétéronome, il reçoit d'un autre que lui-même les règles de son action dans un univers finalisé. Dans le cas contraire, s'il se pense autonome ...mais j'y viens !

B. QUELQUES FACTEURS DE RÉSISTANCE À L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES

1 - LA TRADITION

Élément neutre dans la théorie des groupes où l'action est la perspective, la tradition est-elle un frein au changement ? Pour Paul Ricoeur ⁽¹⁰⁾, la tradition génère de la valeur et la notion de valeur a un statut particulier pour deux raisons : les valeurs combinent de manière singulière l'objectivité et la subjectivité. Une valeur s'impose à quelqu'un avec une certaine autorité comme élément hérité d'une tradition. Elle n'est pas en ce sens dépourvue d'objectivité.

D'un autre côté, elle n'existe véritablement que si l'on y adhère, comme si la conviction était la condition de sa vie affective. Les valeurs se situent à mi-chemin entre les convictions durables d'une communauté historique et les réévaluations incessantes que réclament les changements d'époque et de circonstances avec l'émergence de problèmes nouveaux.

Paul Ricoeur continue en illustrant son propos par l'exemple du voyageur en train. Le paysage défile, mais tous les plans ne le font pas à la même vitesse. Les horizons lointains glissent lentement, les talus proches passent à vive allure, surtout en T.G.V. Les valeurs sont dans une position intermédiaire. Les dogmatiques pour qui valeur et vérité sont une seule et même chose misent trop aisément sur l'immobilité de l'horizon.

Les nihilistes pour lesquels il n'y a ni valeur ni vérité, soulignent trop facilement la disparition instantanée des avant-plans et le caractère friable des valeurs passant en un clin d'œil. En réalité, elles s'inscrivent dans la longue durée et elles sont fondamentalement périssables. Elles doivent donc être continuellement réactualisées, afin de répondre aux mutations de notre histoire. Une tradition n'est vivante que si elle permet d'innover.

Albert Hirschman ⁽¹¹⁾, économiste (optimiste) a élaboré le concept de "Fracasomania" qui est la méconnaissance de l'héritage des expériences du passé et la conviction que tout ce qui a été fait a tourné à l'échec. Pour lui, la "prémisse la plus importante du changement est une perception claire de ce qui s'est passé. Il est important que les gens sachent qu'il y avait de bonnes choses de faites et que tout n'était pas mauvais et à rejeter". La qualité de la relation malade-médecin est l'exemple même de ce qui doit être conservé éternellement. Le progrès technique doit être adapté à cette relation et non l'inverse. Il faut toutefois rappeler, pour ne pas tomber dans l'angélisme, que la relation médecin-malade est actuellement au cœur d'une tension entre ce progrès technique d'une part et les désirs des patients devenant de plus en plus des "consommateurs" d'autre part.

7.P. Watzlawick, J. Veakland, R. Fisch . Changements, Paradoxes et psychothérapies, Le Seuil.1975

10.Les grands entretiens du Monde. Roger-Pol Droit, P. Ricoeur, 20.10.1991. Le Monde-Editions

2- L'HÉTÉRONOMIE ET L'AUTONOMIE

Un facteur de résistance à l'évaluation des pratiques médicales est d'essence philosophique et repose sur le rapport de l'homme à la norme morale ⁽¹²⁾. Si l'homme est conçu comme hétéronome, il reçoit d'un autre que lui-même les règles de son action dans un univers finalisé. Son action morale est dès lors téléologique et s'inscrit dans cette finalité définie, afin de réaliser le bien en le rendant effectif, réel et présent. Cette hétéronomie est grecque. Si l'homme est conçu comme autonome, il construit lui-même les lois auxquelles il se plie dans un univers non finalisé. Son action morale est dès lors déontologique et consiste à faire son devoir en fonction de principes, posés par lui-même, tirant leur valeur de leur rationalité et leur universalité et qu'il ne pourra pas transgresser.

L'Hétéronomie

La médecine et la philosophie naquirent dans le monde grec qui a toujours rapporté l'homme à autre chose que lui-même. La morale téléologique du bien repose pour Aristote sur une ontologie ou connaissance de l'être et sur une finalité normative hétéronome extérieure à l'homme. Elle repose sur le moindre mal qui est un bien par « optimisation du bien et la minimisation du mal.

La juste mesure :

-**La variabilité et le possible** : C'est parce qu'il y a de la contingence que l'homme peut faire ou ne pas faire, le bien mais cette contingence entraîne la variabilité.

-**La juste mesure** : le moindre mal est un bien par « optimisation du bien et la minimisation du mal.

-**La proportionnalité** : la justice distributive proportionnelle diffère de la simple justice arithmétique égalitaire,

-**La circonstance** : Le kairos ou *καίρος* est le moment favorable choisi par le médecin pour intervenir ni trop tôt ni trop tard sur le malade. Le "bon médecin" est celui qui utilise le kairos comme l'homme "vertueux" tient compte des circonstances.

-**La prudence contre le savoir** : L'équité est juste, elle est la justice pourtant elle se différencie de l'idée générale de la justice.

-**L'habitude et la formation de soi.**

11.A. Hirschman, La Morale secrète de l'économiste. Entretiens. Les Belles lettres, Paris.1997

12. Suzanne Rameix, Fondements philosophiques de l'éthique médicale, Ellipses.Paris1996

L'Autonomie

L'autonomie est apparue au XVIII^e siècle avec Jean Jacques Rousseau et Emmanuel Kant pour qui aucune finalité externe ne peut être normative. L'homme du XVIII^e siècle est curieux de tout, avide de savoir, confiant dans sa raison. Il est conscient de son pouvoir de connaître, de son pouvoir sur la société et sur lui-même. Il est conquérant et prométhéen. Il se conçoit comme autonome, c'est-à-dire comme ayant la faculté de se donner à lui-même sa propre loi. Il la reçoit de lui seul, car il est libre. La morale déontologique de Kant est ainsi fondée sur l'autonomie de la volonté. Sa seule référence est l'universalité de la loi posée par la raison et la liberté de l'homme.

Au total, la morale déontologique ou « recherche de ce qui doit être » de Kant Remplace l'ontologie ou « connaissance de ce qui est »

Cette morale déontologique kantienne rappelle que :

- Le formalisme est essentiel, car seule la forme peut être universelle.
- Le conséquentialisme de nos actes doit être rejeté.
- Nos penchants, nos inclinaisons et notre sensibilité doivent être écartés car dangereux.
- Les choses et les personnes, la dignité et le prix, la détermination et la liberté sont fondamentalement distincts.

Il est ainsi beaucoup plus facile de comprendre un certain discours médical : " J'agis en mon âme et conscience et personne n'a le droit de me juger, de me contrôler ou de m'évaluer. Je sais ce qui est bien pour mon malade et tout ce que je juge bon pour lui doit être fait et sera bien fait, puisque c'est moi qui le décide et le fait."

3- L'HUBRIS

Un des facteurs les plus importants de résistance à l'évaluation des pratiques médicales est certainement lié à ce que, W. Benjamin dans le *New England Journal of Medicine* du 26.10.89, appelle "l'hubris ou l'excès d'orgueil" qui est la conséquence logique du point précédent. Pour l'auteur, la généralisation de l'hubris" est universelle. Nous augmentons inconsciemment les talents de guérisseur que nous pouvons avoir tout en minimisant ceux des autres. La formation médicale ne permet pas d'approfondir l'étude de la morale et de l'éthique mais uniquement celle de la compétence technique. Comme les autres groupes professionnels, les médecins ne peuvent échapper au péché originel. Ils ont simplement un peu plus de sophistication dans la rationalisation de leurs propres intérêts. Pour l'auteur, une chose est certaine si la profession veut conserver son autonomie, il faudra qu'elle mette de l'ordre dans ses propres affaires.

4- LA PEUR DES RESPONSABILITÉS

Adler, cité par Watzlawick ⁽⁷⁾, pense que l'activité de certains individus paranoïaques est le plus souvent très belliqueuse. Ils accusent les autres de l'échec de leurs projets exagérés et leur lutte pour la supériorité absolue leur donne une attitude hostile envers autrui.

Leurs troubles ont toujours lieu quand ils veulent inconditionnellement quelque chose en même temps qu'ils exigent d'être considérés comme déchargés de toute responsabilité. Leurs hurlements suivis de claquements de porte résonneront encore longtemps dans les salles de réunion... Les autres médecins, silencieux pour la plupart, exercent néanmoins un métier de responsabilité car confrontés à eux-mêmes dans la solitude sans possibilité de fuir toujours dans le légalisme et/ou la délégation aux experts en éthique.

Au terme du Forum du Mans 96 sur la Responsabilité, Thomas Ferenczi pose, dans cette optique, deux questions : De quoi sommes-nous responsables ? Et Comment trouver le point d'équilibre permettant de protéger le citoyen que nous sommes, de deux dérives aussi dangereuses l'une que l'autre : l'irresponsabilité et le règlement de ?

Sur le plan juridique, le médecin est responsable des effets de son action et des dommages causés en regard d'une faute commise. Sur le plan moral, il est responsable d'autrui, de l'autre homme. À ce déplacement de l'objet de la responsabilité vers "l'autrui vulnérable" s'ajoute un autre déplacement vers "l'autrui vulnérable du futur". Sans oublier que ce principe d'Hans Jonas est valable pour tout un chacun et la question posée

devient : « jusqu'où s'étend dans l'espace et le temps la responsabilité de nos actes. » Paul Ricoeur conclut en disant que l'action humaine n'est possible que sous la condition d'un arbitrage entre la vision à court terme d'une responsabilité limitée aux conséquences prévisibles et maîtrisables d'une action et la vision à long terme d'une responsabilité sans limite. La négligence des conséquences négatives d'une action rendrait celle-ci malhonnête, mais une responsabilité sans limites rendrait l'action impossible. "Entre la fuite devant la responsabilité des conséquences et l'inflation d'une responsabilité infinie, il faut trouver la juste mesure" et retrouver la sagesse d'Aristote.

5- LA CONFUSION DES MOTS : MESURER, COMPARER, JUGER

Pour introduire des concepts nouveaux, il faut utiliser des mots anciens qui pèsent d'un poids variable en fonction de leur signifiant et de leur signifié ⁽¹¹⁾. Le premier et le second semblent invariables avec le temps mais le rapport du premier sur le second nous donne un signe dont l'interprétation varie avec les individus et l'époque à laquelle ils vivent. Ainsi, le signe "évaluer" peut avoir plusieurs sens : mesurer, comparer, juger.

Avant d'analyser la polysémie du mot "évaluer", je rappellerai que les psychiatres, psychanalystes et philosophes contemporains ⁽⁷⁾ ont constaté la perte des fonctions polysémiques et métaphoriques du langage chez les paranoïaques (homme ou femme) dont le cas-limite a déjà été évoqué. Ceux-ci ont tendance à mettre en doute et à réfuter toute parole quand celle-ci est autre que la parole unique conservée dans leur sanctuaire mental. Une formule inviolable et sacrée y est conservée comme le mètre-étalon au Pavillon de Breteuil et il est interdit de la réutiliser à d'autre fin. Dès lors aucune parole n'est anodine et la sagesse serait de ne jamais leur répondre ! Pour les paranoïaques, il y a un seul mot pour une seule chose, et une seule phrase pour énoncer un seul fait. Mais dans leur pratique quotidienne du langage, ils sont amenés à se contredire en permanence mais ils s'en sortent en renversant la proposition, persuadés que ce sont les autres qui se contredisent sans arrêt. Il est dès lors intéressant de constater que les paranoïaques raffolent de l'ordre juridique : la mise en ordre rigoureuse des actes correspond à une mise en place des mots, non moins rigoureuse. Un acte ne s'appuyant sur l'autorité d'aucun texte ne doit pas exister. S'il existe, cet acte est suspect.

A. Mesurer

Pour rendre compte de son activité, il faut la connaître pour pouvoir la mesurer puis l'évaluer. On ne peut mesurer sans le recueil, en routine, d'un minimum de données. Le P.M.S.I. est un exemple de mesure. Ce recueil quotidien incite à la rigueur dans la routine, et à la routine dans la rigueur, base de la qualité. Je rappellerai enfin quelques propos de *L'INSTRUCTION SUR LA MANIERE DE MESURER* de Dürer. Il souligne que personne ne peut devenir "créateur" sans l'art de la mesure et il rappelle la nécessité de s'atteler à la mesure avec le compas et la règle afin d'y découvrir l'authentique vérité par l'œil et l'esprit". Je reviendrai plus loin sur cette référence esthétique.

B. Comparer.

François Jullien ⁽¹⁴⁾ nous rappelle que pour comparer, il faut qu'il y ait un cadre commun à l'intérieur duquel on puisse juger du "même et de l'autre", du "pareil et du différent". Comparer nécessite une page commune que l'on puisse diviser en deux pour ranger d'un côté et de l'autre. De ce vis-à-vis naissent, la comparaison, son interprétation et une vigilance critique permanente. Karl Popper ⁽¹⁵⁾ nous demande d'être comme le scientifique ou le détective remarquant "le détail qui cloche", le truc en plus ou en moins" ; bref un écart entre une attente et une observation. Nous observons à l'aide de concepts qui sont des fragments de théorie. Nous devons agir sans tout savoir et sans pouvoir tout vérifier à tout moment. En pratique, nous sommes toujours à la recherche d'un compromis entre cohérence et pertinence. Dès lors, chaque différence, chaque erreur devient une mine d'or à exploiter.

Étant donné les limites intellectuelles de notre esprit face à la complexité du.....monde en général et de la médecine en particulier, la meilleure connaissance que nous pouvons acquérir est celle qui peut repérer les points faibles de la réalité sur lesquels nous pouvons agir. La pratique auto-évaluative interne par l'audit clinique en est l'illustration parfaite. Jean Fourastié en proposant "de penser globalement et d'agir localement" sous- entendait des solutions et c'est parce qu'on aura réfléchi plus globalement que l'on trouvera des solutions locales plus efficaces aussi éloignée du conservatisme que du révolutionnarisme. Avec le premier, rien ne doit changer. Toute évolution et tout changement sont obstinément refusés dans un monde qui, lui, évolue. Les changements surviennent malgré tout à un prix que l'on trouve toujours excessif. Avec le second, tout doit changer tout de suite, sinon rien ne changerait. Le premier et le second illustrent le changement 1 de Watzlawick avec lequel "plus ça change et moins ça change". C'est parce qu'on aura médité sur les échecs que l'on trouvera de meilleures.

Juger

Le mot fait peur. À lui seul, il génère la résistance la plus forte à l'évaluation des pratiques médicales, il n'exprime en rien, bien entendu, le jugement-sanction des juges professionnels. Il se rapporte en revanche à l'antique faculté de juger inhérente à l'être humain. Pour les stoïciens par exemple, juger c'est lier des choses, qui dans la nature, ne le sont pas habituellement. Pour Aristote, juger c'est délibérer. La délibération permet de calculer les moyens les plus propices pour réaliser le bien. Le jugement est, pour lui, une activité dans un contexte d'incertitude et de contingence débouchant sur la phronesis ou sagesse pratique. La faculté de juger est propre à l'homme qui, n'étant ni Dieu, ni bête, doit osciller entre les deux. Pour Kant, penser c'est juger en liant des concepts entre eux. Kant prend comme exemple le jugement téléologique et le jugement esthétique. Pour le premier, la science conduit à se représenter la nature comme un mécanisme dont on ne peut s'empêcher de penser qu'il obéit à des fins. Il fait appel aux jugements déterminants proférés dans le contexte de la loi. Le jugement esthétique, lui, est caractérisé par le jugement réfléchissant. Il n'y a pas de loi objective du beau. L'homme confronté à des cas particuliers émet des opinions à prétention universelle et transcendante "c'est beau". Kant rappelle que l'homme, rencontrant l'homme dans le jugement téléologique et le jugement esthétique tend vers l'universel.

Pour être plus complet, je terminerai en citant Hannah Arendt, ⁽¹⁵⁾ pour qui la faculté de juger les cas particuliers découverts par Kant et l'aptitude à dire "c'est mal" ou "c'est bien" n'est pas tout à fait la même chose que la faculté de penser. La pensée a affaire à des représentations d'objets absents. Le jugement se préoccupe d'objets proches de nous. Notre dialogue silencieux est fait de cette pensée et de ce jugement. Il réalise alors notre pensée en la rendant manifeste au monde des apparences. La manifestation de la pensée n'est pas seulement la connaissance, elle est l'aptitude à discerner le bien du mal, le beau du laid. Ceci peut nous prévenir des catastrophes, pour nous-mêmes tout au moins, "dans les rares moments où les cartes sont sur la table".

14. François Jullien. L'Écart et l'Entre. Éditions Galilée

15 Hannah Arendt. Considérations Morales, Rivage Poche N°181.Paris

V . L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES EXCLUT LES OPINIONS, LES PRÉJUGÉS, LES JUGEMENTS DE VALEUR, LES JUGEMENTS ESTHÉTIQUES

*** LES OPINIONS**

Pour André Lalande, dans son *Dictionnaire Philosophique*, une opinion est "un jugement collectif porté

sur un fait ou sur une croyance par une société donnée". Avant les premiers rudiments de la physique et de la chimie, disait Durkheim, les individus avaient déjà sur les phénomènes physico-chimiques des notions qui dépassaient la pure perception. La physique et la chimie n'étaient pas une science et pourtant elles étaient représentées dans les esprits sous forme d'images et même de concepts grossiers. Nos opinions sont tenaces car d'une part elles s'auto-justifient par rationalisation a posteriori, d'autre part comment s'opposer intellectuellement à une argumentation qui tire exclusivement sa motivation d'un niveau émotionnel sur lequel la raison n'a guère de prise ? Pour Gaston Bachelard, l'opinion est incompatible avec une démarche scientifique. Dans *La formation de l'esprit scientifique*, il nous affirme que l'opinion, en droit, a toujours tort. Pour lui, l'opinion ne pense pas mal, elle ne pense pas du tout. Rien ne peut être fondé sur l'opinion. L'opinion et la démarche scientifique sont incompatibles. Cependant, la recherche de la vérité peut être dérangeante.

Déjà dans le *Mythe de la Caverne*, Platon la symbolisait par la réaction des prisonniers libérés des chaînes de l'opinion qui ne leur faisaient voir dans leur caverne que les ombres des objets réels. Ils éprouvent quelques difficultés à regarder en face l'éclat de la vérité. Enfin, le sort réservé à celui qui les a aidés à en prendre conscience, ne peut nous rendre optimistes, "sans aucun doute".

****LES PRÉJUGÉS**

Les préjugés sont des opinions adoptées sans être analysées parce qu'elles sont supposées être vraies avant d'être jugées, c'est-à-dire évaluées avec un esprit critique. Dans le préjugé, la pensée se précipite sans s'entourer de garanties et de conditions de validité. Nos opinions s'enracinent dans l'affectivité. Avant Freud, la philosophie séparait d'une part la connaissance de la représentation de la sensibilité, d'autre part la connaissance d'ordre rationnel et intellectuel. La représentation de la sensibilité était de l'ordre de l'affectivité obstacle à l'établissement de la vérité.

Freud a montré que toute représentation est étroitement liée à l'affectivité parce qu'elle n'a pas un statut purement théorique, lié à la validité ou non de son contenu mais un rôle économique dans le psychisme permettant d'expliquer son fonctionnement mental. Cela permet, dès lors, de mieux comprendre les résistances au changement de nos représentations. Si nous tenons effectivement à nos opinions et pas seulement pour des raisons intellectuelles c'est parce que nous les croyons vraies et aussi qu'elles nous sont utiles... même si elles sont fausses ! Nos opinions, disait Durkheim, ont avant tout pour objet de mettre nos actions en harmonie avec le monde qui nous entoure. Elles sont formées pour et par la pratique. Une représentation peut jouer un rôle utile tout en étant fausse. Depuis Copernic, la terre tourne autour du soleil mais pour beaucoup d'entre nous tous les matins le soleil continue de se lever à l'Est et, tous les soirs, de se coucher à l'Ouest, comme le pensait Ptolémée. Cependant, dans de nombreux autres cas, nos opinions sont comme un voile qui s'interpose entre les choses et nous, les masquant d'autant plus que nous le croyons transparent, voire inexistant. Déjà dans le mythe de la Caverne, Platon la symbolisait par la réaction des prisonniers libérés des chaînes de l'opinion qui ne leur faisaient voir dans leur caverne que les ombres des objets réels. Ils éprouvent quelques difficultés à regarder en face l'éclat de la vérité. Enfin, le sort réservé à celui qui les a aidés à en prendre conscience, ne peut nous rendre optimistes, "sans aucun doute".

***** LES JUGEMENTS ...DE VALEUR ET D'EXISTENCE**

Wittgenstein dans *La Conférence sur l'Éthique* ⁽¹⁷⁾ nous rappelle que l'éthique est l'investigation générale de ce qui est bien. Il nous rappelle aussi que s'il existe une « valeur qui ait de la valeur, il faut qu'elle soit en dehors de tout événement ». Là où il y a un jugement de « valeur absolue », la question du vrai et du faux n'a aucun sens. Si vous exprimez un jugement éthique, votre interlocuteur peut le nier et cela ne signifierait en rien que vous ayez raison tous les deux. Nous exprimons des jugements de valeur, ou nous

essayons d'en exprimer, dans les circonstances où cela a un sens de le faire. Wittgenstein propose deux exemples :

- Si un joueur de tennis vous dit : "je sais que je joue mal au tennis, mais je ne veux pas mieux jouer". Tout ce que vous pouvez répondre peut-être : "c'est très bien dans ce cas". Vous portez un jugement de "valeur relative".

Si quelqu'un vous dit : "je sais que je me conduis mal, mais je ne veux pas me conduire mieux". Pouvez-vous répondre : "c'est très bien dans ce cas" ? Non, dit Wittgenstein. Vous répondez : "vous devez vouloir mieux vous conduire" et vous portez dans ce cas un jugement de "valeur absolue".

Pour tenter de faire la différence entre les jugements de valeur absolue et les jugements de valeur relative, je vous propose, avec l'aide de Wittgenstein, d'imaginer un médecin omniscient capable d'écrire un livre dans lequel il enregistrerait tout ce que peut faire un médecin dans toutes les situations possibles. Il contiendrait naturellement toutes les propositions scientifiques vraies qui peuvent être formulées. Tous les faits décrits et toutes les propositions seraient en quelque sorte au même niveau. Ce livre contiendrait uniquement des jugements d'existence ou de fait : le Docteur X a fait tel geste dans telle circonstance. Il n'y figurerait aucun jugement de valeur disant qu'il est bien ou mal de faire tel geste dans telle circonstance. Si nous lisons dans ce livre la description de la mort d'un nouveau-né par méningite nosocomiale ou la description d'une amputation d'un sein normal avec castration bilatérale chez une femme jeune en bonne santé, celles-ci seraient au même niveau que n'importe quel autre événement.

La lecture de ces deux descriptions pourrait provoquer en nous la colère, l'indignation et pour les familles la douleur. Nous pourrions même lire qu'elles ont été les réactions de passivité que ces actes ont suscité chez les individus qui en ont eu connaissance, mais il y aurait seulement des faits et non des jugements de valeur. La valeur, quand elle se réalise, devient un "fait" et elle n'est plus une "valeur".

Imaginons maintenant « l'inimaginable » : un observateur d'une revue mensuelle grand public pourrait noter tout ce qu'a fait son médecin pendant un acte médical en lui accordant un point pour chaque réussite et zéro point pour chaque échec par référence au livre du médecin omniscient. Il pourrait décider, d'après le nombre de points obtenus, du caractère "bon" ou "mauvais" de son médecin. Il lui serait même possible de comparer son médecin à d'autres médecins toujours selon les mêmes principes, et énoncer des jugements de la forme : "le Docteur X est meilleur que le Docteur Y", "le Docteur Y est moins bon que le Docteur Z". Malgré l'emploi du terme "bon", aucune de ces propositions ne serait un jugement de valeur. Ces propositions décrivent un état de choses et des faits. Le jugement énoncé n'est pas un jugement de valeur car il compare un fait particulier à une règle élaborée par un groupe social. C'est en fait un jugement d'existence déguisé en jugement de valeur.

17. Wittgenstein. *Conférence sur l'Éthique. Leçon et conversation*. Folio Essais N° 190

Quand notre observateur dit que le Docteur X est un bon médecin, cela signifie que le Docteur X satisfait un certain modèle prédéterminé et qu'il entend par là qu'il peut exercer la médecine d'un certain degré de difficulté avec un certain degré d'habileté.

Au total, tout ce qui se produit est du domaine de l'être et se décrit par un jugement d'existence. Le véritable jugement de valeur porte sur ce qui "doit être" sans référence conditionnelle d'aucune sorte à ce qui est. Quand nous affirmons que ceci est "bien" ou "beau", nous voulons dire que la qualité "bien" ou "beau" est

absolue et non relative, sinon notre affirmation est une description de l'être et non du devoir être. Il serait agréable de faire ceci, que ce serait beau de faire cela, que ce serait bien de ne pas tuer par exemple. Après l'action, la valeur s'envole. L'acte ou l'œuvre une fois réalisée n'est plus du "devoir être », elle est devenue "être" et nous ne pouvons plus en faire le sujet d'aucun jugement de valeur. La valeur quand elle se réalise, devient un « fait » elle n'est plus une « valeur ». Après l'action, la valeur s'envole. L'acte ou l'œuvre une fois réalisée n'est plus du "devoir être », elle est devenue "être" et nous ne pouvons plus en faire le sujet d'aucun jugement.

**** LES JUGEMENTS ...ESTHÉTIQUES

Kant dans *La critique de la faculté de juger* nous dit que ⁽¹⁸⁾ nous avons le sentiment "deposséder une raison pure ou une faculté d'évaluation des grandeurs dont l'excellence ne peut être rendue évidente par rien, sinon par l'insuffisance de la faculté même, qui dans la présentation des grandeurs est sans limites".

L'évaluation ⁽¹⁸⁾ mathématique de la grandeur des objets se fait avec des concepts numériques. Elle est sans limites car la capacité des nombres va à l'infini. En revanche, quand elle est effectuée par l'intuition, d'un coup d'œil, l'évaluation est esthétique. Dans la plupart des cas de la vie courante, l'évaluation de la grandeur des objets de la nature est en fin de compte esthétique, c'est-à-dire déterminée subjectivement et non objectivement. S'il n'existe pas de maximum pour l'évaluation mathématique de la grandeur, il y a un maximum pour l'évaluation esthétique de la grandeur et ce maximum pour Kant est le "sublime". Le "sublime" produit une émotion qu'aucune évaluation mathématique ne saurait susciter. L'évaluation mathématique, dit Kant, présente toujours la grandeur comme relative par comparaison à d'autres grandeurs de même espèce, tandis que l'évaluation esthétique présente la valeur comme absolue et « sublime". Kant nous rappelle enfin que l'émotion esthétique est à son apogée quand nous ne sommes ni trop loin, ni trop près, de l'objet. Trop loin, sa compréhension est maximum, mais son appréhension dans les détails est insuffisante. Trop près, l'appréhension est complète, mais gêne la compréhension.

Il s'avère souhaitable de rappeler, dans cette approche de l'esthétique, que le « beau » et le « bien » sont distincts comme l'avait évoqué Jacques Rancière : « la philosophie esthétique est la seule à pouvoir faire abstraction du représenté dans l'image sans faire référence à une valeur morale et ce pendant le temps du jugement esthétique. »

Pour être plus complet, je terminerai en citant Hannah Arendt. ⁽¹⁶⁾ Pour elle, la faculté de juger les cas particuliers découverts par Kant, l'aptitude à dire "c'est mal" "c'est bien" n'est pas tout à fait la même chose que la faculté de penser. La pensée a affaire à des représentations d'objets absents. Le jugement se préoccupe d'objets proches de nous. Notre dialogue silencieux est fait de cette pensée et de ce jugement. Il réalise alors notre pensée en la rendant manifeste au monde des apparences. La manifestation de la pensée n'est pas la connaissance, elle est l'aptitude à discerner le bien du mal, le beau du laid. Ceci peut nous prévenir des catastrophes, pour nous-mêmes tout au moins, "dans les rares moments où les cartes sont sur la table".

-L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MÉDICALES REPOSE SUR LES FAITS PROUVÉS

L'évaluation des pratiques médicales compare l'activité médicale à des recommandations pour la pratique clinique nées du travail des sociétés savantes. Ces recommandations reposent sur des faits prouvés et sont définies par l'A.N.D.E.M. "comme des standards de pratique déterminant ce qui est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et thérapeutiques dans des situations cliniques données". ⁽²¹⁾ Le concept de soins fondés sur des faits prouvés est né sous

l'impulsion d'un grand nombre de cliniciens, de chercheurs, d'enseignants, de décideurs politiques et économiques poussés par la volonté d'accélérer et d'améliorer l'application effective des preuves issues de la recherche clinique. La médecine basée sur des faits prouvés (Évidence Based Medicine, E.B.M) en est un des aspects. L'E.B.M. impose de s'investir dans un processus d'apprentissage permanent, centré sur la résolution de problèmes rencontrés dans l'activité clinique médicale ⁽²²⁾ qui crée un besoin de repères fiables en matière de diagnostic, de pronostic et de traitement. L'E.B.M. se propose de transformer ces besoins d'information en question avec des repères fiables pour la pratique médicale quotidienne. Elle se propose de rechercher les meilleurs arguments pour y répondre, d'évaluer ces arguments de manière critique au point de vue et de leur validité et de leur degré de fiabilité et au point de vue de leur utilité et de leur faisabilité pratique. Elle se propose enfin d'appliquer effectivement ces conclusions dans la pratique quotidienne en évaluant les résultats ultérieurs. Sackett ⁽²²⁾, promoteur de cette démarche, pense que l'EB.M. permet l'utilisation judicieuse et consciencieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Elle introduit enfin un modèle de prise de décision clinique à trois composantes : l'expérience clinique, les préférences du patient en matière de soins et les faits prouvés par la recherche. Nous sommes bien loin du "sublime", nous sommes dans l'éthique de la bonne pratique.

VI. LA FIN DU « CHANGEMENT POUR LE CHANGEMENT » OU...

LE DÉBUT DU « CHANGEMENT DU CHANGEMENT » ?

Depuis le siècle des lumières, le mythe de Prométhée a servi d'étendard à l'aventure humaine en symbolisant la philosophie du progrès infini, les rêves de puissance de l'homme et d'un humanisme triomphant. En volant le feu aux dieux, Prométhée leur a volé le savoir pour le donner aux hommes en détresse et les délivrer de la mort. Le mythe de Prométhée illustre la volonté humaine d'avoir une activité à l'image de celle des dieux, d'avoir une activité qui ne soit pas sous la dépendance absolue du seul principe de l'utilité. Il est possible d'imaginer un complexe de Prométhée qui nous pousserait à savoir autant que nos pères et plus que nos pères et pour nous médecins à savoir autant que nos maîtres et plus que nos maîtres. Les anglo-saxons, comme nous l'avons vu précédemment, ont choisi le mot latin HUBRIS pour parler de la démesure, de l'orgueil surhumain et prométhéen. La société change à un rythme affolant, comme le montrait la métaphore de Paul Ricoeur ⁽¹⁰⁾ plus en raison de la vitesse acquise qu'en vertu d'un désir véritable.

Après deux siècles d'histoire tumultueuse placés sous le signe du changement permanent, de la nouveauté et de la transformation radicale, "l'homme moderne s'est rendu maître des lois de l'énergie et de l'information pour organiser le monde à sa convenance". Le mythe de Prométhée né avec le Siècle des Lumières, après avoir culminé au XX^e siècle, a commencé son déclin et sa mort serait annoncée. Le cœur de l'homme serait maintenant gagné par le mythe de Noé, comme le montre Michel Lacroix

Ce mythe de Noé lui fournira-t-il l'énergie morale pour construire une ère de sauvegarde et de progrès La lecture de la Bible nous rappelle que Noé charge sur son arche toutes les richesses du monde pour les sauvegarder et les transmettre à ses descendants, car le déluge s'abattit sur la terre pendant 40 jours et 40 nuits ... et quelques pages plus loin, cependant, se profilera la Tour de Babel !

VII. DU MYTHE DE PROMETHÉE AU MYTHE DE NOÉ

Le mythe de Noé, pour Michel Lacroix, se développera sur les décombres d'un mythe prométhéen qui de rêve est devenu cauchemar.

À quoi bon réaliser des avancées spectaculaires et élever sans cesse le niveau de scientificité si la gestion

de l'existant laisse à désirer et si les connaissances et les techniques disponibles ne sont pas utilisées d'une façon efficace ?"

Les infections nosocomiales, par suite de l'oubli des règles élémentaires d'hygiène, le SIDA par suite de l'oubli de la phronesis aristotélicienne et plus encore du préservatif, le Prion de la maladie de la vache folle ... sans parler d'autres épidémies d'origine virale advenues et restant à venir ... sont là et seront toujours là pour nous rappeler l'humilité de l'éthique de sauvegarde. Il va falloir plus que jamais évaluer les pratiques médicales, les technologies et les molécules nouvelles. Le droit à l'autolégitimation d'un certain nombre de simulacres de progrès est maintenant terminé.

Le Mythe de Noé en intégrant la réduction des inégalités choquantes dans le dépistage, le traitement des maladies et le développement de leur prévention, se développera sur les décombres du rêve prométhéen devenu cauchemar. Le changement 1 de Watzlawick ⁽⁷⁾ sera de fuir ce « cauchemar dans son cauchemar », le changement 2 sera celui de se réveiller pour en sortir. Le mythe de Noé n'étant pas l'immobilisme, nous avons à faire face à deux urgences majeures : faire partager les outils de civilisation au plus grand nombre d'individus et "entretenir ces outils, empêcher leur dégradation, corriger leur défaut et réparer les dégâts que la frénésie de la modernité leur a infligé".

Le but de l'éthique de la sauvegarde n'est pas de changer pour changer à tout prix quelles qu'en soient les conséquences "au nom de l'absolue supériorité du futur sur le présent". Le changement sera maintenant légitime s'il vise avant tout à conserver l'existant. Le changement du changement commence avec la prise de conscience du mythe de Noé. Cependant le chevauchement dans la durée longue avec le mythe de Prométhée déclinant sera rude. Pour adoucir ce conflit, Albert Hirschman conseille ⁽⁹⁾ à ceux qui tentent d'écrire sur la résistance au changement, d'écrire plutôt sur les obstacles à percevoir la réalité du changement. Pour ne pas les décourager, il leur répète que le monde social est en mutation permanente et que, dans sa contingence, les lois intangibles n'y existent pas. Il leur rappelle enfin que malgré l'apparente immobilité, les mentalités évoluent inexorablement.

VIII. CONCLUSION... (S)

L'évaluation des pratiques médicales est un formidable outil d'aide à la décision diagnostique et thérapeutique ainsi que de promotion de la qualité des soins. Cet outil est le maillon éthique fondamental entre un progrès technique repensé mais infini et les pesanteurs financières de plus en plus contraignantes. Cette facette essentielle de l'évaluation appartient aux médecins et aux seuls médecins. Les malades continueront à venir consulter les médecins, pas les directeurs d'établissements hospitaliers. Ceux-ci auront cependant un rôle fondamental à assumer, en même temps, car c'est dans des structures de soins dont la gestion aura été auditée et accréditée, que les malades viendront consulter des médecins qui leur apporteront les meilleurs soins possibles.

Résister à la mise en place d'une évaluation des pratiques médicales, dans la perspective envisagée dans ce travail, serait une erreur. En abandonnant cette facette de l'outil évaluatif et en refusant de se l'approprier, les médecins auraient à subir les effets négatifs, voire répressifs, de cet outil abandonné aux pouvoirs administratifs et économiques. Ils auraient alors à affronter un contrôle contre lequel le devoir de résister ne serait plus légitime. Pour les médecins, l'évaluation des pratiques médicales est, dans un contexte démocratique, une démarche éthique pour la recherche de la qualité des soins donnés aux malades et pour la reconnaissance de leur compétence. En soignant l'individu et en rendant des comptes à la collectivité, le médecin doit partir de l'existence de deux forces contraires, de deux exigences opposées pour chercher à les articuler sans chercher à les réconcilier. Il ne s'agit pas de substituer la déontologie à l'utilitarisme, l'autonomie à l'hétéronomie mais de savoir comment il peut vivre avec les deux et comment il doit se réclamer de la liberté de l'individu et de la souveraineté du groupe.

L'Éthique médicale, à l'intersection de la médecine et de la philosophie, est amenée à résoudre des problèmes médicaux en faisant appel à des principes et à des concepts philosophiques : un problème médical peut être considéré comme éthique s'il implique un jugement de valeur non technique et il doit être considéré comme significatif s'il y a interrogation sur les décisions prises par les différents intervenants. Une proposition éthique est une proposition de fait : elle peut donc être vraie ou fausse. Dans *L'Éthique de la Psychanalyse*, Jacques Lacan définissait l'éthique comme jugement sur notre action, n'ayant de portée que si l'action impliquée comportait un jugement, même implicite, sur nous-mêmes, ces deux jugements étant indispensables. En bref il n'y a pas d'éthique sans évaluation ni d'évaluation sans éthique.

C'est à un devoir semblable qu'un nombre croissant d'individus se sent appelé de nos jours. À leurs yeux, l'urgence est de mettre en sûreté ce que notre civilisation compte de meilleur... Il faut protéger tout cela pour que demain l'homme puisse reprendre sa marche en avant vers "le bonheur, la liberté, la perfection", comme le voulaient les philosophes des Lumières. L'avènement de cette ère post-prométhéenne est peut-être désormais la seule chance de sauvegarder la dignité humaine". ⁽²³⁾ Mais la mort annoncée du mythe de Prométhée n'est cependant pas pour tout de suite car les phénomènes humains évoluent toujours dans la longue durée en se chevauchant et s'enchevêtrant pour encore de nombreuses années dans les mentalités et les pratiques quotidiennes.

Néanmoins pour Michel Lacroix ⁽²³⁾, l'éthique de la sauvegarde exprime une volonté de solidarité intergénérationnelle. Nous nous faisons à l'idée, dans le concept de la responsabilité envers "l'autrui du futur", que les "hommes pas encore nés" sont des membres à part entière de la communauté humaine. Le principe de Noé scelle cette alliance avec les générations du futur. Elle s'inscrit dans un cadre ontologique car actuellement, la précarité devient le lot des individus et de la société tout entière. Nous entrons dans "l'ère métaphysique de l'ontologie faible". L'homme ne peut plus espérer vivre à l'ombre rassurante de l'être conquérant, inaltérable et auto-suffisant. L'éthique de la sauvegarde est la réponse à cet appel pressant à la responsabilité. Elle exprime les doutes qui assaillent la philosophie de l'action.

En 1992, Francis Fukuyama avait annoncé *La Fin de l'Histoire*, la démocratie libérale, étant pour lui, "la forme finale et idéale de tout gouvernement humain". La démocratie libérale n'ayant plus aucun rival idéologique, "l'imagination politique aura beau faire elle n'inventera rien de meilleur".

Une fin de la médecine peut-elle être imaginée ? suggéra Michel Lacroix. Il serait stupide d'avancer qu'il n'y a plus rien d'important à découvrir, car chaque jour les malades nous rappellent le contraire. Il y a encore beaucoup à attendre des recherches sur le cancer, le sida et les épidémies virales et microbiennes à venir, les maladies génétiques, les maladies mentales et le vieillissement. Les enjeux de la médecine du XXI^e siècle et des suivants se situeront au niveau des découvertes à venir, mais aussi et surtout dans la nécessité de faire bénéficier le plus grand nombre possible d'êtres humains, de celles-ci. En conciliant utilitarisme et déontologie sans les opposer stérilement, la médecine devrait mieux organiser les soins et tirer un meilleur parti des techniques existantes.

IX.CONCLUSION...D'ICI et MAINTENANT

Avec le recul du temps, annoncé en page de garde, il nous faut constater que les corps soignants et les directions hospitalières se sont retrouvés sous le même joug, celui de soigner une population malade, celle de cette pandémie du Covid 19. Ces soignants, au sens large, ont eu un comportement admirable en faisant face à cette pandémie avec un courage, une efficacité et une humanité hors du commun dans des structures rapidement adaptées aux urgences du moment.

Pourtant en France le politique s'était glissé naguère dans l'organisation du système de santé pour y greffer une absurdité : Le numerus clausus. Les politiques de l'époque avaient imaginé une mesure à leur hauteur de vue ! Un médecin X quand il est consulté par un malade génère Y euros de dépenses. Quand on multiplie X par Y ...on prend immédiatement conscience que le XY augmentant « vertigineusement » pourrait être allégé en diminuant X. Ce qui est absurde puisque on en arrive à augmenter Y qui ne peuvent accéder aux soins ! Il faudrait que l'on puisse nous expliquer pourquoi le premier recalé de cette liste serait moins compétent que le dernier admis. Molière n'aurait pas pu s'empêcher d'ajouter : « Monsieur voici pourquoi votre fille est muette ». Depuis les déserts médicaux se sont multipliés. En France, à la différence de la Grande Bretagne et des États-Unis, les études médicales sont gratuites. Un Service de Santé, d'une durée à étudier, permettrait de rembourser cette « gratuité » en créant un maillage de centres de santé dans ces déserts médicaux. Le sophisme généralisé de notre époque permettra à certains bateleurs de s'y opposer immédiatement. Je n'en donnerai pas la liste mais vous la connaissez déjà dans ce fumier de la désinformation, des fake news, des théories du complot et autres encore, à découvrir à marée basse !



Merci à Xavier Gorce pour son humour laconique !