



HAL
open science

Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie

Michel Caillol

► To cite this version:

Michel Caillol. Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie. Philosophie. Université Paris-Est, 2012. Français. NNT : 2012PEST0040 . tel-00826536

HAL Id: tel-00826536

<https://theses.hal.science/tel-00826536>

Submitted on 27 May 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Thèse de doctorat d'Université Paris-Est

**Philosophie Pratique
(Ethique et Politique)**

Michel CAILLOL

DIEU N'EST PAS CHIRURGIEN

Un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie

Thèse dirigée par Pr Eric FIAT

Soutenue le

Jury :

Dominique FOLSCHEID.
Jean-Robert HARLE.
Pierre LECOZ.
Alain-Charles MASQUELET.

Thèse de doctorat d'Université Paris-Est

**Philosophie Pratique
(Ethique et Politique)**

DIEU N'EST PAS CHIRURGIEN

Un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie

Michel CAILLOL

REMERCIEMENTS

A mes Maîtres en philosophie, Dominique Folscheid et Eric Fiat,

A qui va toute ma gratitude pour nous avoir fait découvrir l'art du questionnement philosophique avec légèreté et élégance, mais toujours avec profondeur, dans une démarche remarquable de rigueur et de pédagogie.

A Jean-Robert Harlé et Pierre Le Coz,

Qui m'ont accueilli à l'Espace Ethique Méditerranéen, et qui me font l'honneur de juger ce travail.

A Alain-Charles Masquelet,

Qui concilie si brillamment la maîtrise de la chirurgie orthopédique avec la finesse d'une réflexion éthique sur cette pratique.

A toute l'Ecole de la Salpêtrière,

En particulier Frédérique Cottrel pour tout son travail de relecture, mais aussi Marie Garrigue-Abgrall et Georges Nauleau.

DEDICACES

A la « chair de ma chair »,

Mathilde, Fanny (et Paul) et Clément.

A Nathalie,

A mon ami Jean-François,

RESUMES

I – Résumé en français

Cf. la quatrième de couverture.

Mots-clés : Chirurgie – Ethique – Sacré – Transgression – Technoscience – Santé

II – Résumé en anglais

Mots-clés : Surgery – Ethic – Holly – Transgression – Technoscience – Health

GOD IS NOT A SURGEON

A journey looking for the sacred path in surgery

At the question what is the difference between God and a surgeon when the latter thinks he is the creator of his patient, we usually answer that God does not think he is a surgeon. However it seems there is a spiritual/religious dimension in the act of surgery, meaning there is a definite link with what is sacred, forbidden, what should never be defiled. If each and every surgeon is a doctor before being anything else, and as a doctor his role being to relieve a human person affected by a disease or a trauma, his way of 'operating' is particular. Despite the imposing help of science-technology, surgery is still a manual activity that is particularly immediate. And above all it is very aggressive, because it causes pain and blood is involved, and transgressive because it allows his representative to 'step in' the human body.

This intervention always happens with a lot of almost religious rituals that certifies the sacredness of the field/subject : the body-person belonging to the operated. Despite the profound influence of the Modernity that particularly for Descartes aims for a completely dissociation between the body and the spirit, a drastic analysis of the surgical practice tends to invalidate this illusion, even though there is a need to objectify the subject to be able to undertake the infringement of opening a human body. The surgeon could never simply be fixing an object or even be a veterinary, because he is

obligated to respect the moral specificity of the human being he is in charge of. More than putting the person back in an arbitrary standard, this duty of aiming for the re-establishment of 'being able to be' in the world of the person operated, makes surgery an ethical act. Because trying to forget that intention by exonerating oneself of this responsibility that goes beyond the simple action, would reduce surgery to a plain manufacturing. But one must be careful of the exaggeration of believing he is God in the wrong way because it might allow the doors of savagery to slowly open.

The transhumanism carrying the question of the contribution of surgery to the wide desire to transform the human being, might takes its source from an insidious savagery. Finding the spiritual nature of the human being is then definitely the starting point to ward off such a drift, keeping the person who is operated and the act of operating sacred.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 11 |
| Que peut-on entendre par sacré ?..... | 17 |
| Sacré divin ou sacré prosaïque ?..... | 18 |
| Le sacré n'est pas univoque..... | 22 |

Première Partie

PETITE APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE L'ACTE

| | |
|-------------------------|-----------|
| CHIRURGICAL..... | 25 |
|-------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| I – Le chirurgien en tant que médecin..... | 26 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| <i>Les premières traces.....</i> | 27 |
| <i>Mythes et herméneutique du réel.....</i> | 29 |
| L'herméneutique du réel (30) | |
| Les mythes(30) | |
| <i>Le développement de la rationalité philosophique.....</i> | 35 |
| Empirisme et dogmatisme (36) | |
| La médecine romaine est grecque (39) | |
| <i>Abandon du mythe, persistance du sacré ?.....</i> | 40 |
| Chirurgie rituelle, chirurgie thérapeutique : des liens persistants ? (42) | |
| L'expérimentation en chirurgie (42) | |
| <i>Médecine doctorale, chirurgie « pratique » ?.....</i> | 44 |
| Barbiers, maître-chirurgiens et médecins : un long conflit riche de significations (44) | |
| Médecine clinique et chirurgie sanglante : le rapport au sang (48) | |
| La question de l'anatomie (49) | |
| <i>Le chirurgien comme un médecin particulier.....</i> | 52 |
| En tant qu'il est médecin (53) | |
| Prendre en charge une personne (54) | |
| –une personne (56) – l'action face à cette personne (61) | |
| Le choix d'intervenir ou non : ne pas faire c'est déjà faire (61) | |
| Le chirurgien est un homme « ordinaire » (67) | |
| Le mode opératoire du chirurgien est particulier (72) | |
| L'immédiateté de son action (72) | |
| Prothèse orthopédique ou implant ? (74) | |
| Les mains du chirurgien (77) | |
| De la main à l'outil et de l'outil à l'instrument (80) | |

| | |
|--|------------|
| II – La chirurgie face à la dialectique de la santé et de la maladie..... | 83 |
| <i>La chirurgie face à la maladie ou au traumatisme.....</i> | 83 |
| La chirurgie est une action (84) | |
| La question du bien à faire ? (86) | |
| <i>La maladie problématique.....</i> | 90 |
| Souffrance ou douleur ? (91) | |
| La fonction ou la vie ? (94) | |
| Au-delà de la fonction (95) | |
| <i>La santé n'existerait-elle pas ?.....</i> | 97 |
| <i>Quid</i> de la chirurgie ? (101) | |
| La question de la chirurgie préventive (101) | |
| A propos d'une prostate (101) | |
| Quand les jambes ne sont plus droites (103) | |
| III – Le patient face à la technique du chirurgien..... | 106 |
| <i>Le patient comme celui qui attend et se confie.....</i> | 107 |
| La question de la confiance (107) | |
| De la confiance à l'impatience (114) | |
| <i>"L'opérateur" ou le chirurgien en tant que technicien.....</i> | 116 |
| La technique chirurgicale comme procédure générale (118). | |
| La prégnance de l'environnement technique en chirurgie (120) | |
| La spécialisation comme conséquence de la technique (127) | |
| <i>Chirurgien du malade, chirurgie de sa pathologie ?.....</i> | 130 |
| | |
| Deuxième Partie | |
| <u>PENSER LE CORPS DE LA CHIRURGIE.....</u> | 135 |

| | |
|--|------------|
| I – Empreintes religieuses, interdits et difficultés à propos du corps..... | 137 |
| <i>Empreintes religieuses : corps hébraïque, corps chrétien.....</i> | 137 |
| Apport hébraïque (138) | |
| Apport chrétien (140) | |
| La rationalité philosophique (141) | |
| <i>Interdits de l'ouverture du corps.....</i> | 143 |
| L'ouverture du cadavre longtemps prohibée(144) | |
| L'ouverture toujours ritualisée (147) | |
| <i>Difficultés de la représentation du corps.....</i> | 149 |
| <i>Difficultés de considérer la vie dans le corps.....</i> | 152 |
| Le fonctionnement de la machine corporelle ramené à son anatomie (152) | |
| Le corps expérimenté (154) | |
| <i>Obsolescence du corps ?.....</i> | 155 |

| | |
|---|------------|
| II – Corps philosophique et corps chirurgical..... | 158 |
| <i>La question du dualisme.....</i> | 161 |
| Le corps platonicien "tombeau de l'âme" (164) | |
| Le corps "moderne" comme une abstraction (165) | |
| Le paradoxe d'un corps-machine <i>inerte</i> (168) | |
| La mathématisation du corps (171) | |
| Les deux substances (172) | |
| La modélisation du corps(173) | |
| Le problème insoluble de l'union âme/corps (177) | |
| <i>Aristote revient, le corps reprend vie !.....</i> | 180 |
| <i>Le corps de la phénoménologie.....</i> | 188 |
| De Descartes à Kant (188) | |
| Le phénomène patient-opéré comme un "donné" (190) | |
| Subjectivité transcendantale du chirurgien (194) | |
| Le patient-opéré n'est pas un simple phénomène (196) | |
| <i>Quelles approches du corps chirurgical ?.....</i> | 198 |
| Le corps anatomique comme apparence pure (198) | |
| Le schéma corporel (202) | |
| La question de la chair (203) | |
| La chair comme manifestation de la spatialité du corps (205) | |
| Le corps comme visée de la chirurgie (208) | |
| Le corps dans la temporalité de l'être (211) | |
| <i>Le corps entre être et avoir.....</i> | 213 |
| | |
| III – L'objectivation du corps..... | 222 |
| <i>Qu'est qu'objectiver ?</i> | 223 |
| <i>L'objectivation est une abstraction.....</i> | 225 |
| <i>Est-il possible d'objectiver un patient ?</i> | 228 |
| <i>Par quel moyen peut-on y parvenir?</i> | 234 |
| <i>« Fausse méprise au bloc opératoire ».....</i> | 237 |
| Le récit (237) | |
| Du comique au tragique (240) | |
| <i>L'objectivation est nécessaire durant l'acte chirurgical.....</i> | 241 |
| <i>L'objectivation permet une action éthique.....</i> | 247 |
| <i>L'objectivation ne doit être qu'un moment de l'action chirurgicale.....</i> | 249 |
| <i>La question de la décision.....</i> | 250 |

Troisième Partie

LA DIMENSION SACREE DE LA CHIRURGIE.....255

I – Comment expliquer le sacré ? 257

- Le sacré comme conséquence du fait social ?.....259*
- L'approche philosophique permet de poser les bonnes questions.....260*
- L'anthropologie philosophique de René Girard éclaire-t-elle le sacré ?.....263*

II – Les traces du sacré en chirurgie266

- La dimension violente de l'acte chirurgical266*
 - La chirurgie est agressive par nature (268)
 - Mais c'est surtout une transgression (271)
- L'interdit du sang274*
 - Il faut se tenir éloigné du sang (276)
 - Le contact du sang est réservé aux incultes (278)
- L'espace et le temps sacrés en chirurgie280*
 - Le lieu de l'acte chirurgical est le bloc (281)
 - Le temps de l'acte chirurgical n'est pas un temps commun (285)
- La symbolique et le rituel.....289*
 - Impureté et hygiène (289)
 - Le sacré et les organes (293)
 - La symbolique autour du sang (299)
 - Symbolique des mots, symbolique des gestes (299)

III – Désacralisation de la chirurgie302

- Qu'est-ce qui pourrait faire qu'un homme est sacré ?.....303*
 - Le patient-opéré a-t-il un être ? (304)
 - Nature essence ou nature naturelle ? (309)
- Il y a-t-il désacralisation de l'homme ?.....312*
 - Les manifestations de cette désacralisation (313)
- A la recherche des fondements de la désacralisation.....318*
 - L'influence grecque (319)
 - Le tournant subjectiviste de la Modernité (321)
- Les conséquences de la désacralisation.....324*
 - L'idolâtrie (324)
 - Désymbolisation (326)
 - L'opéré sans nom (327)
 - La perte de toute hiérarchie (328)
 - La désymbolisation, facteur d'accroissement de la techno-science (330)
 - De la démesure à la barbarie (331)

De la désacralisation à la transformation de l'homme.....335
Des moyens chirurgicaux de la transformation (335)
Quelles transformations ? Ou les limites de la chirurgicalité (336)
La notion de progrès est-elle relative ? (342)
Transhumanisme et chirurgie.....345
Les effets induits par le transhumanisme (348)

CONCLUSION.....352

L'action chirurgicale est spécifique.....353
Les critiques qu'amènent cette spécificité.....355
La chirurgie est concernée par la dimension *spirituelle* de l'homme.....358



BIBLIOGRAPHIE.....360
FILMOGRAPHIE, PEINTURES.....372
INDEX.....374



INTRODUCTION

On dit souvent que la pratique de la chirurgie ferait courir au chirurgien le risque de se prendre pour Dieu, ce à quoi l'on répond en plaisantant, que Dieu, lui, ne se prend pas pour un chirurgien ! C'est la réponse à la boutade qui circule au bloc : « Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? », boutade qui est moins superficielle qu'il n'y paraît. Car dire que Dieu ne « se prend pas », c'est déjà le considérer comme transcendance absolue – il n'a pas à « se prendre », puisqu'il est *Dieu* – et signifier qu'il n'est pas chirurgien – il ne le peut pas puisqu'il ne saurait y avoir d'objet à son action : il *est* l'action – c'est en réalité insister sur deux aspects fondamentaux de la chirurgie. D'abord celui du rôle que le chirurgien pourrait chercher à se donner – le *rôle* de Dieu – mais sans jamais pouvoir y parvenir. Ensuite celui de l'intrication que la chirurgie semble avoir avec le *sacré*.

Lorsque Jean-Paul Sartre consacre quelques pages au *rôle* que prend un garçon de café pour être garçon de café, il montre que, quoiqu'il puisse faire, le garçon de café ne peut être qu'un homme libre qui se *prend* pour un garçon de café – sans vraiment croire qu'il puisse jamais l'être.

« Considérons ce garçon de café [...]. Toute sa conduite nous semble un jeu. [...] ; il joue, il s'amuse, mais à quoi donc joue-t-il ? Il ne faut pas l'observer longtemps pour s'en rendre compte : il *joue à être* garçon de café [...]. Le garçon de café joue avec sa condition pour la réaliser [...]. (II) ne peut *que* jouer à l'être [...]. (II) ne peut l'être que sur le *mode neutralisé*, comme l'acteur est Hamlet, en (se) visant comme garçon de café *imaginaire*... »¹.

¹ Jean-Paul Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, « Tel », 1976, p. 94 -95. C'est nous qui soulignons.

Le chirurgien de même, son statut et son acte le pousseraient-ils à se prendre pour Dieu, il ne pourrait l'être qu'en représentation, en se visant *comme* Dieu, que de manière *imaginaire* et sur le *mode neutralisé*. Comme s'il y avait une impossibilité « ontologique » pour un chirurgien à se prendre pour Dieu, d'autant qu'il ne pourrait au mieux n'en être qu'à l'*image*. Cette illusion de toute-puissance divine ne lui cacherait-elle pas la spécificité de son action qu'il pourrait alors banaliser ?

D'autant que le deuxième aspect qui apparaît lorsqu'on questionne sur la chirurgie – et il est nécessairement lié au premier – semble bien être celui de son intrication avec le *sacré*. Dans chacun des aspects de cette activité nous allons patiemment en rechercher des traces. Or le sacré, et donc ses traces, peut correspondre à des choses si différentes qu'il conviendra au préalable d'essayer d'en comprendre clairement la notion. D'autant que si l'on reproche au chirurgien de se prendre pour Dieu – c'est-à-dire de se prétendre d'une puissance hors de toute *limite* – n'est-ce pas relier le sacré à la divinité ?

Pour tâcher de répondre le plus clairement possible à ces questions, nous avons divisé notre étude en trois parties : une approche phénoménologique de l'acte chirurgical, puis une réflexion sur le corps et enfin la mise en évidence de la dimension sacrée de la chirurgie.

La première partie vise à décrire la manière dont se dévoile concrètement un acte chirurgical : une « opération » qui est inter-vention. Il ne servirait en effet à rien de spéculer sur la chirurgie sans chercher à éclairer ce qui se passe lorsqu'un chirurgien intervient sur un autre homme. Ce pourrait être comme une petite « phénoménologie de l'acte chirurgical ». La phénoménologie a introduit en philosophie le principe de la *réduction*. Ce qui consiste en quelque sorte à laisser venir à notre conscience ce qui apparaît de l'objet que l'on observe, en se dégageant de tout préjugé, de toute idée préconçue, de toute représentation *a priori*. Et si nous y parvenions, peut-être pourrions-nous alors découvrir les traces de sacré dont nous avons l'intuition qu'elles se trouvent nécessairement dans l'acte chirurgical.

Il nous faudra au préalable éclairer la distinction qu'il convient de faire entre la *chirurgie* et le *chirurgien*. La chirurgie en effet n'est d'abord qu'un des moyens –

particulièrement spécifique – à la disposition de la médecine pour soigner une personne humaine. Elle participe donc de cette « *re-médiation* » qui vise à restaurer la santé, santé dont il conviendra en outre de préciser la nature. Car là aussi, le mythe d'une santé parfaite a beaucoup à voir avec la sacralité, mais dans sa négativité puisqu'il s'agit d'une idolâtrie. Par ailleurs si la raison d'être de la chirurgie est bien de soigner, elle est par nature généralement *sanglante* ce qui la distingue, dès l'origine, d'une médecine purement clinique. Et comment ne pas déjà entrevoir ici – dans le sang – un premier caractère sacré ?

Si, d'autre part, nous observons un acte chirurgical, il nous faut d'évidence admettre qu'il concerne d'abord son agent, le chirurgien, mais surtout son patient, un autre homme. Ce sera une première grande constatation, moins simpliste qu'il n'y paraît, car l'oubli que la chirurgie s'adresse d'abord et avant tout à une personne humaine pourrait la faire croire plus technique et scientifique qu'elle ne l'est réellement. D'autant que le patient, qui dans l'histoire a toujours longtemps subi, et sa maladie, et son médecin, quand bien même il deviendrait plus autonome, va nécessairement donner sa confiance à celui-ci. Or il y a dans la confiance, dans ce « croire avec », en même temps de la foi et de l'espérance. C'est-à-dire une certaine dimension irrationnelle, comme l'intuition qu'il y a bien « autre chose » entre l'opéré et l'opérateur, qu'une simple relation contractuelle. Or qu'est-ce à dire, sinon que de retrouver une transcendance, c'est-à-dire une dimension quasi sacrée ?

Mais si le chirurgien est d'abord un médecin, sa manière d'exercer l'art qu'est la médecine est encore très spécifique : son action est immédiate et, pour l'essentiel, elle se fait avec ses mains. La technicisation de plus en plus grande et de plus en plus rapide de l'acte chirurgical aurait tendance à éloigner les mains du chirurgien du corps de son opéré, mais à l'extrémité de l'outil, fût-il informatique, on les retrouve encore. Pour autant nous constaterons qu'il doit bien être encore un technicien. La chirurgie en effet est la partie la plus technique de la médecine, or la prégnance du système technoscientifique à notre époque rend délicates la maîtrise et l'utilisation réellement libres de cette technique. De la même manière que la confiance que lui donne son opéré, « obligera » le chirurgien à prendre conscience de l'humanité de celui-ci – obligation qui est morale –, de la même manière la prégnance de l'appareil technoscientifique au service de la chirurgie contemporaine pourrait donner l'illusion à celui-là de n'opérer qu'un corps organique, voire un objet. Le chirurgien risquerait alors d'être instrumentalisé par la technicité de plus en plus grande de ses instruments. De ce fait il

pourrait, ici encore, se prendre pour Dieu. Descartes préciserait pourtant « comme » Dieu, soulignant l'illusion d'une telle prétention.

Cette première partie nous amènera tout naturellement à la seconde, où nous nous questionnerons précisément sur le corps et sur la corporéité, puisque d'évidence aucun chirurgien ne pourrait opérer s'il n'y avait de corps. Le corps a toujours fait l'objet dans la philosophie d'une profonde interrogation, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, avec une réponse lourde de conséquences induite par la rupture épistémologique majeure qu'a représenté la Modernité. Aussi convient-il de critiquer cette mathématisation de la nature qu'elle a induite, au sens de « mettre en crise » et non pour la récuser dans un anti-scientifisme primaire. Car il faut insister à nouveau sur l'unité essentielle de l'homme et de son corps en se débarrassant de toute approche, purement anatomique d'abord, mécaniste ensuite. La réflexion phénoménologique, développée en particulier au siècle dernier, lorsqu'elle est appliquée à la question du corps chirurgical, nous permettra de distinguer le corps *du* chirurgien de celui *pour* le chirurgien. Nous montrerons ainsi qu'il est nécessaire, en chirurgie encore plus qu'ailleurs en médecine, d'objectiver le corps du patient sans jamais perdre de vue cependant que toute objectivation d'une personne humaine ne peut être qu'abstraction intellectuelle, ce qui la distingue de la simple réduction phénoménologique. Faute sinon de dénier à cette personne humaine le moindre caractère sacré. Il nous faudra là encore approfondir ce mécanisme d'objectivation et montrer qu'il est indissociable de l'éthique dans le sens de la liberté qui fait du chirurgien, comme de tout être humain, un être moral.

A partir de ces deux réflexions initiales, nous tâcherons de mettre en évidence la dimension nécessairement sacrée de la chirurgie. Car si le champ de la médecine en général semble être le corps d'un autre homme, la particularité de la chirurgie réside en ce qu'il va pouvoir être ouvert, ce qui correspond tout à la fois à une agression et à une transgression. L'agressivité de l'acte chirurgical s'observe simplement du fait qu'il est douloureux par nature et qu'il fait régulièrement couler du sang : on parle bien de chirurgie « sanglante ». La transgression qui apparaît encore dans ce geste est, quant à elle, liée au fait qu'il s'agit d'intervenir sur un corps *humain*, c'est-à-dire celui d'une personne. Le Code civil énonce clairement en effet que « nul ne peut porter atteinte à l'intégrité physique d'une autre personne ». Il nous faudra donc approfondir cette évidence et en repérer les exceptions. Mais comment là, déjà, ne pas reconnaître

l’empreinte du sacré dans le long et constant interdit de la dissection du cadavre, comme dans celui de l’ouverture du corps vivant ? D’autant qu’ici les deux approches de la sacralité s’entremêlent : est-ce la vie en général, l’être vivant ou l’homme qui est sacré ? Et ne peut-on pas retrouver en outre la dimension sacrificielle qui transparait si souvent ? Le questionnement actuel à propos des greffes, en particulier lorsque le donneur est vivant, en est une criante illustration. Lorsque le chirurgien prélève un organe sain chez un patient indemne de toute maladie, au risque de l’handicaper, voire de le perdre – de le *sacrifier* – au profit d’un autre, peut-il ne pas ressentir cette dimension sacrificielle où il jouerait le rôle du prêtre ?

Depuis la symbolique de l’acte chirurgical, toute empreinte de religiosité, en effet, jusqu’à cet autre interdit que représente l’écoulement du sang, et devant la dimension intrinsèquement violente de cet acte lui-même, nous chercherons à démasquer ainsi les autres traces du sacré que représente le sacrifice, nous appuyant pour cela sur le cheminement de René Girard. Nous tâcherons de montrer que l’on retrouve en chirurgie un temps et un espace sacrés et que rites et sacrifices y sont beaucoup plus présents que ce que l’on pourrait imaginer.

Retrouver en chirurgie les traces du sacré nous permettra d’entrevoir les limites de l’action chirurgicale : depuis son utilisation dans un cadre strictement médical, jusqu’à la porte qu’elle permet d’ouvrir sur l’extra-médicalité, de par la volonté de puissance qu’elle véhicule. Et avec Ivan Karamazov, le chirurgien de suppurer : si l’être de l’homme ne veut plus rien dire et si son corps peut être chosifié, alors c’est que je suis Dieu !

Car, s’il semble peu discutable d’observer qu’on assiste à une désacralisation de toute la société, on ne peut éluder la question du risque que l’oubli du caractère sacré de la chirurgie pourrait faire courir à la personne humaine. En effet, nécessairement, devant les possibilités de transformation de la nature de l’homme que permet l’apport des progrès techno-scientifiques, entre autres à la chirurgie, on ne peut plus faire l’impasse sur la triple question : « Quel est cet homme que l’on voudrait transformer ? », « Quel est l’évaluateur qui détiendrait la légitimité de cette transformation ? » et « A partir de quelles vérités sur l’homme pourrait-on impunément l’envisager ? ». Or dire que Dieu n’est pas chirurgien (en faisant abstraction de toute croyance religieuse) ne signifie-t-il pas que la nature de l’homme, la vérité de son être, est bien plus que sa stricte condition ? Ce sera là un des thèmes de notre troisième partie.

Au terme de ce cheminement et bien qu'on ne puisse parler de « terme » devant un questionnement qui ramène à la question de l'être, nous essaierons d'approcher l'essence de la chirurgie, de cette action qui semble bien être une *poiésis*, mais sans fabriquer aucun objet, en même temps qu'une *praxis* au sens d'Aristote puisqu'il appartient au chirurgien, seul, de faire véritablement de la chirurgie. Celle-ci en effet, art d'exécution, et pourtant art créateur aussi, déterminée par de nombreuses contingences, ne convoque-telle pas la liberté ?

Nous nous poserons la question de cette liberté, en essayant, par une pirouette de la pensée, plus modestement que Hegel cherchant à penser la pensée de Dieu, de nous imaginer ce que Dieu lui-même ferait s'il était chirurgien. Par nature, il ne pourrait sans doute pas « désacraliser » sa créature qu'il a dotée d'une liberté, lui *donnant* le choix de continuer de s'humaniser ou au contraire de nier son humanité. Cette liberté semble bien sacrée, en tant qu'elle est le seul recours contre la barbarie. N'y-aurait-il donc pas contradiction pour notre chirurgien, de se prendre pour Dieu, lorsqu'il cède à la tentation de toute-puissance ? Car Dieu, lui, rend l'homme sacré, ce que nous tâcherons de retrouver et ce qui éclairera tout notre questionnement. Et comme tout objet sacré, il ne saurait être profané, sauf à transgresser. Or par essence Dieu, qui n'a pas nos limites, ne saurait transgresser quoi que ce soit.

Tout au long de ce travail nous nous appuierons sur des exemples et des vécus « chirurgicaux », tous véridiques et tous tirés d'une expérience de pratique de la chirurgie orthopédique pendant presque trente ans. Cette partie de la chirurgie présente quelques spécificités que nous aborderons, en particulier d'être essentiellement une chirurgie fonctionnelle, c'est-à-dire avec un rapport lointain avec la mort – encore que par nature la chirurgie puisse toujours être mortelle. Mais cela ne limite en rien la portée de notre réflexion puisque l'on pourra très facilement, à partir de ce témoignage spécifique, extrapoler sur l'ensemble de l'agir chirurgical en général, voire même de l'agir de l'homme.

Il nous faudra sans cesse rester vigilant pour éviter de tomber dans le piège grossier de la moralisation. Car si notre réflexion se revendique morale, elle ne saurait pour autant être moralisatrice. Nous n'avons aucune prétention à décréter ce que le chirurgien doit ou non faire. Nous chercherons seulement à dévoiler la dimension

nécessairement sacrée de cet acte et de son objet : « expliquer plus, c'est comprendre mieux », comme l'écrit Paul Ricœur². Libre alors à l'homme-chirurgien et par devers lui à notre société commune, d'en tirer les conclusions qui semblent s'imposer.

Mais au préalable il paraît indispensable, pour une plus grande clarté de notre travail, d'envisager ce que l'on peut entendre par sacré et les liens qu'il pourrait y avoir entre le sacré et le divin.

*

* *

Que peut-on entendre par sacré ?

Le mot sacré provient du latin *sacer* (lui-même du radical *sak*) qui traduit une notion de séparation entre deux domaines : ce qui est sacré c'est ce qui est séparé et supérieur car en général « consacré », comme rendu « inviolable ». C'est ce qui est transcendant et indisponible. C'est-à-dire qu'en même temps qu'il est sacré, l'objet sacré pose un interdit. Or poser un interdit c'est, comme nous le dit Eric Fiat³, poser la tentation de le transgresser. Le sacré porte donc en lui les germes de sa profanation. C'est encore dire que tout ce qui est sacré est en danger puisque le sacré, seul, peut être profané. S'il y avait donc du sacré en chirurgie, où se cacherait-il et en quoi consisterait sa profanation ?

Le sacré se nicherait-il dans le chirurgien lui-même ? Dans toutes les religions ce sont en général les « prêtres » – *sacerdos*⁴ – qui, s'ils ne sont pas toujours aussi purs que ce qu'il faudrait, peuvent manipuler des choses sacrées, et sont donc respectés. Le latin a d'ailleurs donné *sanctus* (saint, ou « sain ») qui qualifie certains hommes considérés à

² Paul Ricœur, « Expliquer et comprendre », in *Revue philosophique de Louvain*, 1977, vol. 75, N° 25, p. 126-147. Repris par Jean Greisch, « Philosophie et mystique », *Encyclopédie Philosophique Universelle*, Paris, PUF, 2000, vol. I, p. 28.

³ Eric Fiat, *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*, Paris, Larousse, 2010, p. 16-17.

⁴ Le terme « consacré » provient du latin *sancire* – « rendre *sak* » – ce qui signifie que le *sacerdos* (le prêtre) « donne aux choses leur essence et leur place primordiale dans l'ordre du cosmos, en reliant les hommes aux dieux » (Jean-François Mattéi, *Ethique et religion*, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, « Thémis philosophie », 1997, p. 44).

part des autres qui, du fait de leur pureté, sont aptes au service du dieu. D'autant qu'en grec, saint se dit *hagios* et signifie encore que l'homme prend de la distance et s'oriente vers « autre chose que lui-même »⁵. Serait-ce qu'il y aurait un lien évident entre le sacré et le divin ?

Les choses interdites sont sacrées parce qu'elles sont *consacrées* à la divinité et d'autre part, en effet, seuls les prêtres ont le droit de transgresser l'interdit de les manipuler. Si l'on peut faire ici une première analogie, intuitive, entre le prêtre et le chirurgien, encore faudrait-il la fonder. Quel serait l'objet de cet interdit ? Et en quoi le droit de manipuler un interdit lierait-il le chirurgien à la divinité, au point qu'il pourrait se prendre pour elle ?

Serait-ce le corps de son opéré qui serait sacré pour le chirurgien ? Dans toutes les sociétés le corps humain en effet a été très longtemps réputé inviolable – *interdit* –, et seuls quelques-uns parmi les hommes avaient le droit de transgresser cet interdit, dont le chirurgien qui peut y *inter-venir*, c'est-à-dire l'ouvrir. Il nous faudra donc approfondir cette notion du corps de l'homme et chercher à savoir comment il peut receler un caractère sacré. Mais notons au passage qu'un prêtre n'est jamais qu'un *intermédiaire* entre les hommes et la divinité, jamais la divinité elle-même. Le chirurgien, grisé par son statut et le pouvoir qu'il lui confère d'ouvrir le corps d'autrui, ne serait-il pas tenté, s'il s'avérait qu'il y avait là un environnement sacré, plutôt que d'en être un simple officiant, de chercher à se prendre pour Dieu lui-même ?

Quant au lien qui pourrait exister entre le chirurgien-prêtre et la divinité, il y a ici deux approches différentes : soit le sacré, nécessairement religieux, est la manifestation d'une transcendance ; soit sa présence, non contestable, n'est qu'une construction humaine sans rapport avec une quelconque divinité.

Sacré divin ou sacré prosaïque ?

A première vue le sacré, par sa transcendance, évoque *a priori* le religieux et la divinité. « Par le sacré l'homme surmonte sa solitude et son errance au sein de l'univers » nous dit André Dumas⁶. C'est ce que Lacan avait appelé « une raison dans le

⁵Jean-François Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in, C. Hervé, J. Rosenberg (dir.), *Vers la fin de l'homme*, Bruxelles, Ed. De Boeck, 2006, p. 207.

⁶ André Dumas, « Approche phénoménologique et théologique », in *Le sacré*, Paris, *Encyclopédia Universalis*, 1990, p. 459.

réel » : l'homme naît inachevé ; il se caractérise donc par un manque de nature, ce qui l'obligerait à créer, grâce au discours, des êtres surnaturels, pour survivre⁷. Comme si la prise de conscience par l'homme de sa condition fragile et mortelle lui rendait nécessaire de la dépasser. Le sacré serait alors vécu comme une communication avec la divinité. Il est « la forme fondamentale de la religion, comme la transcendance est celle de la philosophie », rajoute Jean-François Mattéi⁸. Le chirurgien dans ce contexte, s'il refusait toute sacralité au corps de son opéré et au geste d'y intervenir, risquerait de perdre tout repère et, n'ayant plus aucun « point d'appui », pourrait agir en dehors de tout *sens*. Cette conception du sacré et de ses rapports avec le religieux, se rapproche de celle d'*élan vital* développée par Henri Bergson, lorsqu'il soutient que l'intelligence humaine aboutit à une sorte de « néantisation » dont les animaux, seulement régis par l'instinct et inconscients de leur mortalité, seraient préservés. « La raison humiliée contemple le spectacle des manifestations étranges et paradoxales de l'élan vital dans le terrain de l'histoire religieuse de l'humanité ». La religion – le phénomène religieux – serait une « réaction défensive de la nature contre le pouvoir dissolvant de l'intelligence et l'inévitabilité de la mort »⁹. Il y aurait alors une certaine religiosité dans la chirurgie, liée au fait qu'elle semble toucher à ce qu'il y a de plus profond chez l'homme : son corps lorsque il est visé par la maladie ou le traumatisme.

Mais pour autant ces explications rationalistes – encore que Bergson, comme Mattéi dépassent la seule et simple rationalité, comprise comme « cartésienne » – ne semblent laisser aucune place au « *ganz andere* » de Rudolf Otto¹⁰, c'est-à-dire à ce qui se manifeste sans que l'on puisse trouver d'explications. Peut-être faudrait-il alors envisager, à propos du sacré, ce que Mircea Eliade appelle « hiérophanie » ?

« L'homme prend connaissance du sacré parce que celui-ci se *manifeste*, se montre comme quelque chose de *tout à fait différent* du profane »¹¹.

Or quand nous partons à la recherche des traces de sacré, et dans l'acte d'intervenir, et dans le corps-être sur lequel le chirurgien intervient, ne retrouverons-nous pas cette manifestation du « tout autre » sur laquelle il nous faudra insister ? L'opération

⁷ Dany-Robert Dufour, Une voie royale pour l'exploration du sacré : la *Hiflosigkeit* de Freud, in Marie Balmay (dir.), *Le sacré, cet obscur objet du désir ?*, Paris, Albin Michel, 2009, p. 131.

⁸ Jean-François Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in *Vers la fin de l'homme*, op. cit., p. 210.

⁹ Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF, 1948, p. 74 et 80.

¹⁰ Rudolf Otto, *Das Heilige*, 1917.

¹¹ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, Paris, Gallimard, « Folio-essais », 2009, p. 17. C'est nous qui soulignons.

chirurgicale, dans ce qu'elle véhicule et dans ce qu'elle autorise, n'est-elle pas un acte « tout autre » que le démontage d'un carburateur et le corps humain de la personne opérée n'apparaît-il pas « tout autre » que le moteur de la voiture ? Mais alors comment cela se fait-il ? Quel est ce « tout autre » et est-il nécessairement lié à la divinité ? Est-ce dans le fond ce corps qu'il va ouvrir, qui rapproche à ce point notre chirurgien d'un Dieu qu'il pourrait chercher à être ?

C'est encore demander s'il n'y a du sacré qu'à propos du divin. Non, nous dit Régis Debray qui sépare fermement le sacré du divin – « comme si chaque époque ne faisait pas du sacré avec du prosaïque » – et qui considère que le sacré correspond à « ce qui légitime le sacrifice et interdit le sacrilège »¹². N'y a-t-il pas en chirurgie en effet, comme une interdiction du sacrilège – on ne doit pas faire n'importe quoi sur un corps humain – en même temps qu'une légitimation du sacrifice – il faut y intervenir, sans certitude absolue de bienfaisance (et parfois même – comme lors des prélèvements pour greffes – pour le bien d'un autre) ?

Il semble pourtant bien difficile de vider le sacré de toute dimension religieuse, comme si l'on ne pouvait que le décréter. Ne serait-il pas arbitraire, en effet, de poser, pour un chirurgien, que le corps de son opéré comme l'acte de « l'opérer » seraient sacrés, sans aucune référence à quelque valeur extérieure à l'homme, sans aucune transcendance ? Comment alors résister à la contestation de cette prétendue sacralité et ne pas décréter de la même manière qu'il ne saurait y avoir un quelconque interdit à propos de chirurgie ?

La question, comme la réponse qu'on pourrait en donner, ne sont pas simples. Mais tout au long de notre recherche, force nous a été de constater que la chirurgie – comme *action* sur le corps d'une personne humaine, dont l'aboutissement semble être l'*acte* d'y intervenir – est imprégnée de religiosité et qu'il semblerait bien étrange pour ne pas dire absurde de séparer cette dimension religieuse de tout caractère sacré.

Jean-Pierre Dupuy va d'ailleurs plus loin, qui pense que science de l'homme et science du religieux ne font qu'un et que « pour savoir qui est l'homme, il faut impérativement comprendre pourquoi – si c'est le cas – il a inventé Dieu »¹³. Car soit Dieu existe, il est transcendance et extériorité absolue, et la légitimité du sacré ne se pose plus : l'homme, comme son corps avec lequel il ne fait qu'un, étant créature de

¹² Régis Debray, *La jeunesse du sacré*, Paris, Gallimard, Hors série « connaissance », 2012, 4^e de couverture.

¹³ Jean-Pierre Dupuy, *La marque du sacré*, Paris, Carnets nord, 2009, p. 7.

Dieu, il est derechef sacré. Soit Dieu n'est qu'invention, une « auto-extériorisation » à la manière de Feuerbach, mais alors comment et pourquoi les hommes auraient-ils besoin de cette auto-extériorité, de cette puissance extérieure à eux mais dont ils seraient les inventeurs ? Dans le fond cela revient pour nous à questionner sur la justification de la sacralité prétendue du corps humain. Soit il l'est, et faudrait-il alors la rendre pertinente, que Dieu existe ou non ; soit il ne l'est pas et « tout est permis ». Dans *L'essence du christianisme*, Feuerbach¹⁴ cherche à comprendre par quel processus l'homme poserait hors de lui un être transcendant, Dieu, dans lequel il aliènerait nombre de ses propres qualités. Mais que Dieu existe ou non, ce processus consiste en « religion » qui, de fait, loin d'être réduite à une croyance désuète, est au contraire intrinsèque à l'homme : « La religion repose sur la différence essentielle de l'homme et de l'animal »¹⁵. Penser un Dieu extérieur à l'homme, ce serait alors comme une extériorisation du Soi¹⁶ dans un transcendant, tout en refusant d'admettre la part divine – au sens purement religieux et non théologique – de l'homme.

« On ne trouve donc rien en Dieu qui ne serait dans la personnalité finie ; on trouve en Dieu la même chose, le même contenu qu'en l'homme »¹⁷.

Ce qui pourrait signifier au moins que la sacralité de la personne humaine à travers son corps serait « ontologiquement » posée. Ce n'est plus par référence à un Dieu transcendant – ce qui reviendrait à objectiver la subjectivité dans une transcendance –, mais parce qu'il y a en *l'homme même* une sacralité essentielle, chercherait-il à l'extérioriser dans une religion devenant alors théologie. A l'instar de Kant qui fonde la dignité de l'homme, en dehors de toute religion, sur la seule raison, Feuerbach fonde le caractère sacré de l'homme sur l'indéniable fait du phénomène religieux, mais qu'il sépare et différencie de toute religion dogmatique.

« C'est seulement chez Kant et Fichte, où, pour son salut et le salut de l'humanité, la philosophie se saisit en son autonomie, *indépendamment de la théologie*, ce fut seulement chez eux, que l'Idée éthique parvint à l'existence en sa pureté et sa clarté »¹⁸.

¹⁴ Ludwig Feuerbach, *L'essence du christianisme*, Paris, Gallimard, « Tel », 2011.

¹⁵ *Ibid.*, p. 117. Certes cette différence apparaît peut-être moins intangible qu'auparavant et une philosophe comme Elisabeth de Fontenay y met quelques bémols. Elle écrit cependant : « l'anthropomorphisme et généralement l'humanisme des bêtes constitue un puissant antidote à l'anthropocentrisme et au mauvais humanisme qu'il induit » (cf. E. de Fontenay, *Le silence des bêtes, la philosophie à l'épreuve de l'animalité*, Paris, Fayard, 1998).

¹⁶ « La conscience de Dieu est la conscience de soi de l'homme » (L. Feuerbach, *L'essence du christianisme*, *op. cit.*, p. 129).

¹⁷ Ludwig Feuerbach, *Pensées sur la mort et l'immortalité* (1830), Paris, Cerf, 1991, p. 55-56.

¹⁸ Ludwig Feuerbach, *Pierre Bayle*, Berlin, Akademie Verlag, 1967, tome V, p. 210. Cité par Anne Durand, « Ludwig Feuerbach : la religion de l'Homme », *Trajectoires*, (en ligne). C'est nous qui soulignons.

Cependant, si la moralité kantienne n'est pas religieuse, le sacré chez Kant reste *un fait* et non un produit. Tandis que Feuerbach considère que le sacré n'est donc rien d'autre que *le produit* d'une sacralisation. Remarquons encore que pour le philosophe de Königsberg, c'est le sacré qui impose le respect : un être sacré sera nécessairement respectable. N'est-ce pas là une notion fondamentale pour un chirurgien ?

Puisque nous disons, enfin, qu'il peut arriver au chirurgien de se prendre pour Dieu, alors que Dieu n'est pas chirurgien, il nous faudra donc clarifier la notion de Dieu et du phénomène religieux, qui seraient comme la condition de possibilité du sacré, faute de ne pas parvenir à établir l'obligation pour un chirurgien de respecter « absolument » le corps sur lequel il va intervenir.

Pour autant le sacré n'est pas univoque, qui présente plusieurs facettes.

Le sacré n'est pas univoque

Il existe déjà une ambivalence dans la notion de sacré. Comme l'écrit Mircea Eliade : « l'ambivalence du sacré n'est pas seulement d'ordre psychologique (en ce qu'il attire ou repousse), mais aussi de l'ordre des valeurs ; le sacré est en même temps *sacré* et *souillé* »¹⁹. Cette affirmation apparemment paradoxale peut être nuancée, comme le pense Mary Douglas en ce qu'elle signifie que l'interdit peut protéger la divinité de sa profanation, mais aussi le profane contre « les dangereuses intrusions divines »²⁰. Le mot latin *sacer* signifie d'ailleurs autant sacré que maudit²¹.

Si nous transposons cela à la chirurgie, nous allons y découvrir de nombreuses régions où le sacré semble se manifester. D'abord de l'interdiction de l'ouverture du corps de l'homme, constante dans l'histoire et qui perdure, même atténuée, de nos jours. Personne en effet, n'accepterait que dissections ou autopsies ne soient pas effectuées dans des conditions « décentes » et personne non plus ne considère qu'une intervention chirurgicale est « banale ». Cette interdiction ne pourrait-elle pas confirmer que ce corps est sacré ? Le chirurgien lui-même qui peut, seul, transgresser cette interdiction n'est-il

¹⁹ Mircea Eliade, *Mythes, rêves et mystères* (1959), Paris, Gallimard, « Essais », 1972, p. 14-15.

²⁰ Mary Douglas, *De la souillure, essai sur les notions de pollution et de tabou* (1967), Paris, La découverte, « Poche », 2001, p. 30.

²¹ La racine *k-d-ch* en hébreu est également fondée sur l'idée de séparation ce qui souligne les difficultés de sa traduction : *saint* ou *à part* (Mary Douglas, *ibid.*, p. 30).

pas derechef « sacré », au sens latin du terme *sanctus* ? D'où sa tentation de se prendre pour Dieu. Pourtant il peut aussi être maudit comme le corps sur lequel il a le droit d'intervenir. Le malaise ressenti par de nombreux chirurgiens devant ce qu'ils appellent la « judiciarisation » de leur activité en est un témoignage patent²². Ensuite, la distinction entre sacré et souillé est moins rigide qu'il n'y paraît. L'abdomen qu'aborde le chirurgien viscéral est en même temps sacré, en tant qu'il est le ventre d'un être humain, mais aussi souillé : les matières fécales qui subsistent dans l'intestin, fût-il bien préparé, ou le pus qui entoure l'appendice infecté sont des souillures manifestes. Tout sacré qu'il est, le corps est donc toujours « souillé », d'autant qu'il est en outre voué à la corruption lorsque la vie l'a quitté²³.

Mais il y a encore deux manières d'aborder la notion de sacralité elle-même qu'il sera nécessaire d'explicitier.

La première, la plus importante puisqu'elle concerne la personne humaine en particulier, *celle-ci* sur laquelle va intervenir le chirurgien, semble être une sacralité au sens d'un extérieur, d'un en-dehors, comme d'une transcendance. Elle fait apparaître l'acte chirurgical et celui qui l'exécute comme supérieurs à cet acte lui-même et à son exécutant. C'est considérer qu'il y a indéniablement du sacré, à la fois dans le fait d'intervenir sur le corps d'une autre personne humaine, mais encore dans la fonction du chirurgien qui agit sur ce corps. Nous pourrions dire de cette première sacralité, qu'elle semble faire intrinsèquement partie de l'action chirurgicale elle-même.

La seconde est celle qu'évoque René Girard²⁴ à propos du rite sacrificiel où l'on sacrifie une victime innocente – le bouc émissaire – pour contenir la violence inhérente à toute collectivité humaine. Dans cette théorie, la victime n'est pas coupable et sa sacralisation ne représente qu'une parade pour éviter d'assimiler son soi-disant sacrifice à un meurtre. Or il semble bien, en effet, que la chirurgie n'échappe pas à la dimension sacrificielle. Ne serait-ce que par l'expérience qu'il faut acquérir pour bien opérer. Mais peut-être encore dans la religiosité même de l'acte d'opérer, comme dans les apports des

²² Il ne s'agit pourtant que d'un ressenti, et non de la réalité : le président du syndicat des assureurs en responsabilité civile – financier plus que philanthrope – observait que plus de 90% des procédures n'auraient pas eu lieu s'il y avait eu une meilleure communication entre le chirurgien et son patient (Colloque IEP- Sciences-Po Paris, « Gestion et Politiques de santé », mars 2009).

²³ Le risque ici, demeurant fixé dans un dualisme réducteur, serait de reporter la nécessaire sacralité du corps humain à la « vie » humaine et, en conséquence, de chercher à la préserver ou à la prolonger, dans un déni de notre condition d'êtres mortels.

²⁴ René Girard, *La violence et le sacré*, Paris, Hachette « Pluriels », 1998.

rites religieux à propos du corps, à la technique chirurgicale. Cette proximité du soin avec le sacrifice dépasse la chirurgie : il n'est que de constater, entre autres, les nombreuses traces de sacrifices visant à éloigner la maladie, régulièrement observées dans toutes les sociétés humaines.

Nous verrons que ces deux approches du sacré semblent inextricablement liées lorsqu'on questionne sur la chirurgie et sur le chirurgien. Pourtant la sacralité de l'action du chirurgien, dont nous allons nous efforcer d'en retrouver toutes les traces, semble aujourd'hui bien cachée, enfouie qu'elle est sous des strates de conventions et d'habitudes, ou encore méprisée lorsqu'on tente de l'évoquer, voire rapportée de façon souvent un peu dédaigneuse aux vieilles croyances des débuts de l'humanité dont il faudrait se libérer. Comme si, aujourd'hui, il fallait « désacraliser » l'acte d'opérer, le malade et le chirurgien, et que discourir de la chirurgie ne devrait plus s'encombrer de mythologies dépassées. On cherche à banaliser quelque chose qui ne peut l'être et, fort de cette supposée banalisation qui permet d'avoir une « bonne conscience », on se débarrasse de tout ce qui pourrait encombrer, et le geste, et l'opérateur, afin de laisser libre cours à un désir non contrôlé. Quant à la dimension sacrificielle de la chirurgie, au vu des nombreuses traces que nous en avons retrouvées, ne conviendrait-il pas d'en être conscient, plutôt que de chercher à la nier ?

Il semble bien en effet que les choses ne soient pas aussi simples qu'on puisse d'un revers de main balayer tout ce questionnement. Nous voudrions montrer que, précisément, c'est peut-être l'oubli du caractère sacré de la chirurgie – ce qui correspond d'une certaine manière à « l'oubli de l'être » dont parle Heidegger – qui risque d'aboutir à ses pires dérives. Car s'il n'y a plus d'être et que tout se vaut, alors, comme le dénonçait Nietzsche, c'est que plus rien ne vaut, pas plus l'être que le corps de l'homme ou qu'un acte sur celui-ci, comme l'acte chirurgical. Le chirurgien pourrait alors l'ouvrir et le découper à sa guise sans autre repère que son propre désir ou celui de son « opéré ».

Première partie

PETITE APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE L'ACTE CHIRURGICAL

La réduction phénoménologique cherche à fonder une "ontologie phénoménologique", excluant du phénomène tout ce qui « ne serait pas donné dans une vue claire et distincte, en personne, en chair et en os, selon une présence plénière en laquelle tout serait montré, sans retrait ni réserve »²⁵.

Si l'on admet que la phénoménologie correspond au discours sur le phénomène, c'est-à-dire sur ce qui apparaît, faisant abstraction de toute idée préalable, de toute conception déjà établie, alors nous pouvons oser envisager une telle étude. Conscient cependant de la prétention de cette tâche, nous n'aborderons celle-ci que sous l'angle modeste d'un survol de ce dont il peut s'agir et nous ne parlerons que de « petite » approche phénoménologique. D'autant que la chirurgie en soi, comme objet de la phénoménologie, présente tant de « silhouettes » qu'il serait vain de chercher à les décrire toutes. Par ailleurs la phénoménologie elle-même n'est pas univoque où s'affrontent plusieurs conceptions. Depuis les simples données de la perception sensorielle, ce qui correspond à un empirisme de base, jusqu'à leur analyse par l'entendement kantien, telle que la chose apparaît à la science positive, en passant par l'apparaître pur que décrit Husserl, on peut questionner très différemment sur le phénomène. Jean-Luc Marion a même introduit comme des « degrés » de phénoménalité : certains phénomènes étant alors plus phénomènes que d'autres²⁶.

²⁵ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000, p. 44.

²⁶ Jean-Luc Marion, *Etant donné, Essai d'une phénoménologie de la donation*, Paris, PUF, « Epiméthée », 1997.

Plaçons-nous pour l'instant dans la situation d'un observateur extérieur, comme celle d'un « spectateur désintéressé ».

Essayons d'observer ce que nous révèle la chirurgie, ce qui se manifeste lorsqu'un homme, le chirurgien, pratique cet acte, la chirurgie, – plus une *action* qu'un acte pur – sur un autre homme, et qu'elles pourraient en être les limites. Dans le fond, avant qu'on pût véritablement conceptualiser la chirurgie, il fallut que certains hommes, dans le but d'en soulager d'autres, « opèrent » d'une certaine manière : c'est-à-dire deviennent chirurgiens. Il est donc nécessaire avant toute chose, de replacer la chirurgie dans son propre cadre, c'est-à-dire celui de la médecine. Car il serait absurde de parler de chirurgie sans admettre qu'elle n'est qu'un des moyens dont dispose la médecine en général pour soigner une personne. Ce serait sinon comme parler de voiles sans voilier ou de lettres sans écriture, ce qui serait spéculation pure et absurdité.

I – LE CHIRURGIEN EN TANT QUE MEDECIN

De nombreux essais ont déjà été consacrés à la spécificité de la médecine en tant qu'activité humaine visant à soigner d'autres êtres humains. Il serait donc prétentieux de vouloir recommencer. Il convient cependant, dans le cadre d'une réflexion sur la chirurgie, de convenir de certaines vérités tout en dénonçant un certain nombre d'idées reçues. Si la raison d'être de la médecine – « ce qui fait que la médecine est médecine »²⁷ – est bien le soin de l'homme-malade, il faut encore considérer en quoi la chirurgie s'en distingue et qu'est-ce qui fait que, malgré cette différence, elle est aussi de la médecine.

Depuis les premières traces de chirurgie dans l'histoire humaine, où longtemps elle fut liée à la magie, jusqu'au développement de la rationalité²⁸, nous tâcherons de

²⁷ Dominique Folscheid, La question de la médicalité, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, « Thémis philosophie », 1997, XII, p. 112.

²⁸ La rationalité ne peut cependant pas être comprise comme une rupture entre un monde magico-symbolique qui précéderait un monde purement rationnel puisqu'il y a de la rationalité dans la magie autant qu'une dimension magique dans notre rationalité (cf. infra p. 27).

relier l'histoire de la pratique chirurgicale avec la manière dont l'homme prend conscience du monde et de lui-même. D'autant que l'idée de magie reste toujours présente. Nous pourrions alors les considérer sous l'éclairage du sacré, ce qui nous permettra de clarifier la spécificité de la chirurgie dans le vaste cadre de la médecine.

Très tôt celle-ci, abandonnant le soin proprement dit, est devenue pour un temps pure spéculation doctorale, laissant à la seule chirurgie sa vraie raison d'être qui est bien de soulager. Mais pour cette mission le chirurgien a toujours été un médecin particulier, ne serait-ce que par son rapport au sang, dont il garda longtemps l'exclusivité.

Les premières traces de gestes chirurgicaux chez l'homme

C'est le squelette osseux, seul reste humain persistant après la corruption de la chair, qui peut nous dire quelque chose. Il atteste de la présence chez nos ancêtres, autant des traces de maladies ou de traumatismes, que des premières tentatives chirurgicales de les « réparer ».

La préhistoire ne nous en a laissé que quelques-unes, comme celles de l'ouverture de la boîte crânienne, ou de l'amputation d'un bras au-dessus du coude²⁹, traces qui attestent d'une maîtrise du geste chirurgical, remarquable au vu des possibilités techniques d'alors. L'ethnologie nous apprend que toutes les sociétés humaines ont d'abord – avant le développement d'une véritable rationalité – été nourries de religiosité. Sans moyen de savoir quel était le statut social de l'opérateur, ne peut-on simplement suggérer que celui qui « opérait » ne devait pas être quelconque, et détenir un certain pouvoir religieux ? Platon, dans le *Timée*, suppose lui aussi que le démiurge crée une classe particulière : « la classe des prêtres, séparée des autres classes... »³⁰. Analogie entre le démiurge qui « fabrique » les êtres vivants, et le chirurgien qui les « répare » ?

Plus tard, en Inde à l'époque védique (3500 av. J-C.), de nouvelles traces d'efficacité de la chirurgie sont attestées lorsque la reine Vishpla, amputée sur un champ de bataille, fut équipée d'une jambe de fer, geste inaugurant nos modernes prothèses.

²⁹ Le crâne des Grands Causses, conservé au musée de Millau ou la découverte d'un humérus sectionné sur un site néolithique de Seine - et- Marne (INRAP, 2010).

³⁰ Platon, *Timée*, 24 a.

Enfin des découvertes archéologiques datant de l'époque précolombienne, en Amérique du Sud, attestent encore d'un réel d'un savoir-faire chirurgical³¹.

Vers 3000 et 2000 av. J.-C., le Papyrus d'Edwin Smith³² et celui d'Ebers font état de connaissances chirurgicales plus élaborées. Ils prouvent que les anciens Egyptiens savaient réduire les luxations et, sommairement bien sûr, traiter un certain nombre de fractures. Mais si manifestement ces découvertes attestent de la raison d'être de la chirurgie comme médecine, c'est-à-dire intention de soigner ou de soulager, d'autres traces mettent en évidence l'apport des rites religieux au savoir chirurgical. C'est le cas des embaumeurs qui, à cette époque, possédaient une technicité surprenante, comme la suture des plaies avec une lanière d'intestin par exemple. Ce savoir leur fut permis par l'autorisation, dont ils étaient seuls à disposer, d'intervenir sur les cadavres. Mais cette autorisation n'était accordée que dans un cadre strictement religieux, c'est-à-dire entouré de rituels, le cadavre ayant pour les Egyptiens un rôle encore très important pour le voyage dans l'au-delà. Nous reviendrons sur la légitimité de cette transgression et sur tout ce qu'elle véhicule. Retenons d'ores et déjà la proximité de statut entre ceux qui « opèrent » les corps en les ouvrant, qu'ils agissent sur des corps vivants ou sur des cadavres. Parmi eux, l'ancêtre du chirurgien pratiquait son geste sur des corps vivants *humains*.

Si nous ne disposons pas d'éléments suffisamment fiables pour en tirer des conclusions valables, nous pouvons au moins remarquer que ces quelques traces attestent bien d'une séparation déjà patente entre la médecine qui « guérit » et la chirurgie qui « répare ». S'ébauche en effet une différence d'ordre technique. La chirurgie est moins interprétative, plus pragmatique. Il y a déjà, dans l'action du chirurgien, fût-il encore un peu prêtre, une certaine immédiateté. La trace du traumatisme, déformation ou plaie, a toujours été *immédiatement* visible et palpable : son traitement ne nécessitera qu'un geste technique, *a priori* loin d'une interprétation magique ou mystique. Alors pourrions-nous dire : il n'y a rien de sacré dans la chirurgie qui, somme toute, se cantonnerait à une simple « réparation » ? Ce serait oublier le rapport au sang et au corps, en tant que constitué d'organes physiques, qu'implique

³¹ E. Vander Elst, Histoire de l'orthopédie et de la traumatologie, in *Histoire de la médecine*, vol. IV, Milan, Albin Michel, Robert Laffont, Tchou, 1978, p. 57.

³² Papyrus découvert par l'égyptologue Edwin Smith, à Thèbes en 1862, publié en 1930. Il aurait été écrit en 700 av. J.-C. mais relaterait des faits datant de l'époque des Pyramides (2500 av. J.-C.) et collige plus de 48 cas cliniques.

nécessairement tout acte chirurgical, au moins dans les premiers temps où la médecine n'était pas encore interventionniste. Et c'est, dans le sillage de la médecine égyptienne, la médecine grecque qui va pérenniser cette distinction entre chirurgie et médecine, amorçant une séparation encore plus nette, lorsque la médecine dérivera du soin concret vers la spéculation doctorale. Voyons d'abord les premières traces du clivage entre la médecine proprement dite et la chirurgie. Elles commencent avec la mythologie.

Mythes et herméneutique du réel

La médecine grecque est inséparable de la mythologie, et celle-ci distingue d'emblée le médecin qui « opère » de celui qui « soigne », quand bien même nous verrons qu'opérer c'est toujours soigner. Certains historiens³³ assimilent Asclépios – l'Esculape des Romains – à Imhotep, l'Égyptien, mais rappelons cependant que ses deux fils, Machaon et Podalire avaient reçu de leur père deux dons médicaux différents. Machaon celui de guérir les plaies, d'extraire les flèches et de pratiquer des incisions, Podalire le don de guérir les maladies. Comme si, déjà, distinction était faite entre le médecin clinicien et le chirurgien plus proche de l'effraction cutanée, donc du sang. Or le mythe d'Asclépios, lui-même fils d'Apollon, est le mythe fondateur de notre médecine. C'est le centaure Chiron³⁴ qui lui aurait appris à soigner tandis que la déesse Athéna lui aurait confié deux fioles remplies du sang de la Méduse, mais l'une capable de sauver, l'autre de tuer. En réalité le sang issu de la veine gauche de la Méduse, celui qui permettait de soigner, ne devait être utilisé que pour éviter aux vivants que la maladie ne les tue. Or si Zeus foudroya Asclépios, c'est qu'il donna le précieux liquide à des morts pour les ramener à la vie. On voit, à travers ce mythe, que l'homme reliant alors la médecine au sacré divin a toujours pressenti les limites de la médecine : « se contenter de soigner et guérir dans les limites de la condition humaine, qui se définit par sa mortalité »³⁵. Les dépasser, n'est-ce pas faire preuve d'*hubris*, comme nous reverrons ? D'autre part l'homme a toujours eu l'intuition de la dangerosité du soin : le médicament peut donner la mort ou la vie. Le terme grec de *pharmakon* est explicite :

³³ E. Vander Elst, Histoire de l'orthopédie et de la traumatologie, in *Histoire de la médecine*, op. cit., p. 59.

³⁴ Une variante étymologique pose que le mot *chi-rugien* viendrait en partie du nom du centaure *Chi-ron*.

³⁵ Dominique Folscheid, « Médecine et religion, une circularité historique », argumentaire pour séminaire « Religion, éthique et médecine bio-tech », Collège des Bernardins, département de recherche éthique biomédicale, mai 2012.

c'est à la fois le poison et le remède. Point n'est besoin non plus d'insister sur la dangerosité inhérente à toute intervention chirurgicale.

L'herméneutique du réel

Depuis aussi loin que les historiens ont étudié les premières sociétés humaines, il a été constamment établi que les hommes ont toujours cherché à donner du sens aux événements de leur vie, et en particulier pour ce qui touchait à leur santé. C'est ce que Keith Thomas appelle « une approche interprétative du réel »³⁶. En l'absence de rationalité, c'était en effet la magie ou le symbole qui seuls pouvaient donner une explication acceptable à ce qui semblait inexplicable. L'homme médecin fut d'abord un mage, puis un prêtre et le rite était essentiel pour la prise en charge de toute maladie. Nous verrons plus loin combien cette assimilation du soignant au magicien, au guérisseur, plus rarement au sorcier – on parle plus subtilement en Afrique du *nganga* à connotation moins maléfique – comme à celui qui est intermédiaire entre le monde des dieux, ou des esprits magiques, et celui des hommes, est restée vivace en particulier en chirurgie où l'ouverture du corps reste une transgression et véhicule toujours du sacré.

Les mythes

Car les mythes racontaient une histoire qui servait alors de référentiel, donnant du contenu aux explications magiques.

« Les rites et les mythes, qui ont une grande place dans les systèmes culturels, transmettent une information sur la Nature et nous offrent des moyens de la contrôler »³⁷.

Rappelons que les Grecs, comme la majeure partie des civilisations d'alors³⁸, comprenaient le *cosmos* – qui n'était pas encore vraiment la Nature telle que nous la concevons – comme un ensemble harmonieux, animé, mû par des forces spirituelles.

« ...le Ciel, la Terre, les dieux sont liés entre eux par une communauté [...], c'est la raison pour laquelle, à cet univers, ils donnent le nom de cosmos, d'arrangement et non celui de dérangement, non plus que de dérèglement »³⁹

³⁶ Keith Thomas, *Religion and decline of magic*, cité par Etienne Lepicard, Dominique Folscheid, La Médecine archaïque, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., I, chap. X, p. 96.

³⁷ François Bourricaud, « Les univers transculturels », in *Encyclopédie Philosophique Universelle*, Paris, PUF, 2000, p. 344.

³⁸ Karl Jaspers parle de la « période axiale » comme l'époque où va basculer cette approche du monde, scindant définitivement le visible de l'invisible (entre le VIII^e et le II^e siècle avant J.-C.).

³⁹ Platon, *Giorgias*, 507e - 508a.

La *phusis* pour eux, est en ordre, c'est en outre une nature vivante et croissante. Elle est investie de nombreux esprits et de beaucoup de divinités. C'est parce que, depuis la Modernité, nous ne concevons plus la Nature que comme un ensemble de forces régies par des lois physiques, que nous la considérons comme purement matérielle, « physique » au sens moderne du terme. Cette vision était tout à fait étrangère au monde grec. L'homme grec laisse la nature *être*, mais il s'en sert, l'utilisant simplement grâce à sa *tékhnè* – terme latinisé de manière ambiguë en « art », nous y reviendrons. Cette nature « naturelle » n'est pas encore artificialisée, « dé-naturée » par la technique. Ainsi, aux débuts de la chirurgie celle-ci n'était qu'une technique, comme un savoir-faire, un mode « d'opérer », parfaitement intégré à ce cosmos. L'interprétation de ce cosmos faisait appel aux mythes tandis que les rites permettaient de se conduire, en fonction de cette mythologie, qu'ils réactualisaient sans cesse. Le mythe ainsi « vivifie et parcourt [...] l'ajustement des ordres de la réalité : nature et surnature, visible et invisible, [qui] constituent une seule et même totalité cosmobiologique »⁴⁰. Ainsi de la *praxis* des premiers hommes-chirurgiens. Il apparaît en effet évident que l'action chirurgicale ne pouvait pas être étrangère à toutes les forces spirituelles qui animaient le cosmos. Il existe d'ailleurs de nos jours encore une médecine « mystique », en particulier en Afrique, médecine « opérante » sur les esprits de toute sorte qui peuplent la Nature : dieux, demi-dieux, esprits des ancêtres ou ceux des morts, comme s'il y avait encore : « un *au-delà de l'individu* qui est peut-être en train de se perdre chez nous »⁴¹.

Tous les mythes de l'humanité par ailleurs, et non seulement ceux des Grecs, parlent d'un chaos originel qui aboutit à un équilibre parfait – le *cosmos* – où l'homme serait exempt de maux. Ce n'est qu'à la suite d'une faute, d'une offense, que les dieux ou les Esprits l'auraient ensuite accablé. Hésiode, dans *Les travaux et les jours*, évoque un « Âge d'or » où « la vieille importune n'existait pas. Les pieds, les mains conservaient toujours la même force, la même agilité [...], on mourrait comme on s'endort quand on tombe de sommeil »⁴².

⁴⁰ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard, Folio « Essais », 2005, p. 71.

⁴¹ Pierre Legendre, *L'esclavage de l'obscurantisme*, entretien avec Antoine Spire, *Le Monde*, 23 octobre 2011, p. 21. C'est nous qui soulignons.

⁴² Hésiode, *Les travaux et les jours*, Paris, Livre de poche, 2009, (115), p. 101. Le texte du *Vâyupurâna*, dans la mythologie indienne dit la même chose, parlant d'hommes « sans souffrance, riches en lumière, absolument heureux... ».

Dans le mythe de Protagoras, Platon reprendra l'histoire mythique de Prométhée et d'Epiméthée pour expliquer ainsi les misères de la condition humaine. Le Titan Prométhée, à qui Zeus a confié la condition de l'homme, laissa à son frère Epiméthée le soin d'équiper équitablement tous les animaux afin de compenser leur inégalité naturelle et permettre leur perpétuation. Mais il s'aperçoit vite qu'Epiméthée a distribué toutes les qualités aux animaux, laissant l'homme « nu » et sans défense, comme « un bipède sans plume ». Pour y remédier Prométhée montera sur l'Olympe pour dérober aux dieux des qualités surnaturelles : le feu – à Héphaïstos –, l'intelligence pratique – à Athéna – et l'art politique – qu'il échouera à dérober à Zeus. Celui-ci se vengera en condamnant Prométhée, enchaîné, à avoir éternellement le foie dévoré par un aigle. Mais, si tous les arts avaient été partagés « de manière qu'un seul, expert en l'art médical, suffit pour un grand nombre de profanes »⁴³, l'absence d'art politique risquait d'anéantir les hommes et Zeus envoya Hermès l'apporter à tous les hommes. Hésiode, dans sa *Théogonie*, avait insisté, lui, sur la rivalité entre Prométhée et Zeus – l'homme et Dieu ? –, à l'occasion d'un repas partagé entre eux. Prométhée maquille la part réservée au dieu, d'un bœuf sacrifié au profit des hommes. En plus du supplice de Prométhée, Zeus envoie aux hommes la femme Pandore, qui « ouvrant la boîte » libérera tous les maux qui feront les misères de la condition humaine. Double punition devant la prétention humaine, incarnée dans l'affirmation prométhéenne : « tous les arts, chez l'homme, viennent de Prométhée, [dont] les remèdes écartent toutes les maladies »⁴⁴. Ainsi le héros, Prométhée, en même temps qu'il est créateur de progrès (la connaissance des arts avec le feu) et aussi responsable de la chute de la condition humaine⁴⁵.

Le mythe insiste bien sur les dangers qu'il y aurait à vouloir prendre le rôle de Dieu :

« ...s'approprier le statut d'un autre homme est toute autre chose que s'approprier le statut d'un dieu [...] il faudra, pour réaliser la révolution finale qui brise le cercle de l'enracinement, convaincre les hommes qu'ils sont des dieux »⁴⁶.

Mais il montre aussi que la maladie – comme les maux ou la fragilité de la condition humaine – est assimilée à une faute, voire à une « transgression » que seul celui qui est en contact avec les dieux ou les esprits, pourra peut-être exorciser.

⁴³ Platon, *Protagoras*, 320-321 c.

⁴⁴ Eschyle, *Prométhée enchaîné*, 26- 47.

⁴⁵ Cf. Pietro Pucci, « L'idéal prométhéen ; Prométhée, d'Hésiode à Platon », in *Communication*, Cornell University, 2005, p. 53.

⁴⁶ Chantal Delsol, *Qu'est-ce que l'homme ?*, Paris, Cerf, « La nuit surveillée », 2008, p. 166.

Epiméthée est le fautif, et c'est Prométhée ici qui joue en quelque sorte ce rôle de « médecin », intermédiaire bien marié entre les hommes et les dieux, ce qui lui coûtera très cher – *chair* !

Et, malgré le développement d'une rationalité philosophique, cette idée de maux liés à une faute ou de punition à la suite d'une transgression est restée bien ancrée. Pour Jacqueline Vons « l'épidémie de Sida de ces trente dernières années est encore considérée par certains comme une sanction divine à l'encontre des déviants sexuels »⁴⁷.

Mais n'est-ce pas reconnaître que l'homme, en réalité, s'oppose à la nature : qu'il est une négativité ? Il est en effet à la fois l'animal le plus évolué sur le plan de sa constitution purement biologique et en même temps le plus « nu », le moins protégé des contingences du milieu extérieur, comme l'atteste encore sa néoténie. Nous touchons là au véritable problème de la nature humaine. Il semble en effet que seul l'homme ait un corps quand les animaux n'ont qu'un organisme⁴⁸. D'autant que l'on peut considérer que la majorité des animaux apparaît être plus dans la sensation que dans la conscience. Leur organisme semble ainsi correspondre beaucoup plus à un réceptacle de sensations auxquelles ils réagissent d'instinct, plutôt qu'à un corps propre, objet d'une conscience. L'homme au contraire a conscience, tantôt d'*être*, tantôt d'*avoir* un corps, qu'il ressent et qu'il gouverne : il est *incarné*, nous le reverrons. Ce qui fait qu'à « organisme » égal, tel homme ne réagira pas comme un autre. C'est patent en chirurgie, où aucune hanche, par exemple, serait-elle hypothétiquement semblable à une autre, ne saurait pourtant être absolument autre que la hanche-ci de ce malade-là. Notion capitale pour celui qui prétend soigner un homme : s'il en restait à l'organisme il ne serait que vétérinaire et non médecin. Dans le fond, il fallait bien le secours des mythes pour assumer les vicissitudes de la condition humaine, en particulier le fait d'être incarné dans un corps, *a priori* bien contingent, mais pourtant *humain*. Observons enfin, qu'à travers ce mythe, l'homme grec est proche des dieux avec lesquels il partage un repas « sacrificiel », et que d'autre part la première femme, Pandore, d'où vont naître tous les hommes, « a été produite à l'image des dieux et des déesses »⁴⁹.

⁴⁷ Jacqueline Vons, *Mythologie et médecine*, Paris, Ellipse, 2001.

⁴⁸ Les travaux en particulier d'Elisabeth de Fontenay ou de Derrida, contestent en partie cette affirmation et donnent aux animaux une place plus importante que celle que la philosophie jusque là leur avait accordée (cf. E. de Fontenay, *Le silence des bêtes*, *op. cit.*).

⁴⁹ Cf. Pietro Pucci, « L'idéal prométhéen ; Prométhée, d'Hésiode à Platon », *op. cit.*, p. 53.

En effet cette quête d'une interprétation de la réalité qui, faute d'explications rationnelles, se tourne vers l'irrationnel ne nous a jamais abandonnés. Quel est celui qui, atteint d'un cancer du poumon alors qu'il n'a jamais fumé par exemple, ne se poserait pas la question, pourtant sans réponse : « pourquoi moi ? » ou encore de cet homme, confiant dans la fiabilité d'une arthroplastie de hanche, qui ne comprend pas l'échec de son intervention et qui en cherche désespérément la raison, jusqu'à se persuader de la responsabilité *a priori* de son chirurgien – puisque par nature, « ça réussit » nécessairement – ? C'est qu'il reste toujours dans l'image que renvoie le chirurgien celle, bénéfique, d'un chaman ou d'un prêtre ou celle, maléfique, d'un sorcier. Et comme ceux là, il peut être autant respecté que craint, sacralisé que maudit.

Le chamanisme, qui perdure encore dans certaines sociétés qui ont gardé vivace l'esprit de leur croyances premières, en est peut-être une illustration. En effet il révèle remarquablement « la façon dont s'articulent réalités manifestes et forces occultes, ressources visibles et pouvoirs invisibles, dans les religions primitives »⁵⁰. Car le chaman, nonobstant ses pouvoirs – d'où respect et crainte – reste cependant « rigoureusement aligné sur le sort commun » : c'est un *manipulateur* qui peut communiquer avec l'invisible, mais jamais un *incarneur* de ce monde invisible. C'est-à-dire que s'il peut voyager « au présent » dans le monde des esprits, il ne peut aucunement retourner vers le « passé fondateur » : la coupure est fondamentale, tandis que visible et invisible forment bien un seul monde.

Le monothéisme hébraïque posera d'ailleurs que le seul vrai médecin est Dieu et que la maladie n'est pas sans relation avec l'impureté, c'est-à-dire le péché : « C'est le péché qui désacralise un lieu saint et non la souillure du sang »⁵¹, sous-entendu que le sang versé, assimilé ici à la maladie, trouverait son origine dans le péché. Plus tard le christianisme s'en inspirera, insistant sur l'homme « à l'image de Dieu » dont la maladie serait en quelque sorte une punition divine de ne pas s'être montré digne de son origine. Mais c'était après que la rationalité philosophique se fut développée.

⁵⁰ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 61.

⁵¹ Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou* (1967), op. cit., p. 80.

Le développement de la rationalité philosophique

La rationalité correspond à un « principe d'intelligibilité universel qui permet d'appréhender la *nature des êtres* donnés dans l'*expérience* du monde, grâce à un ensemble de *procédures rigoureuses*, vérifiables et communicables à autrui par une *argumentation démonstrative* »⁵². Elle apparaît pour la première fois en Grèce, vers le V^e siècle av. J.-C., inaugurant une rupture avec ce que l'on appelle la médecine pré-hippocratique. Elle va permettre de concilier les données de l'expérience avec la causalité, ce qui autorisera l'élaboration de généralités.

Nous avons vu que les Grecs ont toujours pensé le monde en termes de chaos ou d'ordre. Le discours mythique, avec Hésiode en particulier va recouvrir la cosmologie, la philosophie et la théologie. La rupture amorcée par Socrate, donc Platon, va ramener la mythologie à ce qu'elle est : un discours sur les mythes, sans jamais être dupe qu'il s'agit de mythes. Le *logos*, la rationalité, remplace en quelque sorte la théologie en théogonie, comme genèse des dieux.

Il faut ici insister sur la rupture majeure que signifie l'émergence de cette rationalité et la replacer dans le contexte religieux qui est nécessairement le sien. Observation capitale pour ce qui est du développement de la médecine et de la chirurgie tant on ne peut les extraire de leur composante religieuse. Avec Karl Jaspers, Gauchet sépare radicalement l'avant et l'après la conception de la transcendance et définit ainsi comme « période axiale » l'époque – entre le VIII^e et le II^e siècle avant J.-C. – où l'histoire des religions a été « scindée en deux [...], transmutation radicale, totale, du religieux sous le signe de la transcendance et du souci du vrai monde contre ce monde »⁵³. Ainsi s'éclairent « avec la sortie du monde du mythe, les racines spirituelles de ce que nous appelons rationnel »⁵⁴. Dès lors il apparaît chez l'homme un nouveau rapport à la réalité : « réalité *de soi* et de ce est qui *autour de soi* »⁵⁵. D'où l'apparition

⁵² Dominique Folscheid, Jean-François Mattéi, Ethique et langage, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., I, chap. 1, p. 16. C'est nous qui soulignons.

⁵³ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 83.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 87.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 89.

nécessaire de la réflexion philosophique en liaison avec la « mutation religieuse axiale », la rationalité étant alors comprise comme « réforme de l'entendement »⁵⁶.

Ainsi cette rupture opérée par la rationalité va permettre de dissocier ce qui est proprement mythique – en conservant le message qu'exprime le mythe – de ce qui est déjà rationnel. Mais c'est une rationalité « débutante », qui ne dispose pas encore de tous ses moyens. Elle va pourtant marquer la médecine de cette époque, à travers deux courants : l'empirisme et le dogmatisme.

Empirisme et dogmatisme

Les premiers médecins nourris de cette rationalité, furent d'abord grecs, puis romains, ces derniers ne se bornant le plus souvent qu'à transmettre et perpétuer le savoir des premiers.

Alcméon de Crotona (VI^e-V^e siècle av. J.-C.) développa le premier la méthode empirique : c'est à partir d'une observation qu'on cherchera d'abord à guérir *ce* malade, pour ensuite généraliser. C'était admettre que le raisonnement déductif était inutile en médecine et que l'expérience et les rapprochements par analogie, pouvaient seuls dicter la ligne de conduite des médecins : « Il importe moins de connaître ce que fait la maladie, que ce qui la guérit »⁵⁷. En exagérant à peine le trait, nous pourrions ici retrouver la tendance, toujours actuelle, du chirurgien à rester dans l'action, sans s'embarrasser de raisonnements alambiqués, qui joueraient contre l'efficacité immédiate de son geste.

La santé est alors considérée comme « le résultat d'une égalité des puissances (*isonomia*) alors que la prédominance de l'une d'elle (*monarchia*) produit la maladie »⁵⁸. On voit qu'il est déjà question d'harmonie. Tant qu'il s'agit d'une conception synthétique de la maladie, où celle-ci « n'est pas que défaut, échec, négativité »⁵⁹, le malade n'est pas exclu de sa maladie. Au contraire, lorsque la maladie – déséquilibre – est conçue comme opposée à la nature et que le malade n'est plus considéré comme étant dans la norme, alors il va y avoir grand risque de ne plus

⁵⁶ « Le grand refus gnostique » rentre bien dans ce cadre problématique : le monde est mauvais, les âmes y ont chu, il convient de le remettre en cause, soit par l'ascétisme, soit par le débordement des désirs. Mais dans le fond, ne serions-nous pas de nos jours, revenus à cette sorte de contestation gnostique ?

⁵⁷ Raymond Villey, La médecine latine, Galien, in *Histoire de la médecine*, op. cit., Vol. II, p. 14.

⁵⁸ Jean-François Mattéi, La révolution antique : d'Alcméon à Galien, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., I, chap. X, p. 103.

⁵⁹ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009, p. 21.

s'intéresser qu'au mal, négligeant son hôte, dans une conception purement analytique. Ce que dénoncera Canguilhem, qui évoquera des états différents plutôt qu'une « dysharmonie » par rapport à un état supposé « harmonieux » comme parfait.

Si la contribution hippocratique (Hippocrate de Cos – 460-330 av. J.-C.) à la chirurgie proprement dite est faible : six traités seulement, consacrés aux « Fractures, articulations et plaies de la tête », dans les soixante-douze du *Corpus hippocraticum*, il n'en reste pas moins qu'il va provoquer une véritable révolution dans l'approche médicale. Il introduit en effet une rupture à l'égard des choses sacrées et confirme la prééminence de la rationalité : « les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle que l'on peut étudier et comprendre ». C'est la première approche scientifique, au sens premier de la science visant à la connaissance de tout le réel. L'ouvrage qui va ouvrir la polémique, s'intitule *De la maladie sacrée*⁶⁰, à propos de l'origine de l'épilepsie.

Hippocrate s'y insurge contre tous les « charlatans » ou les ignorants qui mettent « en avant la Divinité pour voiler leur impuissance à prescrire un remède efficace contre l'épilepsie ». Loin de nier l'existence d'un Dieu en récusant toute origine divine à ce mal, il démontre au contraire que ce sont eux, les ignorants, qui « ne me paraissent pas favoriser la piété, mais bien plutôt l'impiété ; ils sont dictés comme s'il n'y avait point de Dieux, et, ainsi que je le montrerai, leur piété et leur invocation du *divin* ne sont que de l'impiété et du sacrilège ». Allant plus loin, il affirme même que leur prétention à guérir par « magie ou par sacrifices » ne peut, au contraire, être qu'action purement humaine, car sinon « la puissance de la Divinité serait vaincue par la volonté des hommes et lui serait asservie ». C'est d'ailleurs, pour lui, notre condition humaine elle-même, dans ce qu'elle peut être misérable, qui nécessite la purification divine, plutôt que le contraire :

« Mais je ne pense pas que le corps de l'homme, ce qu'il y a de plus prompt à devenir impur, puisse être souillé par un Dieu, c'est-à-dire par ce qu'il y a de plus pur. Il me semble qu'un homme pourrait plutôt être purifié et sanctifié par un Dieu, s'il avait reçu quelque souillure étrangère ou quelque dommage, qu'il ne pourrait être souillé par lui. En effet, la Divinité purifie et efface les crimes les plus grands et les plus sacrilèges ; elle est notre protectrice »⁶¹.

On voit ici que cette ouverture à la rationalité, en même temps qu'elle permettra d'être plus efficace dans le traitement des maladies, n'est pas incompatible avec la notion d'une transcendance. Il y a donc bien conservation d'une certaine dimension

⁶⁰ Hippocrate, *Traité de la maladie sacrée*, Trad. Charles Daremberg, 1894, I.

⁶¹ *Ibid.*

sacrée dans cette médecine hippocratique. La rationalité qu'elle prône reste spécifique à la médecine. Si la *sophia* en effet est connaissance des principes premiers et des causes premières, la médecine n'est pas concernée puisqu'elle recherche au contraire les causes précises qui vont expliquer la maladie de cet homme en particulier. Aristote parlera de la médecine comme d'une *tekhnè*. Et nous verrons que l'acte chirurgical recèle en outre une spécificité propre dans le cadre de cette *tekhnè*, puisqu'en grande partie il va consister à réaliser un « simple » geste – le geste chirurgical lui-même – qui va pratiquement résumer, en le condensant, tout « l'opérer » du chirurgien.

Hippocrate, comme Alcméon, est bien empiriste : il défend un savoir qui s'articule sur l'expérience acquise par l'observation des maladies. Mais en même temps il a une conception holistique de l'organisme, « ...l'origine des maladies est dans tout le corps »⁶². D'ailleurs, tout en restant fidèle à la notion d'équilibre où les humeurs sont essentielles, la santé n'est pour lui qu'un mélange harmonieux de ces humeurs⁶³. Mais, se méfiant de toute généralisation hâtive, il insistera sur l'histoire singulière de chaque malade appréhendée à travers sa subjectivité et celle du médecin : « l'art se compose de trois termes : la maladie, le malade, le médecin »⁶⁴. Chaque être est partie du tout du cosmos, et sa propre histoire est partie de lui-même. S'il semble rompre apparemment avec le sacré, en considérant le malade comme extérieur à sa maladie et au médecin lui-même, il n'isole cependant pas l'homme de la Nature naturelle. Le médecin de Cos parle ainsi de la restitution de la santé comme de la recherche d'un équilibre nouveau propre à chaque organisme. Soigner l'homme c'est le remettre dans la nature (*phusis*) à laquelle il est intimement lié. Le parallélisme avec Platon est patent. Dans le *Phèdre*, celui-ci fait dire à Socrate que nous ne pouvons rien connaître de l'âme humaine, et *a fortiori* du corps humain, sans connaître le tout – *holon* – de la nature. Nous pouvons rapprocher cela du « cercle de structure » dont parlera plus tard Von Weizsäcker⁶⁵.

Mais n'est-ce pas sous-entendre en quelque sorte qu'il resterait toujours une transcendance, quelque chose qui demeurerait au-dessus et au-delà de la simple apparence, et de la maladie, et du corps, c'est-à-dire, dans le fond, quelque chose d'*autrement* sacré ? Tout en proclamant qu'il convient de rechercher des maladies, leurs

⁶² Jean-François Mattéi, La révolution antique, d'Alcméon à Galien, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., I, chap. X, p. 103.

⁶³ Le sang (*haïma*), le phlegme (*phlegma*), la bile jaune (*cholè xanthè*) et la bile noire (*mélaina*), dont les noms sont encore présents dans le langage médical.

⁶⁴ Hippocrate, *Les Epidémies*, I, 1, 5.

⁶⁵ Victor von Weizsäcker, *Pathosophie*, Grenoble, Editions Jérôme Million, 2008.

« causes naturelles », en réalité ne pourrait-on pas avancer qu'Hippocrate, avant Kant, semble bien admettre que si la Nature peut être « connaissable », il serait vain de chercher à la comprendre ? Hippocrate est sans doute le premier médecin à faire de la philosophie de la médecine, ou encore le premier philosophe à faire véritablement de la médecine.

On observe ainsi qu'à cette époque déjà, sans se priver de la rationalité, s'amorce pourtant la prise en compte d'une dimension autre que celle des simples données de l'expérience. C'est déjà deviner qu'il y a une certaine transcendance dans l'homme et dans sa maladie qui doit interpeller le médecin. Médecine rationnelle et médecine magique ne sont peut-être pas aussi antagonistes, mais complémentaires. Si, comme nous l'avons vu, nous considérons la rationalité comme une « réforme de l'entendement », c'est-à-dire une tentative de séparation de l'ici-bas avec l'au-delà, avec – nous y reviendrons – « subjectivation du divin »⁶⁶, force est de reconnaître qu'il nous en reste d'indéniables traces dans l'« ordre magique » qui perdure toujours à notre époque. Comme s'il y avait quelque chose de plus – de « tout à fait autre » – que la simple collection de signes ou d'observations physiques. Pour le dire autrement : l'empirisme seul ne résout pas tout.

La constatation de ces premières intuitions de l'homme sur la nature de la maladie, plus complexe qu'il n'y paraît, conforte notre approche à la recherche des traces du sacré.

La médecine romaine est grecque

La première trace de chirurgien renommé à Rome, est celle d'Achagatos, venu du Péloponnèse et arrivé dans la capitale en 219 av. J.-C. Sa boutique de chirurgien – *vulnerarius* – eut un certain succès, puis il tomba en disgrâce sous le nom de *carnifex*, soit bourreau, ce qui n'est pas anodin. Le chirurgien, en effet, est si proche du boucher ou du bourreau, dans son mode opératoire, qu'il lui suffit d'oublier sa raison d'être, pour se confondre avec eux. Caton l'Ancien, dit le Censeur (214-149 av. J.-C.) prévint parait-il son fils : « ...ces gens-là [ceux qui « opèrent »] ont juré d'exterminer tous les barbares avec la médecine, or ils considèrent les Romains comme des barbares »⁶⁷.

⁶⁶ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, *op. cit.*, p. 88. La superstition, par exemple, reste toujours vivace et le chirurgien n'en est pas exempt qui – quoiqu'il s'en défende – peut invoquer secrètement des puissances « magiques » lorsque la situation opératoire lui échappe.

⁶⁷ Raymond Villey, *La médecine latine, Galien*, in *Histoire de la médecine*, *op. cit.*, p. 13.

Etonnante proximité ici entre le chirurgien et le bourreau – celui qui a rapport avec la chair – et les pouvoirs maléfiques qu'on lui attribue.

Car la médecine des Latins est gréco-romaine et, à Rome, c'est Celse, le « Cicéron de la médecine » (22 av. J.-C.), qui consacre un livre entier à la chirurgie, empruntant cependant presque toute la matière de son ouvrage (*De re medica*) à la médecine grecque.

Galien, plus tard (130-200 ap. J.-C.) se donna d'ailleurs pour but de restaurer et de poursuivre l'œuvre d'Hippocrate. Mais il va être le premier à expérimenter véritablement, c'est-à-dire à confirmer par l'expérimentation des corps ce que montre l'expérience clinique. Pour vérifier ses hypothèses, il pratiquera des vivisections animales, surtout de singes, ce qui l'entraînera dans de fausses conclusions quant à l'anatomie humaine – ce sera le « dogmatisme » –, mais ce qui permettra pour la première fois de rattacher les analyses physiologiques aux observations anatomiques. La médecine commence à devenir de plus en plus objectivante. Elle s'intéresse toujours à la vie, mais de plus en plus dans son pur fonctionnement et non plus dans son essence. On devine alors qu'en se séparant de toute sa dimension sacrée, inévitablement elle va libérer le vaste champ où pourront lentement prospérer la banalisation puis la réification du corps de l'homme, voire de l'homme lui-même.

Mais, malgré l'amorce de ce travers, y a-t-il vraiment séparation d'avec le sacré ? Rien n'est moins sûr. Observons simplement que de nos jours encore, lors de la soutenance de sa thèse, le jeune docteur en médecine, la tête de plus en plus emplie de savoirs scientifiques, prête pourtant un étonnant serment : « Je jure par Apollon, médecin, Esculape, Hygie et Panacée, prenant à témoin tous les dieux et toutes les déesses... ».

Eclaircissons ce point.

Abandon du mythe, persistance du sacré ?

Que peuvent donc nous apporter ces grandes approches antiques de la maladie et de la chirurgie qui puisse nourrir notre travail ? D'abord qu'après, et malgré, l'abandon de l'interprétation magico-religieuse, il en reste toujours des traces fortes, que nous révèle par exemple l'étymologie du mot santé, qui en espagnol se dit *salud*, comme

salut. Et ne dit-on pas de la médecine qu'elle est – qu'elle *devrait* être ? – un véritable *sacerdoce* ? Il existe bien en médecine comme ailleurs, une autre rationalité que la rationalité scientifique. Mais restons bien clairs cependant : il n'est nullement question ici de déplorer l'abandon des conceptions totalement irrationnelles sur la maladie qui pouvaient entraîner des remèdes pires que le mal. Mais pour autant, cela ne saurait disqualifier absolument toute dimension « extra-ordinaire ». L'observation quotidienne, en médecine comme en chirurgie, y compris de nos jours, de réactions surprenantes à des maux ou à des traitements, doit rendre modeste la récusation de toute cette dimension. Les effets *placebo* ou *nocebo* ne sont pas strictement rationnels – au sens d'une pure raison théorique – quand bien même on voudrait les expliquer par des déterminations psychiques. Rien n'est aussi simple et nos confrères africains peuvent en témoigner, où la nature est toujours un monde animé empli d'esprits, comme l'était le cosmos des Grecs, et le monde de la « religion première » – celui des sociétés archaïques d'avant l'Etat – où l'on pouvait penser que « nous ne sommes pour rien dans ce qui est »⁶⁸. L'observation de nombreuses sociétés africaines peut l'illustrer.

Trois personnages, en effet, peuvent généralement y servir d'intermédiaires : le sorcier, le féticheur, et le guérisseur qui ont toujours eu « une place nettement marquée dans la communauté »⁶⁹. Si le sorcier, maléfique, est considéré comme un « mangeur d'âmes qui peut se dépouiller de son enveloppe charnelle la nuit... », le féticheur-guérisseur demeure un « *intercesseur* auprès des puissances divines et infernales, dépositaire des connaissances ancestrales... »⁷⁰. Nous avons vu que le chaman pouvait seulement *communiquer* avec le monde invisible, mais non l'incarner. Cette mystique, qui se retrouve dans toutes les sociétés archaïques – au sens originaire d'*arkhè* – semble bien expliquer pourquoi de tous temps la chirurgie, pour ce qui nous concerne, a conservé deux dimensions : une rituelle et une thérapeutique. Or le rite étant intimement lié au sacrifice et la chirurgie à la thérapeutique, cela attesterait-il d'un lien entre chirurgie et sacrifice ? Au Mali, les fonctions de *nganga* et de médecin étaient dévolues aux forgerons, « caste à part, ayant sa propre juridiction »⁷¹. Or, ils furent requis pour de « basses œuvres » telles que rendre aveugles les frères du roi ou castrer de jeunes garçons, futurs esclaves. De nos jours, si les scarifications, les circoncisions,

⁶⁸ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 46.

⁶⁹ Joseph Kerharo, La médecine traditionnelle en Afrique noire, in *Histoire de la médecine*, op. cit., Vol. VI, p. 370.

⁷⁰ *Ibid.*, Vol. VI, p. 375. C'est nous qui soulignons.

⁷¹ *Ibid.*, Vol. VI, p. 363.

voire l'infibulation correspondent bien à des rites, elles ne nécessitent pas moins, en effet, une « technique » chirurgicale. Technique qui bien souvent a profité du traitement religieux des cadavres pour progresser, comme nous l'avons observé chez les embaumeurs égyptiens ou encore lors de certaines « autopsies » rituelles rapportées au Cameroun et au Gabon⁷². Mais ce lien aurait-il persisté de nos jours ?

Chirurgie rituelle, chirurgie thérapeutique : des liens persistants ?

La réponse semble affirmative au vu de ce que nous révèle aujourd'hui la chirurgie. La dimension rituelle, d'abord, loin d'avoir disparu avec la rationalité, s'est reportée sur d'autres thèmes, rapprochant de fait la chirurgie rationnelle d'une dimension religieuse, comme nous le reverrons. Et la persistance actuelle du caractère sacrificiel de la chirurgie est attestée de manière évidente par les problèmes que ne manquent pas de poser les prélèvements et greffes d'organes, en particulier dans le cas du donneur vivant. Le chirurgien qui prélève un rein sain chez un patient indemne de toute pathologie ne réalise-t-il pas en quelque sorte un geste sacrificiel : le sacrifice du rein – « innocent » – au profit du futur greffé ? Et n'y a-t-il pas constamment, lors du développement d'une nouvelle technique chirurgicale, une certaine dimension d'expérimentation, quand bien même ce serait dans le but louable de mieux soulager son patient ? Puisqu'on ne peut pas être certain que l'opéré tirera obligatoirement bénéfice d'une intervention nouvelle dont on ne maîtrise pas véritablement les conséquences, c'est avouer qu'il est lui aussi un peu sacrifié. D'autant, et dramatiquement, lorsqu'un « donneur » vivant meurt lors du prélèvement de son rein « sain », comme c'est arrivé à Paris en 2010⁷³.

L'expérimentation en chirurgie

Car nécessairement le geste de prélever, comme celui « d'expérimenter » une nouvelle opération, sont bien des gestes chirurgicaux. Mais ils sont aussi plus que cela. Or cette question du sacrifice à propos de l'opéré prélevé ou de l'opéré « expérimenté » n'est que très rarement posée. Encore moins celle du chirurgien-préleveur lorsque l'intervention tourne mal. Tous les débats autour des greffes et de l'extension des

⁷² *Ibid.*, Vol. VI, p. 388.

⁷³ On évalue à 3,1 pour 10 000 le nombre de décès sur prélèvement de rein sur donneur vivant.

prélèvements à des donneurs « simplement »⁷⁴ volontaires font toujours l'impasse sur l'opérateur, comme s'il n'intervenait pas, comme s'il n'avait pas d'âme, comme si en définitive opérer le corps vivant d'une personne pouvait se réduire au pur geste technique. Mais l'on voit pourtant, à travers ces dramatiques éventualités, que le geste chirurgical peut avoir affaire au sacré. Nous touchons là aux deux approches du sacré : le sacré transcendantal – de manière kantienne : comme la condition de possibilité du sacré, qui ouvre à quelque chose « d'autre » – présent dès l'ouverture du corps d'une personne humaine, et le sacré sacrificiel où l'on sacrifie une victime. Médecins et prêtres d'ailleurs ont été longtemps intimement liés et les traces de sacrifices pour recouvrer la santé sont nombreuses dans l'histoire. Rappelons-nous encore que Socrate, avant de mourir, demanda à ce que l'on sacrifie un coq à Esculape⁷⁵. Non pas bien sûr pour ne pas mourir, mais vraisemblablement pour être au clair avec le dieu de la médecine. C'est donc que Socrate, pourtant le père de notre rationalité philosophique, au moment même où il va mourir – et où, dans une sorte de pari pascalien avant l'heure, il dit ne pas craindre la mort qui ou bien n'est rien, ou bien permet l'accès à la divinité – , cet illustre ami de la sagesse n'oublie pas d'honorer une divinité, et de plus à travers un sacrifice.

Remarquons donc que la pérennisation de la rationalité en médecine, qui fut un réel progrès et qu'il serait absurde de remettre en cause, s'est toujours mêlée à une réflexion sur le sens, celui de la vie comme celui de la maladie, sur la question de la place de l'homme dans le Tout, et celle de la maladie même dans l'histoire singulière de l'homme-malade. La tension entre la nécessaire rationalité scientifique et l'intuition d'une transcendance a toujours été présente.

Gadamer cependant pense que les Grecs ont transformé l'accumulation de savoirs qui les précédaient en « un savoir découlant de principes, et par là même en un savoir démontrable... »⁷⁶, ce qui fait que la médecine grecque, en dépit de son rapport

⁷⁴ La loi dite Caillavet du 22 décembre 1976 (« Loi relative aux prélèvements d'organes »), qui réglemente les possibilités du don d'organe chez donneur vivant, impose l'existence d'un lien familial ou affectif patent (vie commune depuis au moins deux ans), occultant pourtant le lien d'amitié.

⁷⁵ La dernière phrase de Socrate (Platon, *Phédon*) sera interprétée de manière plus cynique par Nietzsche : « Socrate n'est pas médecin, s'est-il murmuré à lui-même : la mort seule est médecin [...]. Socrate, lui, n'a fait qu'être longtemps malade... » (F. Nietzsche, *Le Gai savoir*, trad. P. Klosowski, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, 1982, vol. V), et Jankélévitch ironisera : « Le coq d'Esculape est dans la bouche du grand simulateur, comme une espèce de propos satiste... » (allusion à Erik Satie).

⁷⁶ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, « La grande raison », 1998, p. 15.

essentiel à la pratique, procède du même esprit. Il rajoute : « Ainsi pour la première fois, la science et son application, la théorie et la pratique, se dissocièrent »⁷⁷.

N'est-ce pas entrevoir ici les prémisses du clivage entre le médecin, de plus en plus « docte », et le chirurgien, de plus en plus « sur le terrain », et de fait plus efficace ? Nous pourrions reprendre alors la réflexion d'Aristote, qui insiste sur la spécificité de la rationalité médicale, qui ne peut se fonder qu'à partir de l'expérience, pour se muer en art :

« Si donc quelqu'un possède la théorie sans l'expérience, et connaît le général sans connaître le particulier dont il se compose, celui-là se trompera souvent sur le remède à employer, car ce qu'il s'agit de guérir, c'est l'individu »⁷⁸.

Ce clivage entre pure connaissance théorique et connaissance pratique semble bien avoir culminé au Moyen Age.

Médecine doctorale, chirurgie « pratique » ?

De l'époque gréco-romaine jusqu'à la Renaissance, au XV^e siècle, on assiste en effet à un immobilisme de la pensée médicale : l'immense influence d'Hippocrate empêcha de remettre en cause ses prescriptions « chirurgicales »⁷⁹ et le dogmatisme de Galien figea l'anatomie dans des conceptions souvent erronées. Et, très schématiquement, c'est au Moyen Age que le clivage entre médecin et chirurgien fut le plus patent, ce qu'illustre parfaitement le conflit avec les barbiers.

Barbiers, maîtres-chirurgiens et médecins : un long conflit riche de significations

La médecine médiévale, cantonnée à des monastères, est entièrement aux mains de l'Eglise, et la distinction entre médecine proprement dite et chirurgie n'est pas très nette. Celle-ci est balbutiante, reprenant sans aucune critique les dogmes gréco-latins, et sans organisation, ni hiérarchique, ni universitaire. Elle s'étiole doucement à partir du V^e siècle. La médecine elle-même est mal organisée et ce n'est qu'en 1140 qu'un décret impérial oblige tout candidat médecin à être dûment diplômé. L'Ecole de Salerne, fondée dès le IX^e siècle, sera seule habilitée à délivrer ce droit d'exercer la médecine, sa

⁷⁷ Gadamer, *Philosophie de la santé*, op. cit., p. 17.

⁷⁸ Aristote, *Métaphysique*, liv. A, chap. I.

⁷⁹ Ainsi du traitement univoque de toutes déformations de la colonne vertébrale (classées sans distinction en « *spina luxata* ») pour lesquelles les prescriptions erronées d'Hippocrate furent scrupuleusement suivies du IV^e au XVI^e siècle.

véritable universitarisation n'ayant lieu que plus tard, vers le début du XIII^e siècle, lorsque Montpellier détrônera Salerne.

Mais le fait majeur qui va marquer la séparation entre médecine savante et chirurgie simplement efficace, surviendra en 1163, lorsque le concile de Tours décrète « *Ecclesia abhorret a sanguine* », interdisant de fait aux médecins, hommes d'église, lettrés et parlant latin, de pratiquer le moindre geste sanglant. Ce qui soulève la question du rapport au sang dont nous reparlerons. Mais cette interdiction eut une première conséquence très pratique. Car traumatismes ou affections, que nous qualifions aujourd'hui de « chirurgicales », restaient indifférents à un tel décret et la nécessité de les prendre en charge revint donc aux seuls qui n'en avaient pas l'interdiction, les barbiers.

Rappelons que le barbier était, à l'origine, celui qui avait le droit de tenir boutique pour raser : « céans on fait le poil proprement et l'on tient bassins et étuves »⁸⁰, affichant, comme enseigne, un bassin blanc. A partir de ce geste physique de raser et, puisqu'ils savaient manier quelques outils tranchants, quelques-uns parmi les barbiers devinrent des « barbier-chirurgiens », le bassin jaune remplaçant le blanc. Ils parvinrent ainsi à traiter plus ou moins efficacement, outre les fractures ou les luxations, les calculs vésicaux – la « taille » –, les éventrations et réussirent plusieurs trépanations. L'ancêtre du chirurgien est donc bien un « opérateur » : celui qui se servant de sa main d'abord, qu'il prolonge ensuite d'outils – le rasoir en premier, celui qui « coupe » –, est dans l'efficacité, dans le concret que nous dirions « charnel ». Et le rapport qu'il a avec le sang n'est pas anodin, d'autant qu'il est réservé aux seuls laïcs.

Mais quoiqu'il en soit, les barbiers, dépositaires d'une partie de ce pouvoir de faire saigner – *saignée* ! – prirent un essor manifeste. Et un tel développement ne pouvait aller sans poser problème. Les médecins, en effet, clercs diplômés et lettrés, n'exerçant que dans les villes et ne payant pas l'impôt comme la noblesse et le clergé, bien qu'ils se fussent déchargés de la préparation des remèdes sur les apothicaires et du soin des malades sur les barbiers, vécurent mal le développement de ces derniers. Car ceux-ci, de basse extraction, illettrés, étaient à l'origine pour la plupart, des charlatans. Pour mettre un peu d'ordre Louis IX en 1268 créa un corps de maîtres chirurgiens-barbiers, en robes longues, titulaires d'un titre universitaire : la confrérie de saint Côme

⁸⁰ D. Hurtaut, *Dictionnaire historique de la ville de Paris et ses environs*, 1779, Tome I.

et saint Damien, ancêtre du Collège de chirurgie, mais qui ne suffit pas à éviter le conflit.

En réalité le chirurgien était déjà pris en tenaille entre le médecin, au-dessus, et le barbier, en-dessous, qu'il fût en robe courte ou bien simple charlatan. Jusqu'au XVII^e siècle où leur statut fut définitivement établi, ils n'eurent de cesse d'être reconnus des premiers et clairement distingués des seconds. Etrange analogie, toutes proportions gardées, avec la résistance actuelle des nombreux chirurgiens orthopédistes face aux ostéopathes, en même temps que leur refus de n'être considérés par leurs collègues rhumatologues que comme de simples « bistouris ». Mais au Moyen Age la querelle était bien plus sérieuse, d'autant que certains des barbiers « charlatans » commencèrent à sérieusement concurrencer jusqu'aux médecins universitaires. Ecoutons la description, pour le moins partisane, que fit William Clowes, grand chirurgien de la marine anglaise, de ces simples barbiers :

« ...des rétameurs, des arracheurs de dents, des colporteurs, des palefreniers, des charretiers, des portefaix, des hongreurs, des vétérinaires, des idiots, des paysans, des balayeurs, des proxénètes, des sorcières, des prestidigitateurs, des devins, des coquins, des attrapeurs de rats, des vagabonds, des racoleurs ». Quant à leur activité : « la horde hétéroclite d'extracteurs de cataractes, de lithotomistes, herniotomistes et autres chirurgiens de foire errants, n'était que pendants et vagabonds. Sans gêne dans leur attitude, crapuleux dans leur contenance et brutaux dans leur jugement et leur raisonnement »⁸¹.

Ainsi c'est d'abord face aux incultes qui opéraient sur les foires et dévalorisaient son image, que le chirurgien du Moyen Age dut s'imposer. L'autorité politique, c'est-à-dire la monarchie, joua de cette rivalité en favorisant tantôt le maître de chirurgie, barbier à robe longue, par rapport au simple barbier⁸², tantôt ce dernier face à l'autre, pour finir par en clarifier les rôles avec la promulgation du statut des barbiers de 1371⁸³.

Mais il fallut encore affronter le mépris des médecins de la Faculté, considérant qu'il ne saurait y avoir rien de noble ni de très savant à user de ses mains pour soigner, d'autant qu'elles pouvaient toucher le sang. Manque de considération qui, par certains côtés, persiste encore actuellement : les orthopédistes sont souvent comparés à de simples menuisiers, les chirurgiens vasculaires à des plombiers. A la fin du XV^e siècle,

⁸¹ William Clowes, *A Proved Practise For All Young Chirurgians*, Londres, 1591.

⁸² Edit de 1311, reprenant celui de 1301 qui stipule qu'il est interdit aux barbiers « de s'entremettre dudit mestier avant qu'ils soient examinés des maistres de chirurgie... ».

⁸³ Statut qui confirme leur champ de compétence : « de panser, de curer et guérir toutes manières de clous, bosses, apostumes et plaies ouvertes en cas de péril et autrement si les plaies n'étaient mortelles sans pouvoir en être empêchés par les chirurgiens ou mires jurés... », ce dont se plaindront les maître-chirurgiens qui auraient souhaité moins de gestes autorisés.

la Faculté, perfide, passera même un accord avec les barbiers, imposant aux maîtres-chirurgiens de les respecter. Ceux-ci pourtant, tout en recherchant leur reconnaissance, tenaient les médecins en piètre estime, persuadés qu'ils étaient, eux, – qu'ils ont *toujours* été ? – les seuls à traiter efficacement et sans tricherie. Écoutons Henri de Mondeville exprimer avec fougue, et beaucoup de naïveté, cette spécificité :

« La chirurgie est le troisième procédé [de la pratique médicale] et c'est l'opération faite avec la main sur le corps humain, tendant à la santé. [...] La *prééminence de la chirurgie* apparaît *primo*, car elle traite des maladies des plus difficiles dans la cure desquelles la *médecine échoue*. *Secundo* elle soigne les maladies qui ne se traiteraient ni d'elles-mêmes, ni par la nature, *ni par la médecine* ; en effet cette dernière ne traite aucune maladie de manière suffisamment manifeste pour qu'il ne puisse être dit que la guérison serait intervenue sans son aide. *Tertio*, les œuvres de la chirurgie sont *manifestes* à la vue alors que celles de la médecine demeurent cachées. [...]...l'erreur du chirurgien opérant, par exemple lorsqu'il incise une main ou un bras, apparaît patente à tout observateur et il ne peut l'imputer à la nature ou à la vertu, *ni s'en excuser, ni accuser un autre* »⁸⁴.

Ce texte traduit bien la haute idée de la chirurgie que pouvait avoir le chirurgien : c'est la plus importante manière de soigner, la plus efficace, la plus visible et enfin la moins sujette à tricherie. De là à se prendre pour un dieu, il y a peu.

Il fallut encore attendre le milieu du XVI^e siècle pour que les chirurgiens obtiennent la même reconnaissance universitaire que les médecins, dont ils restaient pourtant encore dépendants. Et ce ne sera que cent ans plus tard qu'un arrêt de déchéance leur permettra d'absorber les barbiers de robe courte⁸⁵. Il ne leur restera alors plus qu'à régler leur conflit avec les médecins : ils jubileront lorsque Félix, premier chirurgien du Roi, parvint à guérir la fistule de Louis XIV. Mais ce n'est pourtant qu'au XVIII^e siècle que le chirurgien aura véritablement rang égal avec le médecin lors de la création de l'Académie de chirurgie.

Alors que nous révèlent ces longues querelles ? Elles confirment que la chirurgie est bien une activité particulière. Certes sa raison d'être est de soulager, mais elle ne peut le faire en général qu'en ouvrant le corps c'est-à-dire en ayant rapport avec le sang. Or, si l'on se contente de cette approche, négligeant sa finalité, on risque d'assimiler le chirurgien au boucher ou au bœuf. D'autant que le clivage est de nos jours estompé,

⁸⁴ Henri de Mondeville, *La chirurgie*, J.-L. Pagel, Berlin, 1892, in Michel Rongières, « Chirurgien : entre savoir théorique et savoir pratique », Cahiers du Cercle Nicolas Andry N° 3, Sauramps Médical, Montpellier, 2009. C'est nous qui soulignons.

⁸⁵ Edit de 1613 qui réunit barbiers-chirurgiens et maîtres-chirurgiens « en un seul et même corps pour jouir dorénavant et concurremment des droits des uns et des autres, sans qu'à l'avenir ils se puissent séparer [...]. A la charge qu'ils gardent les ordonnances et qu'aucun ne puisse être reçu qu'après avoir subi l'examen prescrit... ».

puisqu'il n'existe pratiquement plus aucune manière de faire de la médecine – soigner – sans être quelque part invasif. Le problème vient du fait que le chirurgien, en réalité, est à la fois un médecin – ce qui est sa raison d'être – mais encore un opérateur – ce qui donc l'autorise à être sanglant mais ce qui lui impose en outre d'entretenir avec l'anatomie un rapport bien différent de celui de son collègue médecin clinicien. Voyons cela.

Médecine clinique, chirurgie sanglante : le rapport au sang

Bien avant que, sous des prétextes religieux, l'Église médiévale n'abandonne à de simples barbiers la « production » du sang humain par effraction corporelle, comme sa manipulation dans des bassins « jaunes », il faut reconnaître que la sacralité du sang a toujours été présente, dans toutes les sociétés humaines. Et, comme nous le ferons plus loin, on ne peut s'empêcher d'y voir une double signification : il *est* sacré car il est signe de vie, mais il recèle un *caractère* sacré car il ne peut couler sans qu'il y ait un minimum de violence, comme une effraction cutanée.

« Le sang, ma fille, le sang, vous autres, dites-moi, mais c'est quelque chose ! Ah ! vous la voyez donc comme ça, la vie [...]. Le sang est le plus beau théâtre. Le dégoût ? non, il n'y a pas de dégoût ; oui, au moment où ça commence à couler, mais qu'est-ce que c'est ? C'est parce qu'on voit cette vie qui s'échappe... »⁸⁶.

Le sang a toujours fasciné. Il représente la vie, donc son écoulement un danger, comme « cette vie qui s'échappe ». C'est par cette nécessaire effraction cutanée que le chirurgien se distingue dans sa manière de soigner, au moins avant que son collègue médecin n'invente une seringue pour « piquer » la peau et la chair. Et puisque ce qui concerne le sang, touche à la vie et qu'il y a un mystère dans cette vie, quelque chose « d'autre », on peut parler de sacralité. Et c'est encore dire qu'il y a, en sous-jacent, une nécessaire dimension sacrée dans la chirurgie. Mais restons-en, pour l'instant, à sa dimension sanglante.

En mettant ses mains dans le sang, en ne craignant pas de le faire couler, le chirurgien se place dans une position très particulière. D'abord par rapport aux non-médecins qui peuvent légitimement entrer en contact avec le sang comme le boucher ou, plus dramatiquement, le bourreau, nous l'avons vu. Car eux aussi font saigner mais à des fins radicalement différentes. Pour le premier il ne s'agit que du sang animal à des fins alimentaires. Si la sacralité n'est jamais loin – abattage rituelique *hallal* ou *catcher* –

⁸⁶ Jean Giono, *Les cavaliers de l'orage*, Paris, 2007, Gallimard, Folio, p. 128 et 140.

cela ne concerne pas *immédiatement* une personne humaine. Quant au bourreau, s'il s'occupe indiscutablement d'une personne, la finalité de son geste n'est évidemment pas de soulager mais de punir⁸⁷. Cela signifie pour le chirurgien, s'il veut que son geste corresponde bien à de la chirurgie, qu'il n'intervienne pas sur des animaux et que sa finalité soit bien de soulager son opéré.

Dans le fond on comprend mieux la colère des maîtres-chirurgiens, lorsqu'ils étaient mus, tels Guy de Chauliac ou Henri de Mondeville, par une éthique chirurgicale, devant la pratique désinvolte des barbiers de foire qui se comportaient le plus souvent en « bouchers » – au double sens de « bourreaux » et de coupeurs de viande animale – comme de mauvais vétérinaires.

Mais le chirurgien, de par sa proximité avec le sang de son malade, est encore en situation particulière par rapport au médecin purement clinicien. Même s'il doit user d'un raisonnement déductif pour bien opérer la pathologie visée, il a, au prix du sang, franchi la barrière cutanée et pénétré *de facto* dans la source du problème. Il n'a pas eu peur et va pouvoir extirper le mal, comme si, par son acte sanglant, il se rapprochait de la réalité beaucoup plus concrètement que ne pourraient le permettre des supputations théoriques. Il s'agit ici bien sûr d'une caricature mais, comme telle, ce n'est que pour forcer le trait d'un fond de vérité.

Dans cette spécificité que lui confère le rapport au sang, il y a pour le chirurgien un endroit et un envers. L'endroit c'est l'éthique : c'est la prise de conscience de la gravité de son geste et de la personne sur laquelle il l'effectue. L'envers c'est le mépris des deux qui n'est alors, nous le verrons, qu'ouverture à la démesure et à la barbarie. Mais au passage il y a toujours le risque de se croire tout-puissant : faire couler le sang, en agissant à l'intérieur du corps de l'homme. Et lorsque, naïvement, on ramène Dieu à une soi-disant toute-puissance humaine, alors il y a véritablement risque de se prendre pour Lui. C'est ici admettre qu'agir sur le corps de l'homme, par « l'intérieur » en quelque sorte, pose au chirurgien la question de l'anatomie.

La question de l'anatomie

Guy de Chauliac écrit en 1363 : « Il est nécessaire aux chirurgiens de bien connaître l'anatomie parce que, sans l'anatomie on ne peut rien faire en chirurgie » et il

⁸⁷ Bourreau que l'on peut rapprocher du criminel – mais uniquement dans son rapport au sang – dont la finalité n'est pas de punir mais de blesser sans autorisation légale, voire du policier – de l'Etat – dont le rapport au sang est légal et dont la finalité est le maintien d'un ordre social (cf. infra, p. 272).

rajoute : « Elle est acquise par deux moyens : l'un est par la doctrine des livres [allusion au dogmatisme de Galien], l'autre par l'expérience en des *corps morts* »⁸⁸. Comment mieux exprimer cette double nécessité : connaître l'anatomie, mais ne pouvoir le faire qu'à partir des cadavres. L'affirmation de cette évidence, à l'aube de la Renaissance, va profondément marquer la manière dont l'homme occidental va appréhender la médecine et en particulier la chirurgie.

Mais restons-en ici à la question de l'anatomie pour le chirurgien. Elle est nécessairement très particulière. Le clinicien doit bien sûr être au fait de la constitution de l'organisme et de son fonctionnement. Mais il l'est « globalement », comme en surplomb. Non pas qu'il soit superficiel, mais parce qu'il n'a besoin d'être concerné que par la *représentation* que fait de la réalité l'anatomie livresque : savoir que le nerf sciatique prend son origine dans la moelle épinière pour se diviser en plusieurs branches dans la cuisse est une *généralité* qui ne dit rien de sa réalité chirurgicale. L'orthopédiste, au contraire, qui aperçoit le nerf, évitant de le léser, est en rapport direct avec lui : il peut le toucher, il ne raisonne pas sur un concept de nerf sciatique. D'ailleurs les *vrais* nerfs ne sont pas plus jaunes que l'os est blanc ou les artères rouges : cette représentation de l'anatomie n'est que livresque. C'est en cela qu'on parle d'ailleurs d'anatomie *chirurgicale* par rapport à l'anatomie générale. Celle-ci est une description un peu figée de ce que l'on *trouve* dans un corps humain, quand celle-là correspond à une mise en situation, une description de ce que l'on peut *rencontrer* à tel ou tel autre endroit de ce corps : elle est topographique.

Galien avait figé les descriptions anatomiques et le dogmatisme interdisait de corriger ses erreurs. Lorsque les dissections seront autorisées, elles se feront sous l'autorité d'un maître lisant les pages de l'illustre médecin romain, tandis que le prosecteur ne devait que confirmer sur le cadavre ce qu'affirmait le livre. Vésale au XVI^e siècle fut le premier à s'insurger contre cette mise en scène et publia en 1543 un véritable traité d'anatomie descriptive, *De Corporus Humani Fabrica*, nous y reviendrons. Mais si les erreurs de Galien furent enfin effacées, l'anatomie restait encore figée dans une pure description cadavérique. Il fallut, en Europe, attendre le XVIII^e siècle pour qu'enfin, de descriptive l'anatomie devînt topographique, c'est-à-dire médico-chirurgicale. Jean-Baptiste Petit put écrire en 1700 : « Le talent de la dissection

⁸⁸ Guy de Chauliac, *Chirurgia Magna*, Avignon, 1363. C'est nous qui soulignons.

conduit naturellement un chirurgien à l'art d'opérer »⁸⁹. Sans doute par là ne voulait-il pas dire que la chirurgie ne concernerait que le cadavre, mais plutôt que, seul, l'entraînement à rencontrer les organes là où ils se trouvaient, était important pour le chirurgien.

Peut-être pourrait-on retrouver ici des traces de sacré ? Car en effet puisque le geste chirurgical permet d'entrer en contact profond avec la réalité anatomique du patient, n'est-il pas de fait une profanation, au sens du franchissement du seuil d'un temple – *pro-fanum* –, ici celui de « l'Anatomie », comme domaine réservé, inaccessible au commun, médecin clinicien compris ? Car ce dernier, dans le fond, ne peut, de l'anatomie, n'en avoir qu'une *représentation*, jamais une *réalité*. La question étant de savoir s'il y a, pour le chirurgien, profanation ou autorisation comme nous le verrons.

Cette approche chirurgicale de l'anatomie⁹⁰ fut à l'origine de la méthode anatomo-clinique car c'est bien devant les lésions observées sur tel ou tel organe que l'on peut faire un rapprochement avec les signes d'une maladie. Or qui, mieux que le chirurgien, peut se rendre « sur place » pour constater les lésions ? Nous verrons que c'est bien l'oubli par le chirurgien de ce qu'il est lié à l'anatomie vivante, et sa substitution en une sorte de médecin légiste, qui posera problème. D'ailleurs si, à la fin du XVIII^e siècle Xavier Bichat put envisager une médecine « expérimentale », n'est-ce pas non plus grâce au passage de l'anatomie descriptive à l'anatomie topographique et chirurgicale ?

Dans le fond c'est encore dire que la chirurgie, plus que la médecine, ne saurait être spéculative : c'est dans et par l'anatomie, dans et par la réalité du corps organique, dans la visualisation, la palpation, la dissection *in vivo* que le chirurgien fera de la chirurgie. Les livres sont certes utiles mais insuffisants. On peut bien sûr faire un discours *sur* la médecine – c'est ce que nous tâchons de faire ici – mais on ne saurait faire *de* la médecine sans soigner réellement, sans essayer de soulager des personnes vivantes *réelles*.

Cette constatation nous permet de questionner plus profondément sur les spécificités qui font du chirurgien un médecin particulier.

⁸⁹ Raymond Villey, La médecine latine, Galien, *in Histoire de la médecine, op. cit.*, Vol. II, p. 16.

⁹⁰ L'expérience confirme d'ailleurs la distance qui existe généralement entre l'anatomiste – piètre opérateur très souvent – et le chirurgien – moins érudit en anatomie livresque, mais plus performant en tant que chirurgien.

Le chirurgien comme un médecin particulier

En tant qu'il est médecin, cela signifie qu'il ne s'occupe pas d'une chose, comme le garagiste d'un moteur, mais qu'il prend en charge une *personne humaine*. Comme tout médecin son action présente donc une dimension essentiellement morale, même si elle n'est pas que cela. Et peut-être plus encore que pour le médecin purement clinicien, la prise en charge de cette personne passera par l'ouverture de son corps. Mais il agit en outre selon deux modalités particulières de l'agir médical qui font une grande part de sa spécificité : son action est en général *immédiate*, et il utilise nécessairement ses *mains*.

Le chirurgien ouvre, coupe, tranche, il est quasi immédiatement dans le corps de son opéré. Et d'autre part, quels que puissent être les progrès actuels de la technique chirurgicale, on ne peut plus exercer ce métier si l'on ne dispose pas de ses deux mains (alors que cela reste possible pour nombre de médecins : les radiologues ou les biologistes par exemple, mais aussi des praticiens plus cliniciens comme les ophtalmologistes, les dermatologues, voire le médecin généraliste). La langue allemande nous rappelle d'ailleurs que « traiter » signifie bien « palper avec la main » – *behandeln*⁹¹.

C'est en cela que le chirurgien est un « opérateur », mais un opérateur qui agit physiquement, dont l'action est visible et palpable, lors même qu'elle s'effectue. Cela rejoint la dimension immédiate de l'action chirurgicale. La technique opérante du chirurgien – la chirurgie – est concrète et passe par le chirurgien lui-même. Comme s'il était nécessaire à un tel praticien de disposer de qualités particulières, réunissant le soin purement médical avec l'exigence de la technicité manuelle. Écoutons Celse, au I^e siècle, résumer cela :

« Le chirurgien doit être relativement *jeune* ; sa *main ferme* agit posément et ne tremble pas ; sa main gauche est aussi habile que sa droite ; son regard est aigu et pénétrant ; il est *intrépide et cependant humain* ; il cherche à guérir le malade ; *les cris* ne le troublent pas, il ne doit ni se hâter, ni couper moins qu'il ne faut, mais agir comme s'il n'entendait pas les gémissements de son patient. Il doit enfin se faire toujours assister par des aides »⁹².

⁹¹ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé, op. cit.*, p. 118.

⁹² Celse, *De re medica*, VII. C'est nous qui soulignons.

Notons au passage l'exigence d'indifférence aux « gémissements de son patient », ce qui correspond en partie à une nécessité d'objectivation. Et dans le fond, si on y réfléchit un peu, en quoi des gémissements pourraient-ils être « troublants », si ce n'est qu'ils sont « humains » ? C'est bien dire qu'au-delà de toute sensibilité telle qu'on pourrait la ressentir devant un animal, il y a dans l'être humain une dimension autre – sacrée ? – qui interdirait de le faire gémir. Nous pourrions encore déceler chez Celse, comme une sorte d'idéalisation du chirurgien – « jeune », « intrépide », qui « ne tremble pas » –, idéalisation qui semble bien proche d'une déification : un bon chirurgien ne doit-il pas être un peu Dieu ?

Mais abordons maintenant la première caractéristique du chirurgien, en tant qu'il est un médecin qui soigne une personne humaine.

Le chirurgien, en tant qu'il est médecin

De manière très simple on peut considérer que le chirurgien, comme tout médecin, dispose de connaissances (son savoir médical) et qu'il utilise une « technique » (son savoir-faire, représenté par sa technique chirurgicale) pour traiter son malade, c'est-à-dire lui rendre la santé. Mais nous allons voir que la santé n'est pas une production, qu'il ne s'agit pas d'un produit fini. Pour fabriquer une poterie le potier, lui aussi, dispose d'une connaissance « scientifique » (l'argile, ses réactions, etc.) et utilise des appareils « techniques » (la machine, le four, etc.), tout ce processus constituant « l'art » du potier – c'est-à-dire sa « technique » –, mais à la sortie il y a une poterie. Aristote parle ici de *poiésis*, comme d'une activité dont le résultat est indépendant de l'agent (tous les potiers font des poteries). Pour ce qui concerne la médecine, la santé ne peut pas être un objet concret. Ceci montre bien qu'elle est une *tékhnè*⁹³ – c'est-à-dire un « art » qui consiste en connaissance à partir de l'expérience. En tant que production technique c'est en outre une *tekhnè* qui a la particularité de ne rien produire⁹⁴. Pour Aristote, « l'art » ainsi compris se distingue d'un processus naturel car les choses « qui adviennent naturellement [...] contiennent en elles-mêmes leur principe »⁹⁵ – rappelons que la *phusis* des Grecs est vivante (la croissance d'un arbre obéit à un principe intérieur

⁹³ Le mot grec *tekhnè* a donné en latin *ars* mais ressort en français sous le terme de *technique*. C'était initialement un « intermédiaire entre l'expérience et la science » alors que la « technique » comme nous la comprenons de nos jours, a tendance à artificialiser la nature.

⁹⁴ Aristote distingue l'action morale – la *praxis* – comme celle dont le résultat est intérieur à l'agent, de la production – la *poiésis* – dont il lui est extérieur. C'est en cela que la médecine est avant tout une *praxis*, une action morale à bien des égards.

⁹⁵ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Garnier-Flammarion, trad. R. Bodéüs, VI, 1140 a 15.

à l'arbre). Et l'art médical, qui demeure un processus dont le principe constitutif est à l'extérieur, comme toute production de la *tekhnè*, consiste à « achever ce que la nature n'a pu mener à bien », c'est dire que puisque la seule « production » de la médecine correspond à une hypothétique santé, c'est qu'elle correspond à la nature elle-même.

« L'art médical n'intervient donc dans la *phusis* que pour la restituer à elle-même – ce qui se nomme *remédier*. Et re-médier c'est médiatiser en second, c'est intervenir dans les processus immanents de la nature pour suppléer à ses défaillances »⁹⁶.

Mais cette *tekhnè*, cet « art » d'opérer pour ce qui concerne le chirurgien, est nécessairement fondée sur une expérience – l'expérience du cas particulier – comme l'empirisme des débuts de la médecine nous l'a montré. C'est là l'aspect fondamental de cette activité qui ne saurait concerner qu'un individu en particulier. Aristote nous dit bien :

« Ou comment serait meilleur médecin [...] celui qui aurait sous les yeux la forme idéale elle-même. Car, manifestement ce n'est pas *la* même santé sous telle forme que considère le médecin, mais celle de l'homme ; peut-être faudrait-il dire plutôt : celle de *cet homme-ci*, car c'est le particulier qu'il soigne »⁹⁷.

Ces précisions faites, il nous faut considérer comment le chirurgien, en tant qu'il est d'abord médecin, peut prendre en charge une personne.

Prendre en charge une personne

Qu'entendons-nous par « prendre en charge une personne » ?

Prendre en charge une personne, c'est d'abord *prendre*, comme englober, recouvrir. C'est se mettre en responsabilité « vis-à-vis de ». Cela évoque en outre un geste actif, et non une simple passivité comme pourrait être celui de recevoir. Prendre n'est jamais une nécessité, il y a bien une notion de volonté : on ne peut pas prendre si on ne le veut pas. Kant a bien montré qu'une volonté soi-disant libre, qui ne s'appuierait pas sur la raison pratique – cette raison qui tâche de trouver la réponse à la question : que dois-je faire ? – cette volonté ne serait pas libre. On observe donc que lorsque le chirurgien décide de *prendre* en charge une personne, il déjà est dans une action morale. C'est encore dire qu'il ne peut exister de vraie médecine, de soin, sans cette dimension éthique.

Mais prendre *en charge*, c'est aussi porter. Le mot charge introduit de la lourdeur. Comme dans le prendre, il n'y a pas non plus de passivité, au contraire, mais

⁹⁶ Dominique Folscheid, La question de la médicalité, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 118.

⁹⁷ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, I, 1097 a - 10. C'est nous qui soulignons.

une notion d'effort. Le chirurgien en quelque sorte n'a pas décidé de prendre *légèrement* en charge cette personne, comme si par exemple, il l'aidait simplement à ouvrir une porte d'ascenseur. Il s'engage au contraire à la porter, à l'amener si possible, avec les moyens de son art qui ne sont pas légers, non pas tant vers une santé indéfinissable, mais au moins vers un mieux, vers un bien.

C'est en cela que prendre en charge, c'est aussi une responsabilité. Nous verrons que, lors du « colloque » entre soignant et soigné, la confiance est nécessairement présente. Le malade accepte lui aussi d'être pris en charge, d'être porté vers ce « mieux espéré », dans la croyance qu'il accorde à l'action de son médecin. Et la responsabilité du chirurgien recèle une dimension plus spécifique encore puisqu'il prend en charge son patient, dans ce que celui-ci a de plus cher : son corps et l'intégrité physique de ce corps. On devine que la charge dont il s'agit dépasse celle d'une charge comprise comme une fonction purement administrative ou les termes d'un contrat juridique : le chirurgien est *en charge*, cette charge qu'il a décidé de prendre et qui va l'obliger. Il s'agit d'une responsabilité morale, sans réciprocité, de celle dont parle Levinas qui concerne autrui comme un infini. Il est, sinon, banalisé. N'y a-t-il pas d'ailleurs, dans le « prendre en charge », quelque chose comme de l'amour ?

« Prendre charge d'une "chose" ou d'une "personne" dans leur essence, c'est les aimer, les désirer »⁹⁸.

Il nous faut ici bien insister sur cette responsabilité morale. Henry Delmar, chirurgien plasticien, confronté sans doute au désir parfois déroutant de certains patients, écrit que « Le médecin doit être à l'écoute de son patient [...] dans une attitude *neutre*, dépourvue de jugement *moral* »⁹⁹. Nous n'acquiesçons pas du tout à cette vision, *neutre, amonale* de la relation entre le médecin et son patient, d'autant plus que celui-là est chirurgien. Il ne peut – et il ne doit – y avoir aucune neutralité dans le comportement du chirurgien et ce comportement bien sûr doit être moral. Qu'il n'y ait cependant pas de malentendu. Si l'on considère la neutralité comme l'absence de jugement évaluatif quant à la dimension physique, sociale ou mentale du malade, qui s'impose au médecin, il n'y a aucune discussion possible. Mais si l'on entend par neutralité, la totale absence de prise en compte de la subjectivité du patient, la totale absence d'évaluation de son désir – serait-il excessif –, alors nous considérons qu'une telle neutralité amènerait au risque

⁹⁸ Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV*, Paris, Gallimard, « Tel », 2008, p. 71.

⁹⁹ Henry Delmar, Jean-François Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique, une chirurgie nommée désirs*, Paris, Odile Jacob, 2011, p. 130.

de le dés-humaniser, de ne plus le considérer que comme un consommateur de soins – c'est-à-dire un *client* – et, de fait, à accéder à tous ses désirs, en dehors de toute considération morale. Rappelons que l'impératif médical est que la médecine soit de la médecine et non un simple échange commercial, serait-il de services¹⁰⁰.

Car cette responsabilité morale implique de la sympathie – *sumpatheia* –, sympathie qui est pour Bergson, ce par quoi : « on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique et par conséquent d'inexprimable »¹⁰¹. Oui, il semble en effet bien difficile d'envisager la prise en charge chirurgicale d'un malade sans qu'il y ait de la sympathie. L'idéal serait l'amour, ou au moins l'empathie comme ressentir exactement, parfaitement, ce que ressent le patient. Mais Edith Stein¹⁰² a bien démontré qu'une empathie absolue est impossible, puisqu'il est absolument hors de notre possibilité de nous mettre à la place d'autrui. Autrui est bien une transcendance. Et c'est ce qui le caractérise comme personne.

Et c'est bien une *personne*, c'est-à-dire un être humain, que le chirurgien prend en charge. Il ne s'agit pas d'une chose, ni même d'un animal, être animé certes, mais non humain. Le mot « personne » signifie que c'est un homme que notre chirurgien doit prendre en charge. Mais bien plus que l'homme en général, c'est cet homme-là, avec toute sa subjectivité : « Toute pathographie est une biographie »¹⁰³. Cette personne humaine est unique et singulière, elle a une histoire, « une identité narrative » nous dit Ricœur, et elle est insubstituable, elle est encore une fin en soi. En outre le chirurgien est lui-même une autre personne humaine et il reste nécessairement conscient que cet autre qu'il va prendre en charge est un autre-comme-lui.

Précisons tout cela.

Une personne

Approfondissons cette notion essentielle de *personne*, qui est bien le socle sur lequel nous voudrions fonder la thèse qu'il y a une irréductible dimension sacrée de la chirurgie en ce qu'elle s'adresse à un être humain vivant à travers son corps.

¹⁰⁰ Peut-être, à ce propos, que dans l'esprit du législateur (arrêt Mercier – 1936), l'affirmation de l'existence tacite d'un « contrat » lors du fameux colloque singulier médecin-malade, voulait-elle surtout insister sur la responsabilité morale du soignant plus que sur sa responsabilité simplement juridique, nonobstant l'incontestable validité de celle-ci ? Au moins peut-on le souhaiter.

¹⁰¹ Henri Bergson, *La pensée et le mouvant* (1934), Paris, PUF, 1975, p. 181.

¹⁰² Cf. Elsa Godart, *Edith Stein, ou l'amour de l'autre*, Paris, Editions de l'œuvre, 2011.

¹⁰³ Dominique Folscheid, La question de la médicalité, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 118.

Le mot vient du latin *persona* qui désignait le masque de théâtre à travers lequel les acteurs parlaient – *per-sonare* – et il nous en est resté le terme de personnage. On comprend que le personnage est déterminé par des critères sociaux, physiques ou mentaux. On parle par exemple du « directeur », de « l’aveugle » ou du « psychotique ». Mais on devine que, derrière ces masques, il y a bien la personne et que celle-ci n’est pas réductible à ceux-là. Il y a un être derrière le masque, cet être fût-il inconnaissable, protéiforme, en un mot « mystérieux ». Nous sommes tous des êtres humains, c’est-à-dire que chacun de nous correspond à cette virtualité qu’est *l’homme*, puisqu’il n’existe que *des* hommes. C’est cette différence que souligne Ricœur en parlant d’identité biologique – nous sommes tous identiques, *idem* – et d’identité personnelle – *ipse*, comme « soi ». Car si chacun de nous est unique – en dehors des clones, nous sommes tous génétiquement différents¹⁰⁴ – chacun de nous est encore singulier : aucun n’aura la même histoire, le même vécu, chacun est une conscience singulière, comme « le récit en cours d’une vie » écrit Suzanne Rameix¹⁰⁵. La personne correspond à une finalité : l’homme, en tant que personne, tend à réaliser sa propre humanité.

C’est déjà un point fondamental pour notre chirurgien qui prend en charge cette personne : il sait maintenant qu’elle est unique et singulière et qu’elle recèle une part mystérieuse qui fait d’elle « une totalité insubstituable à toute autre et jamais achevée »¹⁰⁶. C’est-à-dire que son action chirurgicale elle-même, comme ses conséquences, ne concerneront que ce patient-là, unique et singulier. Le chirurgien doit être kantien. C’est Kant en effet qui donne le fond le plus puissant à la notion de personne humaine, énonçant que l’homme est une *fin en soi* parce qu’il n’est pas le produit pur de quelque détermination *extérieure*, mais qu’il porte en *lui-même* la Loi morale. Soumis certes, aux nécessités de la nature, il dispose cependant de la liberté que lui confère cette loi morale, qui le fait être un être moral et qui le rend digne. Cette liberté de choix dans l’action, – et la chirurgie est une action – qui fait de l’homme un être évaluatif, est possible parce qu’il existe en nous une loi morale, écrit le philosophe de Königsberg, qui permet à la volonté de s’appuyer sur les principes de la raison, cette raison pratique *pure*, qui rend la volonté « bonne ». La personne est ainsi « l’homme au

¹⁰⁴ Les jumeaux homozygotes eux-mêmes, qui ont pourtant le même génome, ont quelques différences biologiques, comme les empreintes digitales. Mais ils sont surtout deux personnes distinctes.

¹⁰⁵ Suzanne Rameix, *Les fondements philosophiques de l’éthique médicale*, Paris, Ellipses, 2007, p. 28.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 29.

travers duquel sonne une voix, la voix de la loi morale »¹⁰⁷. Ainsi toute personne humaine possède une dignité essentielle, ontologique et absolue. Et contrairement aux choses qui ont un prix, la personne humaine est en dehors de tout prix – hors *du* prix précise Eric Fiat.

« Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité »¹⁰⁸.

On comprend alors que les tentatives de commercialisation des organes du corps humain puissent être une atteinte à cette dignité. D'autant – on l'occulte trop souvent – qu'il y a toujours un chirurgien pour prélever : que deviendrait sa responsabilité morale lorsque au-delà du fait d'opérer sur un organe sain, il participerait en outre à un contrat commercial ? Le respect tout kantien que le chirurgien doit à son patient est bien fondé sur la dignité inaliénable de tout homme – quand bien même certains s'en montreraient indignes : l'humanité de l'homme ne lui étant pas acquise d'emblée, c'est sa tâche que d'y parvenir. Devant ce malade qui se confie et qu'il va prendre en charge, notre chirurgien se doit de respecter son humanité. Comme l'énonce Kant :

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen »¹⁰⁹.

Ce malade sera nécessairement le moyen de ma chirurgie, puisque sans lui, point d'intervention, mais il ne saurait n'être que cela, faute de confondre la fin avec le moyen. Il représente en réalité la véritable fin de mon acte chirurgical.

Cette notion de dignité, intrinsèque, nous permet ainsi de distinguer la *personne* humaine du simple *sujet*, actualité, en quelque sorte, de cette personne en puissance. Cette distinction est importante puisqu'elle concerne le sacré. Si en effet on ne l'accepte pas, décrétant, comme Engelhardt, qu'on est personne que si, et seulement si, l'on est sujet et que n'est sujet que celui qui possède une conscience et peut avoir une vie de relation, fut-elle diminuée, alors on est dans la désacralisation. C'est en effet décréter qu'il existe plusieurs sortes d'hommes et que certains ne sont plus des êtres humains, donc ne sont plus sacrés au sens qu'il serait interdit de les « profaner ». Ce serait la reconnaissance par l'autre, et non une sacralité ontologique, qui nous constituerait en

¹⁰⁷ Eric Fiat, *Grandeurs et misères des hommes, Petit traité de dignité, op. cit.*, p. 84.

¹⁰⁸ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Livre de poche, 2007, p. 113.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 105.

tant que personne. On devine pointer la dérive qui voudrait que le statut de personne dépende de la décision d'un « évaluateur ». D'ailleurs Engelhardt va jusqu'au bout de sa logique et, contestant la notion de personne humaine comme fin en soi quel que soit son état physique, social ou mental, il prétend ainsi qu'il « n'y a rien de sacré dans la personne humaine... »¹¹⁰. Le vrai problème pourtant est bien celui de la sacralisation : et plutôt que de la vie, même humaine, il s'agit de sacrifier la personne humaine et, à travers elle, son corps. Il ne s'agit ici certainement pas d'une sorte de nouvel anthropocentrisme, comme voudrait le croire Peter Singer, qui dénonce alors ce soi-disant « spécisme » en termes inquiétants :

« Pourquoi établir une *différence* entre les animaux et ces humains [les enfants humains, les adultes souffrant d'un grave handicap mental], si ce n'est à cause d'une préférence *morale*ment indéfendable favorisant les membres de notre espèce »¹¹¹.

Il est bien ici question de désacraliser la personne humaine. C'est en effet une question fondamentale, en particulier pour un chirurgien. Kant fait reposer cette sacralité sur la loi morale présente en tout homme : elle est transcendante, sacrée et c'est elle qui rend l'homme sacré, quand bien même il n'en existerait aucun de saint. Mais est-ce suffisant ? Le chirurgien qui intervient ne peut jamais rencontrer, ni l'âme, ni la loi morale. Il ne peut pourtant pas ne pas avoir l'intuition – ressentir – qu'il y a, à travers cette personne dont il ouvre le corps, « autre chose », comme un extérieur – une transcendance – qui lui *interdirait* de la traiter comme une chose, voire un simple animal. N'est-ce pas parler alors de *sacré* ? Ne risquerait-il pas, sinon, refusant cette « sacralité » de se prendre pour Dieu¹¹² ? Mais en confondant, comme Lucifer, l'ange déchu, le moyen avec la fin. Car ce Dieu dont on voudrait ainsi usurper l'absolu pouvoir est celui-là même qui fait de toute personne humaine une fin en soi.

C'est en effet la prise en charge d'une personne qui fait toute la spécificité de la médecine et du soin en général. Elle représente toute sa dimension éthique. Pour le chirurgien, l'oublier pourrait avoir des conséquences mettant en cause sa chirurgie elle-même, « la chirurgicalité » de son action comme dirait Von Weizäcker.

¹¹⁰ Tristram Engelhardt Jr., *Foundations of Bioethics*, New-York, Oxford University Press, 1986, p. 377. Et plus loin: "...there is no reason why, with proper reasons and with proper caution, it should not be radically changed". Et, p. 107 : "...not all humans are persons. Not all humans are self-conscious, rational and able to conceive the possibility of blaming and praising".

¹¹¹ Peter Singer, *Question d'éthique pratique*, Paris, tr. fr., Bayard éd., 1997, p. 67. C'est nous qui soulignons.

¹¹² Nous disons « risquerait » pour souligner l'absurdité de cette prétention : n'est-ce-pas Dieu, par définition, qui fait l'homme sacré ?

Mais pourrait-il l'oublier ? Est-il réellement possible pour un chirurgien d'oublier qu'il va opérer une personne humaine et que ce ne peut être là un geste anodin, ordinaire ? Lorsque Levinas considère que l'éthique est première, que la responsabilité sans réciprocité devant autrui, cet autre comme-moi, est la prise de conscience originaire de l'altérité, au-delà même de toute analyse descriptive, il ne dit rien d'autre que cette impossibilité de nier l'humanité de l'autre. Il insiste d'ailleurs sur ce qu'il appelle « l'intentionnalité axiologique » face à l'humain :

« Le caractère de *valeur* ne s'attache pas à des êtres à la suite de la modification d'un *savoir*, mais vient d'une *attitude spécifique de la conscience*, d'une intentionnalité non théorétique, d'emblée irréductible à la *connaissance* »¹¹³.

Cette responsabilité, nous dit-il, « oblige » dès la rencontre avec le visage de l'autre. Il y a dans cette épiphanie, une présence de l'Infini, quand la simple approche phénoménologique est une totalisation. Il n'est alors plus question de décider d'être ou non « obligé » par celui dont le visage est un appel à une prise en charge, il est question d'accepter ou de refuser cette responsabilité. Le refus total est le meurtre. A travers ce visage, autrui me montre sa grande fragilité. Son visage c'est sa vulnérabilité qui m'ordonne de prendre soin de lui. C'est le « Tu ne tueras pas » biblique¹¹⁴.

« La subjectivité, en tant que responsable, est une subjectivité qui est *d'emblée commandée* ; en quelque manière l'hétéronomie est ici plus forte que l'autonomie, sauf que cette hétéronomie n'est pas un esclavage, elle est un *asservissement* »¹¹⁵.

Il y a dans l'asservissement une liberté qui n'existe pas dans l'esclavage : c'est ma propre conscience, chercherais-je à l'étouffer, qui me contraint à respecter absolument autrui. Si l'on quitte la sainteté levinassienne pour la phénoménologie, on pourrait dire que c'est l'intentionnalité indirecte d'autrui (ce que Husserl appelle l'*apprésentation*), c'est-à-dire ma similitude charnelle, qui va me permettre de fonder mon rapport à autrui.

Pour ce qui concerne notre propos où il n'est fort heureusement pas question d'aller jusqu'au meurtre, nous pouvons dire que le chirurgien qui voudrait oublier que son patient, futur objet de son intervention, est précisément une personne humaine, ne pourrait en réalité que *feindre* de l'oublier, comme pour se rassurer de ne pas vouloir assumer cette charge. Or avec cette feinte, avec cette supercherie, il prendrait le risque

¹¹³ Emmanuel Levinas, *Ethique et Infini*, Paris, Livre de poche, « Essai », 2002, p. 22. C'est nous qui soulignons.

¹¹⁴ Ex-20, 13 ; Dt 5, 17.

¹¹⁵ Emmanuel Levinas, *Entre nous*, Paris, Poche, 1993, p. 129. C'est nous qui soulignons.

de perdre les limites que la dignité de cet autre être humain impose nécessairement à la puissance de sa chirurgie. Il serait dans la démesure, ce que les Grecs appelaient l'*hubris*.

L'action du chirurgien en tant que médecin, face à cette personne

Revenons maintenant à l'action chirurgicale elle-même et tâchons de voir ce que cette notion fondamentale de prise en charge d'une personne, va avoir comme conséquences. Que peut-on dire d'abord de l'action du chirurgien ? Toute action chirurgicale est fondée sur la réponse que donne le chirurgien à ces deux questions qui sont : *pourquoi opérer ?* – c'est l'indication chirurgicale – et *comment opérer ?* – c'est la technique chirurgicale proprement dite. Seule la première question nous intéresse ici pour l'instant.

Ainsi, la première tâche pour notre chirurgien, face au patient qui vient le consulter, sera de fixer les limites de sa possibilité d'agir. Celles-ci sont de deux ordres : d'une part il ne peut pas tout traiter et l'intervention n'est pas l'aboutissement ultime, le remède magique ; d'autre part il est lui aussi, comme son patient, un homme « ordinaire ». Ce qui revient à dire qu'il lui appartient de choisir d'intervenir ou non, sachant que ne pas faire, c'est ici encore, faire.

« La foi dans l'opération miracle aveuglait le bon sens et ruinait l'antique sagesse en matière de santé et de guérison »¹¹⁶.

Nous allons voir combien est prégnante la force du Système technique en chirurgie et combien il peut être difficile pour un chirurgien de ne pas y succomber en étant requis comme un pur technicien.

Le choix d'intervenir ou non : ne pas faire c'est déjà faire

C'est peut être une décision parmi les plus importantes qui puisse être prise en chirurgie. Dans la mesure où la santé n'est pas un bien marchand ordinaire, mais qu'elle reste pour les économistes un bien dit « supérieur » on ne peut absolument pas lui appliquer les règles habituelles des échanges. Ainsi lorsque je vais acheter du pain. D'une part je connais le pain et je peux quasi immédiatement juger s'il est bon ou non, d'autre part le boulanger me le vendra nécessairement. Il ne saurait être question qu'il délibère sur cet acte de me vendre du pain. C'est une relation purement commerciale où

¹¹⁶ Ivan Illich, *La convivialité*, Paris, Seuil, « Essais points », 1973, p. 23.

il n'y a pas d'asymétrie d'information, et l'échange – pain contre argent – ne sort pas du cadre strictement économique. Il n'en va pas de même en matière de santé. Nous avons vu que si la médecine est bien un art (une *tékhnè*), c'est un art qui ne produit rien. Et pareillement l'action du médecin – du chirurgien pour ce qui nous concerne – peut se comprendre comme une *praxis* puisqu'elle doit être morale et en même temps une *poiésis* puisque la technique chirurgicale s'apprend et doit être reproductible par d'autres chirurgiens. Dans ces conditions ce choix d'intervenir ou non n'appartient qu'à un chirurgien donné devant un patient donné et aucune procédure, aucun « arbre décisionnel » ne saurait s'y substituer. Et là est la vraie liberté du chirurgien : c'est lui qui va décider ce qu'il va ou non exécuter lui-même.

« Il semble bien, comme on l'a dit, que l'homme soit le point de départ de ses actions »¹¹⁷.

Récuser une intervention est très fréquent en pratique quotidienne de l'orthopédie. Les consultations sont toujours remplies de patients qui, saisissant plus *immédiatement* les troubles de l'appareil locomoteur sur lesquels ils peuvent mettre des causes concrètes que des dysfonctionnements digestifs par exemple, s'imaginent – et leur médecin généraliste avec eux – que la chirurgie pourra – *devra* – corriger facilement cela. Le premier degré de la liberté de notre chirurgien sera bien évidemment de récuser toutes ces fausses indications.

Mais il lui restera à décider de ne pas opérer, non plus parce que de toute évidence il n'y aurait pas d'indication, mais seulement parce que lui, en tant que chirurgien et en tant qu'homme, considérerait – après une délibération – qu'*il ne faut pas* opérer. C'est un peu le *primum non nocere* d'Hippocrate. Nous dirions en simplifiant que le deuxième degré de la liberté du chirurgien est d'avoir conscience que la chirurgie reste agressive et que le choix de son utilisation doit être parcimonieux. S'il est fautif pour un garagiste d'avoir remplacé le carburateur de la voiture avant d'avoir vérifié le niveau d'essence, il serait par contre dramatique qu'un chirurgien remplace une hanche très modérément usée quand les douleurs n'auraient été liées qu'à une sciatique non chirurgicale. La faute serait juridique mais surtout morale.

Comment ne pas admettre que la différence réside tout simplement entre une voiture et un patient c'est-à-dire entre une chose et une personne humaine ? N'est-ce pas évoquer ici le domaine du sacré ? : Il y a un monde entre l'objet voiture et la personne

¹¹⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, III, 1112 b 31.

humaine qui ne semble s'expliquer que par leur différence profonde de nature. L'un est pur objet, l'autre « tout autre » et recèle une certaine forme d'*interdit*.

Mais illustrons cela par deux exemples : un premier où il ne faut pas intervenir car il n'y a pas de lésion à traiter chirurgicalement et un autre au contraire où il ne faut pas opérer bien qu'il existe une lésion objective qui peut ou non être symptomatique.

Il n'y a pas de lésion

Ainsi de cette gentille femme, la soixantaine bien enveloppée, venue consulter pour un « problème de ménisque qui me gêne beaucoup *quand* je vais voir ma fille ». Un examen bien conduit conclut rapidement à une petite lésion dégénérative d'un ménisque du genou – ce qui est quasi systématique après quarante-cinq ans. La discordance entre la banalité de la lésion et le discours qui fait intervenir la fille de la patiente amène le praticien à éclairer celle-ci sur son propre problème qui bien entendu ne requérait aucune solution chirurgicale : non qu'il faille qu'en tout chirurgien dorme un fin psychologue, mais seulement que son rôle face au patient l'oblige à ne pas tout inclure dans sa chirurgie. Pour Alain : « Dès qu'un homme *peut* plus qu'il ne *sait*, il choisit le pouvoir et délaisse le savoir ». La responsabilité éthique que nous avons évoquée plus haut est bien celle qui « oblige » notre chirurgien à prendre en charge cette patiente, sans nécessairement l'opérer.

Au contraire, face à cette patiente dont il devient le *médiateur* de la supposée maladie – avec les seuls moyens de sa chirurgie – il va devoir la comprendre, elle, en même temps que sa demande. Pour cela il va établir une « observation » qui va se fonder sur le discours de la patiente. Mais déjà dans ce qu'elle dit, la subjectivité domine : c'est un discours qui est usage de la parole et dès lors un commentaire :

« Il s'agit, en énonçant ce qui a été dit, de redire ce qui n'a jamais été prononcé »¹¹⁸.

Il faudrait en quelque sorte que le chirurgien entende le *signifié* de cette patiente.

Mais « pourquoi donc ? », pourrait-on nous rétorquer. Pourquoi devrait-il avoir une telle responsabilité éthique et pourquoi lui faudrait-il écouter cette patiente au-delà de son dire ? Peut-être tout simplement parce qu'il devine qu'il y a nécessairement, chez elle comme chez tout être humain, comme une sacralité, une transcendance, qui, quoiqu'il n'en veuille, va « obliger » notre chirurgien.

¹¹⁸ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, « Quadrige », 2005, p. XII.

D'un autre côté, la considération de son malade en tant qu'être humain et non simple objet de sa chirurgie peut aussi décider le chirurgien à ne pas intervenir, alors même que la lésion serait patente mais asymptomatique ou encore que le patient serait demandeur, mais dans son discours seulement.

Il y a une lésion

En règle générale, lorsqu'à l'issue d'un examen bien conduit, il est mis en évidence une lésion et que celle-ci est accessible à un traitement chirurgical, il ne devrait pas y avoir de questionnement à propos de sa mise en œuvre. Les choses ne sont pas aussi simples, car intervenir sur un autre être humain et rentrer ainsi dans sa chair soulève inexorablement un problème moral. Voyons deux situations réelles où la lésion est objective mais où, dans l'une, elle n'entraîne aucune vraie souffrance et où, dans l'autre, il y a au contraire une douleur. Dans les deux cas, pour des raisons différentes, il ne faut pas intervenir.

Lorsque la lésion est symptomatique

Ainsi cet homme d'une quarantaine d'année très inquiet de tout, qui se présente avec une lésion traumatique, récente et parfaitement objectivée du ménisque interne du genou. Une arthroscopie¹¹⁹ serait tout à fait indiquée, mais il en est affolé : il comprend très bien que ce serait la seule solution pour le soulager et limiter autant que faire se peut une usure mécanique progressive de son genou, mais il ne se résout pas à subir ce qu'il considère être une *grave opération*. Le chirurgien a beau essayer de le convaincre qu'une arthroscopie est somme toute une *petite* intervention, bien codifiée et très peu agressive, rien n'y fait. Rendez-vous est pris deux mois plus tard : mais les choses ne se sont pas améliorées et la gêne persiste. Cette fois-ci le patient se « croit » prêt pour l'intervention. Mais le chirurgien, par quelques signes discrets, quelques réponses fuyantes, retrouve l'inquiétude, presque l'angoisse de ce patient devant l'idée de l'opération, ne fût-elle qu'une « simple » arthroscopie. Il décide de renoncer à ce geste chez ce malade : la gêne finira par s'atténuer et les lésions dans le genou, quoique dommageables, évoluer lentement. Une intervention aurait été très mal vécue par ce patient et des complications auraient été encore plus à redouter que d'ordinaire. Le malade avait-il tort d'insister sur la « gravité » de l'opération ? Après tout, selon un

¹¹⁹ L'arthroscopie est une technique chirurgicale qui consiste, par deux petites ouvertures cutanées, à intervenir à l'intérieur d'une l'articulation – ici le genou –, guidé pour cela par de fins outils dirigés par la main, l'articulation étant visualisée à l'aide d'une caméra.

aphorisme plein de bon sens : « il n'y a pas de petites interventions ». Et le chirurgien a-t-il eu raison de contre-indiquer le geste ? Nous pensons que oui, car sa conscience – aidée par toute son expérience accumulée – lui a fait prendre la bonne décision : le bien de ce patient. Le vieil adage hippocratique *primum non nocere* reste toujours valide : le risque d'usure progressive, lente, du genou valait mieux qu'une intervention redoutée – et refusée malgré le discours premier. René Leriche écrivait à juste titre :

« On ne le sait pas, mais c'est un fait de *vieille expérience* : les malades qui s'abandonnent à leurs appréhensions courent plus de risques que les autres »¹²⁰.

Lorsque la lésion est silencieuse

Il s'agit d'un homme de 75 ans présentant une coxarthrose majeure douloureuse et invalidante pour laquelle l'indication d'une arthroplastie de la hanche est parfaitement justifiée. Le bilan radiographique met en évidence une autre lésion arthrosique manifeste sur le genou opposé : le patient ne s'en est jamais plaint, il le découvre en même temps que le chirurgien. Malgré la réalité anatomique de cette lésion et la codification fiable de son traitement – qui en outre, grâce aux progrès de la technique devient de moins en moins agressif – il ne serait pas *bien* d'intervenir. L'inutilité d'un traitement chirurgical dans ce cas n'est qu'affaire de *conscience individuelle* du chirurgien : s'il parvenait à convaincre son patient d'accepter une telle décision – et compte tenu en médecine de l'asymétrie d'information entre le praticien *qui sait* et le patient qui n'a pas la connaissance et *qui fait confiance*, il n'est pas très difficile de convaincre un patient –, ce chirurgien n'encourrait aucune critique (ni médicale ni même judiciaire) car la lésion *existait* réellement et son traitement était *banalisé*.

La seule vraie question qu'il conviendrait pourtant de poser serait celle du *sens* d'une telle opération : elle est pourtant régulièrement esquivée. C'est toujours le « Système » qui semble gagner : puisque l'intervention est *faisable* – grâce à la technique –, elle sera souvent faite.

Cette banalisation du traitement favorisée par les progrès constants de la technicité qui est mise à la disposition du chirurgien pourrait, s'il ne s'astreignait à chaque étape de son acte chirurgical – depuis l'examen de son patient jusqu'à sa décision de l'opérer – de penser chacune de ses décisions, l'aveugler et l'entraîner à

¹²⁰ René Leriche, *La chirurgie à l'ordre de la vie*, Paris, La presse française et étrangère, 1944, p. 115.

réaliser des actes inutiles en confondant sa mission essentielle qui est de *faire le bien* (dans la mesure de ses moyens chirurgicaux) à son patient avec un *bien-faire*.

Jacques Ellul montre bien la force de « l'impératif technique » – et cette réflexion vaut tout à fait en chirurgie – qui veut que : « Tout ce qu'il est possible techniquement de faire, il *faut* le faire »¹²¹.

D'autant que la chirurgie est toujours auréolée d'un grand prestige, et plus que son confrère clinicien, le chirurgien est considéré par le patient comme un démiurge : il sait et il peut. Donc il *doit* : il est alors « commis » (commandé, appelé, *gestellt*) pour « requérir » sa maladie (qui n'est plus alors un objet – *Gegenstand* – mais un fonds – *Gestand*)¹²².

Il y a donc un vrai risque de toute-puissance qui pourrait lui faire confondre le moyen avec la fin, et qui est déjà une manière de se prendre pour Dieu. Illusoire manière cependant : Dieu ne saurait oublier qu'il a affaire à une personne humaine.

Mais dans le fond qu'est-ce qui, dans ces récits authentiques, a pu pousser notre chirurgien à ne pas intervenir alors qu'il existait bien une lésion et que, dans le premier cas, celle-ci créait gêne et douleur, risquant d'autre part d'entraîner des lésions articulaires ultérieures ? Son honnêteté « intellectuelle », objectera-t-on. Soit, mais qu'est-ce donc que cette « honnêteté intellectuelle » ? Sa prudence, diront d'autres, la peur d'affronter une situation conflictuelle ? Soit encore, mais cela ne répond pas à la question plus profonde du pourquoi. En réalité, il faut en convenir, c'est sans doute l'intuition qu'il a nécessairement qu'une intervention est toujours grave et que la personne humaine sur laquelle il s'apprête à l'effectuer est plus qu'une chose, qu'elle est peut-être sacrée, qu'il n'est pas anodin d'en « profaner » le corps. Puisque nous avons vu qu'il y a de l'interdit dès que l'on évoque le sacré, et qu'il est interdit à quiconque – hors le médecin ou le chirurgien – de « porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne », force est d'admettre qu'ici une certaine forme de sacralité se manifeste. Quand bien même pour le chirurgien qui en a l'autorisation légitime, l'opération d'ouverture d'un corps ne pourrait pas être considérée comme une profanation. Quoique... La prégnance du Système technicien à notre époque et dans notre société, se drapant de bonne conscience, dégoulinant de « moraline », a tendance à dissimuler cette sacralité. Nous pensons pourtant que l'intuition du caractère sacré de

¹²¹ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, Paris, Le cherche midi, 1977, p. 312. C'est nous qui soulignons.

¹²² Martin Heidegger, La question de la technique, in *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, « Tel », 2006, p. 21-23.

l'être de son malade possède une force « assignante » peut-être plus grande encore que la force « arraisonante » du Système technique.

Remarquons enfin que ce respect devant une personne à opérer impose de ne pas faire de gradation dans le soin proposé au patient. Par exemple la cure chirurgicale d'un ongle incarné n'a jamais été très « noble », or la douleur occasionnée par ce « petit » mal peut être intolérable et le traitement régulièrement salvateur : mais que dirait-on d'un « grand » chirurgien « s'abaissant » à un geste si simple ? Nous ne voulons certainement pas dire ici qu'il n'y aurait aucune hiérarchie des actes et que les compétences devraient être mal utilisées : mais il existe tout de même certaines limites très facilement perceptibles. Et nous disons même qu'il est bien pour un chirurgien expérimenté de réaliser, *au moins de temps à autre*, des actes dits « simples », ne serait-ce que pour lui rappeler la finalité même de son action qui n'est pas que de faire de grandes et belles interventions sur des cas compliqués, mais de soulager des patients¹²³. C'est le bien du malade qui compte *in fine* et il ne saurait y avoir de « bon » bien ni de « mauvais » bien.

Cela nous amène à faire une dernière remarque pour compléter notre réflexion sur l'action du chirurgien face à une personne. Le chirurgien, en effet, face à son patient n'est pas *qu'un* chirurgien. Bien que médecin il reste aussi un homme « ordinaire ».

Le chirurgien est un homme ordinaire

Et la relation qui va s'établir entre lui et son patient sera obligatoirement imprégnée de sa propre subjectivité.

« A l'aube de l'humanité, avant toute vaine croyance, avant tout système, la médecine en son entier résidait dans un rapport *immédiat* de la souffrance à *qui* la soulage »¹²⁴.

En prenant la place de ce « *qui* », le médecin – devenu médiateur – s'interpose entre le patient et son mal. Mais il ne saurait s'exclure de ce qu'il est et de ses propres inclinations.

Il est parfois des cas en effet où le malade, conscient de son mal, est tout à fait décidé pour le traitement chirurgical qui s'impose et qui n'est pas contestable. Par contre, sur le plan technique pur, l'intervention peut être très difficile à réaliser et les

¹²³ Ici, une porte s'ouvre qui dévoile les problèmes que pose la tendance à *l'hyperspécialisation* en médecine en général et en chirurgie en particulier. (cf. *infra* p. 127).

¹²⁴ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*, p. 54. C'est nous qui soulignons.

chances de succès faibles. Le malade devient alors pour le médecin « l'objet de son expérience¹²⁵ ». C'est une objectivation froide du patient qui n'est réduit qu'à sa pathologie, gommant toute sa souffrance et souvent son désespoir. C'est une manière de considérer l'*épistémè* médicale comme un ensemble de lésions décrites plus que de souffrances.

Le chirurgien peut alors être tenté de récuser l'intervention, non pas pour *le bien du patient*, mais pour *le sien propre* : sa réputation – qui est directement proportionnelle en chirurgie avec son taux de bons résultats – pourrait en effet être ternie par cet échec programmé et, pire, le temps prévisible pour une si difficile opération pourrait le rebuter (d'autant que des pressions économiques – qui sont de plus en plus fortes – agiraient parallèlement). Il peut alors « abandonner » ce patient (qui en général a déjà consulté de nombreux autres confrères) à son tragique statut de « paria » que personne n'oserait toucher. Certains « patrons » hospitaliers ou d'autres « ténors » libéraux sont ainsi connus pour n'accepter que les « cas » faciles pour lesquels la réussite de l'intervention est pratiquement assurée, ce qui – par effet de boule de neige – ne fait qu'accroître leur réputation, pourtant quelque part un peu usurpée. C'est souligner là un véritable problème d'éthique. Michel Geoffroy s'interroge à juste titre : « le regard scientifique des médecins, hérité du cartésianisme est-il *an-éthique* ? »¹²⁶. Mais le regard, ici, n'est pas spécialement scientifique et pourtant il n'y a pas plus d'éthique.

Prenons un exemple plus nuancé où se mélange la nécessité d'une démarche scientifique – comme techniquement parfaite – avec celle de la notion de bienfaisance qui s'impose au chirurgien. Nous allons voir que cela ne va pas de soi. De toute évidence bien faire un acte chirurgical doit consister à examiner correctement son patient, à percevoir la nature et le degré de son mal, pour poser une indication chirurgicale la plus adaptée ; enfin à l'opérer en respectant au mieux toutes les règles techniques. Mais cela suffit-il vraiment ?

Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'année, très active, qui exerce un poste de responsabilité dans une agence bancaire. Elle est atteinte depuis sa naissance d'une luxation congénitale de la hanche. Il s'agit d'un défaut de position de la tête du fémur qui n'est plus à sa place dans le bassin – elle est luxée – ce qui entraîne trois conséquences fonctionnelles majeures : un raccourcissement de plusieurs centimètres du

¹²⁵ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 199.

¹²⁶ Michel Geoffroy, *Patience et inquiétude*, Paris, Romillat, 2008.

membre inférieur – ici huit – et progressivement dans le temps, une destruction de cette tête fémorale responsable de douleurs de plus en plus invalidantes avec une réduction concomitante de la mobilité.

Ainsi sa démarche avait toujours été boiteuse avec nécessité d'une canne : elle avait un statut « d'infirmes ». Sa vie entière était organisée autour et avec son handicap : elle était « protégée » dans son environnement professionnel en bénéficiant de plusieurs privilèges moraux comme de la compassion et un aménagement de ses conditions de travail. Et sur le plan privé, elle vivait seule, complexée de son état et incapable de rencontrer un homme. Lorsque les douleurs et la limitation de la mobilité de sa hanche devinrent trop importantes elle consulta un chirurgien.

Fort de ses connaissances et confiant dans sa capacité à traiter chirurgicalement ce problème, il décida une intervention. Celle-ci est représentée par le remplacement de la hanche luxée et détruite par une prothèse que l'on doit placer dans la position anatomique où aurait dû être l'articulation si elle n'avait pas été luxée (on parle en chirurgie du « paléo-cotyle »). Ceci permet en général de récupérer la longueur du membre et – comme pour toute arthroplastie – de supprimer la douleur en redonnant la mobilité.

Le résultat de l'intervention – comme résultat purement technique – fut excellent : disparition de la boiterie par l'égalité de longueur retrouvée des membres, suppression des douleurs et récupération de la mobilité. La radiographie confirma les choses en montrant une prothèse en bonne position.

Mais paradoxalement voilà que la vie entière de cette patiente est remise en cause par la réussite technique de l'intervention. Son infirmité – devenue quasi inexistante – ne lui donne plus d'excuse pour sa vie qui lui apparaît bien terne tout à coup : plus de compassion au travail, plus de justification à sa solitude sentimentale puisqu'elle ne peut plus se retrancher derrière son infirmité qui la rendait – croyait-elle au moins – peu séduisante. Et cette patiente en arrivera à s'automutiler pour retrouver un handicap perdu.

Ici nous insisterions sur la responsabilité du chirurgien, non tant sur le plan judiciaire ni déontologique, mais peut-être éthique : comment mieux discerner le bien que l'on peut faire en tant que soignant et comment en fait parvenir à s'extraire de sa condition de « pur » chirurgien pour appréhender la totalité de sa responsabilité en particulier morale ? Il lui faut pour cela se libérer de sa propre condition de chirurgien afin d'accéder à la « chirurgicalité » : bien faire *pour* faire du bien. Quand ce ne serait là

qu'une aspiration à une vertu que l'on n'aurait encore jamais rencontrée, pourquoi ne pas y tendre, d'autant que la quête de cette liberté permet certainement d'améliorer encore la qualité de son action ?

« Le rôle que la force joue dans la nature, comme cause du mouvement, a pour contrepartie dans la sphère mentale le motif comme cause de la conduite »¹²⁷.

Bien sûr tous les handicapés n'ont pas un tel comportement mais cet exemple souligne bien les limites de la notion du bien en chirurgie. Peut-être le chirurgien ici, *avant* que d'opérer, n'avait-il pas assez « subjectivé » sa patiente et n'avait-il pas bien apprécié toutes les conséquences psychologiques d'une opération bien réussie. Puisque nous parlons de sacralité, n'y aurait-il pas comme une sorte de désacralisation de ce corps boiteux, qui ne devient qu'un corps *pour* la chirurgie, sa qualité de « boiteux » primant sur son essence ? Cette désacralisation, au sens qu'un corps, serait-il boiteux, *est* le corps de quelqu'un, amène nécessairement à l'oubli de ce *quelqu'un*, à l'oubli que la patiente dont il *est* son-corps risque d'être profondément *altérée* – au sens dont parle Canguilhem – par la réussite technique de l'intervention ? Notre chirurgien est-il pour autant fautif ? Certainement pas, au moins sur le plan purement juridique. Quant à sa conscience, il faudrait tout de même placer le bien à un tel niveau, non humain – de sainteté ? –, pour qu'il doive se sentir coupable. Nous dirions qu'il n'a pas suffisamment envisagé toutes les conséquences de son acte, au-delà d'ailleurs de l'acte lui-même, dans ce qu'il peut concerner l'être de son opérée. Aristote ici, parle du *kairos*¹²⁸, comme moment opportun, moment parfait, où l'action peut être envisagée. Ce moment ne saurait être figé, non réfléchi. C'est essentiel en chirurgie. Cette action concerne de tels aspects de la personne humaine, qu'on ne saurait la rapporter à un seul. En intervenant – et notre exemple l'illustre parfaitement – c'est à la personne-même que touche le chirurgien. Or parvenir à la saisir en totalité, sans qu'elle ne glisse sous la main qui voudrait la fixer, sans qu'elle ne disparaisse sitôt qu'elle est apparue, voilà une réelle difficulté pour lui : décider du moment où il faut – on l'on peut – intervenir, non pas tant pour opérer efficacement, mais bien dans « l'intérêt » de la personne opérée.

Ceci nous ramène aux problèmes d'objectivation et de subjectivation qui sont constamment présents dans la démarche du « pourquoi opérer ? » : c'est en effet *un*

¹²⁷ Max Planck, « Causalité et Libre Arbitre », in *The New Science*, N.-Y., 1959. Cité par Hannah Arendt, *La crise de la culture*, Paris, Folio essais, 2006, p. 187.

¹²⁸ « Les Grecs ont un nom pour désigner cette coïncidence de l'action humaine et du temps, qui fait que le temps est propice et l'action bonne : c'est le *kairos* », (Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, « Quadrige », 2004).

chirurgien chez *un* patient donné – et pas un autre – qui décide, qui *indique* une intervention. Car, comme tout médecin qu’il est, le chirurgien est en tension permanente entre une démarche objective et une approche subjective.

L’examen du corps du patient, comme celui des images radiologiques, est du domaine de l’objectif. Le chirurgien a appris au cours de ses études à procéder à un examen systématique, bien codifié qui, avec l’habitude, lui permet d’aller très vite à l’essentiel. Il examine un corps – qui se confie à lui et à sa science –, orienté bien sûr par le discours premier du patient.

« De tout temps il a existé des médecins qui, après avoir à l’aide de l’analyse si habituelle à l’esprit humain, déduit de l’aspect du malade toutes les données nécessaires sur son idiosyncrasie, se sont contentés d’étudier les symptômes »¹²⁹.

Au contraire, nous venons de le voir, durant l’étape essentielle de l’action chirurgicale que représente l’indication opératoire le patient doit être « subjectivé », alors même que tout l’effort de formation des médecins est de les faire tendre vers une objectivation maximum du malade et de sa maladie¹³⁰. Mais la médecine est bien une science humaine – comment pourrait-on même envisager qu’elle ne soit pas *humaine* ? – et aucun biais méthodologique ne saurait empêcher l’indissociabilité entre le *sujet* (le patient et sa propre histoire, ses réactions singulières) et l’*objet* (sa maladie et les quelques symptômes véritablement objectifs). Il faut toujours tenir compte des « effets singuliers de la maladie sur le malade, de la diversité des tempéraments individuels »¹³¹.

Dans le fond la difficulté est de parvenir à se maintenir sur cette arête d’excellence que représente la prise en considération de l’être humain que l’on va prendre en charge. Le risque, en effet, serait autant de se contenter d’un examen objectif que de réduire la consultation à la subjectivité du patient. Michel Foucault le proclame violemment, à propos du « colloque singulier » – qu’il dénonce ! – qui s’instaurerait entre le malade et le médecin :

« Les phénoménologies acéphales de la compréhension mêlent à cette idée mal jointe le sable de leur désert conceptuel ». Il ajoute : « L’objet du discours peut aussi bien être un sujet sans que les figures de l’objectivité soient pour autant altérées »¹³².

¹²⁹ J.-B. Regnault, *Considérations sur l’état de la médecine*, Paris, 1818, p. 10. Cité par Michel Foucault, *La naissance de la clinique*, op. cit., p. 55.

¹³⁰ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 58.

¹³¹ M. Foucault, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. XII.

¹³² *Ibid.*, p. X.

Abordons maintenant la deuxième spécificité du chirurgien qui consiste, en tant qu'il est un médecin, d'être un médecin particulier puisque le mode opératoire dont il use pour soulager son patient présente quelques particularités.

Le mode opératoire du chirurgien est particulier

En quoi un chirurgien serait-il un médecin particulier ? Cette question ne pourrait-elle pas sous-entendre une certaine supériorité ?

La particularité du chirurgien par rapport au médecin provient de la chirurgie elle-même, de l'acte d'intervenir. Il n'y a bien sûr aucune supériorité dans cet acte, mais précisément c'est à travers le culte dont le chirurgien est traditionnellement l'objet, qu'est attestée la particularité de la chirurgie.

Nous avons vu que dans son rapport étroit avec l'anatomie, rapport qui dans le fond se confond avec celui du sang, le geste chirurgical apparaît comme un geste concret, pratique et en réalité *immédiat*. C'est ici ce qui fait la première particularité du chirurgien. Mais cette immédiate proximité avec le corps anatomique de son patient, ne peut être effective sans que le chirurgien ne plonge ses *mains* dans ce corps. La chirurgie reste encore une activité essentiellement manuelle.

Tout cela signifie que le chirurgien est véritablement un opérateur. Opérateur au sens de celui qui réalise une opération – ici soigner comme soulager – mais dont l'opération est concrètement visible et palpable. Certes le clinicien opère, ne serait-ce que lorsqu'il examine, interroge ou prescrit des remèdes à son patient, certes le *nganga* opère lui aussi en invoquant des forces invisibles, et tous les deux sans avoir besoin d'ouvrir le corps. Mais l'opération du chirurgien, en même temps qu'elle englobe ces deux pratiques, elle les déborde en ce sens qu'il met *immédiatement* les *mains* au cœur – dans la chair – du problème. Voyons ces deux particularités.

L'action du chirurgien est immédiate

L'acte chirurgical est un moment essentiel de l'action du chirurgien. C'est le moment de l'*inter-vention*, moment où le corps du malade est abordé directement, sans l'intermédiaire de médicaments ou de paroles. Les drogues ne servent plus que d'accessoires : pour endormir le patient, pour le protéger des agents infectieux ou pour permettre le bon fonctionnement de l'organisme durant ce temps opératoire. Les paroles aussi, qui peuvent être proférées durant le geste chirurgical, au bloc opératoire, ne sont que des mots surajoutés au contexte de l'intervention, mais qui n'ont aucun rôle

proprement « opérant ». Ce que Heidegger appelle un « bavardage », ou Pascal un « divertissement », permet sans doute de lutter contre cette angoisse profonde qui envahit nécessairement tout chirurgien, serait-il apparemment le plus dilettante, devant la responsabilité qu'implique son geste.

Ainsi le chirurgien, quel que soit le cadre où il officie, se retrouve en fait seul *devant* et *dans* le corps de son patient qu'il ouvre. Il n'y a plus de médiation. C'est un « corps à corps », puisque tout le corps même du chirurgien est mobilisé pour cet acte. L'époque est révolue où le chirurgien travaillait en solo, seul chef d'orchestre des moindres détails du bloc opératoire. Mais quand bien même opèrerait-il maintenant en collaboration avec l'équipe anesthésique et l'équipe des panseuses, il reste toujours seul, immédiatement en contact avec l'anatomie, avec l'organe qu'il doit prendre en charge. Il agit, il fait un acte en accord avec une procédure qu'il a apprise – la technique opératoire – pour obtenir seulement un résultat, sans rien fabriquer. Il dissèque, il coupe, il enlève ou il remodèle les os, pour transformer *immédiatement* une partie du corps de son malade. En outre il n'a pas vraiment à attendre ce que va donner son geste : ce geste est immédiat et il le constate quasi instantanément : un vaisseau, un nerf, un tissu sectionné est sectionné, il n'est jamais, comme Carthage, « devant être sectionné ». Le geste du chirurgien est au présent.

En agissant sur une partie, il modifie en outre tout le corps. L'immédiateté de son geste dont les conséquences vont toucher l'être-même de son patient, ne peut pas ne pas avoir de conséquence sur l'être-même du chirurgien. Il n'a besoin de rien d'autre que de lui-même, armé – comme pour une bataille – de son savoir et de son savoir-faire. Il sait manier son bistouri, ses ciseaux et tout le reste de son matériel « ancillaire » ; il est encore aidé par son instrumentiste, mais ce ne sont là pour lui que des « outils » dont il peut user, mais non les intermédiaires de son agir. Tel Dieu modelant Eve à partir d'une côte d'Adam, il devient presque le « créateur » d'un être nouveau : le malade-opéré. Un film de Pedro Almodovar, *La Piel que habito*¹³³, illustre tout à la fois la démesure associée à la toute-puissance qui envahit un chirurgien plasticien, transformant sa « victime ». Ce patient qui ne sera nécessairement plus celui qu'il était avant l'opération, mais un nouvel-être-au-monde, modifié par l'action immédiate du chirurgien. Il a d'ailleurs de la même manière le pouvoir de le tuer. Alain-Charles

¹³³ Pedro Almodovar, *La Piel que habito*, El Deseo, SA, 2011. Ce film est une adaptation libre du roman français de Thierry Jonquet, *Mygale*, Paris, Poche, « Folio policier », 1999.

Masquelet parle du regard chirurgical comme « d'un regard vertical de haut en bas, sur un corps horizontal, regard de *pouvoir absolu* sur la vie et la mort du patient »¹³⁴.

Écoutons Paul Valéry, s'adresser aux chirurgiens :

« C'est bien là la plus hardie des entreprises humaines – une pénétration et une modification *immédiate* des tissus de notre corps »¹³⁵.

En tant que médecin bien sûr, il reste le médiateur entre la maladie et la nature, puisque son geste consiste à restituer, lui aussi, le malade à la *phusis*, comme à un autre état de nature. Mais le paradoxe de l'acte chirurgical réside dans le fait que, s'il est lui aussi médiateur par définition, sa finalité consiste en son auto-suppression : même lors de la mise en place d'une prothèse, celle-ci « disparaît » de fait puisqu'elle permet seulement de rétablir la fonction, n'ayant plus de pour-soi.

Arrêtons-nous un instant sur ce concept de prothèse, puisque l'arthroplastie constitue le « pain quotidien » du chirurgien orthopédiste.

Prothèse orthopédique ou implant ?

Pratiquement tous les organes (sauf pour l'instant le cerveau !) peuvent être reconstruits ou réparés par le moyen « d'implants » naturels ou artificiels. Mais il existe une ambiguïté sémantique car on parle aussi bien de prothèse que d'implant, alors qu'en toute rigueur il ne s'agit pas de la même chose. Dans le langage chirurgical courant on définit les prothèses (que l'on nomme aussi implants) par le fait qu'elles sont toujours artificielles et placées à l'*intérieur* de l'organisme.

Pourtant la stricte localisation spatiale à l'intérieur du corps ne suffit pas vraiment à distinguer une prothèse d'un implant. Puisque l'objet disposé à l'intérieur du corps peut aussi bien être artificiel, comme une prothèse de hanche, que naturel comme une allogreffe d'os. Et il apparaît encore une subtilité : cet objet destiné à réparer un organe défaillant peut encore être issu du corps lui-même, comme une autogreffe lors d'une ligamentoplastie du genou par exemple.

Cela signifie que l'opposition entre le dehors et le dedans du corps est insuffisante et qu'il faut introduire les notions d'*extériorité* et d'*intériorité*. Ainsi une prothèse sera toujours un objet extérieur, rajouté au corps, restant toujours lui-même, sans jamais être intégré. Elle pourra donc toujours en être retirée : vingt ans après sa

¹³⁴ Alain-Charles Masquelet, Mutations du regard médical, in *Le corps relégué*, Paris, PUF, Cahiers du centre Canguilhem, 2007, p. 68.

¹³⁵ Paul Valéry, *Discours aux chirurgiens*, in *Œuvres I*, Paris, Gallimard, « La Pléiade », 1957. C'est nous qui soulignons.

mise en place, une prothèse de hanche sera toujours extractable pour être remplacée ; elle sera identique à ce qu'elle était lors de sa mise en place – à la nuance près des traces d'usure purement mécanique. A l'opposé un implant sera incorporé, au point que son extériorité initiale disparaîtra : un os lyophilisé s'intégrera complètement au support osseux où on l'avait implanté. On doit donc ici distinguer l'intériorité *substantielle*, c'est-à-dire celle où le corps naturel sera modifié, de l'intériorité purement *spatiale* (intérieur ou extérieur du corps).

N'oublions pas en outre qu'un objet technique – toute prothèse en est forcément un – n'est pas obligatoirement artificiel : une valve cardiaque que l'on va implanter est un objet « organique » mais pourtant technique. La fonction dévolue à un objet technique est en effet issue du projet de l'homme : on est en pure extériorité. C'est dire que si, par définition, toute prothèse est un objet technique que l'on introduit dans l'organisme pour « se substituer à un organe défaillant ou pour restaurer la fonction »¹³⁶, tout implant n'est pas forcément un objet technique. Ainsi d'une prothèse de hanche, objet technique, ou d'une ligamentoplastie du genou, autogreffe organique.

En quoi notre chirurgien, orthopédiste en particulier, pourrait-il être concerné par ces considérations ? D'abord en prenant conscience qu'implanter chirurgicalement un objet technique peut avoir des conséquences profondes sur la personne que l'on opère. C'est la responsabilité morale du chirurgien face aux dérives possibles du « transhumanisme », nous l'aborderons plus loin. Mais, d'autre part, puisque nous évoquons ici l'immédiateté du geste chirurgical, nous voulons insister sur l'immédiateté de l'implantation d'une prothèse et, dans le fond, sur les risques que cela ferait courir au chirurgien qui n'en aurait pas conscience.

Plus que dans d'autres spécialités, en effet, le résultat de la chirurgie des os et des articulations est immédiatement perceptible. Le patient qui vient pour que le chirurgien lui remplace l'articulation de sa hanche par une prothèse (arthroplastie) par exemple, réalisera dès son réveil si sa jambe est de même longueur et si son pied est toujours dans l'axe. A son premier lever – en règle le lendemain – il pourra de même apprécier si sa nouvelle articulation est « solide », lui permettant de s'appuyer sur elle. Si au contraire il boîte ou bien si la prothèse se déboîte (se luxe), il saura très vite que l'intervention qu'il a acceptée et que le chirurgien a pratiquée n'est pas satisfaisante pour lui. Ainsi le chirurgien orthopédiste est parfaitement conscient de la lisibilité très

¹³⁶ Dominique Folscheid, « Le problèmes des implants », intervention orale 15 juin 2004.

rapide de son geste par le patient. Celui-ci n'aura nul besoin de la médiation de son médecin généraliste, ni même des autres membres de l'équipe soignante (ou de la radiographie) pour apprécier le résultat global, du moins dans les premiers jours post-opératoires.

Ce qui signifie bien que, dans une telle perception qu'il peut avoir de son geste, le danger est de deux ordres pour le chirurgien. Tout d'abord dans la notion d'extériorité pure. Jusqu'à présent la chirurgie orthopédique est cantonnée à cette extériorité. Aucune prothèse ne sera jamais véritablement incorporée, elle se contentera simplement « d'entretenir » le corps, sans réellement le modifier. C'est-à-dire que l'orthopédiste pourra facilement oublier qu'il intervient sur un corps vivant, investi – le *Leibkörper* d'Husserl – pour ne considérer que le corps purement organique – l'*Organische Körper* – corps anatomique pur selon Vésale, ou corps machine avec Descartes. Le deuxième danger serait de passer *immédiatement* de la prothèse à l'accessoire, c'est-à-dire de l'implant inséré dans le corps, non plus pour simplement re-médier à une fonction défaillante, mais pour « en augmenter les capacités naturelles ou en ajouter de nouvelles ». Nous verrons alors qu'en même temps qu'il y a désacralisation de l'homme, il y a risque d'ouverture à la démesure. Mais restons-en ici à l'immédiateté du geste chirurgical.

Car c'est bien dans l'intimité de son geste, dans cet acte spécifiquement chirurgical, que le chirurgien agit sans intermédiaire. N'implantant que des prothèses, objets purement extérieurs au corps de son malade, il risque, tel un garagiste, de ne rester que dans l'objectivation. Cette interprétation, qui pourrait paraître excessive, traduit bien la réalité, car c'est en partie devant l'extraordinaire pouvoir que lui confère cette immédiateté que le chirurgien, s'il n'y prenait garde, pourrait se sentir investi d'une puissance quasiment divine. La littérature médicale abonde d'ailleurs de textes ou de citations qui font l'apologie du chirurgien. Écoutons René Leriche proclamer cette haute idée qu'il en a :

« Les vrais chirurgiens ont une âme spéciale, dotée du goût de l'action, et d'une réelle attirance pour le risque ». Ou encore : « La chirurgie ne saurait être l'affaire des âmes tièdes et soucieuses de leur repos. On ne peut pas être chirurgien si l'on n'a pas dans le sang l'amour d'un jeu grave où la maîtrise du caractère doit sans cesse dominer le hasard hostile, où l'on ne réussit qu'en se donnant tout entier »¹³⁷.

¹³⁷ René Leriche, *Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, p. 165-185.

Et intervention après intervention, pris dans la répétition de son geste, il peut en oublier toute la contingence et se « sacraliser » lui-même, mais au mauvais sens du terme. Nous verrons qu'en effet le geste chirurgical, déjà, possède un caractère fondamentalement sacré, en tant qu'il réalise une agression et une transgression. Mais pour autant, l'agent de ce geste ne saurait être considéré lui-même comme véritablement sacré, tout au plus pourrait-il être comparé au prêtre d'un rituel sacré, qui est simplement autorisé à intervenir sur un objet sacré sans que l'on puisse l'accuser de profanation. Nous avons vu précédemment qu'il y a en effet une différence essentielle entre le prêtre, simple intermédiaire entre les hommes et le sacré, et la figure du Dieu-vivant qui devient « absolument différent »¹³⁸ des autres hommes car possédant seul la maîtrise des rites. En politique cette confusion peut mener au pouvoir absolu – le roi, le chef étant un Dieu-vivant –, en chirurgie cette impression de toute-puissance ne pourrait-elle pas mener à ce que le chirurgien se *prenne* pour Dieu ?

Si l'intervention chirurgicale, orthopédique en particulier, est largement dominée par l'*immédiateté*, elle reste encore essentiellement manuelle.

L'action du chirurgien se fait à l'aide de ses mains

On connaît l'étymologie du mot chirurgien, qui vient de *kheir-ourgia*, ce qui signifie « opération à l'aide de la main ». Dans son ouvrage, *De re medica*, Celse parle

« ...des maladies qui guérissent par la main » et Galien précise plus tard que « le chirurgien est celui qui exerce cette partie de la thérapeutique qui guérit par les incisions, les cautérisations, le remplacement des os et par d'autres opérations de la main »¹³⁹.

La devise de l'Académie de chirurgie est d'ailleurs : « *consilioque manuque* ». Il y a en effet une interrelation très forte entre la main de l'opérateur et la personne opérée. C'est la « *corproprioception* » du monde dont parle Michel Henry : on habite le monde par son corps et le chirurgien n'y échappe pas qui, de plus, s'approprie le corps de son patient, à partir de ses propres mains.

« Notre main est ainsi l'instrument de la connaissance de notre corps propre. Mais le corps originaire n'est pas ce corps, dont les parties sont ainsi circonscrites par le déplacement de notre main, *il est bien plutôt cette main elle-même*, en tant précisément qu'elle s'applique à notre corps ou aux autres choses pour en délimiter les contours »¹⁴⁰.

¹³⁸ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 68.

¹³⁹ Raymond Villey, La médecine latine, Galien, in : *Histoire de la médecine*, op. cit., Tome II, p. 29.

¹⁴⁰ Michel Henry, *Philosophie et Phénoménologie du corps*, Paris, PUF, « Epithémée », 2001, p. 81.

La technique chirurgicale a beau prôner le « *no touch* », comme règle d'asepsie par évitement maximum du contact entre les doigts du chirurgien et l'organe opéré – et c'est tant mieux pour ce qui est des infections –, la main du chirurgien reste malgré tout l'outil nécessaire le plus indispensable. Pour Aristote la main est, parmi ses spécificités, l'organe du toucher par excellence. Or, si aucun animal ne saurait se passer du toucher, le chirurgien non plus, n'y échappe pas.

« Le sens du toucher est nécessairement le seul dont la privation entraîne la mort des animaux. En effet il n'est ni possible qu'un être possède ce sens s'il n'est un animal, ni nécessaire pour être un animal d'en posséder un autre que celui-là »¹⁴¹.

Mais en outre, nous dit-il, elle est un outil : « car la main est un outil »¹⁴², et même un outil d'outils, « elle est pour ainsi dire un outil qui tient lieu des autres ». L'homme est d'ailleurs le seul parmi les êtres vivants à disposer de mains.

« ...si la nature réalise parmi les possibles, celui qui est le meilleur, ce n'est pas parce qu'il a des mains que l'homme est le plus intelligent des êtres, mais c'est parce qu'il est le plus intelligent qu'il a des mains »¹⁴³.

Contestant ainsi l'opinion de Platon qui, dans le mythe de Prométhée, fait dire à Protagoras que l'homme serait le plus démuné des animaux, Aristote au contraire insiste sur ce don exceptionnel que la nature a donné à l'homme : sa main. Loin d'être un organe figé dans une seule fonction, comme chez l'animal une griffe par exemple, elle permet d'effectuer des tâches complètement différentes : « Il est possible de s'en servir comme d'un organe unique, double ou multiple ». Et du coup l'utilisation qu'il va pouvoir faire de ses mains est chez l'homme extrêmement sophistiquée.

Le geste chirurgical en est un parfait exemple. L'habileté que permet le « maniement » de ses mains par le chirurgien est toujours impressionnante. Valéry, dans son beau *Discours aux chirurgiens*, ne parlait-il pas ainsi de cette *manu-opéra*, œuvre de main ?

« Songez qu'il n'est peut-être pas, dans toute la série animale, un seul être autre que l'homme, qui ne soit mécaniquement capable de faire un nœud de fil ; et observez d'autre part, que cet acte banal, tout banal et facile qu'il est, offre de telles difficultés à l'analyse intellectuelle que les ressources de la géométrie la plus raffinée doivent s'employer pour ne résoudre que très imparfaitement les problèmes qu'il peut suggérer »¹⁴⁴.

¹⁴¹ Aristote, *De l'âme*, III, 13, 435b 5-7.

¹⁴² Aristote, *Parties des Animaux*. IV § 10, 687b, Paris, Les Belles Lettres, trad. P. Louis, p. 136-137.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ Valéry, *Discours aux chirurgiens*, in *Œuvres*, Pléiade, *op. cit.*, tome 1, p. 918-919.

Ainsi la main, permet de *faire*, mais surtout elle permet de *sentir*. Si le chirurgien habile dispose d'un beau « coup de main », c'est surtout à son sens tactile et à la délicatesse de son geste qu'il le doit. Avec la main, l'action immédiate du chirurgien sur le corps de son malade, s'épanouit totalement. Munch, ce peintre des corps qui crient en silence, dit qu'il faut « que la chair prenne forme ». Ce sont les doigts du chirurgien qui vont l'informer. Lorsqu'il opère et qu'il se sert de ses mains, le chirurgien est avec son patient véritablement en relation charnelle. C'est une relation intersubjective essentielle, beaucoup plus qu'une relation de sujet – le chirurgien – à objet – le patient. Le corps d'ailleurs n'a rien de réellement intelligible, il est véritablement « ressenti » et tout chirurgien en est nécessairement conscient. Valéry va jusqu'à dire que « cette main est philosophe » dans le sens, précise-t-il, que « ce qu'elle touche est réel ». En quoi la main du chirurgien serait-elle philosophe ? Sans doute parce qu'elle intervient sur autre chose qu'un simple objet, sur autre chose qu'un bout de viande : sur un homme, et que c'est cette « réalité » qui change tout. D'autant que cette main est humaine elle aussi et que ce qu'elle transmet, ce qu'elle ressent, est également ressenti par le chirurgien, s'en défendrait-il. Car pour lui bien sûr, c'est sa main qui va en quelque sorte « réaliser » le corps et la chair, c'est-à-dire l'être, de son opéré. Elle est donc bien philosophe, puisque par son intermédiaire, c'est la pensée complète du chirurgien qui va prendre conscience de cet opéré.

Christophe Dejours¹⁴⁵ montre que le réel est ce qui se révèle sous la forme d'une résistance à la maîtrise technique et à la connaissance théorique. Il se manifeste d'abord *affectivement* : c'est l'intelligence du corps. Les mains du chirurgien sont *affectées* par la résistance des tissus et du corps du patient. Elles le ressentent, se l'approprient. Dejours rajoute que « la subjectivité prime avant toute objectivité ». Le chirurgien le constate tous les jours : l'habileté technique passe par le corps tout entier, les mains d'abord et la subjectivité de l'opéré – ce qui fait que c'est *la* hanche de cet homme-là et non *une* hanche – est bien rendue par ce contact charnel, en l'occurrence les mains, mains qui sont elles-mêmes subjectivité. C'est le toucher qui habite l'ensemble du corps, interrogeant « la corporéité d'être », comme le pense Merleau-Ponty¹⁴⁶.

Mais, dans la continuité de la pensée d'Aristote, parler de main n'est-ce-pas parler d'outil ou d'instrument ?

¹⁴⁵ Cf. Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA, « Science en question », 2008.

¹⁴⁶ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Seuil, 2000.

De la main à l'outil et de l'outil à l'instrument

Le chirurgien devine que son premier instrument est bien sa main, cette main qui s'approprie le corps de son patient, cette main qui, plus qu'un outil, est encore un trait d'union à son malade. Dans certains cas cependant, la main comme outil semble insuffisante, voire inadaptée : tenir de la main gauche l'extrémité d'un fil d'acier et chercher de la main droite à le récupérer derrière l'extrémité supérieure du fémur, peut être une véritable acrobatie, voire devenir impossible. C'est en cela qu'au fil du temps, nourries de l'expérience des difficultés opératoires, les générations de chirurgiens qui se sont succédées ont inventé de nouveaux « outils » pour suppléer aux limites de leurs propres mains. Nous formons en effet, nous dit Ernst Kapp¹⁴⁷, nos propres outils à l'aide de notre corps, membres supérieurs et mains en premier. Mais faute de pouvoir en « inventer » suffisamment, nous avons fabriqué des outils pour certains usages précis. L'outil n'est ainsi que la prolongation de la main du chirurgien. Comme avec la main, il y a toujours interrelation entre l'opérateur et l'objet de son opération. L'outil est médiateur, mais dans une fonction de médiation homogène. Il n'y a pas de rupture entre lui et le corps – celui du chirurgien en l'occurrence –, qu'il ne fait que prolonger. La sensation tactile donnée par la main, ou bien transmise directement à elle par l'outil, est intégralement reçue par le chirurgien. Aristote dirait que nous ne faisons là que suppléer aux insuffisances de la nature.

Mais surgit cependant une première tentation de toute-puissance que peut procurer l'outil-prolongement, comme le remarque Anne-Laure Boch. Elle observe que l'outil prolonge la main dans le geste chirurgical et qu'il « doit être manié selon une gestuelle alliant automatisme et réflexion, gestuelle qui est fascinante pour le profane et qui reste voluptueuse pour l'initié, malgré des années de pratique... »¹⁴⁸. Le danger réside précisément dans cette « volupté » dont le chirurgien pourrait se nourrir, s'en « gratifiant » de façon excessive au point « d'entreprendre des actes de plus en plus ardu »¹⁴⁹. Comme si cette habileté manuelle sans cesse améliorée devenait une fin en soi, l'autorisant à dépasser les limites de la chirurgie, ouvrant les portes de l'extra-médicalité. Et, tout naturellement les limites de l'outil – car il en reste toujours – prolongeant ainsi la main, vont amener à inventer des « instruments ».

¹⁴⁷ Ernst Kapp, *Principes d'une philosophie de la technique*, Paris, Vrin, 2007. Cité par A.-C. Masquelet, *Le corps relégué*, op. cit., p. 140.

¹⁴⁸ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 45.

¹⁴⁹ Yves Pouliquen, *Le Geste et l'Esprit*, Paris, Odile Jacob, 2003, p. 41-42.

Tant mieux, pourrait-on objecter, puisque l'instrument va permettre d'améliorer encore la performance du geste au profit du patient. Certes, mais le revers de ce progrès réside en ce que l'utilisation d'un instrument, constate Masquelet¹⁵⁰, rompt la liaison quasi immédiate entre le chirurgien et le corps de son opéré, annonçant alors la technicisation de l'acte chirurgical. Car si l'outil peut se concevoir comme simple prolongation de la main de l'opérateur, donc simple ustensile, l'instrument en revanche apparaît comme une fabrication technique qui, en quelque sorte, court-circuite la main elle-même. Et la relégation des mains, couronnée par la vidéo-chirurgie – un « ersatz digitalisé » selon Hubinois¹⁵¹ – signe le triomphe de « la palpation médiate instrumentale ». Comme si l'instrument prenait la place, et de la main et de l'outil, pour s'autonomiser et faire progressivement disparaître le chirurgien, lui-même relégué au statut d'un instrument à peine plus sophistiqué – et jusqu'à quand ? – qu'un autre.

Peut-être dans le fond cet éloignement du chirurgien du corps de son patient grâce à ces instruments de plus en plus *télé*-guidés, correspond-t-il à une inquiétude, presque à une angoisse, devant la responsabilité morale qu'impliquent nécessairement le contact charnel direct, l'immédiateté du geste. Ne plus voir son patient, ne plus le sentir, rester dans la seule froideur des appareils techniques, se tenir éloigné du corps vivant et entrer ainsi dans l'illusion que c'est la machine et non plus moi-même avec mes propres mains qui agit sur cet homme, tout ce déni ne traduit peut-être qu'une partie de l'insurmontable problème moral qui se pose à tout homme intervenant sur son semblable. Il n'est d'observer d'ailleurs l'impossibilité régulière pour un chirurgien d'intervenir sur une personne à laquelle il serait très lié affectivement, ses enfants, ses parents ou ses amours, par exemple. D'autant que, comme la caresse amoureuse, comme le baiser donné à ses enfants, comme la main tendue à son ami, tous les liens affectifs que nous avons passent par la chair. La main est le plus souvent cet intermédiaire « fraternel » entre deux êtres humains. Bien évidemment la main du chirurgien ne saurait être dans de tels rapports affectifs avec la chair du patient et on ne peut raisonnablement parler d'amour entre le chirurgien et son opéré. Pourtant, il y a nécessairement dans l'échange, profondément intime, que représente l'intervention chirurgicale, autre chose qu'une froide relation technique. Sans prétendre non plus ramener la chirurgie à un échange fraternel, il s'établit pourtant entre le chirurgien et

¹⁵⁰ Alain-Charles Masquelet, La relégation du corps à corps chirurgical, in *Le corps relégué*, Paris, PUF, « sciences et histoire », 2007, p. 149.

¹⁵¹ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, Paris, Michalon, « encre marine », 2006.

son opéré, un rapport médiatisé par la main de l'opérateur qui est beaucoup plus que ce que l'on pourrait penser. Peut-être est-ce la main elle-même qui est à l'origine de cette sorte de mystère ? Michel Henry, dans sa quête de retrouver le « corps subjectif originaire », considère que la main est pour nous une énigme : « La main, organe selon Condillac de la sensation de solidité, est l'instrument qui nous permet de déterminer les parties de notre corps, mais cet instrument lui-même, comment est-il connu d'abord ? »¹⁵². Comment donc pourrait-on, sans questionnement, banaliser ainsi l'acte d'opérer qui passe toujours par cette main humaine, main qui recèle elle-même une part de mystère ?

Il ne s'agit bien évidemment pas de décréter ici qu'il serait humainement impossible d'opérer un malade : l'expérience quotidienne l'infirmes totalement. Il s'agit par contre de souligner qu'en aucun cas ce pourrait être un acte banal, ordinaire, et que c'est précisément la main du chirurgien qui va lui permettre de prendre conscience du caractère particulier de son acte. Ou, pour le dire autrement, c'est en demeurant perméable à ce que peuvent ressentir ses propres mains que le chirurgien restera vigilant à ce qu'elles lui permettent de faire, évitant ainsi, s'il les oubliait, de perdre sens et mesure. Les mains, dans ce qu'elles recèlent d'humain et de sensibilité, seraient-elles ainsi le seul rempart contre des dérives quasiment barbares, auxquelles les possibilités techniques ouvrent grand la voie ? Nous y reviendrons dans notre troisième partie.

Puisque nous venons de chercher à mettre en évidence ce qui fait du chirurgien un médecin et que, chemin faisant, nous y avons observé de nombreuses traces de sacré plus ou moins occultées, il convient maintenant d'observer d'un point de vue chirurgical ce que l'on peut entendre par maladie et en quoi et comment la chirurgie pourrait y remédier.

Dans le fond ce serait admettre que la maladie pour le médecin clinicien n'est pas la même que la maladie pour le chirurgien et que sans doute ce dernier est beaucoup plus confronté aux limites entre la santé et les maux accessibles à son bistouri. Là encore nous serons amenés à constater qu'il existe une dimension sacrée

¹⁵² Michel Henry, *Phénoménologie et philosophie du corps*, op. cit., p. 81.

II – LA CHIRURGIE FACE A LA DIALECTIQUE DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

On peut en effet considérer cette tension entre chirurgien et médecin, dont nous venons d'observer les premières manifestations, comme une sorte de dialectique entre une dimension théorique que serait la médecine, et une plus pratique, plus charnelle et manuelle que serait la chirurgie. Mais puisqu'il s'agit dans les deux cas de médecine en général, c'est-à-dire du soin de l'homme-malade, ne pourrait-on pas déplacer cette dialectique entre une médecine purement scientifique et objectivante, et une médecine qui cherche à comprendre la vie humaine, qui cherche à intégrer la maladie – ou les séquelles d'un traumatisme – dans cette vie, et qui a toujours eu de grandes difficultés à définir clairement ce qu'est la santé ?

Tâchons de voir ce qu'il en est de cette problématique du point de vue de la chirurgie en général puisque nous avons précédemment établi que le chirurgien était un médecin, certes particulier, mais médecin tout de même.

La chirurgie face à la maladie ou au traumatisme

De manière très schématique on peut considérer que la médecine comporte trois grandes parties, toutes visant à faire du bien à la personne humaine dont elle est en charge. La première serait le domaine du médecin « clinicien » qui dispose de médicaments, la seconde du médecin qui opère par l'intermédiaire d'actes dits « invasifs », le chirurgien en tête, enfin la troisième celle du médecin qui écoute, comme le psychiatre ou le psychanalyste. Bien entendu le clinicien écoute, autant qu'il est invasif (ne serait-ce que par l'impudeur de l'examen physique du corps), comme le psychiatre qui interroge l'intimité de l'histoire de son patient, ou encore le chirurgien qui ne fait pas qu'intervenir mais examine et écoute aussi son malade alité. Mais pour la

clarté du raisonnement, nous dirons que tous « œuvrent » pour le bien « médical » du malade, mais avec des moyens différents. La finalité d'aucun ne peut être son propre travail. Ce serait sinon confondre la fin avec le moyen.

L'action du chirurgien n'échappe pas à cette remarque, qui, plus que d'effectuer une « belle » opération, ne doit se concevoir que comme un moyen de soulager son opéré. L'opération chirurgicale elle-même ne vaut rien – et ne sert à rien – si elle ne contribue pas à apporter à l'opéré un « mieux-être ». Or de par la spécificité de la chirurgie il existe bien des pièges pour inciter notre chirurgien à perdre de la vue la finalité de son geste au point qu'oubliant la responsabilité qu'il a d'*inter-venir* sur le corps d'une personne humaine, il pourrait se croire investi d'une puissance toute divine. Sacralisant ainsi son geste au mauvais sens du terme, celui de l'idolâtrie, il finirait par se persuader que sa seule finalité serait d'opérer : l'opération devenant l'idole. Or tout culte idolâtre justifie des sacrifices sans cesse plus nombreux. Si donc l'intervention devenait, telle une idole, *sacrée*, alors celui qui se donnerait le rôle d'honorer cette idole – le chirurgien – ne risquerait-il pas de lui sacrifier de plus en plus de victimes, c'est-à-dire d'opérer de plus en plus de patients sans véritable nécessité médicale ?

Comment donc agir avec des moyens *médicaux* différents, pour une même finalité qui est de faire du bien au malade ? Il faut pour cela considérer ce que peuvent être les moyens d'action d'une part, et ce que l'on entend par le bien à faire au patient.

La chirurgie est une action

Hannah Arendt, dans *Condition de l'homme moderne*¹⁵³, a insisté sur les grandes modalités de l'agir humain, distinguant la vie contemplative de la vie active et, parmi celle-ci : le travail, l'œuvre et l'action. La médecine correspond à la vie active mais on devine qu'elle est tout à la fois un travail, une œuvre et une action. Indiscutablement le médecin travaille, qui quitte tôt son domicile pour y rentrer tard et qui est pour cela rétribué – honoré. Pourtant si soigner un malade est bien un travail – et nous verrons plus loin ce que peut être « soigner » –, ce travail produit-il pour autant une œuvre ? Il faudrait alors que la santé qui est son but annoncé soit un produit, or d'aucun constate qu'elle n'est que le résultat de ce travail de soin. Si le travail du potier, par exemple, aboutit constamment à la production de l'œuvre qu'est une poterie, personne n'a jamais

¹⁵³ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, Agora, 1994, Chap. I, p. 41.

rencontré la santé, dont nous verrons encore qu'elle correspond plus à un phantasme qu'à une réalité.

C'est donc bien admettre que la médecine est essentiellement une action, c'est-à-dire qu'elle correspond à un agir humain, nécessitant un savoir que nous pouvons qualifier de théorique, un savoir-faire qui consiste en expérience, et enfin de l'énergie bien sûr. Mais cet agir « ne laisse jamais un produit final derrière lui »¹⁵⁴. Or la différence entre le travail ou l'œuvre, et l'action, réside en ce que, seule, l'action convoque la liberté humaine. La poterie du potier sera toujours une poterie, plus ou moins bien faite, plus ou moins réussie, mais toujours une poterie et jamais un marteau par exemple. Le potier, par son travail et son œuvre ne peut fabriquer que des poteries. Elles peuvent être plus ou moins belles selon son talent, mais ce seront toujours des poteries : il n'est pas libre, en tant que potier de faire autre chose. Il en va tout autre pour l'action et la médecine en particulier. Aucun médecin ni aucun chirurgien, ne pourrait rentrer chez lui le soir et exhiber devant les siens le produit de son activité de la journée.

Puisqu'il n'y a pas d'objet fabriqué à la suite de l'action du médecin, c'est bien qu'il possède la liberté de faire ou non de la médecine, avec les moyens de son travail. Ricœur¹⁵⁵ avait souligné cette responsabilité morale du médecin en observant qu'il n'y avait pas de différence fondamentale quant au travail du médecin « ordinaire » ou du médecin nazi : l'un et l'autre utilisent le même savoir et le même savoir-faire, mais le tortionnaire pour faire le mal, le médecin pour faire du bien à son malade. Celui-ci fait bien de la médecine, celui-là non. « En un sens, la profession médicale en tant que telle est une profession à risque... »¹⁵⁶. Dominique Folscheid définit ainsi la « médicalité », empruntant ce terme à Victor Von Weizsäcker, comme « une pratique soignante personnalisée, accompagnée de science et de technique »¹⁵⁷. Cette définition montre bien les deux particularités de l'action médicale.

Elle consiste d'abord à soigner *une* personne, nous l'avons vu, car :

¹⁵⁴ Hannah Arendt, *La crise de la culture*, op. cit., p. 81.

¹⁵⁵ Paul Ricœur, *Lectures I, Autour du politique*, Paris, Seuil (coll. Point), 1999.

¹⁵⁶ *Id.*, Préface à *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, (Amnesty international), Paris, La découverte, « Documents », 1989.

¹⁵⁷ Dominique Folscheid, La question de la médicalité, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 121.

« ...ce n'est pas l'homme, en effet, que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné... »¹⁵⁸.

Elle est enfin indissociable de l'éthique : c'est une action morale. Aristote distingue en effet l'action morale – la *praxis* – comme celle dont le résultat est intérieur à l'agent (il dépend bien du médecin de faire de la médecine), de la production – la *poiésis* – dont il lui est extérieur (tous les potiers font des poteries). La chirurgie va sans cesse aller de l'une à l'autre puisqu'il dépend bien du chirurgien de soulager son patient – et non de le torturer par exemple – mais tous les chirurgiens pourtant ont pareillement appris – souhaitons-le au moins – à mettre en place une prothèse de hanche. Il reste encore, pour que cette action soit morale, qu'elle demeure spécifique : la chirurgie orthopédique pour ne pas se perdre doit se limiter à l'orthopédie, nous le reverrons.

La question du « bien » à faire au malade du point de vue de la chirurgie

Il reste alors à questionner sur cette finalité de la médecine en général, et donc de la chirurgie, qui serait de faire du bien au malade. C'est poser la question du bien.

Il faut d'emblée ramener cette question à celle du bien *pour* le patient et non du bien *du* chirurgien. Nous serions sinon dans le bien moral, ce qui sortirait du strict cadre médical. Dérive qui se manifeste lorsque l'on considère, à tort, que le « bon » comportement éthique pour un soignant, se résumerait à n'être qu'attentionné, prévenant, « humain ». Or, si une telle attitude est bien sûr nécessaire, elle ne saurait être suffisante car la stricte compétence médicale – comme efficacité – n'en est pas moins nécessaire. Être techniquement incompetent, comme être in-humain, c'est, pareillement, avoir un comportement non éthique. Un chirurgien maladroit, qui ne saurait pas opérer, serait-il le plus attentionné des hommes, faillirait à son éthique médicale. A l'inverse un chirurgien qui se contenterait d'avoir un geste excellent, sans autre considération s'exposerait à n'agir que par « pure performance, par pur prestige ou pure expérimentation »¹⁵⁹ comme nous le verrons plus loin. D'autant qu'une telle confusion du bien moral et du bien médical rentrerait en contradiction d'une part avec le respect de la dignité absolue de tout patient et d'autre part avec la nécessaire neutralité du chirurgien : il ne saurait décréter qui « mériterait » ou non d'être *bien* soigné.

¹⁵⁸ Aristote, *Métaphysique*, A, I, 981 a 13 - b 12.

¹⁵⁹ Dominique Folscheid, Jean-Jacques Wunenburger, La dimension éthique de la médecine, *in Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.*, p.151.

Ceci écarté, pour ce qui concerne la question du bien à faire, tant que la situation est relativement simple, la réponse l'est aussi. Il est évident par exemple, qu'évacuer un hématome sous-unguéal hyperalgique par un petit geste fera indiscutablement du bien à notre patient. Réparer une jambe fracturée en « l'ostéosynthésant¹⁶⁰ » à l'aide d'une plaque vissée vise aussi à faire du bien au blessé. Mais déjà le contexte est moins simple, comme le geste à faire et sa finalité. Faut-il opérer en urgence ou non ? Faut-il mettre une plaque d'ostéosynthèse ou un clou, ou un fixateur externe ? Et surtout, faut-il ou non intervenir ? Quant au questionnement qui submerge le chirurgien lorsque, en fin de course, il doit prendre en charge un malade qui aurait déjà subi de nombreuses interventions ayant toutes échoué, et qui doute de l'efficacité d'un nouveau geste chirurgical, ce questionnement-là, ne peut faire l'impasse sur ce que peut être faire du bien à cet homme-là.

Prenons un exemple.

C'est un homme de plus de soixante-dix ans qui avait été opéré dix ans auparavant d'une hanche avec la mise en place d'une prothèse. Celle-ci s'était rapidement descellée – c'est-à-dire qu'elle n'était plus fixée solidement sur les os – et les douleurs, la gêne à la marche et l'impossibilité mécanique de conserver une prothèse dans ces conditions avaient conduit à une ré-intervention au bout de quelques années. La nouvelle prothèse ne tint guère plus longtemps et un nouveau chirurgien fut consulté (en matière « d'échec » par rapport au résultat escompté par le patient, la confiance qu'il avait mise dans son chirurgien est régulièrement altérée et il « change » d'opérateur dans la plupart des cas).

Malheureusement cette troisième intervention se compliqua d'une infection post-opératoire qui nécessita un long traitement médical avec de nombreuses hospitalisations. Ce fut un échec et – le corps humain ne pouvant tolérer longtemps un implant infecté – il fut décidé de son ablation. Celle-ci est très handicapante car l'articulation de la hanche n'existant plus, le membre inférieur reste ballant, raccourci et très peu fonctionnel. Voilà notre patient qui se présente ainsi au dernier chirurgien choisi en l'implorant de lui redonner la fonction de sa hanche. Il est ici véritablement posé en démiurge, voire en véritable dieu qui, nécessairement, peut et doit remédier à la situation. La tâche, pourtant, est quasi impossible et le chirurgien le sait : une nouvelle

¹⁶⁰ Néologisme utilisé couramment en chirurgie orthopédique qui signifie qu'après la réduction chirurgicale des deux parties d'un os fracturé, on maintient cette réduction par un tuteur qui peut être soit une plaque métallique vissée sur l'os, soit un clou introduit dans le canal médullaire ou encore des broches fixées dans l'os et reliées entre elles à l'extérieur du membre.

intervention serait très lourde chez cet homme, le risque d'infection majeure, et la fiabilité de la prothèse qu'il faudrait implanter très incertaine – d'autant que le geste purement technique s'avère lui-même très difficile.

Le chirurgien qui doit décider se trouve devant un problème majeur. S'il décide de ne pas intervenir il abandonne ce patient à une fin de vie médiocre, et en tant que dernier chirurgien requis il lui faudra assumer toute la rancœur de cet homme déçu de cette chirurgie que lui – le chirurgien – représente et à laquelle il croit. L'ombre de la mort plane alors comme la seule solution désespérante qui pourrait s'imposer à cet homme qui se ressent comme un « laissé pour compte » d'une médecine, pourtant responsable de son état. S'il décide au contraire d'intervenir, sa délibération l'amène à envisager deux possibilités : ou bien par chance l'intervention se déroulera bien techniquement – ce qui n'est pas certain au départ – et une nouvelle prothèse solide pourra être mise en place ; ou bien au contraire ce sera un nouvel échec, soit que l'on ne puisse réussir à implanter la prothèse, soit que malgré une bonne implantation, l'infection redémarre et oblige rapidement à l'ablation itérative du matériel. C'est dire en fait que les chances d'une réussite de l'intervention sont très faibles. Mais faut-il pour autant les occulter ?

Le choix mûrement réfléchi et le plus consciencieusement expliqué au patient fut celui de la ré-intervention. Malheureusement l'infection, jusque-là larvée, se réveilla et malgré une vaine tentative de traitement médicamenteux il fut nécessaire de procéder à une nouvelle et définitive ablation de l'implant. Le malade, fatigué, déçu et peut-être alors désespéré, décéda dans l'année suivante comme si sa vie n'eût plus d'intérêt et que, désabusé, il abandonnât la lutte.

Cet exemple montre toute la difficulté du choix des moyens à utiliser pour parvenir à la finalité de l'action chirurgicale qui reste le bien à faire au patient. Et le risque est bien ici de rester prisonnier de son statut de chirurgien, c'est-à-dire d'opérateur. Nous avons vu que décider de ne pas faire – de ne pas opérer – c'est encore faire. Car le chirurgien est lui-même subjectif et sensible à de nombreuses influences. Et les réactions de l'organisme restent toujours imprévisibles, nonobstant toutes les données statistiques – qui peuvent d'ailleurs n'être perçues que comme l'accumulation de ces imprévisibilités. En définitive c'est la vie elle-même qui semble non connaissable, ce que montre bien l'expérience chirurgicale – et médicale en général – tous les jours. Mais alors comment pouvoir clairement déterminer ce qui sera ou non « chirurgicalement » bien pour le patient ?

Aristote nous vient en aide. Il distingue en effet les vertus intellectuelles des vertus morales. Or nous parlons ici de la vertu morale du chirurgien. Le sens étant commun aux animaux, le Stagirite considère que deux choses gouvernent l'action humaine : l'intelligence et le désir.

« ...dès lors que la *vertu morale* est un état décisionnel, et la *décision* un désir délibératif, il faut de ce fait que tout ensemble la *raison* soit dans le vrai et le *désir* correctement orienté pour que la décision soit vertueuse »¹⁶¹.

C'est bien pour lui l'intelligence (la pensée, le *noûs*, plus haute partie de l'âme) qui saisit le bon sens en général vers lequel se porte toujours le désir du vertueux. Posons que notre chirurgien, faute de se fourvoyer, doit être vertueux. C'est-à-dire que, dépassant son rôle de pur chirurgien, il doit prendre du recul et considérer simplement le bien pour ce patient. Tâche éminemment ardue qui lui fera prendre conscience, qu'au-delà d'une hanche multi-opérée, c'est bien d'un homme qu'il s'agit – de la vie d'un homme. Là est la sacralité. Cette vie semble sacrée, non parce qu'elle est vie, mais parce qu'elle *est* ce qu'est cet homme. Nous avons vu qu'est considéré comme sacré, ce qui est séparé et extérieur, c'est-à-dire transcendant et indisponible. La vie de ce malade, de cet homme est bien *indisponible* – je ne peux pas en disposer comme d'une chose – en même temps qu'il m'est *extérieur* – transcendant – parce qu'il y aura toujours en lui quelque chose qui m'échappera. C'est ici que se trouve l'extrême responsabilité du chirurgien, puisqu'avec son « opération » – qui peut consister à ne pas intervenir – il peut disposer de cet indisponible et, ce faisant, toucher à l'être de cet autre pourtant extérieur. C'est évoquer autre chose que le « simple » respect, et parler en effet de sacralité.

Alors, et alors seulement la pensée exécutive, ou raison délibérative (la *sagacité* – *phronésis* –) calculera simplement le meilleur moyen pour l'action dans cette visée. Cette sagacité dans l'action est « un état vrai accompagné de raison qui porte à l'action quand sont en jeu les *choses bonnes ou mauvaises pour l'homme* »¹⁶². Mais encore faut-il que la pensée soit droite. C'est-à-dire pour ce qui nous concerne ici, que notre chirurgien soit convaincu de ce bien qu'il va faire. De ce bien qui va dépasser sa simple intervention et qui va le questionner sur cet homme, en totalité.

Dans le fond c'est alors interroger sur la nature de la santé et de la maladie. Car si vouloir faire du bien avec le moyen de sa chirurgie, c'est soulager le patient de sa

¹⁶¹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. Bodéus, VI, 1139 a 20 - 25. C'est nous qui soulignons.

¹⁶² *Ibid.*, VI, 1140 b - 5. C'est nous qui soulignons.

maladie pour lui redonner la santé, alors qu'est-ce que la maladie et à quoi correspond la santé ?

La maladie problématique

Si l'on pose à la fois que la finalité de l'action médicale est de faire du bien au malade qui se confie au médecin, et que ce bien est de lui rendre sa santé, on ne fait que déplacer le problème, comme nous l'avons vu dans notre exemple. Car il faut d'abord savoir en quoi et comment cette action pourrait faire du bien, mais surtout pourquoi ce bien prétendument fait au patient serait sa santé ? La réponse n'est pas simple, car la question est mal posée. Elle contient déjà sa conclusion puisqu'assimiler le bien fait (ou à faire) à la santé consiste à définir la santé comme le bien que désirerait le malade. Et surgissent alors de nombreux écueils, dont celui d'être instrumentalisé par le désir jamais assouvi du malade, n'est pas le moindre. Alors tâchons d'y voir plus clair.

Dominique Folscheid et Jean-Jacques Wunenburger¹⁶³ ont tenté de clarifier la question du champ, de l'objet et de la finalité de l'action médicale. Le *champ* d'activité de la médecine, et de la chirurgie en particulier, est indiscutablement le corps du malade qui se confie. Il ne saurait en effet y avoir de médecine – et de médecins – sans malade ni de chirurgie sans corps de malade. Nous analyserons plus loin la question du corps. L'*objet* de la médecine est défini par eux comme la maladie, la souffrance et la mort, ce qu'écrivait Ivan Illich :

« La profession de médecin consiste à soigner des êtres humains dont la souffrance ou la maladie risquent d'entraîner ou d'accélérer leur mort... »¹⁶⁴.

Mais cela semble un peu restrictif, puisque cette affirmation voudrait qu'il n'existe de soins que vitaux. Or la chirurgie orthopédique par exemple correspond pleinement à une activité médicale et pourtant elle ne concerne en règle, que des pathologies dégénératives non vitales ou des séquelles de traumatismes. C'est dire qu'il faut bien élargir les objets de la médecine. Comme si l'on assistait à une évolution dans le temps : initialement lutte contre la mort, puis contre la « simple » souffrance – dont les rapports avec la douleur sont eux-mêmes ambigus –, enfin lutte contre la perte de l'autonomie physique. Le cadre de la notion de « maladie » s'élargit ainsi sans cesse,

¹⁶³ Dominique Folscheid, Jean-Jacques Wunenburger, Section II. Les grandes questions de la médecine, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.*, p. 123-146.

¹⁶⁴ Ivan Illich, *La convivialité, op. cit.*, p. 64.

mais il faut tout de même rester vigilant pour ne pas tout médicaliser, au risque de tomber dans l'extra-médicalité.

Malgré tout, l'idée de la mort reste omniprésente dès qu'il s'agit de médecine ou de soins (et d'ailleurs même lorsque sont franchies les limites entre ce qui est véritablement de la médecine et ce qui ne l'est plus). Toute atteinte au corps de l'homme le renvoie à son angoisse existentielle, à celle d'un être-pour-la-mort, ce « souci » dont parle Heidegger. Que cette atteinte soit exogène, comme le scalpel du chirurgien ou endogène comme le propre état physique du malade. Un homme perclus de rhumatismes, douloureux et impotent, quand bien même ces maux n'engageraient pas immédiatement son pronostic vital, ne serait-il pas pour autant ramené à cette angoisse existentielle : moi, douloureux, boiteux, dépendant d'une canne, que suis-je devenu face à la vie et n'est-ce-pas la mort qui s'approche ?

Arrêtons-nous donc un instant sur ces objets de la médecine et interrogeons-nous sur les liens entre souffrance et douleur, et sur les atteintes à la fonction seule (puisque la chirurgie orthopédique est dite fonctionnelle).

Souffrance ou douleur ?

Sans tomber dans une réflexion stérile en abîme, nous pourrions renvoyer l'idée de maladie à celle de santé : une femme ou un homme stériles, par exemple, sont-ils vraiment malades ? Soit, pourrait-on répondre, s'ils ne le sont pas, admettons au moins qu'ils souffrent. Et c'est déjà faire une différence importante entre la douleur et la souffrance. S'il n'y a jamais de douleur sans souffrance, la douleur n'est pas que souffrance et l'on peut souffrir sans douleur. Même si pour David Le Breton¹⁶⁵ la douleur est toujours « contenue » dans une souffrance, c'est d'emblée un « pâtir ». C'est « une déchirure de soi qui brise l'évidence de la relation au monde »¹⁶⁶. Elle correspond à une véritable transformation de soi, pour le pire – et c'est l'acédie, comme abdication – ou pour le meilleur – et c'est la sublimation. Tandis que la souffrance est subjectivité, c'est un ressenti.

« ...toute souffrance s'éprouve elle-même et du même coup porte en elle un "moi", le moi qui souffre et sans lequel aucune souffrance n'est possible... »¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Cf. David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

¹⁶⁶ David Le Breton, *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 2003, p. 28.

¹⁶⁷ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 30.

La douleur touche ainsi l'homme dans toutes ses dimensions : ça n'est pas le corps qui souffre mais l'individu tout entier ; elle devient un « fait d'existence ». Lorsque j'ai mal au genou, c'est moi – *je* – qui ai mal et il serait absurde de dire que c'est mon genou qui a mal. C'est en ce sens que la douleur « est aussi morale »¹⁶⁸, elle concerne toute la vie de celui qui souffre. Buitendijk pense que « l'essence de la douleur réside justement en ceci qu'elle désorganise, avec une brutalité sans pareille, l'intimité de l'homme dans toute sa structure vitale et psychique »¹⁶⁹. Claude Bruaire parle de la même manière de la douleur comme manifestation de l'incarnation : c'est lorsque mon corps est douloureux que je souffre : « je souffre donc *je ne suis pas* mon corps »¹⁷⁰. Nous dirions que je suis plus que mon corps, que j'ai mal, à travers, grâce ou à cause de mon corps dont je suis totalement tout et partie et que, quand bien même je le souhaiterais, je ne saurais m'extraire de ma douleur ou la poser à côté de moi. Elle m'envahit, elle se répand dans la totalité de ce que je suis. Canguilhem rajoute que « l'homme fait sa douleur, plutôt qu'il ne la subit ou ne la reçoit ». C'est dire que la douleur est toujours morale. Elle est essentiellement subjective, donc elle rentre difficilement dans la rigidité d'un cadre scientifique, objectif, et pourtant elle est bien réelle. C'est remarquer au passage le côté dérisoire des tentatives d'évaluation objective d'une douleur par des « échelles » toutes illusives. Vécue comme « un degré de violation de soi », elle convoque toujours la question du sens. Pour Nietzsche la vraie souffrance est l'absence de sens à la souffrance :

« C'est l'absence de sens, et non celle-ci [la souffrance] qui était la malédiction jusqu'ici répandue sur l'humanité »¹⁷¹.

Le chirurgien ne saurait ni ne pourrait traiter *une* douleur, mais nécessairement un homme qui a mal. Distinguer la souffrance de la douleur, sans nier leur intrication, permet ainsi de limiter en quelque sorte les objets de la médecine : toute souffrance n'a pas nécessairement de solution médicale, ainsi de l'angoisse existentielle par exemple, alors qu'il est de la mission du médecin de tâcher de soulager la douleur.

Pour autant, non plus, toute douleur n'est pas une condition suffisante. Il y a des gradations dans la douleur et toute la difficulté, en chirurgie orthopédique particulièrement, va être d'évaluer une douleur afin de déterminer si la chirurgie est

¹⁶⁸ David Le Breton, *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, op. cit., p. 28.

¹⁶⁹ Buitendijk F.-J. J., *De la douleur*, Paris, PUF, 1951, p. 118.

¹⁷⁰ Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968, p. 233.

¹⁷¹ Friederich Nietzsche, *Généalogie de la morale (1887)*, III^e traité, § 8, trad. E. Blondel, O. Hansen-Love, Th. Leydenhach, P. Pénisson, Paris, Garnier Flammarion, 1996, p. 180.

justifiée pour la soulager. L'usure des surfaces cartilagineuses des articulations débute toujours par des douleurs, d'abord mécaniques lors de l'utilisation de cette articulation, puis finalement quasi permanentes lorsque l'usure est avancée. Le chirurgien – supposons le compétent et honnête – saura donc, en général dès le premier examen, quelle sera l'histoire naturelle¹⁷² de la lésion pour laquelle le patient le consulte. Sa conscience risque alors d'être tiraillée : si j'interviens – et nous le disons compétent – j'éviterai à ce malade une longue période douloureuse qui n'aurait dans tous les cas pas d'autre issue que cette intervention, mais je dois en même temps résister à la médicalisation de la condition humaine qui voudrait que la moindre douleur soit soulagée – comme s'il était interdit et néfaste de souffrir¹⁷³.

« Et pourtant [...] on voit dans tout son éclat ce qui était beau chaque fois que quelqu'un supporte sans aigreur des infamies nombreuses et de taille, non par insensibilité à la douleur, mais parce qu'il possède noblesse et grandeur d'âme »¹⁷⁴.

N'en concluons pas hâtivement, dans une complaisance mortifère, que la douleur serait bénéfique. Mais à s'introniser comme un chevalier luttant absolument contre toute douleur, notre opérateur risquerait d'abord de se prendre pour Dieu, mais encore d'être requis (dans le sens de Heidegger) par sa qualité de chirurgien : puisque je pratique la chirurgie orthopédique, je dois – *il faut* appliquer – sur ce patient la technique chirurgicale que je maîtrise, sans considérer que peut-être là, un traitement moins invasif serait justifié. Par ailleurs l'opération comporte toujours un certain risque. Quand bien même des statistiques le réduiraient à une portion congrue, si la complication arrivait, pour le patient elle arriverait totalement (à cent pour cent). Et la mort rôde toujours.

C'est reconnaître en fait qu'il n'y a pas de normes quantitatives mais que tout symptôme, comme une douleur, se doit d'être apprécié qualitativement. Et dans le fond qu'est-ce qui fait la qualité d'une souffrance ou d'une douleur, sinon le fait qu'elles

¹⁷² *L'histoire naturelle* définit en médecine, l'évolution prévisible d'une maladie dans le temps avec l'ensemble de ses conséquences organiques.

¹⁷³ Que l'on n'en conclue pas hâtivement que nous voudrions dire que la douleur serait souhaitable. Mais un petit mal de tête doit-il être à ce point inadmissible qu'il faille absolument arrêter tout travail ou bien encore un traitement antalgique au long cours – aux effets secondaires délétères – est-il préférable à une douleur rebelle qui n'aurait d'autre conséquence qu'elle-même ? Ne vaut-il pas mieux dans ces cas chercher à s'en accommoder plutôt que d'exiger de la toute-puissante médecine – comme un dû sans appel – qu'elle en vienne à bout ? A quand la pilule du bonheur (après celle du sport et de l'amour !) ?

¹⁷⁴ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, I, 1100 b - 30, trad. R. Bodéus.

touchent un être, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas rapport avec une chose, mais bien avec une transcendance, soit du sacré ?

La fonction ou la vie ?

Mais peut-être faudrait-il encore compléter cet inventaire, de maladie, souffrance « douloureuse » et mort, par d'autres maux plus spécifiques à l'activité chirurgicale, en particulier lorsqu'elle est dite « fonctionnelle », comme l'orthopédie. La chirurgie fonctionnelle vise à restaurer une ou des fonctions touchées par une maladie ou une blessure, mais par convention dans les cas seulement où le pronostic vital n'est jamais en jeu, c'est-à-dire lorsque la mort n'y est pas concernée. La chirurgie orthopédique est encore plus limitée : elle se préoccupe de la restitution de la seule fonction locomotrice (la marche par l'intermédiaire des os et des articulations) et, par généralisation, également de l'utilisation optimale du membre supérieur (épaule, bras, avant-bras et main). Il y a bien sûr beaucoup de symbolique dans la réparation de cet « appareil locomoteur » – nous avons vu que la main est bien plus qu'un « moteur » – mais il ne s'agit jamais d'enjeu vital¹⁷⁵.

Ainsi, contrairement à d'autres spécialistes médicaux ou chirurgicaux, l'orthopédiste est confronté à des patients pour lesquels il n'a nul besoin d'être le garant de leur survie face à la mort. Son rôle n'est que de rétablir une fonction : la chirurgie orthopédique est purement *fonctionnelle*. Le mot « orthopédie » a été inventé en 1741 par Nicolas André, dit Andry, pour définir tout ce qui concernait la prévention et la correction des difformités des enfants. Cette notion de « correction », de redressement d'une chose tordue se retrouve dans le logo qui depuis ce temps accompagne l'orthopédie, comme le caducée la médecine : un arbre penché soutenu par un tuteur. L'orthopédie concerne donc les pathologies, le plus souvent dégénératives, de l'appareil qui nous meut, et elle consiste à « redresser » ou à remplacer. Elle traite – en dehors de sa partie traumatologique – la difficulté de mobilité des articulations et la douleur que cette limitation occasionne au patient. C'est une chirurgie de confort. Elle n'est pas fondamentalement indispensable : personne ne mourra jamais d'une usure douloureuse de la hanche (coxarthrose) ou du genou (gonarthrose). L'évolution naturelle de ces maladies dégénératives aboutissait d'ailleurs le plus souvent à une ankylose (c'est-à-dire un blocage complet de l'articulation lésée, par une soudure osseuse spontanée) qui,

¹⁷⁵ Nous éliminons volontairement de notre propos le traitement des tumeurs cancéreuses des os ou des articulations, qui est dédié à des services hautement spécialisés en cancérologie.

certaines limitait grandement la mobilité, mais supprimait la douleur. Comme si la nature considérait que la douleur était supérieure à l'impotence.

Or le patient qui se *confie* au chirurgien – qui *attend* de lui – veut tout à la fois l'indolence *et* la mobilité. Il place véritablement celui-ci en *démiurge* : il lui demande d'être plus fort que la nature en supprimant sa douleur mais en outre en restaurant ses mouvements. Comment ne pas risquer de se prendre pour Dieu ? Et Philippe Hubinois¹⁷⁶ a bien raison de constater que le prix à payer pour le chirurgien serait de ne pas pouvoir ou de ne pas savoir réparer le mal. Cela se rencontre en chirurgie orthopédique chez des patients multi-opérés où les possibilités techniques – de placer une nouvelle prothèse par exemple – sont quasi insurmontables, comme nous l'avons vu dans notre exemple.

Il nous faut donc rajouter l'impotence fonctionnelle à l'objet de la médecine. Car si l'usure ou la blessure des articulations ou des os, ne sont bien sûr pas mortelles, à partir de quel degré de limitation fonctionnelle le patient – celui qui pâtit – rentrera-t-il dans la catégorie de malade ? C'est convenir que la maladie n'est pas tout et que la mission de la médecine consiste aussi à prendre en charge des personnes qui, ne présentant qu'une impotence fonctionnelle, ne sont pas « malades » à proprement parler. Mais en même temps, cet élargissement de l'objet de la médecine pose en lui-même les limites au-delà desquelles « la médicalité » pourra se perdre.

Au-delà de la fonction

Il reste cependant à essayer de délimiter encore plus clairement l'objet proprement spécifique à la chirurgie orthopédique. Si pour la médecine nous pouvons convenir que c'est la maladie en général, il est plus délicat en orthopédie d'utiliser ce mot. Car, après tout, une légère déformation du pied (un *hallux valgus*) que les patientes appellent un « oignon »¹⁷⁷, est-elle vraiment une maladie ? Est-ce alors la douleur lors du chaussage – souvent pourtant limitée à une simple gêne – qui devrait motiver et justifier le traitement ? Ou bien le simple fait de la déformation qui, en dehors de son aspect inesthétique, empêcherait d'acquiescer et d'utiliser certaines chaussures à la mode ?

¹⁷⁶ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit.

¹⁷⁷ Il s'agit d'une déformation du gros orteil qui bascule vers l'extérieur du pied, en général liée à une bascule inverse du premier métatarsien. Ce « trouble statique » – remarquons cette sémantique « mécaniste » – peut entraîner, mais certainement pas dans tous les cas, des douleurs à la marche ou au chaussage. En outre on constate une réelle imprévisibilité de son évolution : certains pieds très déformés entraînent peu ou pas de conséquences fonctionnelles durant toute la vie.

On voit à travers ce simple exemple comme la frontière peut être très fine entre une chirurgie qui soigne et une chirurgie de simple confort, voire de luxe. Et pourtant, si l'on pousse le raisonnement, de quel droit devrait-on priver des patients de cette amélioration – fût-elle superflue – de leur confort de vie s'ils le souhaitent, en assurant le coût et en assumant les risques ? On pourra toujours rétorquer qu'il y a d'autres souffrances sur Terre et qu'il y aurait une certaine indécence à se prêter à cela, mais après tout, peut-être qu'Aristote nous aiderait en nous rappelant que la prodigalité n'est pas une vertu mais un excès de générosité. En effet, qu'il y ait de nombreux estropiés dans notre pauvre monde, ne saurait pour autant rendre injuste d'en traiter quelques-uns. Car voilà bien un risque patent pour notre chirurgien de se prendre pour Dieu. Plus que de soigner modestement, il risquerait de s'octroyer la divine mission de corriger des troubles qui n'en sont peut-être pas, troubles inhérents à notre humaine condition d'être mortels. C'est ici faire la différence entre certains maux qui sont inhérents à une *situation* donnée (se blesser lors d'un accident, être atteint d'une maladie) et d'autres qui sont considérés comme des maux, alors qu'ils sont inhérents à notre *condition* (vieillir, user nos articulations, voire mourir). Prétendre détenir le pouvoir de supprimer ces derniers, n'est-ce pas tomber dans l'*hubris* – la démesure – et, en effet, se prendre pour Dieu, mais se *prendre* seulement – à la manière du garçon de café de Sartre ?

Et si, pourtant, ne méritaient d'être soignés que les maux supposés graves, qu'en serait-il après tout des troubles plus ou moins mineurs de la vue par exemple ? Et ne faudrait-il réserver le traitement ophtalmologique alors qu'aux seuls patients au seuil de la cécité ? Bien entendu ce serait absurde et l'on voit bien que rien, aucune règle, aucune norme ne saurait prévoir qui et pourquoi le chirurgien devrait-il prendre en charge. Il n'y a en définitive que sa conscience qui puisse l'aider dans sa décision, mais à la condition formelle qu'elle soit totalement libérée de toute contrainte. C'est-à-dire qu'il puisse être libre, au sens moral. C'est encore dire qu'il ne cède pas à la tentation de se prendre pour un Dieu, sauveur de tous les maux, jusqu'au plus insignifiant, mais qu'en même temps il prenne bien en considération toute la dimension nécessairement sacrée, et de son opéré, et de son acte.

Nous constatons alors que cette dialectique de la santé et de la maladie n'est pas sans poser de problème. Gadamer pense que la maladie, en tant que « perte de la santé » est toujours « une forme d'exclusion hors de la vie »¹⁷⁸. Du coup, s'il trouve que la

¹⁷⁸ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé, op. cit.*, p. 65.

maladie est objectivable, car elle est, comme un objet, « quelque chose qui oppose une résistance »¹⁷⁹, il écrit cependant que « la santé ne se donne pas à voir », participant de ce prodige qu'est « l'oubli de soi ».

Aristote serait-il dualiste lorsqu'il remarque, de manière toutefois un peu ambiguë, que le fait de se sentir bien-portant peut être lié soit à un principe formel comme la santé – et l'âme est alors ce principe – ou bien à un principe purement matériel comme le corps dans son ensemble ou en partie ?

« ...ce qui fait que nous sommes des sujets bien-portants. D'un côté c'est la santé, de l'autre une partie quelconque du corps ou même son ensemble »¹⁸⁰.

Nous venons pourtant de voir qu'il est possible de parler de soin quand bien même l'enjeu vital ne serait pas primordial et que la douleur, symptôme moins vaste que la souffrance, comme la limitation des capacités physiques, devaient être intégrées dans ce vaste ensemble difficilement appréhendable que l'on nomme maladie. Plutôt que de rendre la santé, le but du chirurgien sera alors de tâcher de restaurer le *pouvoir-être*¹⁸¹ de son patient en évitant les deux écueils que sont l'excès de compassion – qui peut s'apparenter à une volonté de puissance – ou au contraire l'abandon du patient à une vie désespérante. La faille est très étroite où apparaît la vraie liberté du chirurgien.

Ce questionnement sur l'objet de la médecine nous ramène ainsi à notre point de départ, qui est d'approcher ce qu'est la santé. Soyons provocateurs et clamons le haut et fort : la santé n'existe pas !

La santé n'existerait-elle pas ?

« Qu'est-ce que la santé, qu'est-ce que cette chose mystérieuse que nous connaissons tous mais que, d'une certaine manière, nous ne connaissons pas tant il est vrai qu'être en bonne santé semble relever du prodige ? »¹⁸².

Serait-ce qu'il s'agit d'un leurre et qu'en réalité la santé n'existerait pas ? Dans notre société occidentale dite « développée », nous sommes tous, et les malades comme les médecins, imprégnés sans en être toujours conscients, des grandes conceptions sur la santé.

¹⁷⁹ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé, op. cit.*, p. 107.

¹⁸⁰ Aristote, *De l'âme*, II, 2, 414 a - 10.

¹⁸¹ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé, op. cit.*, p. 145.

¹⁸² *Ibid.*, p. 120.

Au Moyen Age, on considérait qu'elle correspondait à l'absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition ne répond pas à la question de la maladie et on ne pourrait d'autre part que s'offusquer aujourd'hui d'oser considérer un infirme comme n'ayant pas la santé. Quel rapport en effet entre une paralysie des membres inférieurs par exemple et une leucémie à évolution rapide ? Or, renvoyer ainsi dos à dos des êtres frappés dans leur existence, en une sordide escalade pour déterminer lequel serait le plus malade, serait évidemment une infamie.

Leriche, au début du XX^e siècle, en 1937, plus nuancé, proposera une autre définition de la santé, comme « la vie dans le silence des organes ». Mais écoutons Ricet Barrier¹⁸³ nous dire que, si passé soixante ans, nous nous réveillions sans douleur, alors c'est que nous sommes morts ! Point n'est besoin d'atteindre la soixantaine : existe-t-il une seule personne qui ne « sente » pas, un jour ou l'autre si ce n'est tous les jours, une petite gêne, une petite contracture, un petit mal au ventre ? Nous savons par ailleurs que bien des maladies progressent silencieusement et qu'il est parfois bien tard lorsqu'elles se manifestent de manière patente. Non, nos organes, notre corps, ne sont pas silencieux : ils sont ce que nous sommes et nous sommes bien des êtres contingents – parce que jamais *nécessairement* en « bonne santé » et mortels – parce que toujours *limités* dans notre possibilité de créer de nouvelles normes pour prolonger notre vie.

Ce que voudrait d'ailleurs totalement nier la définition de la santé qui a cours officiellement, celle de l'OMS¹⁸⁴ qui, depuis 1947, affirme qu'il s'agit « d'un état complet de bien-être, physique, mental et social... ». On comprend qu'il est définitivement impossible d'atteindre à cet état et, comme le dénonce Perez-Soba¹⁸⁵, qu'il s'agit bien d'une nouvelle idole. Pour lui le phénomène de l'idolâtrie est une « médiation de caractère rituel vers le sacré, qui rompt avec son intentionnalité réelle », comme une manière humaine de chercher à dominer la manifestation divine. Lorsque en effet la « santé » devient une idole, alors on assiste à une ritualisation autour de certains états auxquels on voudrait croire qu'elle correspond, et qui, par là-même, deviennent arbitrairement sacrés. Il en est ainsi du culte du corps, de la jeunesse, etc.

C'est en fait se tromper de cible, et mettre du sacré là où il n'y en a pas. Qui plus est, dévaluer ainsi la notion de sacré c'est encore une « relativisation de l'absolu ». Or, loin d'être neutre, cette relativisation se retourne toujours contre l'homme puisque

¹⁸³ (1933- 2011) Chanteur et fantaisiste français.

¹⁸⁴ Organisation Mondiale de la Santé.

¹⁸⁵ Perez-Soba, « Sacralité ou idolâtrie de la vie », conférence du séminaire « Vie normale, vie handicapée, vie parfaite », Paris, Collège des Bernardins, 4 mai 2011.

l'idole n'est en réalité que la simple projection des désirs humains. Alors qu'à première vue cette définition totalisante de la santé semble donner une dimension quasi sacrée à la vie de l'homme – puisque déclarant qu'elle doit se dérouler dans un état complet de bien-être –, en réalité elle relativise la valeur sacrée de cette vie humaine dans une expérience, nous dit Perez-Soba, « où l'homme arrête d'être maître de sa propre finalité ». En effet il ne donne plus sens à sa vie – *zoé* – mais, la réduisant à un simple fait – *bios* –, il va exiger entre autre une santé parfaite, adoptant l'équation : « santé biologique pure = sens à ma vie ». Soit : hors cette santé il ne peut y avoir de sens.

Avec cette définition de la santé, nous sommes bien dans le désir, et dans la seule domination directe du corps physique : lui et lui seul est concerné par cette santé, hors de laquelle la vie n'aurait plus de sens.

D'où peut donc venir ce besoin de classer, de cataloguer, de catégoriser ? Sans doute de notre entendement, « diviseur » comme le remarque Hegel, alors que notre raison – qui dépasse la seule raison « scientifique » limitant nos intuitions – nous indique bien au contraire que la santé n'est pas ce que l'on voudrait entendre.

Canguilhem avait déjà prévenu : « La maladie n'est plus objet d'angoisse pour l'homme sain, elle est devenue objet d'étude pour le théoricien de la santé »¹⁸⁶. S'opposant au dogme épistémologique qui voudrait que la maladie ne soit définie qu'à partir d'une illusoire santé, le normal et le pathologique ne correspondant alors qu'à une différence de degré, il soutient au contraire que la maladie est une *altérité*, un autre-état. C'est un bouleversement complet de la vie, certes, non pas quantitatif mais *qualitatif*. Et c'est une approche fondamentale pour ce qui concerne notre propos. Le malade, le souffrant, le douloureux ou l'impotent, ne sont pas comme des « sous-hommes », comme des diminués – des *altérés* – par rapport à l'homme soi-disant idéal, paré d'une santé parfaite. Ils sont en réalité dans « une autre manière d'être au monde », comme l'écrit Ricœur, ce qui implique respect et dignité. La vie, rajoute Canguilhem, « crée ses propres normes », c'est ce qu'il appelle la *normativité*, qu'il oppose à la *normalité* comme le simple *fait d'avoir* des normes. « Le pathologique doit être compris comme une espèce de normal, l'anormal n'étant pas ce qui n'est pas normal, mais ce qui est *autre que normal* »¹⁸⁷.

¹⁸⁶ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, « Quadrige », (1966-1972), 2007, p. 14.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 156.

C'est bien admettre que la santé n'existe pas réellement, et que la conception qui fait percevoir tous les maux qui peuvent assaillir l'être humain durant sa vie, comme des dégradations de cette soi-disant santé, le terme ultime étant alors la mort, est erronée. La vieillesse dans cet esprit devient une maladie¹⁸⁸, la maladie un « échec » et par ricochet, tous ceux qui ne seraient plus dans l'état dit « de bonne santé », seraient derechef privés de tout espoir d'être un jour heureux. C'est ce que dit dans le fond, le langage populaire qui, chaque année, nous souhaite une bonne santé – « bonne année, mais surtout bonne santé ! » – étant sous-entendu que l'année ne saurait être bonne, sans la santé. Voltaire ironisait au XVIII^e siècle : « J'ai décidé cette année d'être heureux, c'est bon pour la santé ! ». On ne saurait bien sûr décréter ni d'être heureux, ni d'être en « bonne santé ».

Il est bien sûr préférable de n'être atteint d'aucune maladie grave ou d'aucun handicap invalidant, mais pour autant l'aspiration au bonheur n'est pas interdite, même dans ces situations. Aristote pense que la fortune – le sort – n'est pas sans effet sur notre possibilité d'être heureux, certes, mais considérons alors qu'il s'agit de simples circonstances atténuantes. Une récente enquête sur le désir de vivre et la satisfaction de leur vie, chez des *locked in syndroms*¹⁸⁹ est particulièrement édifiante à ce sujet : plus de 78% se déclarent heureux de leur vie et ne veulent pas mourir. Ce qui correspond à la même proportion que celle recueillie dans la réponse à la même question posée auprès de la population générale. Cela semble bien signifier que, quels que puissent être les « accidents » qui adviennent lors d'une vie humaine, il demeure toujours chez l'homme la possibilité de donner sens à sa vie. L'être subsiste au-delà de ces accidents et conserve, intacte, sa finalité. Aristote l'énonce avec force lorsqu'il écrit que « la *phusis* d'un être c'est son *télos* » et chacun, dans ce qu'il est, fût-il malade ou impotent, peut s'approcher de ce souverain bien qu'est son bonheur.

Serait-il alors donc vain pour un chirurgien, comme pour un médecin, de vouloir rendre la santé à son patient ? Certainement pas, mais pour autant il ne s'agit pas de cette illusion de la santé parfaite, mais au contraire d'une restitution dans son pouvoir-être, dans ce qui pourra faire que la vie de ce patient puisse continuer d'être une vie humaine. Et surtout une vie qui soit la sienne propre. Mais questionnons plus

¹⁸⁸ Il est amusant de remarquer que le Petit Robert définit le pédiatre comme « le médecin qui s'occupe des *maladies* infantiles », tandis que le gériatre est « le médecin qui s'occupe de la *vieillesse* » : la maladie a disparu, âgé et malade devenant un pléonasmе. (*Petit Robert*, p. 1151 et 1840). C'est nous qui soulignons.

¹⁸⁹ Il s'agit de malades ayant présenté une lésion vasculaire au niveau de la partie haute du tronc cérébral et qui ne disposent en général que du mouvement d'une ou des deux paupières pour pouvoir communiquer (cf. Jean-Dominique Bauby, *Le scaphandre et le papillon*, Paris, Robert Laffont, 1997).

profondément sur la place de la chirurgie face à cette santé dont nous venons de dire que sa définition posait problème.

Quid de la chirurgie ?

En quoi notre chirurgien pourrait-il être concerné par ces subtilités conceptuelles à propos de la santé ? Mais précisément parce que s'il n'en avait pas conscience il pourrait se croire en droit et en devoir de corriger toute *a-normalité* qui pourrait se soumettre à son bistouri. Il pourrait ainsi fonder le grand dessein de considérer que devant tout état qui ne correspondrait plus au critère de santé parfaite, et pour lequel existerait une solution chirurgicale, il serait moralement autorisé à utiliser sa chirurgie. Or il lui faut bien admettre que les états d'être-au-monde de chacun peuvent être très différents mais que cela n'implique nullement de classer les hommes selon une échelle dont l'étalon serait un hypothétique état idéal que la chirurgie, pour ce qui la concerne, serait sommée d'obtenir. Ce nouveau lit de Procuste risquerait de réveiller en lui une volonté de puissance et, oubliant à la fois qu'il s'agit de personnes humaines et que la chirurgie est agressive et transgressive, il pourrait alors se prendre pour Dieu.

« Parce qu'un symptôme pathologique, pris à part, traduit l'hyperactivité d'une fonction [...], cela ne veut pas dire que le mal organique, conçu comme *une autre allure d'ensemble* de la totalité fonctionnelle, et non comme une somme de symptômes, ne soit pas pour l'organisme, une *nouvelle façon* de se comporter relativement au milieu »¹⁹⁰.

Ceci nous amène à réfléchir aux nombreuses questions que pose le vaste domaine de la prévention, lorsqu'il concerne la chirurgie, puisque, rajouté au problème des limites de la chirurgie « prophylactique », il s'agit toujours de chirurgie, c'est-à-dire d'*inter-vention*.

La question de la chirurgie préventive

Prenons deux exemples, l'un concernant l'urologie¹⁹¹, l'autre l'orthopédie.

A propos d'une prostate

Il s'agit d'un homme de 49 ans en bon état général et – c'est fondamental – qui ne présente pas de symptômes patents. Il consulte dans le cadre d'un bilan de dépistage

¹⁹⁰ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 49. C'est nous qui soulignons.

¹⁹¹ L'urologie est une spécialité chirurgicale dont le domaine de prédilection correspond aux organes « urinaires » : reins, uretères, vessie, urètre et prostate chez l'homme.

systematique du cancer de la prostate, à la suite d'un dosage des PSA¹⁹² prescrit par son médecin traitant. Ceux-ci présentent un taux légèrement supérieur à la normale (4ng/ml), ce qui conduit à la réalisation d'une biopsie prostatique qui retrouve des cellules cancéreuses de caractère péjoratif. L'urologue décide alors de réaliser chez cet homme jeune, une prostatectomie radicale¹⁹³. C'est le geste logique et prudent qui s'impose dans ce contexte, geste qui reste cependant mutilant (incontinence au moins partielle et impuissance). Le problème devient majeur lorsque le résultat anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse revient négatif : il n'y a pas de cancer.

La conscience éthique de l'urologue est profondément ébranlée devant une telle situation. Sans rentrer dans des débats trop techniques, le questionnement éthique se pose ici dans plusieurs directions. Il n'est d'abord pas certain que le pronostic du cancer de la prostate en termes de morbidité et de mortalité soit amélioré par un traitement lourd, lorsqu'il n'y a pas de symptôme. Ce qui soulève la question du dépistage et de sa valeur prédictive. Enfin, cela souligne les limites – bien humaines – de la biopsie sur laquelle repose l'indication chirurgicale. Le prélèvement peut, dans certains cas, passer en zone saine, occultant des cellules cancéreuses, ou au contraire en retrouver. Mais des études histologiques *post-mortem* ont établi la très grande fréquence – si ce n'est la présence constante – de cellules cancéreuses chez l'homme au delà de soixante ans. On voit bien que notre urologue est en première ligne et qu'il ne peut éviter de se questionner, quand bien même les statistiques et la casuistique voudraient guider ses indications.

Prendre en charge une personne, un autre homme, implique une responsabilité que Levinas considère « sans réciprocité », absolue. L'être humain et son corps sont bien plus que ce qu'en révèlent les données scientifiques : ne seraient-ils pas sacrés en quelque sorte ? Or la conscience de cette sacralité, qui apparaît toujours dans des situations aussi dramatiques, dévoile toute la dimension éthique de l'action du chirurgien.

¹⁹² PSA (*Prostatic Specific Antigens*) : antigènes spécifiques du tissu prostatique dont la présence dans le sang, au-delà du taux de 4 ng/ml possède une valeur prédictive grande mais non absolue – 90% – de présence de cellules cancéreuses. D'autant que leur spécificité n'est pas non plus absolue : 10% des patients ayant un taux supérieur à 4ng/ml n'ont pourtant pas de cancer.

¹⁹³ La prostatectomie radicale consiste en exérèse totale de la prostate et de sa capsule, opération très mutilante qui sacrifie généralement les nerfs érecteurs et le sphincter.

Quand les jambes ne sont plus droites

Dans le cas d'une déformation morphologique l'exemple sera encore plus caricatural mais moins tragique. L'anatomie et la physiologie articulaires ont leurs normes fondées sur une casuistique et largement inspirées de considérations statistiques. Ainsi il est établi que l'axe des membres inférieurs correspond à une perpendiculaire au sol passant par le centre de la tête fémorale et le milieu de l'articulation de la cheville. Si cette droite passe au milieu de l'extrémité proximale du tibia notre patient sera dit normo-axé – comme parfait – si elle passe en dedans il sera décrit en *varus*, et en *valgus* si elle passe en dehors. Cette description pourrait n'être que formelle si elle n'avait pas de conséquence. Mais l'expérience montre que les arthroses internes du genou ont en général un axe en *varus* et les arthroses externes en *valgus*. Le glissement de ces constatations empiriques à une relation de cause à effet s'est fait très rapidement et la conclusion fut évidemment que les *varus* provoquaient une arthrose interne et les *valgus* de même une usure externe. Le « en général » fut remis au rayon des remarques désobligeantes. La technique devenue plus fiable et les quelques scrupules s'évanouissant, il fut vite admis – et même recommandé – de corriger chirurgicalement ces « anomalies » anatomiques. Or il est fréquent de rencontrer de telles variations d'axe des membres inférieurs sans qu'il n'y ait jamais d'arthrose. C'est évidemment prouver que ces classifications normatives n'ont aucun fondement lorsque l'on parle de santé – et de vie humaine en général. Confondant relation et causalité, c'est attribuer à un effet qu'on connaît mal une cause toute prête. Mais c'est surtout s'aveugler et vouloir, non plus corriger la nature dans ses imperfections, mais surtout plier la nature à une pseudo-perfection décrétée statistiquement. Ce serait comme établir une nouvelle norme absurde dans l'esprit d'une « Nouvelle Orthoville » pour le dire comme Bacon.

Fort heureusement cette tendance à une chirurgie préventive semble actuellement abandonnée mais cet exemple doit inciter le chirurgien à rester vigilant. La compétence qu'il possède de savoir redresser les os qui doivent l'être ne saurait être un droit à redresser tous les os. Il y perdrait sa liberté. Jacques Ellul dénonce l'automatisme du Système technicien qui induit ces comportements : « Tout ce qu'il est possible de faire *doit* être fait »¹⁹⁴.

¹⁹⁴ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, op. cit., p. 241.

Mais qu'il n'y ait pas de méprise. Tout étant affaire de nuance, il ne s'agit pas de dénoncer une dérive soi-disant interventionniste qui chercherait à tout prix à enlever des prostates, à corriger la moindre déformation ou à remplacer la moindre articulation usée, fussent-elles parfaitement bien tolérées par le patient, au seul prétexte que la technique le permettrait et que ces états ne cadreraient plus avec la santé parfaite. Il suffit simplement de remarquer deux choses fondamentales.

La première remarque est d'ordre moral. Le chirurgien, comme le médecin, ne peut s'exonérer d'un questionnement moral sur le sens de ce qu'il fait, pourquoi le fait-il et comment le fait-il pour ce malade-là. Mais plus encore que le médecin, purement clinicien, il dispose du pouvoir exceptionnel d'ouvrir le corps de ce malade, ce qui rend sa responsabilité morale peut-être encore plus grande. D'autant que son action est souvent radicale : la section ou l'ablation d'un organe sont en général sans retour possible.

Ensuite que le point de vue subjectif du malade, qui révèle du qualitatif, doit être pris en compte. Pour la simple raison que c'est de lui qu'il s'agit et que le respect tout kantien qu'impose son humanité dicte au minimum de lui demander son avis, au lieu de l'enfermer dans un statut infantile et de tout décider pour lui, jusqu'au geste soi-disant préventif. Ce point de vue, pourtant, ne serait pas toujours pertinent puisque le patient lui-même est imprégné du discours ambiant.

« Le glissement fonctionnel du verbe au substantif souligne l'appauvrissement de l'imagination sociale », remarque cruellement Illich¹⁹⁵. Le malade ne vient plus se faire *soigner*, mais bien recouvrer la *santé*, celle dont il est certain d'avoir droit. On retrouve ce malentendu lorsqu'un patient, correctement rétabli d'une luxation-fracture complexe de la cheville par exemple, ne comprend pas qu'il ne soit plus comme s'il n'avait subi ni traumatisme, ni chirurgie, alors même que la cicatrice en est déjà la première trace. Cette quête du résultat *ad integrum* s'inscrit tout à fait dans l'illusion d'une santé qui serait comme un « état complet de bien-être ». Admettons donc que la responsabilité du patient ne soit pas complètement nulle, car, comme le déclare encore Illich, un peu désabusé : « La population, en Occident, a appris à se sentir malade et à se faire soigner¹⁹⁶ ». Mais cela ne peut suffire.

¹⁹⁵ Ivan Illich, *La convivialité*, op. cit., p. 130.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 15.

On voit qu'il est définitivement impossible de définir correctement la santé. Elle n'est qu'un certain état de la *phusis*, « comme un mode d'être-là, un être-dans-le-monde, un être-parmi-les-hommes »¹⁹⁷. Il est important pour un chirurgien d'en être convaincu. Car l'objet de la médecine pourrait se résumer à la vie elle-même et sa finalité, plus qu'une hypothétique santé, à la personne elle-même. Si en effet on tentait de schématiser ainsi : l'homme comme cause matérielle de la santé, le médecin cause efficiente, la médecine cause formelle et la santé comme cause finale, nous arriverions au paradoxe que la santé serait la cause finale d'elle-même. Cela provient du fait qu'il nous est impossible d'objectiver notre propre corporéité comme celle de l'opéré, opéré qui est pourtant la seule finalité d'une intervention.

Gadamer remarque encore que « toutes nos erreurs et toutes nos prétentions ne sont que des possibilités relatives d'une *réelle supériorité* et d'une *inévitabile infériorité* »¹⁹⁸. Certes la chirurgie a fait d'immenses progrès qui sont *réels*, et c'est tant mieux, mais pour autant elle reste impuissante à tout corriger, c'est *inévitabile*, et d'autant qu'elle se trouvera toujours en tension entre ce qu'elle peut faire et ce qu'elle doit faire. Gardons-nous de toute posture moralisatrice, mais observons que Pascal avait lui aussi pensé que « l'homme est grand de ce qu'il se sait misérable et misérable de ce qu'il se croit grand »¹⁹⁹. Si nous transposons cette pensée à la chirurgie, nous pourrions dire que le chirurgien est grand de ne pas se croire tout-puissant, et misérable lorsqu'il cède à cette illusion, d'autant plus qu'elle lui ferait oublier que la personne de son opéré a quelque chose de sacré.

Or c'est bien ici – dans le cadre hautement discutable de la notion de chirurgie « préventive » – que se rejoignent les deux approches du sacré que nous questionnons : celle de la personne humaine et celle du sacrifice. Si la première est valide comme nous le pensons, toute chirurgie préventive s'y confrontera et la prise de conscience par le chirurgien de la dimension sacrée, et de l'être du malade et de son corps, doit être un rempart contre toute dérive. Et si la notion de sacrifice correspond bien à un déplacement du sacré vers autre chose, pour une autre finalité, que son respect absolu – en l'occurrence, un déplacement conçu comme un pare-feu contre la violence – alors comment ne pas faire ici l'analogie avec une chirurgie « prophylactique », comme

¹⁹⁷ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé*, op. cit., p. 122.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 93.

¹⁹⁹ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Les pensées de Blaise Pascal*, Paris, Froment, 1823.

« sacrificielle » ? Ne peut-on en effet ne pas y retrouver comme la trace d'un sacrifice – un patient sain – offert au dieu-chirurgie pour lutter contre la maladie qui guette d'autres patients ? Il y a-t-il vraiment beaucoup d'exagération dans cette interprétation, certes un peu osée ?

Au niveau où nous sommes parvenus de notre réflexion, après avoir abordé le chirurgien en tant qu'il était un médecin particulier et que, chemin faisant, nous avons observé dans l'acte chirurgical de nombreuses traces de sacré, il nous faut maintenant considérer plus spécifiquement le patient face à la chirurgie elle-même. Car l'opéré, le patient, demeure la seule réelle finalité de toute intervention. C'est lui qui va accepter qu'un autre puisse effectuer sur lui un geste d'une importance et d'une signification tout à fait *extra-ordinaire*. Or ce geste lui-même, comme geste « opératoire », est essentiellement un geste technique. Cela va nous amener à considérer alors le chirurgien dans une autre dimension qui le caractérise et qui l'éloigne de la médecine proprement dite : c'est un technicien. Le patient sera nécessairement concerné par cette caractéristique – technique – de « l'opérateur » à qui il se confie. Ce qu'il nous faut maintenant envisager.

III – LE PATIENT FACE A LA TECHNIQUE DU CHIRURGIEN

Une intervention chirurgicale mobilise bien sûr de nombreuses personnes, de l'anesthésiste jusqu'à lapanseuse ou encore la ménagère qui sera en charge de la propreté de la salle d'opération. Elle nécessite ensuite un environnement technique de plus en plus sophistiqué, en particulier en chirurgie orthopédique où le matériel ancillaire prend une importance tous les jours plus grande. Mais, puisque nous avons le projet d'une « petite phénoménologie » de cette action, il faut insister sur les deux acteurs fondamentaux, les autres, dit sans aucun mépris, n'étant qu'accessoires ou complémentaires. Ces deux acteurs sont le patient bien sûr, sans lequel il n'y aurait pas lieu de réaliser une intervention et le chirurgien, comme agent efficient de cette intervention, au-delà peut-être de sa « médicalité ». Mais peut-on simplifier ainsi,

ramenant le patient à la cause matérielle de l'opération ? Car alors le chirurgien en serait bien la cause efficiente et la santé la cause finale. Mais où serait la cause formelle ? Si l'opération elle-même était cette cause, il y aurait danger qu'elle devienne une fin. En réalité il semble bien que ce soit la corporéité, comme la réalité de la vie de l'homme-opéré qui demeure la seule cause finale de toute intervention.

Le patient comme celui qui attend et se confie

Patient vient du latin *patior* qui veut dire « subir ». Le patient est donc « passif », comme impassible. Plus que celui qui « subit », c'est celui qui « attend » (d'où le glissement sémantique vers « patience »). Il attend physiquement dans la salle « d'attente » ou bien à la porte du bloc opératoire, mais il attend aussi *du* chirurgien qu'il le prenne en charge. Ainsi le patient est à la fois celui qui attend et celui qui fait confiance. Il confie sa maladie *et* son corps *totale*ment au chirurgien avec un fond d'angoisse existentielle, métaphysique :

« Le patient se confie au médecin non seulement à cause de sa souffrance, mais par peur de la mort »²⁰⁰.

La chirurgie introduit une dimension supplémentaire à la passivité du patient : celle de l'anesthésie. La crainte dont elle est régulièrement l'objet de sa part dépasse la réalité du risque qu'elle recèle pour traduire l'angoisse qui saisit inconsciemment le patient de s'abandonner totalement au chirurgien. C'est dire comme la confiance est, en chirurgie, une nécessité encore plus incontournable qu'en médecine.

Précisons cela.

La question de la confiance

Il y a deux manières, pour un malade, de rencontrer un chirurgien : par l'intermédiaire de son médecin généraliste ou directement, par sa seule décision. Lorsque son propre médecin le lui a conseillé – en réalisant ainsi à la fois le diagnostic de son affection et en indiquant le traitement, la chirurgie – ce malade est alors doublement pris en charge. Il n'attend du chirurgien que la réalisation d'un acte dont on lui a plus ou moins expliqué les modalités, mais aucunement une discussion sur la réalité de l'indication de cet acte (quand bien même le chirurgien contesterait *a*

²⁰⁰Ivan Illich, *La convivialité*, *op. cit.*, p. 64.

posteriori cette indication). Dans cette première situation il suffit au patient d'avoir confiance – ou au chirurgien de lui inspirer cette confiance, c'est-à-dire d'être convainquant – pour qu'il accepte la décision.

Lorsque le malade est venu de lui-même, devinant (ou supposant) que son état nécessite un acte chirurgical, c'est qu'il a alors choisi son opérateur par recommandation – la réputation de celui-ci se faisant par le « bouche à oreille » d'un patient satisfait à un autre.

Dans les deux cas la *confiance* est le dénominateur commun entre le patient et le chirurgien. Confiance dans l'indication opératoire et dans la compétence technique du chirurgien : il attend de son opérateur tout à la fois de la science et de la technique. Mais aussi confiance *subjective* que lui inspire intuitivement l'homme-chirurgien. On ne peut raisonnablement pas accepter d'être opéré par une personne pour laquelle on ne ressentirait pas un minimum de sympathie²⁰¹.

Hegel a écrit que « la confiance est une caractéristique de la vie éthique »²⁰², elle ne peut être régie par des contrats ni des règles formelles. En effet la confiance ne peut se décréter, elle s'établit entre deux personnes de manière intuitive, et il serait impossible de la mesurer aussi strictement qu'on le ferait de la mobilité d'une articulation par exemple. Puisque faire confiance, c'est étymologiquement « croire ensemble », il y a dans la confiance, en même temps de la *foi* – comme d'accepter une chose qui n'est pas tout à fait sûre –, et de l'*espérance* – comme l'espoir d'un bien plus grand que la crainte d'un mal. Hobbes, plus critique, la définit comme une passion. Or une passion est par définition pathologique.

C'est souligner qu'il y a une nécessaire faiblesse à faire confiance, mais que cette faiblesse est bien le signe de la vulnérabilité de ce patient. L'asymétrie d'information dans laquelle il se trouve face au savoir médical et sa propre souffrance de se sentir malade, le rendent vulnérable et dépendant. Toutes les lois et les réglementations visant à lui donner l'autonomie la plus grande – et c'est tant mieux – ne pourront jamais supprimer cette irréductible nécessité de la confiance.

²⁰¹ Dans cette optique on peut apporter une nuance supplémentaire à cette liberté de choix du patient pour son opérateur et remarquer, – sans toutefois y adhérer complètement, notamment à propos de l'adjectif *éclairé* – avec Elisabeth Roudinesco que « plus la relation du thérapeute avec l'Etat repose sur un système libéral, plus le patient est regardé comme un sujet libre, éclairé ayant le droit de se soigner auprès de qui il choisira de le faire ». E. Roudinesco, *Le patient, le thérapeute et l'Etat*, Paris, Fayard, 2004, p. 159.

²⁰² Hegel, *Philosophie du droit*, § 147.

« La confiance dans le soignant n'équivaut pas à une confiance dans l'avenir – dont une bonne partie dépend moins des soins que de l'état actuel de la thérapeutique – mais elle permet de considérer ces derniers comme les meilleurs *humainement* possibles »²⁰³.

La relation humaine intersubjective est indispensable pour qu'il y ait confiance. Car il ne s'agit plus d'une confiance confisquée. L'époque du paternalisme médical qui, fort de son pouvoir et de son autorité, exigeait la confiance du patient par une injonction sans appel : « Faites-moi confiance ! » est heureusement révolue. La confiance qu'aujourd'hui le patient donne à son opérateur est au contraire un état de dépendance « accordée » : il *se* confie. C'est la confiance qui « oblige ». Comment, en effet, ne pas observer deux aspects fondamentaux à propos de la confiance en matière de soins ? Elle est *nécessaire* et elle *oblige*.

Sa nécessité est une évidence. On connaît l'aphorisme des premiers responsables de l'Ordre des médecins à propos de la relation entre un médecin et son malade, considérée comme « une confiance qui rejoint librement une conscience »²⁰⁴. Laissons pour l'instant la conscience – qui concerne en propre le soignant – et considérons la confiance seule. Quand bien même aucun texte, aucune procédure, aucune loi, ne saurait le stipuler, aucun soin, serait-il le plus futile et donc *a fortiori* un acte chirurgical, ne peut être réalisé sans que le patient, d'une manière ou d'une autre, accorde sa confiance. Et cela pour deux raisons.

Dans la mesure d'abord, nous l'avons vu, où il existe une irréductible asymétrie d'information entre le soignant qui sait et le soigné qui ignore, et cela malgré l'accumulation d'informations dont il peut aujourd'hui disposer, grâce à l'internet en particulier. Car ces informations sont neutres. Elles ne sont malgré tout que des descriptions théoriques qui ne pourront jamais vraiment le concerner, lui dont le corps – *son* corps – n'est pas une virtualité statistique, mais une réalité.

Mais cette asymétrie n'est pas qu'intersubjective, entre le malade et son médecin, puisqu'elle se retrouve encore entre l'homme-rationnel qu'est tout malade et l'homme-malade qu'il est aussi. Car, sans jamais nier l'autonomie qu'il possède toujours – *essentiellement* –, autonomie qui impose le respect que tout soignant lui doit et la nécessité de son consentement, le malade est encore dans un questionnement permanent quant au *sens* de sa maladie. La preuve en est, s'il le fallait, qu'un médecin

²⁰³ A. Froment, *Maladie, donner un sens*, Paris, Archives Contemporaines, 2001, p. 191. C'est nous qui soulignons.

²⁰⁴ Louis Portes, « Du consentement du malade à l'acte médical », *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1964, p. 169.

malade reste d'abord et avant tout un malade. Sa qualité de médecin s'efface obligatoirement devant l'absurdité de sa maladie, absurdité que, comme tout être humain, il cherche à annuler – trop souvent désespérément – par la quête d'une raison. Raison qu'il ne trouvera jamais puisque, par nature, la médecine n'est pas une science où l'on peut raisonner par causalité. On n'y rencontre au contraire que des corrélations, ce qu'illustre parfaitement la courbe de Gauss²⁰⁵ qui permet par exemple de déterminer une médiane de survie, médiane qui n'exprime que des probabilités et non des réalités. Notre soigné ne dispose donc pas – ou ne peut pas disposer – des connaissances qui lui permettraient d'appréhender clairement son état et, d'autre part, il reste sans cesse en quête d'explications rationnelles à cet état de malade. A ce premier niveau, faute de se désespérer, ce qui serait hors de sa nature, il ne peut s'en remettre qu'à la confiance qu'il va accorder à son soignant.

Mais la nécessité de la confiance apparaît encore du fait de notre nature. Appelons cela comme on voudra : « l'instinct de conservation », ou le « déni », le principe en fait reste le même. Nul être humain ne saurait accepter, au moins au début, un état de mal – une *maladie* – sans l'espoir d'en être guéri. Peut-être d'ailleurs cela ressort-il de cette humaine condition que nous subissons, plus que nous l'acceptons vraiment, puisqu'elle n'a pas été objet de notre choix ? Dans ce refus initial de la maladie, et d'autant qu'elle met en jeu le pronostic vital – mais toute maladie, dans le fond, n'est-elle pas potentiellement mortelle ? –, nous ne pouvons qu'espérer en être débarrassés. Or qu'est-ce là, sinon que faire confiance ? Hobbes écrit que la confiance est « une passion produite par la croyance ou la foi que nous avons en celui de qui nous attendons ou nous espérons du bien »²⁰⁶. Il y a dans la confiance, en effet, de la foi et de l'espérance. De la foi qui consiste à « accepter une chose qui n'est pas tout à fait sûre » et de l'espérance qui fait que « l'espoir du bien l'emporte sur la crainte du mal possible ». N'allons pas jusqu'au froid réalisme de Diégo Gambetta²⁰⁷ qui remarque « qu'il peut être rationnel de faire confiance à la confiance ».

²⁰⁵ La courbe de Gauss, ou « courbe en cloche », étudiée par de Moivre en 1718 et par Gauss en 1809 correspond à la courbe de « la fonction de densité d'une loi de probabilité normale ». Si, pour une pathologie donnée, on place le temps en abscisses et le nombre de malades en ordonnées, le sommet de la courbe en cloche correspondra à la moitié du nombre de patients atteints et déterminera un temps au-delà duquel ils seront décédés. Mais il reste impossible de situer le *vrai* malade sur une telle courbe.

²⁰⁶ Hobbes, *Elements of Law Natural and Politic*, I, chap. IX, § 9, in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, dir. Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, p. 354.

²⁰⁷ Williams, Bernard, *Formal Structures and Social Reality*, in *Trust Making and Breaking Cooperative Relations*, Diego Gambetta (dir.), New York, Blackwell, 1988, pp. 3 - 13.

On pourrait dire que dans cette quête désespérante, la raison l'emporte qui, faute de trouver du sens, autorise la confiance à remplir le vide de l'angoisse devant la maladie. Ainsi, tel chirurgien orthopédiste, pourtant très au fait, et de l'anatomie, et du caractère irréparable d'un arrachement des racines cervicales de son plexus brachial, ayant en outre analysé les images incontestables de l'IRM, fit dire à sa secrétaire qu'il serait rétabli d'ici six mois, pour reprendre ses opérations. Plus qu'un simple déni, c'était là l'illustration de toute la confiance – fût-elle naïvement illusoire – qu'il mettait dans son confrère et dans l'opération qu'il allait pratiquer sur lui. Or, aurait-elle été un succès, elle ne pouvait pourtant que parvenir à ré-innervé un ou deux muscles, ce qui, en aucun cas, n'aurait été suffisant pour redonner à son bras et à sa main une motricité permettant la reprise de son métier de chirurgien.

Mais en quoi, dira-t-on alors, la confiance a-t-elle à voir avec la sacralité ? En ceci qu'elle crée une *obligation* du soignant vis-à-vis du soigné. Il ne s'agit pas de cette obligation que l'on rendrait équivalente avec les contraintes et leurs interdits, mais l'obligation inhérente à la liberté :

« Etre en obligation, se sentir obligé [...], c'est être enraciné au plus intime de l'être, en l'intériorité spirituelle, dans une obligation de soi qui, défiant toute contrainte, bravant tout interdit, est précisément au cœur de la liberté, marque indélébile de l'être libre »²⁰⁸.

Or toute faillite à cette obligation aura des conséquences nécessairement morales, car il s'agit bien d'une obligation morale. Alors qu'est-ce à dire ? Aucun réfrigérateur ne peut faire confiance à son réparateur ni aucun réparateur n'être obligé par une telle absurdité. Le frigoriste, certes, peut ressentir une certaine obligation quant à l'excellence de sa réparation. Nous dirons, s'il est consciencieux, qu'il agira avec *conscience* professionnelle. Mais ce qui est en jeu pour lui, c'est lui-même, lui face à sa conscience de frigoriste, et non pas le réfrigérateur dont, en réalité, il n'a cure. Que cet objet soit bien réparé ou non n'a de véritable importance que pour le réparateur, jamais pour l'objet lui-même. Il en va tout autrement pour notre chirurgien qui intervient, non sur un objet chirurgical, mais sur une personne humaine. Car la confiance que lui a accordée cette personne et qui, nous disons, va l'obliger, ne le concerne pas lui, véritablement en tant que chirurgien. Elle le concerne, bien sûr, mais d'abord et avant tout en tant que personne humaine à qui son malade, une autre personne humaine, a accordé une chose – la confiance – qui est à proprement sacrée, en ce sens qu'elle

²⁰⁸ Claude Bruaire, « L'être de l'esprit », in *Encyclopédie Philosophique universelle, op. cit.*, p. 36.

dépasse absolument tout ce qui pourrait être décrit, écrit ou contracté sur un document. Elle ne saurait être décrétée, elle n'est pas chose matérielle : elle est en dehors de tout cela, comme *transcendante*. Sentiment totalement étranger au frigoriste qui ne peut avoir, avec son réfrigérateur, qu'une relation de personne à chose. C'est bien dire que le chirurgien ressent, face à cette personne-malade, un interdit de faillite à son obligation morale. Pour le dire autrement : il a donc bien affaire au sacré.

D'ailleurs l'oubli de l'obligation morale que renvoie le malade au soignant en général, mais plus encore au chirurgien, en tant qu'il touche plus profondément à la chair, cet oubli peut être lourd de conséquences. Illustrons cela par un récit.

Il s'agissait d'une jeune fille, gravement accidentée de la route, dont la jambe présentait de telles lésions que l'éventualité d'une amputation fut un moment envisagée. Le jeune chirurgien qui la prit en charge, porté sans doute par sa jeunesse et par son désir de toute-puissance, décida contre l'avis de son patron, de sauver le membre. Louable projet, certes, mais qui masquait en réalité, l'oubli de la jeune fille elle-même en tant que personne, pour ne s'intéresser qu'à sa jambe traumatisée. Car celle-là accorda au jeune praticien toute sa confiance, d'autant plus qu'elle ne disposait d'aucune connaissance médicale et qu'elle ne pouvait accepter, si jeune, d'être amputée d'une jambe. Fort de ses compétences et de son désir, notre chirurgien, d'ailleurs, ne ménagea pas sa peine. Et en effet, au bout de quelques mois, après de nombreuses interventions et de longues hospitalisations, le membre sembla sauvé. La jeune blessée, nourrie et confortée par la confiance qu'elle avait donnée au chirurgien, lui demanda alors d'être le parrain de l'enfant qu'elle avait conçu. Une telle responsabilité, pour notre praticien, n'était pas anodine et il réalisa – mais, comme dans la fable « un peu tard » – que c'était là une profonde marque de confiance. Or, depuis le début, il n'avait de fait jamais pris en compte cette confiance, ni l'obligation qu'il eût dû en avoir, ne s'intéressant qu'à la stricte réparation d'une jambe. Il ne put donc accepter, et la jeune blessée, désemparée et perdue, réalisant que toute sa confiance n'avait pas été prise en compte, décida de quitter le service. Quelque temps plus tard, dans un autre établissement, elle dut être amputée. Rien ne permet bien sûr d'affirmer que sa jambe aurait pu être définitivement sauvée, mais on peut raisonnablement le supposer, lorsque l'on sait que de tels patients, pris en charge en « deuxième main » et dans un contexte lourd, d'infections, de ré-interventions, de difficultés chirurgicales, sont hélas assez

souvent traités de manière « radicale », pour résoudre facilement tous les problèmes qu'ils pourraient poser.

A travers ce récit – qui ne veut en rien être moralisateur – on devine la responsabilité morale qu'implique, pour le chirurgien, la confiance que lui donne son malade, mais surtout, les conséquences humaines que peut entraîner l'oubli de cette nécessaire dimension de confiance. Ici notre chirurgien s'est réduit à n'être – comme le frigoriste – que le réparateur d'un objet – la jambe – sans prendre en compte la dimension sacrée – transcendante – de sa malade qui, précisément, ne saurait être un objet. Si aucun réfrigérateur ne saurait faire confiance à aucun frigoriste, c'est que la confiance dépasse toute objectivation. Elle est transcendante et c'est bien pour cette raison qu'elle ne peut exister dans aucun texte réglementaire, purement normatif. La chirurgie, de plus, par son caractère transgressif et particulièrement agressif, nous le reverrons, donne à la confiance une importance sans doute bien plus grande que tout autre acte médical. Ce que souligne encore sa dimension très technique.

La responsabilité morale du chirurgien devant son patient est en effet d'autant plus grande que, si à l'instar de son collègue clinicien il est en asymétrie d'information par rapport à son opéré, qui est de ce fait en grande vulnérabilité, il dispose en outre du pouvoir d'ouvrir son corps, ce corps qui pour le patient est ce qui le fait être une personne. Or comment mieux prendre conscience de cette responsabilité que dans le regard de son opéré ? Levinas parle ici de « l'épiphanie du visage »²⁰⁹ comme d'une présence qui va bien *au-delà* de la simple perception. La phénoménologie bute ici sur l'être dont la pure connaissance objective est totalisation. Nous dirions que la prise en compte de l'autre, au-delà de sa pathologie et au-delà même du fait qu'il est « devant-être-opéré », ramène tout chirurgien un peu attentif à sa sacralité. Cet autre est plus qu'un corps organique, serait-il animé, il est une personne humaine donc sacrée qu'il m'est interdit de profaner – profaner étant alors compris comme : ne pas tenir compte de son être comme personne humaine. Nous verrons plus loin les critiques qui peuvent apparaître devant une telle absolutisation de la responsabilité vis-à-vis de l'autre, mais admettons tout de même qu'il y a beaucoup de vérité aussi dans cette obligation morale. Quel chirurgien en effet, eût-il un cœur de pierre, n'a-t-il pas été touché par le regard implorant de ce patient multi-opéré, qui continue de boiter et de souffrir, dont la vie est chaque jour un peu plus difficile et qui vient lui offrir sa confiance ? Ou de tel blessé,

²⁰⁹ Emmanuel Levinas, *Totalité et infini, essai sur l'extériorité*, Paris, Livre de poche, 1992.

tordu de douleur devant son membre rompu et déformé ? Et de bien d'autres encore, si ce n'est de tous ?

Il reste cependant un risque à cette nécessaire confiance qu'accorde le patient et qui oblige le chirurgien : c'est qu'elle se transforme en impatience.

De la confiance à l'impatience

Car les choses, comme toujours, ne sont jamais aussi simples et on devine aussi le revers que peut dissimuler la confiance qu'accorde le patient à son chirurgien. Car en même temps le patient reste celui qui *attend* : il attend de son opérateur qu'il lui restitue sa santé. Cela n'est plus seulement une histoire de confiance, et c'est alors « l'impatience » du patient. Philippe Hubinois écrit que « le refus de souffrir est du côté du soigné sous forme d'impatience²¹⁰ ». Combien de fois faut-il au chirurgien libéral de temps et de persuasion pour convaincre le patient d'accepter un petit délai avant l'intervention, quand celui-ci – qui souffre pourtant de sa hanche depuis plusieurs années – insiste pour que la prothèse soit posée « le plus rapidement possible » du seul fait qu'il est maintenant « prêt » pour l'opération. Il peut en effet devenir là comme « impatient ».

Mais le patient est aussi celui qui est *malade*, qui n'a plus la santé. Or cette tautologie soulève deux remarques. La première est qu'en tant que malade, le patient est dans un autre état d'être-au-monde. Il n'est plus un homme auquel on rajouterait une maladie, il est un homme-malade. La rationalité ne lui sert plus à grand-chose devant le non-sens que représente sa maladie :

« L'*absurde* naît de la confrontation de l'appel humain, qui se heurte au silence *déraisonnable* du monde »²¹¹.

L'appel du patient peut en effet se heurter aux explications « rationnelles », forcément alambiquées du praticien, lorsque survient un échec, et d'autant qu'il serait lourd de conséquences. Il n'y a rien de raisonnable pour un patient handicapé à la suite d'un mauvais résultat chirurgical. Les statistiques et tous les tableaux qui évoquaient un risque de descellement, une probabilité d'infection, n'ont aucun sens pour lui qui ne saurait comprendre pourquoi et comment il en est arrivé là. Le risque septique ne serait-il que de quelques pour cent, lorsqu'il est infecté, le patient l'est à cent pour cent et ne

²¹⁰ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., p. 129.

²¹¹ Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Folio, « Essais », 2007, p. 46. C'est nous qui soulignons.

comprend plus cette différence. Il tombe dans l'antique réflexe de l'homme désemparé par la maladie, celui d'une « approche interprétative du réel ».

Or une telle situation ne peut qu'interpeller notre chirurgien qui reste nécessairement extérieur à la maladie de son patient et qui, lorsqu'il n'est pas fautif, peut ne pas comprendre le ressenti de son opéré. Son rôle pourtant est précisément de remettre son patient dans un nouvel état de pouvoir-être au monde. Il peut donc y avoir malentendu.

La deuxième remarque quant à l'impatience du patient, concerne la santé en général. Nous avons vu les difficultés qu'il y a à en donner une définition qui n'implique aucun malentendu. Or le malade, tout imprégné de « l'air du temps », reste encore persuadé que la santé est une norme claire et exigible. Voilà donc notre nouveau patient qui ne s'adresse plus au chirurgien *seulement* pour qu'il pratique l'intervention dont il a besoin – que sa santé requiert – mais bien pour qu'il le rétablisse dans un état de bien-être, peut-être plus grand que celui dans lequel il était avant sa pathologie. Et cette exigence peut aller – plus ou moins consciemment – à inclure l'ensemble du déroulement de sa vie (le mental et le social rajouté au physique). En matière de chirurgie – et en particulier de chirurgie orthopédique – le patient est en attente d'une restitution *ad integrum*.

Fort de cette exigence, et à propos du « monopole radical généralisé » que serait devenue la médecine, le patient se serait transformé, pour Illich, en « un consommateur-usager intégral » : il passe du sujet acteur au sujet usager. Le patient « requiert » le chirurgien pour lui « rendre » sa santé, comme on requiert un garagiste pour faire marcher sa voiture. Il n'est d'ailleurs pas anodin que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades parle : « d'usagers du système de santé²¹² ».

Ainsi le premier acteur de l'acte chirurgical, le patient, renvoie nécessairement au chirurgien bien d'autres manifestations que les seules considérations techniques ou scientifiques de son mal. A travers la confiance qu'il lui accorde, autant que dans son impatience, il lui renvoie toute son humanité. Mais dans le fond, n'est-ce pas cette humanité – humanité qu'il semble bien difficile de *profaner* sans raison – qui imprègne la relation entre un chirurgien et son patient d'une certaine sacralité ?

²¹² Il est encore plus significatif qu'à l'issue des débats à l'Assemblée Nationale, une « coquille » soit restée dans leur compte rendu : « usagés » pour « usagers ».

Voyons maintenant ce qu'il en est du chirurgien, en tant qu'il est un opérateur particulièrement technicien.

« L'opérateur » ou le chirurgien en tant que technicien

Si le chirurgien est d'abord un médecin qui *re-médie*, mais dont l'action est immédiate et dont les mains sont toujours l'outil qui le relie charnellement à son opéré, il nous faut encore observer que la particularité du soin que permet la chirurgie est qu'il reste très technique, comme s'il ne pouvait y avoir de chirurgie sans technique.

L'époque en effet où il suffisait à l'orthopédiste d'un simple plateau avec un bistouri, des ciseaux, une rugine, un ciseau frappé et un marteau est définitivement révolue. La chirurgie – et en particulier l'orthopédie – est liée à la technique comme le chirurgien à sa main. Nul ne pourrait opérer sans main, de même qu'aucun chirurgien ne peut aujourd'hui se passer d'un environnement technique important. Le danger, bien sûr, largement souligné par de nombreux penseurs, Heidegger en tête, serait d'être « requis », prisonnier de ce Système technique.

Il s'agit ici d'une différence fondamentale – *essentielle* ? – avec le médecin clinicien qui rejoint celle faite dès l'époque médiévale entre le « docteur » et le « manœuvrier ». Gadamer, parle de l'expérience que peut créer l'accumulation de connaissances « sur le terrain ». Distinguant le savoir de la science et le savoir pratique, « ce savoir subjectif que nous accumulons, par nos propres expériences vécues », il observe que ce savoir « ...ne devient expérience qu'une fois qu'il a été assimilé dans la conscience pratique de l'homme agissant »²¹³. C'est insister sur l'importance de la mémoire comme nécessité de l'expérience, ce qu'avait déjà évoqué Aristote²¹⁴. Ce « vécu » va différencier le médecin clinicien du chirurgien opérateur technique.

En effet, si tout médecin accumule bien sûr des expériences vécues et s'il agit concrètement, ne serait-ce que par l'examen physique de son malade, son action reste limitée sur le plan technique. Il demeure encore beaucoup plus dans le « savoir de la science ». Quand bien même disposerait-il actuellement de plus en plus d'appareils techniques pour l'aider dans son diagnostic et dans son traitement, il n'est pas autant lié à un environnement technique que ne l'est un chirurgien, qui est beaucoup plus dans un

²¹³ Hans-Georg Gadamer, *Philosophie de la santé*, op. cit., p. 11.

²¹⁴ Aristote, *Métaphysique*.

« savoir pratique ». On peut toujours examiner, même sommairement, un patient : il suffit pour cela d'avoir des yeux, des mains, une oreille et d'être dans un lieu ordinaire. Il est impossible par contre d'intervenir sur le corps d'un homme sans un minimum de technique et hors d'un bloc opératoire. Ce qui rend l'action du chirurgien-opérateur encore plus spécifique. D'autant que celle-ci est d'emblée thérapeutique. On ne fait plus – et c'est tant mieux – de chirurgie « exploratrice » à visée diagnostique. Le chirurgien, en tant que chirurgien, est requis pour *traiter* par le moyen de son bistouri. Ce bistouri est déjà un objet technique que l'opérateur aura la responsabilité morale – éthique – de n'utiliser qu'à des fins médicales (et non pour torturer par exemple).

Il faut ici faire une distinction importante entre la *tekhnè* selon qu'elle est purement médicale ou selon qu'elle concerne le chirurgien, en tant que technicien de la chirurgie. Aristote nous dit que l'expérience est connaissance du particulier, l'art – traduction ambiguë du mot *tekhnè* – celle du général :

« L'art commence lorsque de plusieurs données empruntées à l'expérience, se forme une seule notion générale qui s'applique à tous les cas analogues »²¹⁵.

La chirurgie est imbriquée dans toute cette sémantique. C'est d'abord une *tekhnè médicale* dans ce sens qu'elle est un mode « opératoire » de la médecine et que, comme telle, elle cherche à traiter en général – soulager – à partir d'une expérience du particulier. Ainsi de l'arthroplastie de hanche : c'est devenue une technique de soin dans la mesure où l'expérience des premiers opérés (dont nous avons dit qu'ils avaient été plus ou moins « sacrifiés ») a permis sa généralisation aux coxarthroses. Mais dans ce premier cadre d'une technique de soin, la chirurgie est encore un art : celui de maîtriser ce que nous appelons le *geste technique*, c'est-à-dire le geste pur du chirurgien, là encore à partir de l'expérience. C'est ainsi – à la suite d'Ambroise Paré, au XVI^e siècle – qu'on a établi une technique des sutures artérielles, remplaçant la cautérisation dont l'expérience montra qu'elle pouvait occasionner des hémorragies secondaires. C'est en ce sens que la chirurgie reste un artisanat, une sorte de « bricolage », certes noble et rigoureux, mais dont les progrès de la « technicité » sont très empiriques. Enfin à un troisième niveau, la chirurgie est elle-même partie et tributaire de la technique moderne, prise au sens du *Système technique*, selon Jacques Ellul. Si pour Aristote, toute *tekhnè* prend la nature comme point de départ – un objet technique est une modification, une transformation de ce que fournit la nature – la technique moderne s'éloigne de plus en

²¹⁵ Aristote, *Métaphysique*, A, 1, 981a.

plus de cette nature pour l'artificialiser, puis de l'artifice parvenir à l'artefact. La technique moderne contemporaine n'est alors plus un simple moyen ni un ensemble d'outils, elle est devenue un « englobant », un Système, comme une autre nature. Comme « une nature tertiaire »²¹⁶, si l'on suit Aristote pour qui la seconde nature est celle que doit acquérir l'homme pour réaliser son humanité. C'est ouvrir ici la porte du virtuel. Ainsi des questions que ne manquent pas de poser la télé-chirurgie d'abord, tout ce qui est lié au transhumanisme ensuite²¹⁷.

Puisque nous avons déjà envisagé ce qui concernait le chirurgien en tant qu'il est médecin, voyons donc ce qu'il en est de cette technique chirurgicale qui permet « l'opérer » chirurgical, soit la technique du technicien de la chirurgie qu'est aussi le chirurgien. C'est peut-être pour le futur opéré l'aspect le plus apparent et le plus spectaculaire de la chirurgie. Elle comporte deux volets qui comme toujours sont inextricablement liés. Le premier, le plus évident, est celui de la technique chirurgicale proprement dite, comme du « protocole » d'une intervention donnée, dont les règles se fondent sur un schéma général, applicable à toute intervention particulière. Le deuxième concerne l'ensemble de l'environnement technique mis à la disposition du premier, et c'est actuellement le plus important.

La technique chirurgicale comme procédure générale

Elle consiste donc en un ensemble de modalités, de règles établies et en général validées par l'expérience, qui doivent permettre de réaliser une intervention donnée. C'est en quelque sorte un mode d'emploi que le chirurgien est censé (qu'il *doit*) connaître. C'est l'art chirurgical proprement dit (la *tekné* au sens de l'application d'une connaissance générale – ici « l'artisanat » chirurgical – à des cas singuliers). Il est intéressant de souligner que c'est à travers cette dimension artisanale de son action, que le chirurgien se distingue de l'architecte par exemple. Il réalise *lui-même* l'acte technique de son artisanat, quand le concepteur de la maison confie cette tâche aux manœuvres. Cette remarque est importante pour ce qui est de la toute-puissance du chirurgien : il conçoit l'intervention, l'effectue lui-même et demeure le seul responsable de sa finalité médicale (sous peine d'être tortionnaire). Une telle maîtrise de toute la chaîne opératoire pourrait l'amener facilement à se prendre pour Dieu.

²¹⁶ Gilbert Hottois, *Ethique et technique*, in *Encyclopédie Philosophique Universelle*, *op. cit.*, p. 137.

²¹⁷ Cf. *infra* p. 345.

La technique chirurgicale comporte un ensemble de règles immuables qui définissent le « comment faire », depuis l'installation du patient dans une position appropriée à l'intervention prévue, jusqu'à la moindre étape de cette intervention de façon à la décomposer le plus possible pour en permettre la réalisation la plus optimale dans toutes les « mains » des chirurgiens. Le socle de cette technique est la base de tout geste chirurgical : se laver les mains, s'habiller, se tenir, savoir utiliser les outils de base (bistouri, ciseaux à disséquer, pince et aspiration). On peut ainsi dire que la technique chirurgicale est le *moyen* pour lequel le chirurgien devient la *cause efficiente* de l'intervention. C'est considérer l'art chirurgical, à travers cette technique comme une *poiésis*, c'est-à-dire une action dont le résultat serait extérieur à l'agent. C'est là le but avoué de toute technique chirurgicale : permettre la reproduction d'un acte quel que soit le chirurgien (l'art chirurgical est aussi – *doit* être – une *praxis* dans ce sens que l'éthique du chirurgien fait appel à son libre choix).

Le chirurgien a appris la technique dans les livres mais aussi grâce à sa formation pratique à l'hôpital qui est jusqu'à présent fondée sur le modèle du « compagnonnage » : des aînés lui transmettent ce savoir pratique, qu'à son tour, en acquérant progressivement cette expérience qui le rendra efficace, il transmettra aux plus jeunes. Cette manière d'apprendre est la meilleure qui puisse se concevoir pour la chirurgie et nous ne pouvons qu'espérer que la Technique ne la transforme pas en formation purement théorique, livresque, voire informatique, réduisant le corps à inciser à une image numérisée. Le risque de cette mise à distance serait alors qu'il y ait progressivement une perte de la réalité, un éloignement du monde concret de la vie et du corps du malade, certainement très néfaste²¹⁸. Car le premier revers de cette technique réside paradoxalement dans la nécessité de sa maîtrise, si l'on veut que le chirurgien soit efficace. Or le danger même de cette maîtrise est qu'elle peut rendre le geste tellement habituel qu'il en devient banal et que sa finalité disparaît en route. Bien maîtrisée par un chirurgien adroit, elle peut très vite, en effet, se transformer en habitude, c'est-à-dire en un *comportement* automatique et non plus en une *conduite*. Alors que l'habitude, dans son sens étymologique originaire est une vertu morale qui doit guider notre conduite :

²¹⁸ Cf. à ce sujet : Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., p. 95 et suiv., où est abordée la question de la « télé-chirurgie ».

« Nous sommes ce que nous répétons sans cesse. L'excellence n'est donc pas un acte, mais une habitude. [...] La vertu morale est le produit de l'habitude, d'où lui est venu son nom. [...] La vertu est en quelque sorte une seconde nature »²¹⁹.

Pour ne pas être prisonnier de sa technicité qu'il répète sans cesse, notre chirurgien doit prendre conscience de ce risque et prendre au contraire l'habitude – la bonne – de ne pas prendre l'habitude d'en rester prisonnier ! Dans le premier cas il ne ferait que se *comporter* en technicien, dans le second il se *conduirait* en chirurgien.

La prégnance de l'environnement technique en chirurgie

Le chirurgien utilise bien une « technique » opératoire et le bloc opératoire est un lieu de technique. Autrefois les interventions chirurgicales étaient réalisées sans anesthésie, sans asepsie ni antisepsie et pouvaient de fait s'effectuer n'importe où (assez souvent au lit du patient, dans la salle commune et, jusqu'au début du siècle dernier pour les plus aisés, à leur propre domicile : en général sur la table de la cuisine). Le chirurgien n'est resté longtemps qu'un « barbier » qui se tenait près du patient quand les « médecins » – en robe longue et beaucoup plus estimés – en restaient toujours à distance.

L'arrivée de l'*anesthésie* en 1846²²⁰, puis de l'*antisepsie* avec Lister²²¹ et Pasteur en 1867, et enfin de l'*asepsie* en 1886 changea la donne. Il fallait « sanctuariser » le lieu opératoire contre les microbes et tâcher d'éliminer ceux qui auraient pu persister. Nous verrons qu'il s'agit bien là, à travers la dialectique du pur et de l'impur, de traces du sacré.

Il fallait devenir rigoureux et faire appel à de la technique : des anesthésiques (puis des anesthésistes) et plus tard des respirateurs, des autoclaves, des antiseptiques, des blouses stériles, etc. Ainsi le chirurgien se trouve progressivement « commis » par la technique, elle le « provoque », elle le requiert pour effectuer son acte opératoire. Puisque c'est par l'intermédiaire de cet acte qu'il pourra réaliser sa finalité de soigner. C'est dire que si le chirurgien ne peut soigner sans un opérer très technique et si celui-ci, constitué en Système, peut finir par le requérir, alors il y a risque de disparition du chirurgien et déplacement du Système en véritable agent du soin. *Quid* alors de la

²¹⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, II, 1, 4 et 5.

²²⁰ Par Morton, en 1846, qui déclara naïvement : « nous venons d'assister à un événement capital dans les annales de la chirurgie : notre métier est délivré pour toujours de son horreur » (H. Delmar, J.-F. Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique*, op. cit., p. 25).

²²¹ Lister, « Les principes antiseptiques dans la pratique chirurgicale », *The Lancet*. 1867. Remarquons cependant que l'autrichien Semmelweis fut le premier à insister sur le lavage des mains dès 1850 (Il semble aujourd'hui incroyable qu'on y ait pensé si tard).

relation humaine intersubjective, garante de la chirurgicalité de ce soin ? Là réside véritablement le risque de désacralisation.

Car on doit s'interroger sur le rôle de plus en plus prégnant de la technique : l'époque est bien sûr heureusement finie où le chirurgien n'avait besoin que d'un bistouri et de ses deux mains, et ne soyons pas naïvement nostalgiques qu'il faille regretter de ne plus être opéré chez soi, dans la cuisine. Mais à l'inverse n'y a-t-il pas de l'excès à « techniquer » autant le patient pour l'opérer ?

En orthopédie ainsi le matériel « ancillaire » (celui qui est dédié à tel modèle d'arthroplastie, pour « servir » le chirurgien) représente souvent des quantités impressionnantes de « containers », dans le but utopique – car c'est une quête sans fin – de faciliter l'opération à tel point que, même le plus ignorant ou le plus maladroit des chirurgiens parviendrait à poser la prothèse. La réalité pratique – empirique vraie – démontre en général le contraire : ce chirurgien qui ne voudrait se fier qu'à ce matériel ancillaire aurait bien des déboires, tandis que son confrère – plus averti – n'en utilisant en règle que l'essentiel (c'est-à-dire très peu), sera beaucoup plus efficace. Le problème se pose très concrètement depuis plus d'une dizaine d'années à propos de la « chirurgie assistée par ordinateur » (CAO), ce que l'on nomme la « navigation » par analogie avec le guidage par GPS qui a complètement supplanté le tracé de la route du bateau sur la carte. Tous les orthopédistes sincères conviennent que cela ne peut être qu'une aide accessoire et non pas essentielle lors de l'intervention pour la raison toute simple que quelle qu'en soit sa sophistication, la machine aujourd'hui ne peut donner une indication suffisamment fiable du geste du chirurgien et de sa localisation précise sur le corps de son opéré. S'abandonner à la machine, lui faire « confiance », c'est comme imaginer – à la manière scientifique – qu'elle pourrait avoir un jour *conscience* de ce qu'elle fait. D'autant que nous avons vu que la perte du contact charnel, manuel, avec ce corps, n'est pas sans danger.

Allons plus loin : est-il vraiment nécessaire d'utiliser systématiquement un plateau technique de plus en plus lourd pour des actes pourtant très simples, ce qui revient en réalité à les compliquer ? Rappelons-nous cette phrase prémonitoire d'Edmund Husserl :

« La technicisation s’empare de toutes les autres méthodes propres des sciences de la nature. Non pas seulement en ce sens que ces méthodes se mécanisent après coup. Mais en ce sens que la tendance à se réaliser en ne faisant qu’un avec la technicisation appartient à l’essence de toute méthode »²²².

Ainsi par exemple pour procéder à l’ablation de broches percutanées que l’on implante régulièrement pour traiter les fractures du poignet : une petite incision précédée d’une très léger anesthésique local permettait facilement ce petit geste dans une pièce dite « salle à pansement » ; tout ceci ne prenant que quelques minutes pour le patient (sans qu’il n’y ait jamais eu d’accident ou de complication particuliers liés à cette manière simple de procéder). Or, sous l’excuse fallacieuse dans ce cas particulier, du principe de « précaution », de nouvelles normes – en réalité « techniques » – ont rendu impossible une telle pratique : puisque les blocs ambulatoires *existent* et puisque les anesthésistes *doivent* endormir les patients, il *fallait* que ces ablations de broches se déroulent dans ces blocs, sous couvert de ces anesthésistes (et avec chacun d’eux – les blocs et les anesthésistes – tout le système technique qui leur est lié). On arrive ainsi à cette aberration que le geste est souvent terminé – l’ablation des broches – avant même que l’anesthésie soit vraiment installée et que par ailleurs le patient a été obligé de consulter l’anesthésiste, de pratiquer en général un bilan de coagulation, d’être « hospitalisé » pour une demi-journée, etc. Il a véritablement été *requis* en tant que patient pour « justifier » – pour « rentabiliser » au sens de rendre existant – le Système (le bloc opératoire et son système technique).

Cet exemple illustre la pensée de Heidegger²²³ : « l’Arraisonement » de la maladie (comme dévoilant sa raison d’être) par un Système technicien – le bloc opératoire – qui aurait perdu tout sens en se justifiant lui-même à travers cet arraisonement, alors que sa finalité originelle était bien de traiter cette maladie « au mieux ». On pourrait reprendre la réflexion d’Ivan Illich lorsqu’il écrit : « Le paradoxe est que plus l’outil devient simple, plus la profession médicale insiste pour en conserver le monopole »²²⁴ en l’appliquant au « système médical technicien » : plus le geste devient simple, plus le système insiste pour en conserver le monopole.

La prégnance de la technique est bien une spécificité de la chirurgie (ou d’autres spécialités dites « invasives »). Mais tant qu’il s’agit d’utiliser un bistouri électrique

²²² Edmund Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, Paris, Gallimard, « Tel », 2004, p. 56.

²²³ Martin Heidegger, La question de la technique, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 26.

²²⁴ Ivan Illich, *La convivialité*, op. cit., p. 16.

pour éviter les ligatures fastidieuses des petits vaisseaux que l'incision va couper, ou de remplacer une chignole manuelle peu efficace par une perceuse pneumatique ou électrique, on ne doit que s'en féliciter. Par contre les limites apparaissent lorsque l'on développe par exemple ce que l'on appelle les « techniques mini-invasives ». Cela consiste à chercher à limiter au maximum la grandeur de la voie d'abord – et donc les agressions musculaires et tendineuses – lorsque l'on implante une prothèse articulaire. Il a fallu pour cela transformer les outils chirurgicaux pour qu'ils s'adaptent à cette nouvelle manière d'intervenir, ce qui restait jusque-là une amélioration utile et souhaitable. Mais le système s'est autonomisé au point que de nombreux implants eux-mêmes ont été transformés, non plus dans le but qui doit être le leur par définition : remplacer au mieux l'articulation lésée, mais seulement pour s'adapter à la taille de l'incision au prix le plus souvent de leur fiabilité. C'est dire que le moyen – la technique chirurgicale – s'est érigé en fin : adapter l'implant articulaire à l'incision chirurgicale plutôt que de poser le meilleur implant sur une articulation lésée. Bien sûr les congrès d'orthopédie sont remplis de conférences où l'orateur se défend d'une telle dérive (ces critiques portent le plus souvent sur les modalités de cette nouvelle technique, que sur son sens véritable). Il n'empêche, la réalité le montre bien – si l'on se donne la peine de l'observer –, le système imperceptiblement va dans ce sens et les vraies résistances sont rares. Un praticien d'ailleurs, il y a quelques années, avait cherché à établir sa renommée, non par la qualité de ses interventions ou la fiabilité du matériel qu'il implantait, mais bien par sa maîtrise des petites voies d'abord en matière de remplacement de la hanche. Il est clair que celui-là a abandonné sa liberté qui est ici de choisir ce qu'il peut y avoir de mieux pour son patient sans se laisser déterminer par d'autres inclinations (la soi-disant prouesse technique ou sa propre image de chirurgien bien au fait des dernières innovations). Là encore point question de jugement et quand bien même il peut arriver à tout chirurgien d'avoir agi ainsi, il n'est pas inutile de prendre conscience de cette dérive. D'autant que la perversité de la Technique – prise comme Système – « nous paraît parfaitement acceptable, rassurante... »²²⁵.

Imaginons maintenant un chirurgien qui a décidé d'intervenir. Il lui faut alors choisir de quelle manière il va pouvoir le faire au mieux. Puisqu'il a parfaitement conscience que la finalité de son action doit être de faire du bien à son patient.

²²⁵ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, op. cit, p. 121.

« ...une fois qu'on a posé la fin, on regarde la question de savoir comment et par quels moyens on peut l'atteindre... »²²⁶.

Or le système technique peut devenir d'un poids tel qu'il « requière » notre chirurgien, malgré son honnêteté et son désir de faire « au mieux ». Il n'est pas question ici de céder à une technophobie ridicule qui voudrait que l'on rejette tout progrès technique en chirurgie. Mais il faut bien distinguer le *progrès* technique de la *technique* prise comme un Système autonome :

« Le progrès technique ce n'est pas de la Technique qui évolue, ce n'est pas des objets techniques qui changent parce qu'on les perfectionne, ce n'est pas une addition d'influences sur ces machines ou ces organisations qui les poussent à s'adapter [...]. C'est la technique qui produit son propre changement [...]. La progression fait en quelque sorte partie de l'objet même : elle lui est constitutive »²²⁷.

Car paradoxalement, cette accumulation de moyens techniques à la disposition du chirurgien pour réaliser même la plus simple des interventions – s'il en existait vraiment – peut le paralyser, trop de choix étant « névrogène ». Ainsi dans ce choix des moyens à utiliser la délibération peut être polluée – en matière de chirurgie fonctionnelle – de deux manières. D'abord par l'impératif *je peux-il faut*. Ainsi d'une nouvelle technique chirurgicale qui n'aurait pas encore vraiment fait toute sa preuve, mais pour laquelle jouerait un effet de mode, qu'illustre là aussi notre exemple des petites incisions : « Tout ce qui peut être fait, le sera »²²⁸. L'autre manière pourrait s'exprimer dans le *on peut-je dois*. Cela peut se produire lorsqu'une facilité technique peut rendre faussement anodin un geste qui reste toujours et malgré tout agressif. Une « simple » arthroscopie n'est pas très traumatisante, ce qui va permettre d'élargir subtilement ses indications jusqu'à pouvoir aboutir à son inutilité de fait. « L'opération chirurgicale que l'on ne pouvait pas faire et que maintenant on peut faire n'est pas l'objet d'un choix : elle est. »²²⁹, nous dit encore Ellul. Nous resterions plus nuancés en disant qu'il appartient au chirurgien de refuser cet emprisonnement qui aliène sa liberté. Ainsi dans le premier cas le chirurgien reste le sujet (*je peux*) et c'est le système qui le commet ; dans le second au contraire c'est le système qui devient sujet (*on peut*), le praticien n'étant plus qu'un rouage « exécutant » :

²²⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. R. Bodéus, III, 1112 b 15.

²²⁷ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, *op. cit.*, p. 91.

²²⁸ *Ibid.*, p. 218.

²²⁹ *Ibid.*, p. 245.

« Le rouage est l'antithèse de la personne ; celle-ci est un univers tourné vers l'Univers, celui-là une pièce inerte que seule une force extérieure peut situer dans l'ensemble »²³⁰.

Telle équipe de cardiologie interventionnelle²³¹ se questionnait ainsi à juste titre sur le sens qu'il pouvait vraiment y avoir à mettre en place des prothèses valvulaires aortiques, quasiment par voie percutanée, chez des personnes forcément âgées puisque leur état ne leur permettait pas de supporter une intervention et une anesthésie lourde. Et leurs interrogations étaient en réalité orientées, non pas sur la question de *l'être* du malade, de *son* intérêt à un tel geste (car fût-il plus rapide et moins lourd, il restait très agressif et ne corrigeait que très imparfaitement le dysfonctionnement de la valve), mais toutes leurs questions au contraire étaient de chercher à encore améliorer la technique afin d'opérer de plus en plus d'aortes, se rassurant, un peu mollement tout de même, de prendre chaque fois la décision en équipe. D'autant que, reconnus comme « centre pilote », ce statut même exigeait d'eux un minimum – conséquent – de prothèses valvulaires, faute de le perdre. On devine qu'ils sentaient ne plus contrôler tout à fait le Système qu'ils avaient eux-mêmes contribué à développer. Et que c'est bien cette crainte, cette intuition d'être « requis », d'être « commis », perdant toute autonomie – toute liberté, au sens de l'éthique – qui les rendaient interrogatifs, ce qui reste tout à leur honneur. Dans le fond, tout prisonniers de leur propre Système Technique, ils oubliaient l'essentiel : celui qui est le seul vraiment concerné, celui qu'on prend en charge parce qu'il est une personne – et non ici une aorte calcifiée –, c'est-à-dire le patient, avec sa vie finissante et son désir, jamais vraiment recherché, d'être ou non concerné par ce geste.

C'est que la sophistication toujours plus grande de la technique recèle une constante tendance à cacher trop facilement la gravité de l'acte opératoire, en le banalisant. Jacques Ellul²³² dit que dès qu'une intervention chirurgicale est possible (grâce à la technique), elle est automatiquement effectuée (sans que l'on questionne véritablement sur son *sens*). Ce que confirme Illich :

« La logique du *toujours mieux* remplace celle du *bien* comme élément structurant de l'action »²³³.

²³⁰ Bernard Charbonneau, *Le Système et le chaos*, Paris, Economica, « Les classiques des sciences sociales », 2001. Cité par J. Ellul, *Ibid.*, p. 123.

²³¹ La cardiologie « interventionnelle » correspond à une spécialité à cheval entre la médecine purement clinique et la chirurgie, puisqu'elle est réalisée par des médecins cardiologues qui « interviennent » sans jamais « ouvrir » le thorax.

²³² Jacques Ellul. *Le Système technicien*, *op. cit.*, p. 312.

²³³ Ivan Illich, *La convivialité*, *op. cit.*, p. 111-112. C'est nous qui soulignons.

Ainsi, malgré la facilité que peut apporter la technique, la décision opératoire doit donc être appréhendée comme d'une gravité majeure. N'il y aurait-il pas en effet de la sacralité, à la fois dans ce *viol* – du corps du sujet – et de ce *vol* – du temps (l'intervention, fût-elle très rapide, « prend » toujours du temps) – et cela, malgré le consentement soi-disant « éclairé » du patient et la légitimité de l'ouverture de son corps ? La sagesse « prudentielle » est de mise et une telle action, que d'opérer, doit être nécessairement précédée d'une délibération aristotélicienne comme le remarque à juste titre Philippe Hubinois.

Mais il y a encore, chez les soignants, du *désir*. Mais c'est un désir enfoui, un désir de toute-puissance qui se superpose à la prégnance du Système Technique. Ce désir d'être plus puissant que l'inéluctable mort qui nous guette tous, ce désir de ne pas vouloir accepter qu'à un moment donné, le cœur marche de moins en moins bien, non pas parce que l'aorte serait calcifiée ou sa valve altérée, mais parce que c'est l'ensemble de l'être de cet homme âgé qui s'éteint doucement, à travers mille et une altérations, qu'il semble vain de les vouloir toutes corriger sans fin. Et qu'est-ce que ce désir, que flatte sans cesse et toujours plus une technique de plus en plus totalisante ? Il s'agit d'évidence d'un désir de toute-puissance, de ce désir qui voudrait placer l'intervenant au-delà même de la Nature et de ses règles, le placer donc au-dehors de la Nature, et donc, en quelque sorte le rendre transcendant. Mais si cet opérateur, disposant d'un environnement technique qui lui donne la « possibilité » de cette puissance, s'il peut se croire devenir transcendant, qu'est-ce à dire sinon qu'il aurait peut-être ici le désir de se prendre pour Dieu ?

Mais encore une fois, qu'il n'y ait pas de méprise : il ne s'agit nullement ici de dénigrer les progrès de la technique médicale et l'environnement technique du bloc opératoire moderne pour revenir à la nostalgie des interventions du siècle dernier. Non, ce progrès technique est largement souhaitable et permet des traitements parfaitement louables, mais tant qu'il reste une *aide*, un moyen : le vrai risque serait qu'on le laisse s'ériger en une *fin*. Et nous pensons que le rôle du chirurgien, son *éthique*, mieux, son *entéléchie* en cela qu'elle dépasserait le simple fait de soigner les patients avec sa technique opératoire réside dans cette perpétuelle vigilance à laquelle il doit s'astreindre, dans la conscience du *sens* de ce qu'il fait. C'est poser là la question de l'éternel dilemme entre une technophobie réactionnaire et une technophilie sans réserve,

afin de trouver cette voie moyenne qui poserait « le bien de l'homme »²³⁴. Il ne s'agit pas d'un « consensus mou » qui ferait l'apologie de la médiocrité, mais de cette « arête d'excellence » qu'est la vertu aristotélicienne.

Jacques Ellul²³⁵ décrit précisément la Technique comme autonome par rapport à la morale et aux valeurs. Il lui retrouve cinq caractéristiques : elle ne cherche pas à réaliser des valeurs (vertu ou bien) ; elle ne supporte aucun jugement moral ; elle ne tolère aucune interruption pour une raison morale ; elle légitime tout ce qui est scientifique ; elle génère enfin sa propre éthique (une éthique technicienne).

« Dans l'espace mental des civilisations techniciennes, les plus hautes philosophies se détériorent en *recettes*. Il s'agit toujours de trouver un procédé extérieur exigeant le moindre effort [...] pour obtenir le même résultat *apparent* »²³⁶.

Tout est dit, jusqu'à l'agacement – la gêne ? – du chirurgien qui ne voudrait pas être conscient de cela, ou au contraire cette autre gêne, plus noble alors, comme celle de nos cardiologues « interventionnels » devant les aortes usées de leurs vieux malades. Il n'est pas tout de réparer des artères, il faut toujours les considérer comme une partie d'un corps vivant singulier, celui de ce malade-ci.

Cela nous amène à évoquer la question de la spécialisation.

La spécialisation comme conséquence de la technique

La tendance à la spécialisation, puis à l'hyperspécialisation, participe du Système technicien, dans la mesure où, pour ce qui nous concerne, le chirurgien spécialiste pourrait n'agir en fait que comme le technicien d'un système :

« La spécialisation du technicien est ainsi un facteur essentiel de l'auto-accroissement [du Système technicien] mais comme toujours ici, à la fois facteur et conséquences »²³⁷.

Mais il convient de faire une distinction importante. La première spécialisation est celle qui conçoit le corps à opérer comme un organisme constitué de plusieurs organes simplement réunis dans un même lieu. La seconde est celle qui définit des champs d'intervention différents sur un corps vivant.

²³⁴ Gilbert Hottois, *Ethique et Technique*, in *L'univers philosophique, Encyclopédie Philosophique Universelle*, op. cit., p. 137.

²³⁵ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, op. cit., p. 152-156.

²³⁶ *Ibid.*, p. 182.

²³⁷ *Ibid.*, p. 234.

Dans le premier cas, le corps de l'opéré pourrait être découpé de manière artisanale, comme le moteur d'une voiture. On convoquerait alors, selon les besoins, un spécialiste du cœur, ou un autre du foie, comme celui du carburateur ou cet autre des freins. Mais ce découpage ne peut que s'adresser à un pur objet, le moteur, ou un corps objectivé totalement, c'est-à-dire un corps mort, un pur « organisme ». Il ne s'agit pas d'un effort d'abstraction – ou de la mise entre parenthèses comme nous le verrons – mais d'une attitude où la vie n'a aucune place.

La seconde approche est celle qui permet à un spécialiste donné de limiter son champ d'intervention à telle région – ou ensemble d'organes – d'un corps vivant. L'orthopédiste ne s'occupe plus de l'appareil digestif, ni le chirurgien vasculaire de la thyroïde. C'est évidemment la seule spécialisation qui soit justifiée car l'idée que l'on ne puisse plus être compétent dans tous les domaines est tout à fait louable et garante d'une efficacité dans le traitement²³⁸. Il y a cependant un réel risque qu'imperceptiblement elle s'autonomise et que le champ de son action devienne une totalité. Le spécialiste du cœur occulterait définitivement le patient dont il s'occupe du cœur, pour ne s'occuper que d'*un* cœur. Il n'y a même plus de réduction – du patient à son cœur – puisqu'il n'y a plus *que* un cœur. Il semble que cette tendance se pérennise sous forme d'hyperspécialisation délétère. Où s'arrête en effet la « spécialité » du pied : au niveau de la cheville – et alors faut-il créer des spécialistes de la cheville ? Au niveau de l'articulation entre le tarse et les métatarses – mais alors *quid* de celles-ci ? Et ainsi de suite.

Séparer, découper ainsi artificiellement le corps humain, c'est d'abord le *réduire* en un ensemble d'éléments, en oubliant l'essentiel c'est-à-dire la vie. Mais c'est ensuite oublier même cette réduction, c'est-à-dire oublier le corps *humain*. Ce qui correspond à déshumaniser la médecine, en quelque sorte lui ôter sa raison d'être qui est bien en définitive l'humain. Qu'il n'y ait pourtant pas de méprise : il ne saurait être question de revenir à des pratiques tout à fait critiquables du médecin qui pourrait faire « un peu tout » en ne faisant « qu'à peu près bien ». Il est normal et souhaitable que les orthopédistes n'ouvrent plus le ventre et que les chirurgiens « digestifs » ne traitent pas les fractures du fémur. Mais cette répartition n'est pas outrancière, elle n'empêche pas l'un comme l'autre d'appréhender le corps global de la personne sur laquelle il

²³⁸ Certaines voix s'élèvent cependant de nos jours contre cette spécialisation qui négligerait la réalité de nos sociétés développées où l'espérance de vie augmente, intriquant les pathologies entre elles : une personne âgée pourra avoir une pathologie cardiaque *et* thyroïdienne *et* articulaire *et* neurologique, etc. L'absence de médecin « polyvalent » – interniste – peut devenir problématique.

intervient. Il n'en est plus de même lorsque tel spécialiste de l'arthroscopie²³⁹ ne se consacre plus qu'à la hanche – qu'il ne perçoit plus qu'à travers sa caméra endoscopique – et qu'il aura obligatoirement une perception réduite du patient, jusqu'à n'avoir plus du tout la moindre perception du moindre patient. Jacques Ellul nous parle de « déculturation provoquée par la spécialisation »²⁴⁰.

Le problème de l'hyperspécialisation c'est qu'elle rend son agent prisonnier, au départ, du domaine limité qui le constitue comme spécialiste. Si par exemple un chirurgien est spécialiste de la main, il ne s'occupera avant tout, que de mains. Son aliénation, directement liée au développement et à la structuration du système technoscientifique, réside dans cet *avant tout* qu'il vaudrait concevoir en *après tout*. Avant que d'être spécialiste on est chirurgien, et avant même de l'être, on est d'abord médecin.

Observant le patient face à l'opération du chirurgien lors de l'acte chirurgical, nous venons de constater qu'il attend et se confie au médecin qu'est le chirurgien, qui lui-même, sans se laisser enfermer dans ce statut de « demi-dieu » que lui confère celui-ci, doit apprécier avec une juste mesure sa propre subjectivité d'abord, comme celle de son patient, puis l'objectivité du mal dont il souffre pour prendre enfin sa décision.

« Ainsi *l'opinion vraie* n'est ni inférieure à la science, ni moins utile par rapport aux actions ; et à cet égard celui qui a l'opinion vraie ne le cède point à celui qui a la science »²⁴¹.

Ne serait-ce pas là comme une définition du « bon sens » : le chirurgien face à son patient, plus que de se contenter d'être un technicien ou un scientifique pur, doit s'efforcer d'être un homme « prudent » (*phronimos*) au sens où l'entendait Aristote. Car ses deux particularités, d'être médecin d'abord, opérateur très technique ensuite, rendent son exercice très spécifique. N'y a-t-il pas danger de ne s'intéresser qu'à la pathologie – le « cas » – chirurgical ?

²³⁹ Il n'est pas anodin d'observer le glissement sémantique d'une *partie* du corps humain – la hanche, le genou, etc. – à un *acte* technique – endoscopie, doppler, échographie, etc. – qui traduit bien cette tendance à « techniquer » l'homme.

²⁴⁰ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, op. cit., p. 74.

²⁴¹ Platon, *Ménon*, 98 c. C'est nous qui soulignons.

Chirurgien du malade ou chirurgie de sa pathologie ?

Comme le clinicien, et le médecin en général, le chirurgien doit prendre en compte le malade, plus que sa maladie. Certes. Mais la spécificité de son acte nuance quelque peu cette belle résolution.

D'abord par le fait que son patient est endormi, lors du temps essentiel de l'action chirurgicale que représente le geste chirurgical lui-même. Or un patient endormi est *a priori* inconscient. Le chirurgien qui intervient au bloc se trouve donc devant une personne qui s'est abandonnée, ne livrant que sa maladie au bistouri de son opérateur, comme s'il ne voulait pas être lui-même témoin de l'acte entrepris, comme s'il se dérobaient en tant que malade. Certes l'anesthésie lui est imposée mais elle reste une nécessité si l'on veut que l'intervention se déroule au mieux. Car la finalité de l'anesthésie est bien de supprimer la douleur, c'est-à-dire en fait l'expressivité de la vie de ce corps que l'on va nécessairement agresser. Ne pas faire souffrir, c'est donc ne pas entendre la moindre manifestation de douleur : n'est-ce-pas dans le fond une tentative de dés-humaniser ce corps ?²⁴² Le médecin clinicien, au contraire, reste le plus souvent constamment en relation intersubjective patente avec son malade. Il semble donc qu'il ait moins d'effort à faire pour considérer le malade et sa maladie. Le malade, pourrions-nous dire, a disparu en quelque sorte devant le chirurgien qui ne se retrouve que devant la maladie, orpheline de son hôte.

Mais qu'est-ce en outre que la maladie pour un chirurgien qui intervient au bloc opératoire ? Elle ne peut être qu'une partie du corps chirurgical, qu'elle soit tumeur, blocage d'un écoulement (vasculaire, digestif ou neurologique) ou usure d'un organe, voire fracture. C'est bien en ce sens que la maladie pour le chirurgien est très concrète, qu'elle est visible et bientôt palpable. Elle ne peut pas être qu'une anomalie chimique ou qu'une hypothèse théorique : elle va se retrouver dans ce corps « chirurgical » que l'on a allongé sur la table d'opération, tel une offrande faite par le malade – non présent car endormi – au dieu-chirurgie pour qu'il l'en débarrasse.

Or c'est ici que tout se complique. Car la tendance naturelle de notre opérateur, afin qu'il extirpe cette maladie, va nécessairement consister à procéder à trois réductions, qui vont se télescoper et pour une part entrer en conflit avec ce que l'on entend par la réduction phénoménologique pure.

²⁴² Il n'est pas question de remettre en cause la nécessité et les bienfaits de l'anesthésie, mais de s'interroger sur les implications sous-jacentes qu'elle peut recéler.

S'il en reste en effet à cette première conception, revendiquant que seul l'apparaître est réel, le chirurgien percevra réellement son patient, comme ce monsieur Dupont, *personne humaine vivante* dont il a l'intuition immédiate, et sur laquelle il doit placer une prothèse de hanche. Mais au bloc, l'effet de l'anesthésiant a réduit une première fois monsieur Dupont à un corps « fait d'os et de muscles... ». Certes c'est encore monsieur Dupont, c'est toujours son corps, mais la personne de monsieur Dupont étant endormie, comme hors-circuit, il ne reste pour l'attester que ce corps allongé – ce à quoi monsieur Dupont s'est réduit – qui apparaît *réellement* comme un *corps organique*. Or, bien qu'apparaissant comme une simple réunion d'organes, ce corps *vit*, comme l'attestent toutes les courbes que tracent les appareils techniques qui l'accompagnent dans son sommeil. Il apparaît ici comme une *machinerie*. C'est-à-dire que le chirurgien a bien réduit monsieur Dupont à ce corps endormi, qui pourtant, bien que n'accomplissant pas « actuellement » toutes les opérations de la vie (bouger, sentir), reste animé. Il n'est plus tout à fait le monsieur Dupont perçu lors de la première consultation, certes, ni même celui réduit à son corps organique pur, car il est toujours vivant : son cœur bat, il saigne. Si nous osions l'analogie avec le moteur d'une voiture, nous dirions qu'il est démarré et que l'essence coule du carburateur à la chambre de combustion. Cette deuxième réduction est donc, certes, une illusion – le corps humain n'étant pas une machinerie – mais elle est dans le fond aussi réelle que celle qui me fait voir le matin le soleil se « lever » : le corps anesthésié « fonctionne » bien comme une machinerie. Je ne peux sortir de cette illusion – que le soleil tourne autour de la Terre ou qu'il n'y a pas l'être de monsieur Dupont derrière ce corps endormi qui m'apparaît – que pour autant que j'abandonne alors la réduction, acceptant de fait qu'en matière de personne humaine l'intuition première suffit, intuition qui devient presque le contraire d'une réduction, comme un enrichissement. Nous touchons ici les limites de la phénoménologie de Kant et, comme l'écrit J.-L. Marion, il y a des « phénomènes qui sont plus phénomènes que d'autres »²⁴³. Mais pour opérer, pour intervenir sur ce corps, et le faire de manière efficace, il faut aller encore plus loin et extraire définitivement l'être de monsieur Dupont de ce corps chirurgical, machinerie organique dont le chirurgien s'apprête à régler, réparer ou enlever une partie. Or autant les deux premières réductions vont d'elles-mêmes, ne nécessitant que de se concentrer sur l'apparaître pur, autant cette dernière paraît impossible. Et elle l'est en effet, car elle ne peut plus

²⁴³ Jean-Luc Marion, *Etant donné, Essai d'une phénoménologie de la donation*, op. cit., p. 14.

consister en une réduction phénoménologique qui ne peut livrer que deux phénomènes : soit la *personne-même* de monsieur Dupont, soit *son* corps – organisme pur ou machinerie –, mais jamais *le* corps d’aucun être, *le* corps comme celui de personne. Il s’agit ici de la véritable objectivation qui, dépassant la simple réduction phénoménologique – fût-elle illusoire comme celle de Descartes – devient une pure abstraction intellectuelle, pure volonté pour le chirurgien de se sortir de l’impossibilité d’intervenir sur et dans monsieur Dupont. Car il y a une différence entre *illusion* et *abstraction*. La première est passive, elle est vécue comme une chose qui apparaît, tandis que la seconde est voulue, elle est décidée comme transformation d’un apparaître en une chose qu’il n’est pas. Je peux réduire l’apparition de mon patient à un tas de viande, fût-elle vivante : cela reste une illusion, bien brutale, qui pourtant ne sort pas du champ de l’apparaître. Mais quant à le considérer comme autre chose qu’un tas de viande vivante, c’est-à-dire un *pur objet inanimé*, je ne peux le faire que par abstraction. C’est-à-dire que je ne peux alors qu’inventer dans mon intellect cette pure idée. Je pourrais tout aussi bien d’ailleurs, l’imaginer avec une tête de chien et des pattes de mouton : ce serait pareillement pure abstraction et non plus simple illusion.

Or cette abstraction intellectuelle, en effet, sur laquelle il faudra nous arrêter plus longuement, et qui va permettre au chirurgien de chosifier son opéré afin de parvenir à inter-venir, représente pour lui le premier risque de se prendre pour Dieu. En réduisant l’homme-opéré à un objet de sa technique, il se débarrasse de toutes les barrières éthiques qui le lient de manière intersubjective, inter-humaine, à son malade. Ce qui risque de le rendre sans limite. Or, qui par nature ne saurait avoir de limites, sinon Dieu ?

Il y a pourtant contradiction pour le chirurgien objectivant dans le fait de croire qu’il peut tout à la fois dés-humaniser son opéré et se diviniser lui-même, car c’est oublier que Dieu ne saurait enlever à l’homme son humanité. C’est ici tout simplement une question de logique, plus que de croyance en l’existence de Dieu. Pour se diviniser encore faut-il que le chirurgien postule l’existence d’une divinité. Ceci admis, si l’on pose que Dieu est origine de l’homme qu’il a créé et si, par définition, il lui a donné la liberté qui lui confère son humanité, il serait contradictoire de supposer qu’il puisse en même temps le déshumaniser. Que l’homme puisse se montrer indigne de cette humanité est une autre histoire.

* *

*

Ainsi, au terme de notre première partie, force est donc de constater que cette action sur le corps d'un autre homme, qu'implique la chirurgie, est si particulière, si « extra-ordinaire » qu'elle ne peut en effet qu'interpeller tout chirurgien. C'est-à-dire le questionner sur le sens de son action et, au sein de celle-ci, sur le sens même de l'acte d'intervenir. De tout temps l'atteinte à l'intégrité physique d'autrui – autrui pris dans le sens de l'appartenance à la même communauté humaine – a toujours été prohibée ou très rigoureusement organisée. Ce n'est que lors d'une guerre que *l'autre* devient un étranger, voire dans certaines sociétés, un non-humain, permettant ainsi au tabou de son inviolabilité de tomber.

Il n'est donc pas possible à un chirurgien de s'extraire de ce contexte, qui est bien un contexte technique *et* sacré. Technique, nous venons de le voir, c'est reconnaître que pour opérer, en tant que technicien, c'est-à-dire pour pouvoir effectuer le geste « technique » d'ouvrir la chair, puis de couper et de remodeler une articulation par exemple, il doit nécessairement disposer de tout un « arsenal » d'outils – comme un militaire qui irait à la guerre. Et sacré, c'est admettre que son patient interpelle le chirurgien selon deux registres. Celui d'abord de sa vie et de sa souffrance : le chirurgien, en tant qu'il est médecin a comme raison d'être la protection de la première – mais jusqu'où ? – et le soulagement de la seconde. Mais encore, du fait de la particularité de son mode opératoire, il est interpellé par le caractère sacré du corps humain de ce patient, la levée pour lui de l'interdiction d'y porter atteinte soulignant d'autant cette prise de conscience. Or, quand bien même la société l'autoriserait à le faire, supprimant toute idée de profanation, notre chirurgien n'a que deux solutions pour toucher à l'intégrité physique de son patient : l'objectivation de celui-ci, ou bien sa propre sacralisation – sacralisation de lui-même en tant qu'il est chirurgien.

Objectiver son opéré, c'est vouloir réduire son corps à un objet, l'objet de sa science et de sa technique. Nous envisagerons plus loin cette objectivation nécessaire. Mais observons que la nécessité même d'objectiver donne un champ encore plus grand à la dimension technique de la chirurgie. Il est en effet beaucoup plus simple, moralement et concrètement, de « techniquer » un objet plutôt qu'un être humain. Quant

à se sacrifier lui-même, c'est pour le chirurgien, une tentation facile puisqu'il lui est permis d'ouvrir le corps humain de son opéré. Cette autorisation de transgresser lui confère de fait un statut de prêtre, classe qui a toujours été « séparée des autres classes »²⁴⁴. En prenant un tel rôle sacerdotal le chirurgien s'exonère de toute profanation et, nous l'avons vu, peut faire couler le sang.

Mais est-ce aussi simple ? Car, ces deux seules possibilités pour lui de parvenir à intervenir *dans* un corps humain, objectiver le corps ou sacrifier l'intervenant, vont étonnamment se conforter en un sentiment de toute-puissance et d'illusion divine.

Cette petite description « phénoménologique » de ce qui se passe durant l'action chirurgicale – et nous en avons volontairement mis de côté tout l'aspect rituel – nous a permis d'en mieux comprendre les sous-jacents et d'entrevoir toutes les traces qui conforteront notre thèse sur la dimension sacrée présente dans l'acte d'opérer.

Il nous faut maintenant approfondir la question du champ sur lequel intervient le chirurgien, c'est-à-dire le corps de son opéré, et voir si, là encore, nous pouvons y retrouver des traces de sacralité.

—

²⁴⁴ Platon, *Timée*, 24 a.

Deuxième partie

PENSER LE CORPS DE LA CHIRURGIE

« Le corps est pour l'homme le premier lieu de l'étonnement d'être soi. La condition humaine est *corporelle*, mais le rapport à l'*incarnation* n'est jamais tout à fait résolu »²⁴⁵.

Aborder la question du corps dans une perspective chirurgicale, c'est d'emblée se demander si l'on parle du corps *de* la chirurgie ou *pour* la chirurgie. La nuance est importante car dans le premier cas il s'agit du corps dont se *préoccupe* le chirurgien, celui de son patient singulier, de ce corps qui le questionne et l'interpelle, alors que dans le second cas le corps n'est plus considéré que comme l'*objet* de son art, que comme un moyen pour sa chirurgie.

Nous allons donc tâcher de mieux comprendre comment le chirurgien peut et doit penser le corps, sachant qu'il est le seul dans notre société à disposer du pouvoir d'intervenir en toute légalité sur celui d'une personne, *inter-venir* étant ici pris au sens étymologique d'« entrer à l'intérieur » après effraction cutanée. Car d'autres personnes peuvent intervenir sur le corps d'un autre, mais selon des modalités très différentes. En effet, si l'assassin ou le violeur peuvent attenter à l'intégrité physique d'une personne, ils le font de façon illégitime. D'autre part, les parents, les enfants, les amoureux, s'ils ont des contacts physiques tout à fait autorisés, ils ne franchissent pas, à proprement parler, l'intériorité du corps. Dans l'amour le contact charnel demeure « naturel » : il

²⁴⁵ David Le Breton, *La peau et la trace. Sur les blessures de soi, op. cit.*, p. 16. C'est nous qui soulignons.

n'y a *a priori* aucune transgression²⁴⁶. Ce qui ne va pas de même lorsque le chirurgien, incisant tout à fait légalement la peau de son opéré, ouvre la porte de sa corporéité, signant cette ouverture par un écoulement sanglant.

Pour cerner le plus complètement possible toute la dimension de cette corporéité, il nous faut d'abord repérer ce que les conceptions religieuses et philosophiques du corps peuvent apporter à la chirurgie. Nous questionnerons ensuite sur la manière dont le corps a pu être exhibé jusqu'à celle dont il est actuellement traité qui ressemble à une idolâtrie et qui n'est pas sans conséquence dans une perspective chirurgicale. Ce qui nous permettra enfin de conforter notre idée que le chirurgien ne peut intervenir que sur un corps qu'il aura préalablement voulu objectiver. Mais ce mécanisme d'abstraction intellectuelle qui, seul, permet au chirurgien d'oublier son réel champ « opératoire » n'est lui-même pas exempt de tout risque de désacralisation. Réfléchir à tout cela devrait permettre d'en tirer quelque enseignement afin de continuer d'opérer avec sens.

Avant d'interroger le corps « philosophique » pour tâcher de repérer ce qu'est le corps « chirurgical », voyons donc les empreintes qu'ont laissées dans notre société occidentale contemporaine les deux principales approches religieuses, hébraïque puis chrétienne, de la conception de ce corps. D'autant que de nombreux interdits historiques l'ont toujours encadré dans la société européenne, signifiant par là l'extrême difficulté qu'il y a toujours eu à le comprendre, en particulier dans sa dimension de corps « vivant ». L'objectivation n'est-elle pas alors la seule issue offerte au chirurgien pour qu'il parvienne à se soustraire du poids historique de ces interdits ? Nous l'envisagerons au terme de cette deuxième partie.

²⁴⁶ Bien entendu certaines pratiques ont pu être considérées à certaines époques comme « contre nature » (comme la sodomie ou les rapports homosexuels), tandis que d'autres peuvent être jugées perverses (comme le sado-masochisme, la zoophilie, la scatologie, etc.), mais la transgression que nous évoquons se situe sur un autre plan.

I – EMPREINTES RELIGIEUSES, INTERDITS ET DIFFICULTES A PROPOS DU CORPS

Sans poser comme un dogme la conception du corps dans l'anthropologie judaïque et chrétienne²⁴⁷, il nous faut bien reconnaître que la civilisation occidentale – et sans doute plus qu'elle-même – a été profondément marquée par cette approche, à la fois du monde, de l'homme, et de son corps. Il est donc tout à fait légitime de considérer ce qu'elle nous en dit.

L'empreinte religieuse : corps hébraïque et corps chrétien

Nous avons vu qu'entre le VIII^e et le II^e siècle avant J.-C. l'histoire des sociétés humaines, c'est-à-dire l'histoire des religions, a été scindée en deux par ce que Karl Jaspers appelle « la période axiale »²⁴⁸, période marquée par l'apparition d'une conception où la divinité est extériorisée, transcendante. Jusque-là – avant l'apparition de l'Etat pour Marcel Gauchet – l'homme était profondément lié à la Nature animée. Sa vie était organisée par un principe fondateur, inaccessible mais impératif – sacré – :

« L'altérité sacrale fournissant au groupe le moyen de se fonder, ou bien exprimant et instituant à la fois la supériorité d'essence de l'être collectif vis-à-vis de ses composantes individuelles »²⁴⁹.

Deux choses doivent ici être observées. D'abord l'homogénéité entre l'homme et la nature et d'autre part « l'absolue dépendance envers le passé mythique », passé fondateur vis-à-vis duquel il y avait obligation de référence. Ceci est très important en ce qui concerne notre questionnement sur la chirurgie : on pourrait croire qu'avec l'apparition de la transcendance l'homme se sépare de la nature – le chirurgien objectivant son patient – et s'autonomise par rapport au passé fondateur – le chirurgien

²⁴⁷ Pour autant qu'on puisse ainsi arbitrairement décréter des catégories à propos de l'anthropologie.

²⁴⁸ Cf. Karl Jaspers, *Origine et sens de l'histoire*, Paris, Plon, 1954.

²⁴⁹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, *op. cit.*, p. 41.

perdant ses limites. Or nous verrons que ce n'est pas aussi simple et qu'avec cette transcendance, si le monde naturel se sépare des mythes et si la raison rationnelle se développe, le principe reste le même : « détermination intégrale de la réalité présente par un principe situé absolument *au-dehors* d'elle »²⁵⁰. C'est bien l'illusion de dominer la réalité qui consiste à désacraliser ce qu'il y a de transcendant dans la personne à opérer.

Pour Dominique Folscheid²⁵¹ il existerait ainsi « trois strates » qui permettraient de mieux cerner l'apport hébraïque puis chrétien à notre actuelle compréhension du corps de l'homme.

La première strate est hébraïque

Elle est unitaire, posant un Dieu unique, ce qui marque une rupture fondamentale par rapport à la conception polythéiste de l'Antiquité (bien que Akhenaton en Egypte, ait déjà voulu ramener toute divinité à Amon-Râ). Les Juifs ont remplacé le *cosmos* grec par l'idée de création. La nature telle que nous la concevons serait constituée par Dieu, à partir de rien, "*ex nihilo*". Ce qui s'oppose à toute conception démiurgique, comme celle de Platon dans le *Timée*, ou mythologique, à l'instar d'un chaos originel déjà existant, le tohu-bohu, simplement mis en ordre par une force quelconque. Il y a donc Dieu *et* sa création. Ainsi Dieu n'est plus la nature : il devient proprement transcendant (« Dieu laisse aller la nature »²⁵²). D'autre part l'homme – contrairement aux autres animaux – est créé à l'image et à la ressemblance de Dieu : « Dieu créa l'homme à son image, à l'image de Dieu il le créa, homme et femme il les créa »²⁵³.

C'est le commencement comme création : « Alors Yahvé Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant »²⁵⁴. L'âme, haleine de vie – la *ruach* hébraïque ou la *pneuma* grecque –, est créée en même temps que le corps. C'est bien « l'animation » de cette glaise, chose purement matérielle qui, par le fait même de cette animation, perd derechef son statut de chose matérielle pour devenir vivante. L'âme et le corps ne sont pas, pour les Hébreux,

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 123. C'est nous qui soulignons.

²⁵¹ Dominique Folscheid, « La place du corps dans l'anthropologie judéo-chrétienne », communication orale du 06/10/2010.

²⁵² Hegel, *Phénoménologie de l'esprit*.

²⁵³ *Génèse* I, 27, trad. de Vaux.

²⁵⁴ *Ibid.*, II, 7.

ontologiquement différents. Il n'y a d'ailleurs pas de mot hébreu pour dire le corps²⁵⁵. En effet, le mot *basar* – comme le *sarx* grec, qui signifie chair – correspond, plus qu'au corps, à « l'être vivant tout entier »²⁵⁶, et le mot hébreu *nephesh* – la *psyché* grecque – ne signifie pas l'âme, mais l'organe de la respiration. Plus tard ce mot sera assimilé à la personne, considérée « sous l'angle du désir »²⁵⁷, avec des besoins physiologiques. Il faut donc bien observer que, dans la tradition hébraïque, la chair ne désigne pas le corps, mais l'homme entier, le Moi, la personne totale. C'est dire qu'il n'y a là aucun dualisme, cet homme entier se définit par sa chair et son désir : « l'âme n'est pas pensée pure, ni la chair obstacle à la connaissance »²⁵⁸.

Cette première conception de l'homme aura des répercussions très importantes qui perdurent bien évidemment de nos jours. La nature est « dé-divinisée » et pourra donc être analysée et décryptée à l'aide de la seule raison scientifique, ainsi pour le corps qui pourra devenir un objet d'étude et, pour le chirurgien, pur objet de sa chirurgie.

« Avec le retrait de Dieu [...] le monde, d'intangiblement *donné* qu'il était, devient à *constituer* [...] par son objectivité au plan de la représentation, et par sa transformabilité au plan de l'action »²⁵⁹.

Pourtant cette profanisation de la nature restera incomplète dans le judaïsme puisque persisteront de nombreux interdits concernant en particulier les aliments et le sang. La *cacheroute*²⁶⁰ décrit très précisément ce que l'homme peut manger et le sang reste sacré car il symbolise l'âme. On ne saurait consommer la chair d'un animal avec son âme : « Seulement, vous ne mangerez pas la chair avec son âme, c'est-à-dire le sang »²⁶¹. Mais le sang, au-delà de la stricte alimentation, recèle un caractère sacré comme en attestent les rites qu'implique son contact, en particulier durant les menstrues de la femme. La *nidda* correspond ainsi à l'éloignement de la femme durant ses périodes menstruelles (son mari ne peut dormir avec elle). Elle doit attendre sept jours « propres » puis subir le *nikné* (bain purificateur) avant d'avoir à nouveau contact avec lui. Puisque le sang est assimilé chez les Hébreux à l'âme, c'est bien qu'il est source de

²⁵⁵ Claude Tresmontant, *Le problème de l'âme*, Paris, Seuil, 1971, p. 61.

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 62.

²⁵⁷ Michel Henry rajoute à ce propos : « Ce qui relève de la chair, représente pour l'homme juif un accomplissement, celui de son plus haut désir » (*L'incarnation, une philosophie de la chair, op. cit.*, p. 11).

²⁵⁸ André Perrin, « L'âme et le corps », *Invitation à la philosophie*, 2010.

²⁵⁹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde, op. cit.*, p. 189. C'est nous qui soulignons.

²⁶⁰ La *cacheroute* est l'ensemble des règles alimentaires juives dont la source se trouve dans la Torah. Les lois de la *cacheroute* appartiennent aux '*houkim*, les décrets divins.

²⁶¹ *Génèse IX 4*. trad. de Vaux.

vie : « on ne doit y toucher que dans certaines circonstances, comme celles du sacrifice »²⁶². On voit pointer ici deux notions fondamentales pour ce qui nous concerne. D'abord que, s'il est source de vie, c'est qu'il a donc rapport avec la mort et nous verrons, avec René Girard, que le sang en effet est très proche de la violence. Ensuite que son contact doit être ritualisé, comme lors du sacrifice : la chirurgie recèle bien une dimension sacrificielle. Le rite réactualisant sans cesse la sacralité du sang, signe de vie et signe de mort.

Mais encore, avec cette séparation de l'ici-bas et de l'au-delà où la divinité est Unique, l'homme sera conçu comme « donné à lui-même », c'est-à-dire libre, ce qui est une rupture majeure. Dans la religion première la divinité immense est là quelque part en présence, tandis qu'avec la religion de la transcendance, la divinité séparée n'est plus dans ce monde mais en moi. Le monde qui m'est donné n'est plus à subir mais à connaître. Il y a division du sujet et de l'objet. Le prix à payer pour l'homme, à qui s'ouvre la possibilité de connaissance de ce monde objectif, est la perte de l'intuition intellectuelle qui l'ouvrirait directement à Dieu : « C'est l'homme jeté seul, avec l'unique faisceau de ses facultés d'inspection, devant cette muette totalité dont son ambition de sens le retranche radicalement »²⁶³. Le corps pourra devenir objet de connaissance pour le sujet humain. Ce qui est un progrès tant que cette connaissance de la matérialité du corps laisse intacte la quête de sa compréhension qui n'est plus objective mais « métaphysique ».

L'homme reste pourtant sacré du fait de sa proximité intime avec ce Dieu, bien qu'extérieur au monde. Le « Tu ne tueras point » biblique en est l'aboutissement logique. L'homme est la créature de Dieu, il est à son image. Tuer un homme, c'est donc comme s'en prendre à Dieu, c'est « interdit ». Si ce qui est interdit est sacré, alors c'est dire que l'homme comme son corps sont bien « sacrés ».

La seconde strate est chrétienne

Elle est nécessairement liée à la conception hébraïque. Son fondement est l'incarnation : Dieu a pris chair, c'est la « kénose ». Il ne se serait pas « déguisé » en homme, mais « fait » homme. Si l'on considère la rupture ainsi introduite par le christianisme autant dans la pensée hébraïque (où l'homme est une totalité) que dans la pensée grecque (imprégnée du dualisme platonicien), on doit constater que le problème

²⁶² Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou* (1977), *op. cit.*, p. 136.

²⁶³ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, *op. cit.*, p. 103.

de l'incarnation (« le Verbe s'est fait chair »²⁶⁴) soulève la question des rapports de Dieu à l'homme, « pour autant que le Verbe est celui de Dieu »²⁶⁵. Le problème est majeur. La divinité s'est humanisée, comme union du Ciel et de la Terre, signifiant tout à la fois que ce monde donné mérite la vie de l'homme, mais que celui-ci en même temps doit s'accommoder de la différence entre l'ici-bas et l'au-delà. Il y a alors « prise en compte inédite de la matérialité du monde et de la chair des êtres »²⁶⁶. Car de deux choses l'une. Soit le Christ est un homme, certes élu de la divinité qui ainsi fait participer l'invisible au visible, mais avec la médiation déformante du langage humain qui ne saurait traduire la parole divine. Soit le Christ est Dieu, il n'y a plus de médiation et sa parole impose une soumission absolue. La vraie nature et la vraie difficulté du christianisme est au contraire de « s'accommoder de l'union parfaite du Verbe et de la chair en une seule personne »²⁶⁷.

Et cette conception change toute notre approche concernant la vie. Cela va différencier la vie animale pure, celle de tous les vivants dans la nature, de la vie proprement humaine où la chair devient le « temple de l'esprit »²⁶⁸, puisque le message chrétien nous dit que le Verbe s'est fait chair, c'est-à-dire que la chair ne saurait être réduite à de la viande. Paul rajoute d'ailleurs que « l'homme intérieur qui habite ce corps doit le respecter comme un sanctuaire "sacré" qui ne lui appartient pas »²⁶⁹. Ne plus le considérer comme sacré sera l'ouverture à la barbarie. En chirurgie, sans aller jusqu'à cette extrémité, la désacralisation du corps peut amener à de lourdes dérives.

Dans le fond cette sacralité, fortement affirmée par le christianisme et qui va plus loin que le « simple » corps et concerne la « personne humaine », consiste bien « dans la *déification* de l'homme »²⁷⁰. Le corps des chrétiens, écrit Jean-François Mattéi, « est un *sanctuaire* que chaque homme tient de Dieu, de telle sorte que l'Esprit de Dieu habite réellement dans chaque corps »²⁷¹. Dans l'affirmation de cette sacralité de l'homme, on devine la distinction – fondamentale pour ce qui concernera la chirurgie – entre le corps, comme « provenant du limon de la terre », et la chair qui correspond, elle, à la totalité humaine et qui « ne peut nous advenir que du Verbe ». C'est en cela

²⁶⁴ Jean, 1, 14.

²⁶⁵ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 19.

²⁶⁶ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 156.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 163.

²⁶⁸ Paul, 1, *Corinthiens.*, 6, 19.

²⁶⁹ *Ibid.*, 3, 16-17.

²⁷⁰ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 23.

²⁷¹ Jean-François Mattéi, *La barbarie intérieure, Essai sur l'im-monde moderne*, Paris, PUF, 1999, p. 83. C'est nous qui soulignons.

que c'est bien la chair – l'*incarnation* – qui, pour les chrétiens, va définir la réalité de la personne humaine, d'autant que :

« Cette chair n'est pas divisible ou sécable, n'étant pas composée de particules ni d'atomes, mais de plaisirs et de souffrances, de faim et de soif, de désirs et de fatigue, de force et de joie... »²⁷².

Ce n'est qu'au fil du temps que cette approche chrétienne du corps a été pervertie par un néo-platonisme, voulant faire de ce corps un carcan méprisable, source de bien des maux et de tentations soi-disant coupables, sexuelles en particulier. Or, mépriser le corps, pour un chirurgien, c'est se donner l'autorisation de l'ouvrir sans scrupule en s'exonérant de toute responsabilité morale.

La dernière strate concerne la rationalité philosophique

Le problème est de parvenir à concilier la nature de l'homme avec sa spiritualité. C'est la contradiction majeure qu'apporte le monothéisme, avec la transcendance qui en découle. Avant il y avait conjonction du visible et de l'invisible « comme une seule réalité », maintenant disjonction en différence, en écart. Il faut donc remonter « derrière l'Un » qui sous-tend cet au-delà, cet « autre chose »²⁷³. Comme si la rationalité philosophique était une nécessité devant cette apparente contradiction. La transcendance consiste à revenir du passé fondateur au présent : l'extériorité temporelle du passé reste absolue, tandis que l'extériorité spatiale – celle du présent, réel – est relative. Dans le fond cela consiste à « fusionner ce qui était divisé (l'actuel et l'originel) et distinguer ce qui était mêlé (nature et surnature) »²⁷⁴.

Déjà Aristote avait cherché à affirmer l'union de l'âme avec le corps chez tous les vivants, mais il avait insisté sur la spécificité de l'homme par l'essence supérieure de son âme : l'homme est le seul des animaux à avoir une âme humaine. Hegel lui, parlera « d'âme naturelle et d'âme spirituelle ». La langue allemande, plus subtile, distingue d'ailleurs deux types de corps : le *Körper*, notre corps organique, vivant, qui peut être objet d'étude scientifique (au sens de la science moderne qui n'étudie que notre matérialité) et le *Leib*, notre corps propre, c'est-à-dire non seulement mon corps ou celui de Socrate, mais encore, mon *propre* corps, celui que j'investis, que je ressens, que je vis. Le premier correspond au corps humain, fruit de l'hominisation, le second à ma

²⁷² Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 19.

²⁷³ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 93.

²⁷⁴ *Ibid.*, p.105.

chair, qu'il m'appartient d'humaniser. « L'âme humaine a beaucoup à faire à se donner sa corporéité comme moyen »²⁷⁵.

Que peut-on tirer de cet apport indéniable à l'anthropologie des empreintes hébraïque et chrétienne sur la conception du corps – que l'on soit ou non croyant – qui puisse nous éclairer lorsque la main du chirurgien va rentrer dans le corps ? D'abord et avant tout qu'elle ne saurait seulement intervenir sur un *Körper*, comme un simple objet fût-il humain, mais bien sur le corps d'une certaine personne vivante, sauf à réaliser une autopsie. Mais encore que cette personne vivante ainsi ouverte dans sa chair – chair qu'elle a investie et qui la fait chair « humaine » – l'est par la main d'une autre chair, celle du chirurgien. C'est un « chair à chair » comme l'évoque Sartre. Ce qui donne à ce corps humain – et par conséquent à la personne humaine – une valeur incontournable. Or ce qui a de la valeur devant être protégé, on ne saurait alors y porter atteinte – que ce soit pour le tuer bien sûr, mais encore pour l'ouvrir – sans un rituel qui signera sa sacralité. Nous verrons que la chirurgie est toujours imprégnée de rituel.

Cette valeur, de l'homme et de son corps, pouvait n'être pas aussi évidente avant cette influence judéo-chrétienne. Rappelons-nous que pour le grand Aristote lui-même, l'esclave n'était que l'instrument « animé » de son maître, même s'il affranchit ses propres esclaves à sa mort.

Il y donc indéniablement autour du corps de l'homme un contexte sacré, comme semblent l'attester les interdits historiques et les nombreuses difficultés – persistantes – qui ont toujours entouré son ouverture, sa représentation ou l'étrangeté de le comprendre comme vivant.

Interdiction d'ouvrir le corps

Il n'est pas une communauté humaine connue, depuis les premiers temps de l'hominisation qui n'ait pas donné de sépulture à ses morts. On observe bien ici et là quelques ébauches rituelles chez quelques espèces animales, mais aucune n'a développé à ce point le culte des morts. Tout se passe comme si, en même temps qu'il devenait humain, l'homme avait pris conscience de sa finitude et de sa mortalité. Les rites funéraires, pour complexes qu'ils soient, expriment donc toujours en quelque sorte cette angoisse devant la mort, angoisse existentielle nous rappellera Heidegger, ontologique,

²⁷⁵ Hegel, *Encyclopédie, I, Logique*, trad. B. Bourgeois, Paris, Vrin, 1979, § 208, add., p. 614.

nécessaire et dans le fond métaphysique. Il y a bien un mystère dans notre aventure humaine. Et qui plus que le corps pouvait véhiculer autant de significations à propos de ce mystère ?

Deux grands interdits semblent bien illustrer l'importance « métaphysique » du corps humain. D'abord l'interdit de son ouverture, celle du cadavre surtout, mais aussi du corps vivant qui ne saurait l'être sans un minimum d'obligations plus ou moins rituelles. Et par extension, l'interdit et l'impureté qui accompagnent régulièrement le simple contact avec le corps mort. Nous reviendrons plus loin sur le symbolisme de ces interdits, lorsque nous aborderons plus précisément la notion de la sacralité du corps. Enfin, de la même manière qu'il n'a jamais été simple de toucher ni d'ouvrir le corps, d'autant qu'il est « mort », il faut encore remarquer les difficultés de sa représentation. Ces deux constats historiques sont riches de signification.

Nous avons vu que la préhistoire atteste de l'ouverture du corps, ouverture de la boîte crânienne, ou amputation d'un bras au-dessus du coude²⁷⁶, mais rien qui pourrait nous éclairer sur le traitement réservé aux cadavres. Par contre on devine que l'homme préhistorique découvre son corps comme l'attestent les peintures rupestres où la figuration des mains par exemple, mêlée à des scènes où sont dessinés des animaux, correspond à une conceptualisation du corps humain dans la nature. L'homme est inscrit dans un Tout et son corps est partie de ce Tout. L'harmonie de ce Tout étant primordiale, on suppose que le corps dût être respecté : le cadavre d'abord, le corps vivant ensuite dont l'ouverture a toujours été ritualisée.

L'ouverture du cadavre longtemps prohibée

Pour les premiers Hébreux, c'est « Dieu qui donne à la personne une enveloppe corporelle, l'homme ne possédant son corps qu'en usufruit et il ne doit ni le mutiler, ni l'altérer »²⁷⁷. Dans l'ancienne Egypte vers le troisième millénaire, le Pharaon est l'incarnation du Dieu Horus et il est responsable de la santé de ses sujets par l'intermédiaire de ses médecins, les *Sounous* : « Tout défunt devenant la chair d'Osiris, sa dissection est assimilée à un sacrilège, que seuls les embaumeurs ont le droit d'outrepasser »²⁷⁸. D'ailleurs, si le rite de l'embaumement semble transgresser le tabou de l'ouverture du cadavre, il existait pourtant des règles très strictes, qui confirment bien

²⁷⁶ Cf. *supra*, p.22.

²⁷⁷ Bruno Halioua, *La médecine au temps des Hébreux*, Paris, éd. Liana Levi, 2008.

²⁷⁸ Bernard Ziskind, Bruno Halioua, *La médecine au temps des Pharaons*, Paris, éd. Liana Levi, 2008, p. 30.

qu'il ne s'agissait pas d'un geste banal. La classe des médecins était d'ailleurs inférieure à celle des prêtres, des rebouteux ou des exorcistes, parce qu'ils entraient en contact avec des cadavres, et les embaumeurs eux-mêmes – les *paraschistes* – devaient souvent s'enfuir sous les quolibets, les malédictions et les jets de pierres de la foule. Plus tard, à l'époque des Pyramides (700 av. J.-C.), le premier texte décrivant des gestes chirurgicaux confirme qu'il n'était pas interdit d'ouvrir un corps vivant pour traiter des patients, mais encore fallait-il que le geste chirurgical obéît à un rite précis²⁷⁹. Observons encore qu'en Occident alors, ainsi que dans certaines cultures précolombiennes, l'image de l'homme est associée au cosmos et l'on redoute de désorganiser l'Univers en pratiquant des dissections de corps humains²⁸⁰.

Ainsi, les premiers médecins grecs dès le VII^e avant J.-C. n'étudiaient le corps qu'à partir de dissections ou de vivisections sur les animaux. Hippocrate lui-même, le père de la rationalité médicale, ne fondera ses connaissances sur le corps qu'à partir de l'observation externe, parfois mais assez rarement complétée par celle des sacrifices rituels ou des exécutions publiques, toute autopsie étant rigoureusement proscrite.

Mais si la dissection des cadavres a été formellement interdite, depuis la plus lointaine Antiquité jusqu'à la Renaissance, il existe une exception étonnante. Avec les conquêtes d'Alexandre le Grand, le centre culturel de la Grèce est déplacé à Alexandrie où Ptolémée Soter vers III^e siècle fonde une école de médecine réputée, animée par Hérophile de Chalcédoine et Erasistrate de Cos. La dissection des cadavres y est autorisée et cela durant une cinquantaine d'années (Hérophile fut même soupçonné de pratiquer des vivisections sur des criminels²⁸¹). Pourtant, le même Hérophile écrit :

« Il faut avant tout que le médecin connaisse les limites de son pouvoir, car celui-là seul est un vrai médecin qui sait distinguer ce qui est possible de ce qui ne l'est pas »²⁸².

Comme s'il avait déjà une conscience de la transgression qu'autorise la chirurgie, et des bornes qu'il convient de lui donner.

Avec les Romains aucun changement notable n'est observé quant au statut du cadavre : il est impur, ne doit pas être ouvert et il faut s'en débarrasser le plus

²⁷⁹ Selon les indications tirées du papyrus découvert en 1862 par l'égyptologue Edwin Smith.

²⁸⁰ Cf. Jean-Claude Ameisen, Patrick Berche, Yvon Brohard *Une histoire de la médecine, ou le souffle d'Hippocrate*, Ed. de La Martinière, Université Paris-Descartes, 2011.

²⁸¹ Tertullien aurait écrit : « ce médecin ou ce boucher qui a disséqué six cent personnes pour sonder la nature, même quand la mort, au lieu d'être naturelle, a été provoquée par des artifices de dissection en vivisection ». Cité par Georges Vignaux, *L'aventure du corps*, Paris, Pygmalion, 2008, p. 40.

²⁸² Pierre-Olivier Pinelli, « XXV siècles de chirurgie », conférence Château de la Pioline, Aix-en-Provence, 6 octobre 2011.

rapidement possible. Les erreurs de Galien, qui ont perduré plusieurs siècles, sont dues en grande partie à cette impossibilité de connaître bien l'anatomie du corps, contraint qu'il fut de disséquer des singes. Après l'effondrement de l'Empire romain d'Orient, les médecins juifs vont fortement influencer l'Europe et l'Orient, en particulier à Constantinople en 1204. Le *Talmud* impose beaucoup d'obligations que l'on a considérées, souvent de manière un peu simpliste, comme purement hygiéniques, en particulier vis-à-vis du corps et du cadavre. Ainsi de l'interdiction de tout rapport sexuel avec une femme pendant les quinze jours qui suivent la fin de ses règles, ou de la purification imposée après tout contact avec un cadavre.

Pour le christianisme, la bulle papale de Boniface VIII (1299) est très claire : la dissection des cadavres est une pratique « abominable [...] : barbare et de mœurs sauvages ». Déjà un concile, en 1130, interdisait à tout ecclésiastique l'ouverture des corps sous peine d'excommunication²⁸³. Un biais est cependant trouvé pour le transport des corps, surtout lorsqu'ils sont ceux de grands soldats ou de princes : on les fait littéralement bouillir pour récupérer les os, qui eux, étonnamment peuvent être déplacés, afin d'être déposés dans des « ossuaires ».

Deux facteurs pourraient expliquer cet interdit d'ouvrir les cadavres. L'influence du message chrétien quant à la résurrection du corps, d'abord : « notre chair sera régénérée par l'incorruptibilité... »²⁸⁴, sans expliquer cependant comment les corps des saints martyrisés pourraient eux-mêmes ressusciter. C'est donc peut-être surtout « l'effroi païen envers ce qui touche à la dépouille humaine – et fait par exemple le drame d'Antigone... »²⁸⁵, qui explique mieux cette répulsion devant le cadavre.

D'autant que l'islam, comme le christianisme alors, interdisait toute forme de dissection. Ce que l'on observe bien, en particulier à Gundishapur, où la médecine arabe s'est véritablement constituée à partir de 636 après J.-C.²⁸⁶.

²⁸³ Cf. Claude Chastel, Arnaud Cénac, *Histoire de la médecine, introduction à l'épistémologie*, Paris, Ellipse, « Sciences humaines », 1998. Le concile de Clermont en 1130, excommunique les chevaliers qui se livrent aux tournois, et par extension, à qui ferait couler le sang ou ouvrirait le corps.

²⁸⁴ Augustin, *La Cité de Dieu*, Livre XX.

²⁸⁵ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., p. 32.

²⁸⁶ Al-Rhazi (865-925), connu en Occident sous le nom de Rhazès, comme Ibn Sina (930-1037) sous le nom d'Avicenne, sont issus de cette Ecole de Gundishapur, en Perse. Après l'avènement du christianisme, religion d'Etat en 392, le partage de l'Empire entre l'Orient et l'Occident en 398, puis la chute de Rome en 476, on assiste à un départ des manuscrits et des savants vers le monde perse. Ainsi l'Occident chrétien et Byzance seront marqués par une influence platonicienne, tandis que l'Orient et Alexandrie poursuivront la pensée d'Aristote. Celui-ci ne sera finalement traduit en latin (depuis des traductions syriaques puis arabes) et donc diffusé en occident chrétien, qu'autour du XI^e siècle à partir des manuscrits de l'abbaye de Montecassino traduits par Constantin l'Africain, ou de collections espagnoles.

L'ouverture du corps est toujours ritualisée

Depuis la pratique des embaumeurs que nous avons évoquée plus haut, jusqu'aux premières dissections autorisées (à partir du XIV^e siècle) l'ouverture du corps humain a toujours été ritualisée, signe du lien étroit entre corps et sacralité. Mais les débuts de la chirurgie elle-même (c'est-à-dire l'ouverture du corps *vivant*) attestent aussi de ce lien, qui est manifeste lorsqu'il s'agit du sang et qui persiste actuellement. Mais voyons pour l'instant les traces du rituel qui accompagne constamment l'ouverture du corps.

Les conditions de conservation des corps imposaient d'emblée des règles pour toute dissection : disposer d'un cadavre « frais » (en général un supplicié que l'on exécutait à la demande), si possible en hiver, et dans un ordre bien précis (abdomen, thorax, membre et crâne en dernier). Quelques interdits subsisteront comme celui de disséquer le cerveau – siège de l'âme platonicienne – ou des organes génitaux, vecteurs de procréation. Les séances de dissection furent par ailleurs organisées en véritables spectacles : « Les anatomies en plein air sont déjà des cérémonies publiques, des formes morbides de spectacles, drainant un auditoire fasciné de notables »²⁸⁷. Remarquons cette « fascination », témoin du caractère sacré-sacrificiel du sang dont nous reparlerons plus loin. Les « dissections mondaines » du XVI^e au XVIII^e siècle sont toutes dans l'esprit du « théâtre anatomique » fondé par Fabrice d'Aquapendente à Padoue en 1594 et confirment cet intérêt « morbide » qui atteste des traces du sacré. A la même époque les séances de dissection ont lieu dans « les lieux de culte, la table d'anatomie prenant alors la place du maître-autel »²⁸⁸. Comment attester ici de manière plus forte du caractère quasi-sacré du geste ? A la Renaissance d'ailleurs, le rituel qui organise les dissections est bien rôdé : le *dissecteur*, homme « des basses besognes », en général simple barbier, ouvre et coupe avec l'aide de ses mains, le *prosecteur*, sans aucun contact charnel avec le cadavre, désigne de son bâton les organes disséqués, tandis que le *professeur* corrobore ces données avec l'enseignement des livres. Le problème étant que ce dernier donnait au barbier des ordres en latin que celui-ci ne pouvait comprendre : « ce qui fait que tout est enseigné de travers et qu'on apprendrait plus à fréquenter la boutique d'un

²⁸⁷ David Le Breton, *La chair à vif*, Paris, Métailié, 1993, p. 58.

²⁸⁸ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie, op. cit.*, p. 36.

boucher »²⁸⁹. Sempiternelle proximité entre le chirurgien – ou son ancêtre – et le boucher !

Mais cette ritualisation n'entre pas en contradiction avec la nécessité d'ouvrir les corps pour les mieux connaître. Guy de Chauliac écrit, dès 1363 : « Il est nécessaire aux chirurgiens de bien connaître l'anatomie parce que, sans l'anatomie on ne peut rien faire en chirurgie » et il rajoute, un peu plus loin : « Elle est acquise par deux moyens : l'un est par la doctrine des livres [allusion au dogmatisme de Gallien], l'autre par l'expérience en des *corps morts* »²⁹⁰.

Vésale écrira son fameux *De Corporis Humani Fabrica*, à Bâle en 1543, fruit d'années de dissections à Padoue²⁹¹. Cet ouvrage, majeur pour le rétablissement d'une véritable connaissance anatomique, libérée des erreurs de Galien, traduit bien pourtant l'approche mécaniste du corps humain : c'est une « fabrication ». Dans les actes « mécaniques » en effet, il y a prévalence de la vue et du toucher (comme lors de l'autopsie : « ce que l'on voit de ses propres yeux »). Pourtant si la dissection du cadavre visait à une meilleure connaissance du corps, sa ritualisation, son caractère « scopique » et la nécessité d'y employer des instruments tranchants, coupants – chirurgicaux – ne trahissent-ils pas une certaine analogie avec le sacrifice ? Elisabeth de Fontenay, à propos du sacrifice animal, l'évoque de manière convaincante lorsqu'elle parle de :

«...l'insatiable *pulsion de connaître*, armée de fer, ou l'inassouissable *pulsion scopique* qui met la main au service des yeux [...] Il faut que la *main* fouaille munie du *couteau*, afin que l'*œil* collabore au *viol* mortel en quoi consiste la manipulation et la mutilation des viscères secrets »²⁹².

Proximité manifeste entre la main, l'œil, le couteau et les viscères secrets et allusion au « viol » que serait l'acte intervenir au fond d'un corps : ne retrouve-t-on pas maintes caractéristiques de la chirurgie, toute empreinte de religiosité et d'une dimension sacrificielle ? Notons d'ailleurs que, si l'Eglise finit par accepter les autopsies vers la fin du XV^e siècle (bulle du pape Sixte IV), Vésale fut tout de même

²⁸⁹ Vésale, cité par P.-O. Pinelli, « Comment se transmet l'art chirurgical : du barbier à internet », Cahiers du cercle Nicolas Andry, Montpellier, Sauramps médical, N°2, p. 9.

²⁹⁰ Guy de Chauliac, *Chirurgia Magna*, Avignon, 1363.

²⁹¹ Le juge Marcantonio le fournissait en cadavres frais de criminels exécutés et serait même allé à retarder les exécutions de condamnés à mort en fonction des besoins de son ami (*in* Georges Vignaux, *L'aventure du corps, op.cit.*). Observons que de nos jours, la Chine planifie de la même manière les exécutions en fonction des demandes de greffes : la « désacralisation » de la vie et du corps humain est bien patente.

²⁹² Elisabeth de Fontenay, *in* Frédérique Ildefonse, « Le sillage sans bateau, rencontre avec E. de Fontenay, Vacarme 11, Paris, printemps 2000. C'est nous qui soulignons.

condamné par l'Inquisition – dont il réchappa, pour succomber en exil – pour le faux prétexte d'avoir disséqué une femme vivante.

Pour ce qui est de l'ouverture du corps vivant, c'est-à-dire de la chirurgie proprement dite – comme action de soulager, dont on doit exclure les vivisections à finalité de pure connaissance²⁹³ –, sa « théâtralisation »²⁹⁴ ne se concrétisera qu'après l'apparition de l'anesthésie et les progrès en matière septique. Remarquons cependant que le rituel qu'on y observe (lieu, temps, habit) n'est pas complètement justifié par des raisons de sécurité ou d'efficacité, mais qu'il correspond à une sorte de réactualisation du premier geste chirurgical, tant l'homme – chirurgien en premier – reste profondément marqué par la transgression qu'il constitue. Nous le reverrons plus longuement à propos du sacré.

Mais si l'approche du corps de l'homme, mort ou vivant, n'a jamais été simple, il faut encore observer que cette résistance se retrouve aussi dans les modalités de sa représentation.

Difficultés de la représentation du corps

Ainsi la Renaissance, avec l'apparition en peinture du portrait vers 1430, rompt avec l'obligation de fait de ne représenter que des scènes religieuses : « la figuration du corps se disjoint peu à peu de son contexte sacré »²⁹⁵. Il ne s'agit là pour autant que du sacré lié à la religion chrétienne dont l'homme de la Renaissance amorce son éloignement.

Et le développement du portrait en est bien l'illustration. « Le visage de l'homme succède au visage de Dieu à la Renaissance, [il] est désormais, jusqu'à la rupture du cubisme et de l'abstraction, la figure d'une subjectivité infinie »²⁹⁶. C'est que le visage traduit de manière *sensible* la beauté de l'idée d'homme, quand l'abstraction de l'idée d'humanité en est la traduction *intelligible* : « Le visage autorise la transgression métaphysique vers autre chose [que ce qu'il montre], c'est l'image visible de l'invisible »²⁹⁷. Nous verrons plus loin toutes les conséquences que ce mouvement

²⁹³ Question à nuancer puisqu'elle soulève le problème du sacrifice que nous avons évoqué.

²⁹⁴ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., p. 68.

²⁹⁵ Jean-Jacques Courtine, *Déchiffrer le corps, Penser avec Foucault*, Paris, J. Million, 2011, p. 55.

²⁹⁶ Henry Delmar, J.-F. Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique*, op. cit., p. 197.

²⁹⁷ *Ibid.*, 199.

aura, jusqu'à nos jours, dans le domaine de la chirurgie « esthétique » où, malgré ce qu'écrit Maxwell Matz : « Le chirurgien s'efforce de libérer l'âme [...] en modifiant l'apparence de manière à ce qu'elle corresponde parfaitement à la normalité »²⁹⁸, il y a beaucoup à dire.

Car, si dès le XIV^e siècle, l'époque autorise d'ouvrir les corps, avec Michel-Ange en particulier, elle va aussi les dénuder. Mais elle réintroduit aussi la perspective en peinture, ce qui traduit deux mouvements. D'abord celui de permettre de reproduire les données de l'anatomie, mais à travers l'illusion cependant, que représente le dessin en perspective qui ne correspond plus à la réalité telle qu'elle est donnée. De la même manière le *contrapposto*, ou déhanchement calculé pour qu'une des deux jambes porte seule le poids du corps, est une posture qui « esthétise » la réalité. Ensuite elle traduit encore une volonté d'idéaliser le corps dans des proportions parfaites comme l'atteste le nombre d'or qui détermine les proportions de *L'homme de Vitruve* de Léonard de Vinci. Pour Vitruve l'ordonnance d'un édifice est en rapport « analogique » avec les proportions du corps humain, proportions cependant idéalisées : « les proportions des parties sont, les unes par rapport aux autres, comme celles du corps d'un homme *bien formé* »²⁹⁹.

Sur le mur Est de la chapelle Sixtine, Michel-Ange a peint *le Jugement Dernier*, ce qui correspond à l'angoisse de l'homme face à la mort – et comment ne pas deviner en filigrane que cette angoisse est majorée par la perte de l'anthropocentrisme ? –, en même temps qu'un hymne au corps et à l'homme. C'est un peu comme s'il n'était ni possible ni simple de parler du corps, ainsi dégagé de toute connotation religieuse, sans l'enjoliver, sans le transformer en un objet presque idéal, une mécanique parfaite. Faute de sacré religieux, qu'il fût au moins parfait. C'est bien admettre que l'homme, en s'autonomisant, ne renonce pas à toute dimension sacrée. Son corps ne peut être banalisé. Les deux mouvements, sa figuration et son éloignement du religieux, restent indissolublement liés dans une sorte de nouvelle sacralisation profane, celle qu'il reçoit de lui-même. Il est d'ailleurs significatif de remarquer que c'est à la même époque –

²⁹⁸ Maxwell Maltz, *New Faces, new Futures. Rebuilding Character with Plastic Surgery* (Nouveaux visages, nouvelles perspectives. Reconstruire la personnalité grâce à la chirurgie plastique), New York, R.R. Smith, 1936.

²⁹⁹ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, op. cit., p. 191.

vers le XVI^e siècle – que le nom doit être manuscrit, individualisé et identitaire, pour la signature des documents³⁰⁰.

Nous devinons l'influence qui nous reste encore de cette difficulté d'appréhender réellement – et non idéalement – notre corps, et par voie de conséquence, tout le sous-jacent qui est mobilisé par le chirurgien qui intervient sur un corps nu – « dans le plus simple *appareil* » – et endormi. Nous avons remarqué que le corps nu nous ramène à la nudité qui elle-même évoque notre animalité. Aucun animal ne se vêt, seul l'homme s'habille. Max Scheler dira d'ailleurs que la pudeur est le premier sentiment moral³⁰¹. Il n'est pas anodin de dénuder un patient, alors que l'habitude de voir des corps nus porte une fâcheuse tendance à en banaliser la nudité. Le chirurgien, comme toute l'équipe du bloc opératoire, oublie facilement qu'on ne se déshabille – dans la « vraie vie » – que devant certains de ses proches, et toujours en y consentant librement. Le malade est-il vraiment dans ces conditions ? L'homme nu, ramené à son animalité, risque ainsi d'être dés-humanisé, source de profonde humiliation. S'il est certes nécessaire, au bloc en particulier, de n'intervenir que sur des corps nus, encore faut-il que cette « mise à nu » soit faite avec beaucoup de respect et jamais avec indifférence. Le corps, notre corps véhicule donc pour nous quelque chose d'essentiel qui nous constitue. On comprend alors toutes les ruses qu'implique sa banalisation, comme son culte narcissique qui n'est que le revers de sa désacralisation. Ce qui explique sans doute que les dissections ont toujours été entourées d'un véritable cérémonial, et leur représentation par les peintres très significative. Le *De Corporis Humani Fabrica*, de Vésale fut illustré de nombreuses planches gravées sur bois, réalisées par des élèves du Titien. L'art enjolive la réalité anatomique comme pour idéaliser le corps de l'homme, homme dont on voudrait déjà soulager la blessure de n'être plus tout à fait le centre du nouvel univers de Copernic.

Il faut encore remarquer, faisant le parallèle avec l'expression musicale, qu'il fallut attendre 1607, soit trente ans après le concile de Trente, pour que l'homme et son corps pussent être mis en musique, lors du premier opéra, « *Orphéo* » de Monteverdi.

Il y a donc indiscutablement, à cette époque, en même temps qu'une découverte, en quelque sorte, du corps physique de l'homme, une aspiration à le relier à son âme.

³⁰⁰ Suzanne Rameix rapporte que la signature au bas des documents où le nom doit être manuscrit, individualisé et identitaire, date du XVI^e siècle. Elle précise qu'il faut prendre comme point de repère l'ordonnance royale de 1554 qui « enjoint aux notaires de faire apposer aux contractants leur nom écrit de leur main, au bas des actes ». *Les fondements philosophiques de l'éthique médicale*, op. cit., p. 33.

³⁰¹ Max Scheler, *La pudeur* (1913), Paris, Aubier, 1952, p. 9.

Jusque-là seule l'âme, « l'intériorité du sujet », comptait qui devait rendre des comptes à Dieu. A partir des XVI^e et XVII^e siècles, elle va comme se réapproprier son corps mais, ratant ce rendez-vous de l'incarnation, il ne restera qu'un dualisme étrange : le corps réhabilité sera celui d'un cadavre, tandis que l'âme sera, elle, réduite au sujet.

De ce point de vue on peut considérer que la Renaissance apparaît bien comme une « centration » sur l'homme, mais prudente, frileuse, s'arrangeant avec la vérité, n'en conservant que son côté « scientifique », la science ayant été dépouillée avec Galilée de sa dimension métaphysique. D'ailleurs dans les traces de Galilée, mais aussi de Bacon et de Descartes, elle va réduire le savoir à ce qui peut être mesurable, dépouillant la Nature de son mystère. La vie ne sera alors plus que ses manifestations « mécaniques » que seule l'étude anatomique puis physiologique du corps permettra de connaître. Or « ce qui est purement mécanique n'est pas vivant, le *sans vie* deviendra donc l'objet du savoir par excellence »³⁰². Hans Jonas écrira que :

« Le matérialisme est la véritable ontologie de notre monde depuis la Renaissance, la véritable héritière du dualisme »³⁰³.

Si nous continuons de promener le corps à la lumière des interdits historiques qui l'encadrent, nous voyons que l'autorisation de son ouverture a permis en même temps que de le représenter, d'en décrire l'anatomie. Paradoxalement celle-ci va ouvrir la connaissance à son fonctionnement – sa physiologie – ce qui va le ramener à son cadavre ! Comme s'il devenait interdit de parler de la vie du corps.

Difficultés de considérer la vie dans le corps

L'homme va commencer par étudier le fonctionnement du corps par analogie avec celui d'une machine, pour ensuite en expérimenter les dysfonctionnements, se référant chaque fois à son anatomie.

Le fonctionnement de la machine corporelle ramené à son anatomie

Ce qui va correspondre à la naissance de la physiologie du corps au XVII^e siècle et à la corrélation entre ses dysfonctionnements et son anatomie par la méthode anatomo-clinique au XVIII^e siècle.

³⁰² Georges Vignaux, *L'aventure du corps*, op. cit., p. 121.

³⁰³ *Ibid.*, p. 123

Après la Renaissance, en effet, et avec la Modernité, la révolution scientifique révoque définitivement Galien et sa médecine non fondée, pour privilégier l'observation et l'expérimentation. Notons comme l'expérience, expérience vécue ou intuitive, est sans cesse délaissée au profit de l'expérimentation. La raison scientifique s'impose comme seule vérité. Kant, essayant de fonder les conditions de possibilité de la connaissance scientifique n'avait-il pas affirmé que la raison doit être appuyée par l'expérience, sinon : « La raison humaine se précipite dans l'obscurité et les contradictions quant elle se sert de principes qui vont au-delà de toute expérience »³⁰⁴ ? Mais il s'agissait bien pour lui d'expérimentation.

En 1616 William Harvey dévoile sa théorie sur la circulation sanguine³⁰⁵. C'est bien sûr un progrès capital mais pourtant, imperceptiblement, la représentation du corps – et de l'homme – devient de plus en plus mécaniste : c'est une machine qui fonctionne. Qu'il n'y ait pas de méprise : cet approfondissement nécessaire et fort utile des connaissances sur le corps de l'homme ne saurait être mis en cause. Mais nous observons simplement que cette rationalité scientifique devient progressivement le seul *credo*, la seule conception possible de l'homme, laissant en chemin toute autre approche qui devient alors hérétique.

A la fin du XVIII^e siècle, Xavier Bichat substitua le regard anatomo-clinique à l'observation clinique, ce qui marqua une nouvelle profonde rupture qui fut la condition de possibilité de la future la médecine expérimentale. Écoutons le pamphlet qu'il écrivit, contre la seule clinique :

« Vous auriez pendant vingt ans, du matin au soir, pris des notes au lit du malade sur les affections du cœur, des poumons, du viscère gastrique, que tout ne sera pour vous confusion dans les symptômes qui, ne se ralliant à rien, vous offriront une suite de phénomènes incohérents. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper »³⁰⁶.

Ça n'est plus le malade vivant qui permet d'expliquer sa maladie, mais c'est bien son cadavre. C'est-à-dire que l'on passe du malade à sa maladie et de celle-ci au cadavre. On connaît l'aphorisme moqueur des médecins : « le meilleur examen para-clinique, c'est l'autopsie ! ». Comme si la vie était véritablement un problème, problème qui s'opposerait de manière bien peu conciliante à la mort : c'est « l'ensemble des

³⁰⁴ Emmanuel Kant, *Critique de la Raison pure*, Paris, Garnier-Flammarion, trad. J. Barni, P. Archambault, 1976.

³⁰⁵ William Harvey, *De motu cordis et sanguinis*, Londres, 1616.

³⁰⁶ Xavier Bichat, *Anatomie générale*, Paris, Brosson, 1812. Cité par François Boustani, *La circulation du sang*, Paris, Ph. Rey édit., 2007, p. 202. C'est nous qui soulignons.

fonctions qui résistent à la mort »³⁰⁷. C'est bien ce qu'observe Ricœur lorsqu'il écrit que « depuis la Renaissance, seul le non-vivant est tenu pour connaissable ; le vivant doit donc lui être réduit ; en ce sens toute notre pensée est aujourd'hui sous la domination de la mort »³⁰⁸. La « lésion » devient pour le regard anatomo-clinique la seule vérité que la maladie puisse inscrire dans un corps. Et insidieusement, de l'homme vivant, la médecine ne va s'intéresser qu'à son corps, puis de son corps, à sa lésion pour enfin ne plus considérer que l'image de cette lésion. Descartes avait pourtant souligné la fiction que représentait le double épistémologique.

Claude Bernard insistera sur la physiologie du corps, pensant que « chaque maladie reflète un désordre physiologique sous-jacent »³⁰⁹, tandis qu'avec Pasteur, d'endogène, la maladie deviendra exogène. Il faudra alors, en se protégeant des germes, retracer les frontières entre le pur et l'impur, ce qui aura une portée symbolique dépassant la stricte hygiène et qui ramènera la médecine au sacré.

Le corps expérimenté

Avec l'introduction de la médecine expérimentale, Claude Bernard au XIX^e siècle clôture en effet ce tableau qui voit l'évolution de la médecine se détacher progressivement du corps, ce corps dont elle a pourtant comme mission de s'occuper, pour, du cadavre, passer au simple fonctionnement de cette machine organique, puis revenir au cadavre pour y rendre compte des dysfonctionnements de la machine ! Adepte pur et dur de la méthode expérimentale, il écrira :

« Pourquoi penser quand vous pouvez expérimenter ? Epuisez donc l'expérimentation et pensez ensuite ! »³¹⁰.

Si de tels propos nous paraissent bien enfantins³¹¹, on ne peut qu'en être choqué, malgré le génie de Claude Bernard et l'apport considérable qu'il a fait dans la connaissance du fonctionnement de notre organisme. La question posée reste cependant celle de l'enfermement dans lequel se sont confinés de tels savants, enfermement dans une rationalité purement scientifique qui, leur faisant confondre l'exactitude et la vérité, a hélas contribué à ne donner du corps *vrai* qu'une approche très réduite. Cela ne fut pas

³⁰⁷ Xavier Bichat, *Recherches sur la vie et la mort*, I, Paris, 1800.

³⁰⁸ Cité par Jacques Testart, *Des hommes probables*, Paris, Seuil, 1999, p. 23.

³⁰⁹ Claude Bernard, *Introduction à la médecine expérimentale*, Paris, 1865

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ Marie Garrigue-Abgrall remarque en effet que les enfants adoptent ce comportement lorsqu'ils expérimentent le monde. Cf. *Présence du jeune enfant, événement philosophique, source de questionnement éthique*, Thèse doctorat philosophie, Paris-Est, 2009.

sans conséquence quand au véritable *sens* de ce corps humain et a ouvert la possibilité de sa désacralisation. Fallait-il qu'alors on fût dans un monde parfaitement cadré, mécaniste, dans lequel seule l'expérimentation fût réelle, la pensée n'étant qu'un accessoire ? Magendie, un de ses prédécesseurs, soutenait d'ailleurs que le progrès de la médecine ne pouvait venir que de la physiologie expérimentale : « il n'y a pas de différence entre les lois qui gouvernent un corps vivant et celles qui régissent les corps inertes »³¹². La messe est dite : retournons au cadavre, et à partir de lui tâchons de comprendre comment fonctionne la machine. Il y a bien impasse sur la vie.

Nous voyons combien ce corps, à travers tous les interdits qui le bornent, est malmené et sans cesse réduit à un seul de ses aspects que l'on décrète alors comme le seul véridique, la vérité du corps passant ainsi de son anatomie, puis à son fonctionnement qui n'est à son tour ramené qu'à un corps « mort », nouvelle vérité du corps qui, de nos jours s'apparente à un « problème » dont il faut faire quelque chose : l'exhiber ou le faire disparaître ?

L'obsolescence du corps ?

On assiste à un glissement progressif vers une disparition du corps à partir des années 1970. Le statut anthropologique du corps change. Il semble aujourd'hui prendre le statut d'un accessoire. Michela Marzano observe qu'un nouveau dualisme apparaît entre le corps, comme matérialité, et la volonté, comme véritable soi. On opposerait ainsi l'homme à son corps, corps à combattre ou à cajoler selon ses désirs ou ses peurs³¹³. On se donne le droit – puisqu'on en a maintenant la possibilité – de faire de ce corps ce que l'on désire : « Jadis le corps fut la métaphore de l'âme, puis il fut la métaphore du sexe, aujourd'hui il n'est plus la métaphore de rien du tout... »³¹⁴. Cela illustre tout à fait la dialectique actuelle : en même temps qu'on assiste à un culte du corps, on observe des signes – tout autant cultuels – d'un adieu à ce même corps. Car en réalité, il ne s'agit plus du même corps : le second – qu'on voudrait oublier sans jamais y parvenir – correspond au corps investi (le *Leib*), tandis que le premier n'est conçu que comme un attribut, un ustensile presque, modifiable à l'envie.

³¹² Georges Vignaux, *L'aventure du corps*, op. cit., p. 153.

³¹³ Michela Marzano, *Penser le corps*, Paris, PUF, « Questions d'éthique », 2008, p. 29.

³¹⁴ Jean Baudrillard, *La transparence du mal, Essai sur les phénomènes extrêmes*, Paris, Galilée, 1994, p. 15.

D'où les réactions apparemment contradictoires entre le culte de la performance, du « jeunisme », ou au contraire, de la mutilation, du mépris du corps. Ces deux attitudes procèdent de la même dialectique qui est celle de l'oubli du corps comme s'il y avait un désir – qui est volonté de puissance – de le posséder pour en faire ce que l'on veut, niant que ce corps n'est pas extérieur au moi, mais qu'il est bien cette chair que nous sommes. « Le corps sexué est livré aujourd'hui à une sorte de destin artificiel. Et ce destin artificiel, c'est la transsexualité. [...]. Le destin du corps est de devenir prothèse »³¹⁵.

Un film récent, *Shame*³¹⁶, montre très bien – trop violemment ? – que la vie de l'homme réduite à son corps et à son sexe devient proprement infernale. Sans relation à l'autre et sans amour l'être humain n'existe pas. Le héros du film d'ailleurs, pris dans cet enfer, semble se tuer à petit feu. Le pôle négatif si l'on peut dire, est représenté par « l'adieu au corps » qu'évoque David Le Breton qui peut aller jusqu'à une sorte de mutation narcissique qu'expriment certains artistes à travers le « *body art* ».

« Le corps n'est plus seulement, dans nos sociétés contemporaines, l'assignation à une identité intangible, l'incarnation irréductible du sujet, son être au monde, mais une construction, une instance de branchement, un terminal, un objet transitoire et manipulable susceptible de maints appariements »³¹⁷.

Orlan, cette artiste originale et provocatrice, parle de « l'art charnel » où, de chair le corps se fait verbe, expression pourtant de soi-même à travers sa chair, mais d'un soi-même *manipulable*. En 1993, elle demande au Dr Cramer de transformer son visage, dans l'*Omniprésence*, une retransmission « performance » de l'intervention au Centre Pompidou, à la galerie Sandra Gering à New York et au centre Mac-Luhan de Toronto.

Pour Stelarc, plasticien autrichien, la mortification de la chair est une étape décisive pour se débarrasser de son corps et laisser place à un nouveau façonnement permis par la technique. Il s'est fait « greffer » un troisième avant-bras bionique, dont les circuits informatiques sont branchés sur son avant-bras anatomique, ainsi qu'une de ses oreilles sur l'autre avant-bras ! On est toujours dans un dualisme, mais au lieu qu'il

³¹⁵ Jean Baudrillard, *La transparence du mal*, op. cit., p. 28.

³¹⁶ Steeve Mc Queen, *Shame*, 2011, MK2 production.

³¹⁷ David Le Breton, « Le corps mutant », Introduction du catalogue de l'exposition organisée en octobre 2000 par la galerie Enrico Navarra, Paris. Cité par Nathalie Ruaux, *Le corps obsolète*, Mémoire DESS de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2004.

soit entre le corps et l'esprit, il devient entre mon corps « donné » et celui que je veux obtenir en le « transformant ». C'est l'obsolescence du corps.

Faisant un rapprochement assez douteux entre la « trans-substantiation » qui consiste, pour les chrétiens, à considérer le pain – de l'hostie – et le vin – de la messe – comme le corps et le sang du Christ, Gunthe von Hagens³¹⁸ présente, quant à lui, des cadavres humains plastinés dans des attitudes de « vie ». Ainsi d'un coureur, ou d'une femme enceinte dont l'abdomen ouvert, laisse voir le fœtus, etc. Le côté surréaliste de l'affaire est que cette exposition a eu lieu à Bruxelles, dans les abattoirs : le corps devient là, à proprement parler, un objet de boucherie.

Nous pouvons rapprocher de ces exhibitions, les photographies de morgues de Diana Michener qui, bien que moins provocatrices, vont dans le même sens, voire les inclusions de corps d'animaux dans des blocs de plastique, comme la « Vache » de Damien Hirst : corps de vache sectionné longitudinalement.

Malgré les apparences, ces manifestations artistiques ne correspondent-elles pas plus à une disparition du corps plutôt qu'à son exhibition ? Ce serait comme un cri nietzschéen signifiant que, puisque nous avons désacralisé le corps de l'homme, nous pouvons alors en faire ce que nous voulons, le mutiler, le plastifier, l'exhiber même. Jusqu'à annuler en même temps toute différence avec le corps animal, comme celui d'une vache ? On pourrait alors, plagiant Max Weber et Marcel Gauchet, parler du « désenchantement du corps » comme « le lent détachement des savoirs sur l'homme du fond millénaire de croyances cosmo-biologiques qui leur donnaient sens et consistance »³¹⁹. On en arrive ainsi progressivement à la vision d'un corps, séparé du macrocosme, mais encore autonomisé, car habité par un sujet autonome. Ce corps, référé à lui-même, exige pourtant de plus en plus de surveillance, c'est-à-dire pour ce qui concerne notre sujet, un encadrement médico-chirurgical de plus en plus étroit. Comme si l'obsolescence du corps allait paradoxalement de pair avec une médicalisation peut-être excessive de la société.

³¹⁸ *Körper Welten* (Le Monde des Corps). Le procédé de plastination est déposé et permet à ce médecin légiste de gagner très confortablement sa vie en exhibant des corps « donnés » à sa fondation !

³¹⁹ Jean-Jacques Courtine, *Déchiffrer le corps. Penser avec Foucault*, op. cit., p. 50.

Il faut bien pourtant que le chirurgien qui va s'atteler à ce corps ait au moins une *idée* du champ de son action. Peut-être faut-il alors abandonner les représentations de ce corps pour le conceptualiser afin de revenir au corps chirurgical, le seul qui vaille pour lui ?

II – CORPS PHILOSOPHIQUE ET CORPS CHIRURGICAL

Quoi de plus mystérieux en effet que le corps humain ? Si l'*on a* bien un corps, On devine intuitivement qu'*il est* aussi la personne qui l'habite, en même temps qu'il ne cesse de changer, de se modifier, de la naissance à la mort en passant par la maladie ou les blessures des traumatismes. Les présocratiques avaient déjà compris cette contradiction du monde entre l'être et le changement, entre l'Un et le Multiple. Contre Héraclite qui pose que l'être des choses est dans le changement (« on ne saurait entrer deux fois dans le même fleuve ») montrant que la pensée rationnelle, commune à tous les hommes est de nature dialectique, Parménide, recherche l'être, à travers l'*un* transcendant (« ...seul l'être *est*, un rien en revanche *n'est pas* »³²⁰). Les matérialistes, atomistes en tête, vont tenter de résoudre le problème en décomposant en quelque sorte, l'être qui constitue le monde en une multitude de petites unités d'être, immuables, insécables (*a-tomes*) dont les possibilités infinies d'agencement provisoire expliqueraient le changement où se déroule la vie. On connaît l'interprétation qu'en tirera Zénon d'Elée à partir du trajet de la flèche, pour montrer les limites de cette logique³²¹. Mais cette rationalité annonçait en quelque sorte une première explication naturaliste du monde, transposant le questionnement métaphysique sur l'être dans une science purement physique.

Comment le chirurgien, dont le champ d'activité est ce corps si difficile à discerner, ne serait-il pas concerné par ce questionnement ? Car le discours actuel sur notre corps traduit encore ces tentatives d'explication : il *est* tout en se modifiant,

³²⁰ Cité par Jeanne Hersch, *L'étonnement philosophique*, Paris, Gallimard, « Folio-essais », 1993, p. 22.

³²¹ Ce qui correspond en réalité à une spatialisation erronée du temps que dénoncera Henri Bergson en introduisant la notion de durée.

puisque de la naissance à la mort le corps se modifie et dépérit. De là le désir exacerbé à notre époque, de pouvoir contrôler plus ou moins complètement ces modifications, comme pour tenter d'échapper à notre condition humaine. D'autant que ce contrôle du corps est aussitôt justifié comme visée de ce que l'on évalue être « mieux », afin de ne pas risquer d'être accusé, sinon, de dégrader ce corps. Or l'on touche là à l'essentiel, nous le reverrons avec les dérives auxquelles peut amener ce que l'on nomme le « transhumanisme ». Car, en même temps qu'on ne peut se passer d'un corps, nous savons pourtant que nous ne sommes pas que notre corps. Faut-il alors le considérer comme un objet, comme une réunion de particules physiques insécables, ou bien changer de plan et revenir nécessairement à une métaphysique de l'être ? Michela Marzano, dénonçant ce dualisme réducteur, constate que :

« Pendant des siècles, le corps a été conçu seulement par rapport à l'âme ou l'esprit, sans considération du fait qu'il est surtout *unificateur* de catégories ontologiques opposées (l'intérieur et l'extérieur, le cognitif et l'affectif, l'objectif et le subjectif), de même que le siège de plusieurs *tensions* (être-devenir, incorruptibilité-corruptibilité, éternité-contingence) »³²².

Le dictionnaire³²³ nous dit d'ailleurs que le corps « est la partie physique des êtres vivants. Synonyme : organisme ». La définition de Lamarck, dans sa *Physiologie zoologique* (1809) complète ce matérialisme : « ensemble des *parties matérielles* constituant l'organisme, siège des fonctions physiologiques et, chez les êtres animés, siège de la vie animale »³²⁴. Encore faudrait-il alors éclaircir ce que l'on entend par « vie animale », c'est-à-dire ce qui pourrait animer cette vie. D'autant que dans ces définitions du XIX^e siècle toutes imprégnées de dualisme, le corps y est une substance matérielle, physique, organique que l'on peut opposer à l'esprit, substance autre. Ainsi le cadavre, dans la tradition tertullienne, reprise par Bossuet est « ce qui n'a plus de nom dans aucune langue »³²⁵, c'est le corps mort, « sans » corps qu'évoque Aristote. Or, considérer qu'un cadavre n'est plus vraiment un corps, c'est découvrir une faille dans le dualisme. Car c'est dire qu'un corps est nécessairement vivant et que le corps-en-vie est plus que l'objet corporel. A-t-on jamais rencontré d'esprit sans corps ?

³²² Michela Marzano, *Penser le corps*, op. cit., p. 30. C'est nous qui soulignons.

³²³ *Dictionnaire de la Langue française*, Paris, en ligne.

³²⁴ Cité par Georges Vigneaux, *L'aventure du corps*, op. cit., p. 7.

³²⁵ Jean-Bénigne Bossuet, *Sermon sur la mort* (1662). « Il n'y aura plus sur la terre aucun vestige de ce que nous sommes : la chair changera de nature ; le corps prendra un autre nom ; même celui de cadavre ne lui demeurera pas longtemps : il deviendra, dit Tertullien, un *je ne sais quoi* qui n'a plus de nom dans aucune langue... ». C'est nous qui soulignons.

D'ailleurs, sur le plan étymologique le mot corps provient du latin *corpus*, qui évoque un rassemblement, une réunion – on dit « faire corps » et on parle bien du « corps médical » à propos de l'ensemble des médecins – et qui définit encore une certaine « matérialité » : le corps d'un bâtiment en est en quelque sorte l'ossature, son support matériel et sa partie essentielle, ce qui fait qu'il est un bâtiment. Le mot lui-même³²⁶ est issu de la racine indo-européenne *krp* qui signifie « forme », ce qui lui donne alors un sens plus subtil. Il y aurait ainsi deux approches du corps : selon l'instrumentalité (donc du côté d'un objet que l'on pourra s'approprier ou transformer) ou bien selon la beauté – sens du radical sanscrit *karp* – ce qui le rapproche de la sacralité³²⁷. Le chirurgien en effet aura une action différente selon qu'il se servira du corps pour sa chirurgie ou qu'il servira le corps de la chirurgie.

Etonnamment les phénoménologues, Husserl et Heidegger en tête, n'ont que très peu soulevé la question du corps, « celle de la corporéité et de son étrange opacité »³²⁸. Car il y a bien impossibilité d'objectiver la corporéité. Pourtant Gadamer, posant la question des limites de ce qu'il est possible d'objectiver, n'hésite pas à prophétiser que « le destin de notre civilisation occidentale est en jeu ici »³²⁹. Il semble en effet certain que de ne pas parvenir à préciser ce qu'il faut entendre par corps, en particulier pour un chirurgien qui va « l'opérer », en se contentant d'une objectivation abstraite – qui ne peut rendre compte de « l'être de la personne » –, recèle un risque non négligeable de perdre des repères pourtant essentiels. Il en va de notre existence d'êtres humains et de notre être-au-monde dans le Tout – *hole ousia*. Et Dominique Folscheid de questionner :

« Comment comprendre que l'homme soit le seul vivant jouissant d'un corps, irréductible à l'organisme biologique, parce que ce corps est complètement investi par l'humanité ? »³³⁰.

Et n'est-ce pas l'humanité présente dans tout corps *humain* qui le rend nécessairement sacré ? Et s'il l'est en effet, comment alors le chirurgien pourra-t-il parvenir, en l'ouvrant, à le désacraliser en quelque sorte ? D'autant que deux nouvelles questions apparaissent aussitôt. Peut-il vraiment le désacraliser ? Ou pour le dire autrement : en quoi son ouverture serait-elle forcément une désacralisation ? D'autre

³²⁶ David Le Breton remarque que le mot corps se dit toujours au pluriel, confortant l'idée de rassemblement.

³²⁷ Michela Marzano, « Corps », in *Dictionnaire de philosophie morale*, T. I, Monique Canto-Sperber (direct.), Paris, PUF, « Quadrige », 2004, p. 415.

³²⁸ Gadamer, *Philosophie de la santé*, *op. cit.*, p. 81.

³²⁹ *Ibid.*, p. 82.

³³⁰ Dominique Folscheid, Cours Master Recherche 2^e Année – 2007-2008, Université Marne la Vallée, p. 90.

part, si le chirurgien ne le peut pas, comment alors peut-il l'opérer ? – ou : dans quelle mesure l'intervention n'attend-elle pas nécessairement à la sacralité du corps ? Nous allons voir que la seule et nécessaire solution réside en son objectivation, mais en tant qu'elle est une construction de l'esprit et non une réalité. L'objectivation n'est pas un apparaître.

Revenons pour l'instant à la distinction entre le corps philosophique et le corps chirurgical et tâchons de voir en quoi le premier peut aider à mieux comprendre le second. D'une manière schématique et très théorique on peut distinguer ainsi des conceptions *dualistes*, pour lesquelles le physique et le mental sont des substances hétérogènes, et des conceptions *monistes* où au contraire il n'y a qu'un seul principe constitutif. Mais chacune de ces deux approches peuvent à leur tour être nuancées. Les théories dualistes seront dites « parallélisme » si le physique et le mental sont indépendants ou « interactionnisme » s'ils sont interdépendants. De même il existe un monisme spiritualiste – tout est spirituel comme le proposent Leibniz ou Bergson par exemple, voire Berkeley – et un monisme matérialiste – tout est matière, celle de l'âme n'étant qu'une matière très subtile, comme le pensaient les Epicuriens.

Il nous semble moins artificiel d'aborder l'étude de ces différentes théories, non pas comme on le ferait d'une collection de papillons sous l'angle de « l'entendement diviseur » comme dirait Hegel, mais bien plutôt selon l'apport des conceptions philosophiques du corps à la chirurgie.

Puisque aucun chirurgien ne pourrait intervenir sur une personne s'il n'y avait pas de corps, qu'est-ce qui, dans ce corps, pourrait poser problème ?

La question du dualisme

Vaste question à laquelle nous n'aurions pas la prétention de répondre. Elle est pourtant fondamentale puisque s'en débarrasser reviendrait à banaliser absolument tout acte chirurgical, ramenant l'opéré à un bout de viande. C'est d'ailleurs une question métaphysique comme le remarque Claude Bruaire :

« Toute philosophie du corps est inévitablement liée à une métaphysique précise qui constitue ses prémisses nécessaires »³³¹.

³³¹ Claude Bruaire, *Philosophie du corps, op. cit.*, p. 9.

En ce sens que la science ne peut rien nous en dire, incapable qu'elle est de connaître ce qui n'est pas strictement objectif. Or notre expérience de tous les jours atteste de cette subjectivité, mystérieuse symbiose entre ces deux concepts – parler de concepts semble plus approprié que la notion matérielle de « parties » – qui permettent de parler d'un homme : son âme et son corps. D'autant que ce dernier recèle une évidente matérialité, et que celle-là peut être appréhendée indistinctement comme la pensée, l'esprit, ou le *logos*, ce qui sera source de nombreux malentendus.

« L'union de l'âme et du corps dont l'expérience témoigne et que tous les hommes éprouvent, s'accorde mal avec l'immortalité de l'âme que la raison conçoit et que certains hommes espèrent »³³².

C'est en outre une question majeure pour le chirurgien dont le corps de l'opéré est le champ concret de son action. Car selon que ce corps sera perçu comme pure matérialité ou au contraire investi du mystère de la vie humaine, l'action du chirurgien, au-delà de son simple geste opératoire (« coup de bistouri »), sera radicalement différente. La tendance en médecine, pourtant, a toujours été d'être très dualiste, considérant le malade *et* sa maladie ; pour le chirurgien : l'opéré *et* son corps, réceptacle de sa pathologie « chirurgicale », toujours organique et donc nécessairement concrète. L'éthique impose bien entendu de tenir compte de l'opéré pour opérer correctement l'organe atteint. Mais le dire ainsi, c'est rester d'emblée prisonnier du dualisme. Alors qu'en est-il ?

La notion d'âme d'essence divine, exilée dans un corps terrestre, est très ancienne. En Inde c'est l'*Upanishad* qui identifie l'*Atman* (le Soi) avec le *Brahman* (la Totalité). La notion d'un Soi individuel et qui aurait une existence propre à la manière de Descartes, y est pure illusion. La religion orphique (VI^e siècle avant J.-C.) envisage, elle, la réincarnation comme le long travail de l'âme pour se purifier de sa part mauvaise. L'âme et le corps sont « deux principes hétérogènes et irréductibles l'un à l'autre ». C'est là l'origine tout autant du dualisme platonicien que de celui de Descartes pour lesquels Michela Marzano établit une « sorte de liaison intellectuelle entre la fuite platonicienne de la réalité corporelle et la nécessité chez Descartes, de s'éloigner des sens trompeurs »³³³.

³³² André Perrin, « L'âme et le corps », *op. cit.*

³³³ Michela Marzano, « Corps », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, direct. Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, p. 416.

On pourrait dire que ce n'est qu'à partir de Platon que se posent les véritables problèmes de fond qui concernent l'approche chirurgicale du corps : celui-ci n'est-il qu'un organisme de plus posé dans la nature, ou bien fait-il partie de cette nature, contribuant alors à l'harmonie du monde ?

Dans le *Phédon* le dualisme platonicien est flagrant : l'âme est complètement à part du corps qui n'en est que la prison, le tombeau : « Le positif est toujours dans le ciel, siège de l'éternel, le négatif toujours dans la terre, siège de la matérialité »³³⁴. Dans le *Timée* au contraire, Platon discourant de la génération du monde et des animaux mortels, dont l'homme est le plus haut, relie indiscutablement le corps de l'homme à son âme immortelle et les deux à l'univers entier. Il s'agit là d'une spéculation symbolique sur le statut du corps. Chaque partie de celui-ci correspond au siège d'une partie de l'âme elle-même. Le principe immortel de l'âme est situé dans la tête, tandis que sa partie mortelle se trouve dans le tronc. Sa composante courageuse, virile, est au dessus du diaphragme, le cœur, grâce au sang, servant d'intermédiaire avec l'âme raisonnable. La partie proprement végétative, hors de toute raison, soumise aux seules nécessités de la vie se trouve proche du foie. Il nous reste des traces fortes de cette tripartition de l'âme platonicienne, depuis les trois stades de l'altération de la vigilance³³⁵, jusque dans les spécialisations chirurgicales. La neurochirurgie recèle toujours une part mystérieuse : c'est un peu la chirurgie de « l'esprit » et, assimilant la pensée au cerveau, on pourrait l'imaginer comme démiurgique puisqu'elle est censée « opérer » la pensée, alors qu'elle n'agit que sur l'organe qui n'en est que la condition de possibilité. Le chirurgien du « cœur » bénéficie de l'aura que lui confère l'organe qu'il répare. Au contraire on est moins recueilli devant l'urologie ou la gynécologie qui concernent des organes moins nobles, tandis que le chirurgien digestif travaille « dans la tripe ».

Certes il y a séparation de l'âme et du corps, chez Platon, mais on constate tout de même que dans le *Timée* le corps n'est pas autant dénigré qu'il l'est dans le *Phédon* et cette observation est importante puisqu'elle signifie que le corps, en tant qu'il est le siège de l'âme, est bien vivant et mérite alors quelque attention. Car Platon relie tout de même l'âme au corps : « Les liens de la vie qui unissent l'âme au corps sont comme les racines qui soutiennent l'espèce mortelle »³³⁶. Mais pour autant ces liens

³³⁴ *Idem*, p. 415-416.

³³⁵ On parle d'états pauci-relationnels puis de coma « végétatif ».

³³⁶ Platon, *Timée*, 73 b.

ont été tissés par les bons démiurges qui font du corps mortel le réceptacle et le soutien de l'âme : « Les deux cercles divins de l'âme dans la tête [...], ils lui donnèrent le corps comme un char pour la porter »³³⁷.

Le corps platonicien est le « tombeau de l'âme »

Dans l'opposition ontologique qu'établit Platon, entre le monde sensible, celui que nous donne nos sens et celui, intelligible, des Idées, notre corps n'est ramené qu'à la nature, qu'aux choses sensibles, l'âme, intemporelle, n'étant que provisoirement logée dans cette prison. Du coup le corps représente le pire obstacle à la connaissance, d'autant qu'il peut être malade. Et, d'obstacle, il devient méprisable : « L'âme du philosophe méprise profondément le corps »³³⁸. Notons au passage que la maladie accentue le dénigrement du corps. Un corps malade sera dans une déchéance d'autant plus grande qu'on pourrait se demander quel médecin serait assez futile pour s'en occuper. Le corps platonicien – comme plus tard le corps cartésien du *Discours de la méthode*, absolument dissocié du sujet pensant – n'est rien, totalement abandonné à la nature « dans une pure et fatale extériorité »³³⁹. Cette conception, développée par un néo-platonisme réducteur, continue d'imprégner en partie le discours médical, en particulier lorsqu'il s'agit de douleur par exemple. Celle-ci n'apparaît encore trop souvent que secondaire, comme si, ne touchant que le corps elle devait être méprisable et donc méprisée. De la même manière, oublier que toute intervention est nécessairement agressive et touche la totalité de l'être de l'opéré peut amener à la banaliser, lui ôtant toute importance, toute gravité dans un : « ça n'est rien » qui, là encore, sous-entend qu'elle ne concerne *qu'un* genou ou *qu'une* hanche.

Le corps, perdu dans la nature, le monde sensible, perd tout intérêt. L'âme ne s'échappera de sa prison corporelle qu'avec la mort, lorsque « ...le corps, séparé de l'âme reste seul, à part avec lui-même, et quand l'âme, séparée du corps, reste seule, à part avec elle-même »³⁴⁰. Le dualisme ne peut pas être affirmé plus clairement.

Le médecin a du mal à accepter cette séparation ontologique du corps, ramené à une pure matérialité, de l'âme, seule véritable nature-essence. Dans le *Théétète*, lorsque Socrate s'adresse à Alcibiade, c'est Platon en réalité qui affirme ainsi que l'homme

³³⁷ *Ibid.*, 44 e.

³³⁸ Platon, *Phédon*, 65 d.

³³⁹ Eric Fiat, *La notion d'âme animale dans la philosophie de la nature d'Aristote à Hegel*, Mémoire de DEA, Université de Marne-la-Vallée, 1995, p. 5.

³⁴⁰ Platon, *Phédon*, 64 c.

n'est ni son corps, ni l'union de son âme et de son corps, mais bien son âme seule³⁴¹. Jouant sur les mots, il l'enferme d'ailleurs dans une prison, dans ce tombeau qu'est le corps. Le terme grec *sôma* en effet, désigne en même temps le corps, mais aussi l'esclave qui n'est qu'une partie du corps de son maître (un « instrument animé » dira même Aristote³⁴²), tandis que *sêma* signifie tombeau. Le chirurgien, tant qu'il ne touche pas à l'âme – et l'on sait qu'aucun ne l'a jamais rencontrée sous son bistouri – pourrait agir sans retenue.

Fort heureusement la conception de Platon est plus nuancée. Dans le *Phèdre*, il nous parle, certes, d'une chute de l'âme antérieure à son incarnation, mais c'est en s'incarnant qu'elle déterminera le corps particulier et différent de chaque homme. On a le corps de son âme en quelque sorte, celui qu'on mérite et personne ne peut avoir le même corps. Si l'on oublie le prétendu voyage des âmes, cette idée qu'on a le corps de son « âme » est intéressante pour nous chirurgiens qui l'observons bien : on ne peut parler *du* corps en général, ce qui serait une abstraction, mais de *ce* corps-là, du corps de monsieur Dupont que je vais devoir opérer. D'ailleurs, plus loin, Platon fait dire à Socrate que bien connaître les effets de certaines drogues ne saurait suffire à faire un médecin, mais qu'il faudrait en outre qu'il sache « à qui et quand il faut appliquer chaque traitement, et à quelle dose »³⁴³. Il explique encore qu'il faut, pour posséder l'art de la médecine, analyser la *nature* du corps. On se contenterait sinon de la routine et de la simple expérience ce qui ne serait pas efficace. Citant la méthode d'Hippocrate, il dit à Phèdre qu'il convient d'abord de savoir si « la chose que l'on veut connaître méthodiquement » – le corps pour la médecine – est « simple ou multiple ». Et s'il est composé, de le dénombrer et d'appliquer la méthode valable pour le simple : cela ressemble étonnamment à la méthode de l'analyse, que reprendra plus tard Descartes.

Cela ne résout pas pourtant la question de la substance de l'âme ou de sa personnalité. Si l'âme est bien principe du mouvement elle reste « contaminée par le corps ». Car les sens sont trompeurs, or les appareils des sens sont corporels, c'est donc le corps qui est trompeur et qui pervertit l'âme dans sa recherche de la vérité. L'âme ainsi doit s'isoler du corps pour tâcher de saisir le réel : « elle s'isole le plus complètement en elle-même, en envoyant promener le corps et elle rompt, autant qu'elle

³⁴¹ Platon, *Théétète*, 149 a - 151 d.

³⁴² Aristote, *Politique*, I, 1.

³⁴³ Platon, *Phèdre*, 268 b, Livre II. « Je sais par l'emploi de certaines drogues, échauffer ou refroidir à mon gré le corps, faire, si bon me semble, vomir ou évacuer par le bas et produire quantité d'autres effets du même genre, et je prétends de ce chef être médecin et faire un médecin de tout homme à qui je transmettrai ces connaissances ».

peut, tout commerce et tout contact avec lui ». On n'est pas loin de l'*épokhè* cartésienne, consistant à douter *absolument* et de *tout*. Il faut essayer d'atteindre à la pensée pure en se débarrassant de « la folie du corps »³⁴⁴. Et la mort est cette échappatoire. Ce que Platon énonce de manière définitive : « philosopher c'est apprendre à mourir »³⁴⁵.

Si l'âme est l'essence de l'homme – en dehors du temps, plus qu'immortelle – et, qu'hébergée dans le corps, elle « y apporte toujours la vie », il y a bien pourtant une relation entre âme et corps, fût-elle conflictuelle : l'âme « était véritablement enchaînée et soudée à leur corps et forcée de considérer les réalités au travers des corps comme au travers des barreaux d'un cachot... ». Ce qui impose la nécessité de la considérer : « on ne peut guérir le corps sans guérir l'âme, voire sans avoir une connaissance de la nature du Tout ». Le Tout conçu comme « l'unité de l'Être en soi »³⁴⁶. Remarque importante qui nuance une interprétation trop absolutiste de Platon, bien que le dualisme ne soit pas remis en cause. Il y a en quelque sorte chez le fondateur de l'Académie, une impasse quant à rendre l'âme et le corps à ce point étrangers l'un à l'autre. L'expérience du langage le souligne bien. Celui-ci provient directement, mécaniquement, du corps et porte pourtant du sens. Or ce sens, le concept, correspond à l'intelligible : le corps peut donc dire l'intelligible, ce qui contredit la pensée de Platon. « Le corps est compris chez Platon comme l'absolu est conçu »³⁴⁷, comme l'écrit Claude Bruaire. L'âme platonicienne étant essence pure : « la science laisse place à son contraire, à la contemplation muette de l'absolu tout autre »³⁴⁸.

Le corps « Moderne » comme une abstraction

L'approche cartésienne du corps se rapproche de celle de Platon, puisqu'elle semble bien correspondre à un dualisme, mais autant on peut retrouver chez le philosophe grec un certain idéalisme, autant la conception de Descartes est une « conception mécaniste qui vide le corps de toute valeur morale et de toute signification symbolique »³⁴⁹.

³⁴⁴ Platon, *Phédon*, XI, 67a-67e. Il précise (X, 65c - 66a), « la grandeur, la santé, la force [...], ce qu'elles sont en elles-mêmes. Est-ce au moyen du corps qu'on observe ce qu'il y a de plus vrai en elles ? ».

³⁴⁵ *Ibid.* 83d - 84 b.

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ Michel Renaud, « La Philosophie du corps selon M. Claude Bruaire », in *Revue Philosophique de Louvain*, Troisième série, Tome 67, N° 93, 1969, p. 104-142.

³⁴⁸ Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, *op. cit.*, p. 31.

³⁴⁹ Michela Marzano, « Corps », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, direct. Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, p. 416.

Avec Galilée, Descartes est un des pères de la Modernité³⁵⁰, époque où l'appréhension du monde par l'homme occidental va subir une véritable révolution. La Terre tourne définitivement autour du soleil, elle n'est plus au centre de l'univers et soudain l'homme n'est plus le centre du monde³⁵¹. C'est la « révolution copernicienne » qu'évoquera Kant un peu plus tard où, abandonnant un monde clos, anthropocentrique, pour un univers infini, l'homme va chercher à organiser la connaissance pour tâcher de la mieux maîtriser. Cette volonté de maîtrise du monde – « *comme* maître et possesseur de la Nature... »³⁵², (*comme* à l'image de Dieu), nous dit Descartes –, monde que les hommes vont chercher à mesurer et à quantifier, apparaît en effet comme une véritable révolution de la pensée et apporte de l'eau à notre moulin qui questionne sur la démiurgie qui pourrait tenter le chirurgien.

Dans le cadre de cette rupture épistémologique majeure, le corps, chez Descartes, va être abordé sous une vision purement mécaniste. Il sera isolé de la Nature en général et de la nature « vivante » en particulier. On pourra de ce fait l'étudier par morceaux, c'est-à-dire en matière médicale, par « appareils » (l'appareil locomoteur, l'appareil digestif, etc.). C'est dire que le dualisme cartésien n'est plus celui des Grecs, la séparation entre l'âme et le corps y est beaucoup plus radicale, et surtout le corps ne devient plus qu'une matière dont la réalité même est mise en doute.

Dans son expérience du *cogito* (« *cogito ergo sum* »), pratiquant un doute méthodique (doutant de tout, sans exception) et hyperbolique (doutant absolument, sans degré), il parvient à cette conclusion qu'il n'existe que deux substances : un *moi* dont je suis sûr, « la substance pensante », et le reste – tout le reste – dont je ne puis m'assurer de la réalité car mes sens peuvent être trompeurs, « la substance étendue ». Et dans celle-ci il inclut bien évidemment le corps :

« Je me considérais premièrement comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machinerie composée d'os et de chairs, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de *corps* », et plus loin : « Il est certain que ce *moi*, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis ce que je suis, est *entièrement et véritablement distincte* de mon corps et qu'elle peut être ou exister sans lui »³⁵³.

³⁵⁰ Il s'inscrit dans la lignée de Newton et de Copernic.

³⁵¹ « Le silence éternel de ces espaces infinis m'effraie » écrira Pascal (*Pensées* - 206).

³⁵² René Descartes, *Discours de la méthode*, VI, Paris, Hatier, « Les classiques de la philosophie », 2004, p. 66.

³⁵³ René Descartes, *Méditations métaphysiques*, Paris, Nathan, 2006, p. 60. C'est nous qui soulignons.

Le dualisme est clairement affirmé : le moi – substance pensante – n’est pas mon corps – substance étendue. Et par voie de conséquence, tout ce qui n’est pas pensant, qui donc n’a pas d’âme (la pensée, l’esprit, ou l’âme, étant pour lui la même chose³⁵⁴) peut être traité comme une chose. Le corps n’étant qu’une « machinerie » qui ne saurait penser, on peut donc le chosifier : l’objectivation, chez Descartes, pourrait ne plus être une construction de l’esprit dans un but louable, comme en matière de soins de parvenir à traiter efficacement, pour devenir une réalité. Mon corps, et celui d’autrui de la même manière, ne sont que des objets. Il y a bien « une dévaluation de sa matérialité »³⁵⁵. On voit sans peine apparaître là les prémisses de ce « désenchantement du corps » pour plagier Marcel Gauchet, désenchantement qui annonce la perte, aujourd’hui consommée, de sa sacralité.³⁵⁶

Le paradoxe d’un corps comme une machine « inerte »

Pourtant le doute cartésien aboutit à une double perception du corps, dont on aperçoit une certaine contradiction. Dans la *Méditation première*, s’il assimile le corps à un « cadavre », il le considère cependant comme une « machinerie ».

« de même aussi, si je considère le corps de l’homme comme étant une machine tellement bâtie, et composée d’os, de muscles, de nerfs, de veines, de sang et de peau »³⁵⁷.

Or c’est confondre ici une machine – qui par définition peut toujours fonctionner, ne serait-elle qu’arrêtée – et une matière organique inerte – le cadavre, sujet à corruption. Étonnamment, Descartes néglige le *mouvement* qui pourtant, rapporté à un corps organique signe la vie. Cette séparation tout à fait abstraite, intellectuelle, va marquer le développement de la médecine et de la chirurgie en particulier. On ne fera plus de différence entre un corps et un cadavre, ce dernier seul autorisant toute connaissance du premier. Et on raisonnera sur une matière inerte, fût-elle une machinerie, comme s’il se pouvait que le mouvement pût se produire spontanément. C’est là une différence fondamentale avec Platon qui n’aurait jamais pu envisager un corps mû, sans âme pour le mouvoir. Il y a toujours de la vie chez Platon, quand

³⁵⁴ « *mens sive anima, sive intellectus, sive ratio...* ». Descartes, *Méditations métaphysiques*, II, *op. cit.*

³⁵⁵ Michela Marzano, *Penser le corps*, *op. cit.*, p. 30.

³⁵⁶ Il s’agit ici de la sacralité prise dans le sens d’un interdit absolu – il est « absolument interdit » de chosifier un corps humain, donc de l’utiliser ou de le « sacrifier » – et non de la sacralité selon René Girard, celle qui fait croire que l’objet permettant de lutter contre la violence est sacré, alors qu’il est précisément l’objet « à sacrifier », l’interdit n’étant alors plus absolu mais relativisé par les rites, nous le reverrons.

³⁵⁷ Descartes, *Méditations métaphysiques*, *méditation sixième*, *op. cit.*, p. 110.

l'univers cartésien est purement mécanique, comme « une horloge composée de roues et de contrepoids... »³⁵⁸.

A partir de cette conception dualiste, l'approche mécaniste du corps connaîtra son apogée avec Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) qui défend un matérialisme encore plus radical où il n'est même plus question de deux entités. Tout n'est que « substance étendue », la pensée elle-même n'étant que le résultat d'un déterminisme mécaniste. Son *Homme-machine* (1748), revient à ne considérer l'homme que comme un automate dont la machinerie est simplement la plus sophistiquée. Descartes y avait pourtant mis un bémol : le corps est *comme* une machine mais que Dieu a faite « de manière incomparablement mieux ordonnée... »³⁵⁹ que ce que nous, simples humains, ne pourrions jamais faire. Il reconnaît³⁶⁰ d'ailleurs que, quand bien même nous parviendrions à fabriquer des machines à ce point sophistiquées qu'elles pourraient même parler, elles ne resteraient que des machines par le fait même qu'elles ne pourraient proférer que des paroles. Le langage humain qui exprime la pensée est plus qu'une langue. Un magnétophone sinon, parlerait. Pourtant cette approche purement mécaniste – et dans le fond « dés-animée » – perdure actuellement, en particulier à travers le développement des neurosciences et de leur analyse de la pensée comme un phénomène exclusivement physico-chimique³⁶¹. Comme la quête du Graal, cela ressemble à la recherche sans fin du lieu anatomique où se nicherait la conscience de l'homme³⁶². Réflexion classique en chirurgie où l'on dit que Patel, grand chirurgien s'il en fut, aurait fait sienne l'affirmation péremptoire attribuée à Cabanis : « le jour où l'âme apparaîtra sous mon bistouri, je pourrais y croire ». Pourtant cette quête est illusoire comme l'écrit Chantal Delsol : « En disséquant un cadavre, et même en coupant la chair vive, on ne trouve que de la viande, et jamais le principe humain ni quelque âme volatile »³⁶³.

Descartes cependant, s'il considère le corps comme une machine, admet que son créateur est Dieu, mais une divinité dans le fond, imitable par l'homme : « je me

³⁵⁸ René Descartes, *Méditations métaphysiques, méditation sixième*, op. cit., p. 110.

³⁵⁹ René Descartes, *Discours de la méthode* [1637], V^e partie, op. cit., p. 59.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 60.

³⁶¹ Ce monisme matérialiste adopte un naturalisme plus ou moins radical qui est le fondement des neurosciences cognitives et en vient à postuler que la philosophie n'a plus rien à dire. L'esprit est assimilé au mental, lui-même au cerveau et celui-ci à un ordinateur qui fonctionne par computation (calcul sur des symboles).

³⁶² Cf. Lionel Naccache, *Le nouvel inconscient*, Paris, Odile Jacob, 2006.

³⁶³ Chantal Delsol, *Qu'est-ce que l'homme ?*, op. cit., p. 11.

contentai de supposer que Dieu formât le corps d'un homme, entièrement semblable à l'un des nôtres, tant en la figure extérieure de ses membres qu'en la conformation intérieure de ses organes... »³⁶⁴. Cette idée est fondamentale : si Dieu peut façonner sa créature qui n'est qu'une machine dont nous pouvons connaître les mécanismes – Galilée dira que ce ne peut être qu'au moyen d'équations mathématiques – alors l'homme peut devenir créateur. Un chirurgien cartésien pourrait légitimement se prendre pour Dieu et modifier, transformer, adapter la machine qu'il opère selon sa seule volonté, guidée souvent par le désir incontrôlé de son opéré, hors de toute limite.

On dira avec raison que Descartes est le véritable fondateur de l'épistémologie moderne, mais Dominique Folscheid nuance en parlant de « scientificité de la science ». Car cette cruelle absence de vie chez Descartes correspond à une véritable abstraction. Nous avons déjà évoqué la distinction qu'il convient de faire en chirurgie, entre l'*illusion* et l'*abstraction*. Le corps platonicien est une illusion, certes, mais cette illusion est bien réelle, puisque je peux toujours *réellement* croire que l'âme – bien présente cependant – est emprisonnée dans un corps. Le cadavre-vivant de Descartes – vivant mais pourtant sans âme –, comme son corps-machine inerte, ne peuvent au contraire être qu'abstraction, car je sais très bien, d'une *irréfutable intuition*, qu'un cadavre ne peut qu'être mort et qu'une machine inerte ne peut fonctionner. Là où Platon distingue l'âme du corps où elle est prisonnière, Descartes la sépare radicalement : « il est certain que ce moi, c'est-à-dire mon âme par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps et qu'elle peut être ou exister sans lui »³⁶⁵. Et voilà aussitôt la possibilité qu'un corps sans âme puisse exister ! Pure abstraction donc. Mais très lourde de conséquence pour notre chirurgien puisqu'il pourrait se croire autorisé, sans limites, à agir sur un corps qu'il considérerait ainsi privé d'âme. D'autant que l'anesthésie pourrait lui en donner l'illusion. Nous reviendrons sur cette question essentielle de l'objectivation : redisons simplement qu'elle ne peut être qu'un effort d'abstraction conscient et non une simple illusion.

Dans le fond nous pourrions dire que Descartes est l'inventeur du corps « moderne » dont la science naissante – séparée de la philosophie – prétend pouvoir en maîtriser la connaissance. Double prétention, d'abord puisque nous venons de voir qu'il

³⁶⁴ René Descartes, *Discours de la méthode* [1637], V^e partie, *op. cit.*, p. 157.

³⁶⁵ René Descartes, « A Mersenne », janvier 1630, in *Œuvres de Descartes*, Paris, Ed. Adam et Tanery, p. 915.

s'agit d'une abstraction, et qu'ensuite la science est limitée à la connaissance des purs phénomènes.

La mathématisation du corps

Au XVII^e siècle en effet l'homme croit avoir trouvé la clé de cette maîtrise : Galilée n'annonce-t-il pas, dans *L'essayeur* en 1623, que :

« L'univers est écrit en langage mathématique et ses caractères sont des triangles, des cercles et autres lignes géométriques sans le moyen desquels il est humainement impossible d'en comprendre un mot »³⁶⁶ ?

C'est bien ici le manifeste fondateur de la mathématisation du monde, de notre monde « mondain », qui est réduit au seul réel de la science et qui fera dire à Ricœur que Galilée a « recouvert le monde comme œuvre de la conscience »³⁶⁷. L'expérience intime de notre propre corps nous fait pourtant bien sentir qu'il est au-delà d'une pure connaissance scientifique et que le monde lui-même dans lequel nous avons conscience de notre corps est autre chose qu'un pur phénomène mathématique³⁶⁸.

Lorsque la science telle que nous la concevons, après Galilée et Descartes, s'est définitivement séparée de la philosophie, elle a perdu en route la notion de sagesse, telle que la concevait Aristote – comprise comme la plus haute partie de l'âme, le *noûs*, l'intelligence intuitive. Cette « science » n'est alors devenue que pure connaissance, puisqu'elle prend pour acquis *a priori* les principes indémontrables sur lesquels elle se fonde. Elle n'est donc plus la science d'Aristote, intelligence *et* science : « une science en quelque sorte pourvue de tête »³⁶⁹. Ce qui autorisera Descartes à renverser l'arbre de la connaissance, qui ne s'élèvera plus vers la métaphysique, ramenée à sa racine, mais dont le tronc scientifique portera les trois branches essentielles : la morale, la mécanique et la médecine. Etrange et constant rapprochement entre la mécanique et la médecine.

Jusqu'au XX^e siècle cette conception « mathématisante » va s'imposer dans tous les domaines, celui du corps pour ce qui nous concerne, qui deviendra une substance « étendue » comme une autre, un bout de viande, voire une substance « électronique ».

³⁶⁶ Galilée, *L'essayeur*, 1623.

³⁶⁷ Paul Ricœur, *A l'école de la Phénoménologie*, Paris, Vrin, « Histoire de la philosophie », 2004, p. 35.

³⁶⁸ Husserl écrit que cette « mathématisation du monde » repose elle-même sur un « sol apodictique » indémontrable (*La crise des sciences européennes et l'objectivisme transcendantal*, op. cit.).

³⁶⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, trad. R. Boédüs, VI, 1141 a 20.

Les deux substances

Descartes en effet, s'il ne conteste pas l'existence de l'âme, il l'assimile cependant à la pensée. Le reste est étendu. Et comme cette « substance étendue » occupe de la place, un espace, elle est donc mesurable. Le corps est bien une matière « physique » à l'instar d'un morceau de cire dont je peux quantifier toutes les caractéristiques. Dans les *Méditations métaphysiques*, il précise :

« par corps j'entends tout ce qui peut être déterminé par quelque figure, qui peut être compris en quelque lieu et remplir un espace en sorte que tout autre corps en soit exclu ». Tandis que « la pensée est un attribut qui m'appartient ; elle seule ne peut être détachée de moi, *je suis, j'existe*, cela est certain ; mais combien de temps ? À savoir autant de temps que je pense... »³⁷⁰.

Ainsi seule la pensée, ce qui fait que je suis, ce qui me fait prendre conscience d'être, existe en tant que valeur : « la notion que nous avons de notre âme ou de notre pensée, précède celle que nous avons du corps, [...] elle est plus *certaine* »³⁷¹. Tandis que la substance étendue, tout ce qui n'est pas substance pensante, est connaissable selon l'ordre et la mesure : la valeur intrinsèque de l'objet devient nulle. Il n'y a plus de différence « essentielle » entre un corps humain et un corps animal, voire entre un pur objet et un corps.

Pourtant, à propos de la substance pensante, Descartes, nous dit Ricœur à la suite de Husserl, n'est pas allé assez loin dans la radicalité. Posant en effet que le *cogito* donne la vérité du monde comme *cogitatum*, il a fait surgir « le sol apodictique » : le monde peut être réaffirmé comme *cela que je pense*³⁷². Le côté transcendantal du *cogito* est évacué. C'est oublier qu'il ne saurait y avoir de science, de connaissance, sans un monde – originaire – objet de cette connaissance, ni donc de sujet qui puisse connaître. Car pour Descartes l'*ego* est une autre substance à laquelle on peut donc appliquer la méthode des sciences de la nature, ce qui est une autre manière de la rendre elle aussi « mesurable ». La psychologie au XIX^e siècle et au début du XX^e ne s'en privera pas, ce qui apparaîtra comme du « psychologisme » : aborder l'étude de la pensée comme on le ferait en science naturelle, de celle d'un fruit par exemple. Ricœur a raison de pointer l'insuffisance du doute cartésien : car si la pensée est mesurable, c'est donc bien qu'elle existe dans un monde déjà-là. Or, délaissant ce monde « pré-scientifique » Descartes

³⁷⁰ René Descartes, *Méditations métaphysiques, méditation seconde, op. cit.*, p. 61. C'est nous qui soulignons.

³⁷¹ René Descartes, *Discours de la méthode, VI^e partie, op. cit.*, p. 168. C'est nous qui soulignons.

³⁷² Paul Ricœur, *A l'école de la Phénoménologie, op. cit.*, p. 304.

annonce la naissance du rationalisme métaphysique – une « aliénation objectiviste » – et de l'empirisme septique qui va ruiner le savoir radical³⁷³.

Le corps, de la même manière, est ici véritablement désacralisé puisqu'il n'est lui aussi à la base qu'une substance mesurable. Et Descartes va pousser son génie jusqu'à nous donner la solution pour mieux l'étudier : c'est la modélisation. D'autant que Ricœur souligne encore :

« ...l'aggravation du processus de sédimentation après Galilée, [comme] l'*algèbre*, [qui] a fait passer toute la mathématique et la physique mathématique à un stade technique où le maniement des symboles [...] expulse la compréhension des propres démarches de pensée. Ainsi la science s'*aliène* et la conscience perd la clé de ses opérations »³⁷⁴.

La modélisation permet d'étudier la substance étendue

Dans ses *Règles pour la direction de l'esprit*, Descartes va nous fournir une méthode pour faciliter notre possibilité de connaître les caractéristiques de cette substance étendue qu'est pour lui notre corps. C'est – sans qu'il l'écrive réellement – la *modélisation*, telle que nous la concevons de nos jours.

La modélisation mathématique en effet, ne considère plus son objet, mais seulement les *rappports* qu'il entretient avec d'autres objets : la mathématique ordinaire, nous dit-il, « contient les premiers rudiments de la raison humaine et étend son action jusqu'à faire jaillir les vérités de *n'importe quel* sujet »³⁷⁵. La pensée en tire alors des lois qui vont devenir en quelque sorte virtuelles, généralisables à toute sorte d'objets sans considération aucune de ce qui peut faire qu'ils *sont* ces objets-là. Ricœur retrouve ici l'influence de Galilée, observant que là où il a été génial c'est « d'avoir contourné l'obstacle qu'opposait la qualité à la mesure et au calcul, en traitant toute qualité subjective comme l'index, l'annonce, d'une quantité objective »³⁷⁶. Cette « réduction » scientifique des objets est sans aucun doute très utile aux progrès de la science mais elle ne manque pas de poser problème lorsqu'il s'agit de l'être humain. Son corps peut être

³⁷³ Hume va « ébranler l'objectivisme dans l'absurdité du scepticisme » écrit Ricœur (*A l'école de la phénoménologie, op. cit.*).

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 303. Déplorant cette impasse dans la compréhension qu'implique une science non maîtrisable, le sénateur américain du Delaware, M. Kaufman, à propos de la crise financière, faisait remarquer que l'on construit des ordinateurs si puissants et si rapides qu'il est actuellement impossible de comprendre ce qu'ils font et donc quelles peuvent être les transactions financières ! (Canal +, 09/11/2011, 23h).

³⁷⁵ René Descartes, *Règles pour la direction de l'esprit*, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 1997, Règle IV, p. 22.

³⁷⁶ Paul Ricœur, *A l'école de la phénoménologie, op. cit.*, p. 302.

mesuré, quantifié mais cela ne saurait permettre d'en appréhender ni la qualité, ni la totalité : ce qui fait que cet être-là est cette personne humaine unique et singulière.

C'est dire encore qu'on peut connaître mais non *comprendre*. Descartes ajoute d'ailleurs, soupçonnant cette impossibilité, « que les objets dont il faut nous occuper sont ceux dont la connaissance peut être certaine et indubitable ». Pour cela bien sûr les objets « purs » de la déduction (mathématique universelle) seront supérieurs à ceux de l'expérience car la « chose » est trompeuse. Prenant l'exemple du morceau de cire, il en conclut que la seule certitude qui lui reste c'est le concept : c'est de la cire. Donc si les qualités sensibles – les qualités secondes – ne peuvent constituer l'essence des choses, ce ne sont que leurs qualités conceptuelles – les qualités premières – qui le peuvent. Puisque donc le monde extérieur – tout ce qui est en dehors du « je » – est géométrique (comme l'étendue de la substance) alors il peut tout à fait être objet d'une étude qui, de fait, sera limitée à cette « géométrie ». Tout ce qui ne rentrera pas dans cette catégorie n'aura plus droit de cité. Le corps de l'homme du coup, objectivable et quantifiable, sera réduit, par et pour le médecin, à un corps-objet. La personne dont il est le corps – la *raison d'être* – est évanouie et, avec elle, toute idée de finalité.

Soulignons au passage le problème de l'abstraction des mots dans ce qu'ils peuvent avoir d'universel : « le » corps ne veut rien dire. Mon corps, celui de Socrate ou celui du malade-là que je m'appête à opérer, ce corps seul existe tandis que *le* corps sur lequel je raisonne, ce corps virtuel n'existe pas. Avec le dualisme cartésien nous sommes bien dans la modélisation, dans la construction d'un réel pour la science. Or ce réel est une fiction, fort utile bien sûr pour nous permettre d'inventer et de fabriquer des outils, mais limité par contre quant à notre connaissance du vrai. Heidegger a beaucoup insisté sur la confusion entre l'exact et la vérité : la science ne détient pas le monopole de la vérité mais reste cantonnée à l'exact. Lorsque je suis amoureux, il est exact que mon rythme cardiaque s'accélère, il est exact que mes glandes surrénales sécrètent de l'adrénaline et que le diamètre de mes vaisseaux est modifié, mais c'est tout ce que peut me dire la science. Elle ne saurait comprendre la vérité de mon état. Après tout si un tigre me poursuivait il serait pareillement *exact* que je sois dans un tel état, pour autant la *vérité* de l'état amoureux n'a rien à voir avec celle de la peur. C'est dire que si la science peut *connaître* l'état amoureux, elle ne saurait le *comprendre*.

C'est toucher là à la différence entre l'entendement et la raison. Le premier perd l'individuel, se contentant de séparer l'essentiel de l'inessentiel, tandis que la seconde

dégage « un universel concret, une *finalité* »³⁷⁷. A partir de ce malade je prends conscience de son humanité, c'est-à-dire de ce qu'il y a d'universel dans sa singularité. C'est aussi réaliser qu'en tant que chirurgien, je ne comprendrais rien de ce malade que je vais opérer, de ce corps dans lequel je vais intervenir, si me contentais de l'appréhender comme une simple substance mesurable que mon seul entendement m'inciterait à considérer. Il est bien sûr nécessaire que je procède ainsi, mais cela ne saurait suffire, sauf à m'encourager à perdre mes limites et, nous le prouverons, à désacraliser ce corps au point de ne plus être concerné par ma propre action sur lui. C'est parler ici, avec Husserl, de *dés-intéressement*, ou, avec Levinas, d'oubli de la *responsabilité* qui m'oblige devant autrui. La raison, et ici la raison pratique, cette rationalité qui seule me permet de prendre conscience de mon action, prend toute son importance³⁷⁸.

Nous avons vu qu'Aristote déjà, à propos des objets de la connaissance avait subtilement distingué l'intelligence (*noûs*) de la simple sagacité³⁷⁹. La première, la plus haute, correspond au seul moyen envisageable de saisir les principes premiers qui sont indémontrables. Tandis que ce qu'il nomme sagacité est une vertu purement « scientifique » permettant « d'administrer une démonstration sur certaines choses »³⁸⁰. Or qu'il-y-a-t-il de démontrable sur l'essence du corps de l'homme, exclusion faite de son simple fonctionnement ? « Le *principe* de ce qui est connaissable scientifiquement ne peut être objet ni de science, ni de technique ni de la sagacité »³⁸¹. C'est l'intelligence qui est le seul moyen de saisir les principes, ces principes premiers, qui sont *a priori* indémontrables, socle « apodictique » sur lequel repose la science. Et notre chirurgien ne peut se contenter – et se retrancher – derrière la seule connaissance scientifique du corps de son patient, elle lui cache l'essentiel. Or c'est cet *essentiel* qui pose les vraies limites de sa chirurgie.

³⁷⁷ Paul Ricœur, *A l'école de la Phénoménologie*, op. cit., p. 301. C'est nous qui soulignons.

³⁷⁸ C'est admettre qu'il n'existe pas qu'une seule rationalité – la rationalité scientifique telle que nous la concevons de nos jours – mais d'autres rationalités qui doivent avoir toute leur place. La *rationalité pratique* – celle qui pose la question éthique : que dois-je faire ? – est fondamentale pour l'agir de l'homme. Or avec l'entrée de la seule rationalité scientifique en médecine (Pasteur et Claude Bernard), le problème est alors devenu que pour être rationnel il fallait être scientifique et que de fait seul le scientifique était rationnel !

³⁷⁹ La traduction du *noûs* grec par intelligence peut prêter à confusion, surtout lorsqu'on l'oppose à la sagacité. Il faut concevoir que le *noûs* aristotélicien est bien la plus haute partie de l'âme, la sagacité n'étant qu'une sorte d'habileté intellectuelle. Il distingue d'ailleurs cinq vertus intellectuelles, garantes de la conduite de l'âme : l'art, la science, la sagacité, la sagesse et l'intelligence (*Ethique à Nicomaque*, VI, 3, 1139 b 15).

³⁸⁰ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, VI, 1140 b 35, (traduction R. Bodéüs).

³⁸¹ *Ibid.*, VI, 1141 a 11.

Cette approche cartésienne du corps de l'homme a eu, et a toujours, de grandes conséquences en médecine et en chirurgie, dont deux sont patentes. D'abord celle d'une tendance à la « scientification » de la chirurgie, oubliant que son seul champ est un être humain, plus que son soi-disant corps. Ensuite d'une autre tendance de plus en plus développée, à l'hyperspécialisation, oubliant que la personne humaine est plus que son corps, et lui-même plus que la somme de ses organes. Dans un livre sur l'histoire de la médecine, ne lit-on pas avec effroi, si la naïveté de tels propos ne faisait pas sourire :

« Autrement dit le chirurgien orthopédiste s'intéresse depuis longtemps aux bases scientifiques et au substrat mathématique des gestes opératoires et des techniques chirurgicales »³⁸².

D'autre part les quatre préceptes que Descartes détaille dans son *Discours de la méthode* sont toujours d'actualité et contribuent largement en médecine à découper le patient, en « morceaux » pour spécialistes. Le premier précepte consiste à ne prendre pour vrai que ce qui « se présenterait si clairement et si distinctement à mon esprit ». C'est dire, pour lui, qu'il n'y a que les mathématiques qui ont « pu trouver quelques démonstrations, c'est-à-dire quelques raisons certaines et évidentes... »³⁸³. Mais surtout il affirme que la vérité c'est la science : « les choses que nous concevons très clairement et très distinctement sont toutes vraies »³⁸⁴, inaugurant la confusion dénoncée vigoureusement par Heidegger entre exactitude et vérité.

Son second précepte est de diviser les problèmes pour mieux les aborder, c'est-à-dire qu'il faut décomposer : c'est l'analyse. On comprend qu'appliquée sans restriction à la médecine et au corps humain, elle va consister en sa réduction en un ensemble d'organes. Le troisième – ordonner pour aller du plus simple au plus complexe – et le dernier – ne rien oublier – caractérisent bien la démarche scientifique moderne.

On devine toutes les dérives qui ont pu se greffer sur ce discours, en particulier en médecine où le problème est que le vivant ne peut se décomposer sans risque : la synthèse de ses composants ne redonne pas la vie, mais la mort. Sans renier cet apport fondamental qu'a fait Descartes au raisonnement scientifique, il faut fermement contester l'assimilation de la vérité à la science et cette objectivation *mathématique* du monde réel qui ne peut être que réductrice, comme si les mathématiques avaient un tel pouvoir sur toutes les activités humaines.

³⁸² E. Vander Elst, L'histoire de l'orthopédie, in *L'histoire de la médecine, op. cit.*, p. 117.

³⁸³ René Descartes, *Discours de la méthode, op. cit.*, p. 24.

³⁸⁴ *Ibid.*, p. 42.

« ...les mathématiques ont des inventions très subtiles, et qui peuvent beaucoup servir, tant à contenter les curieux qu'à faciliter *tous les arts* et diminuer le travail des hommes... »³⁸⁵. En particulier en médecine où : « tout ce qu'on sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste à savoir [...]. On pourrait s'exempter d'une infinité de maladies [...] et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissances de leurs causes et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus »³⁸⁶.

La science cartésienne peut tout, et puisqu'elle irrigue la médecine, celle-ci pourra tout *connaître* et donc tout *faire* : quel meilleur argument pourrait-on trouver pour justifier la « panmédicalisation » et contrer toute prétention à quelque limite que ce soit ? Mais revenons aux deux substances. Si la substance pensante – l'âme – est bien toute autre que la substance étendue – le corps – alors comment expliquer que l'un soit influencé par l'autre et réciproquement ?

Reste le problème insoluble dans ces conditions de la liaison âme/corps

Descartes essaie de la résoudre de manière bien alambiquée grâce à la « glande pinéale » et à ses « esprits animaux », mais il ne convainc personne. L'expérience de la douleur par exemple, soi-disant purement corporelle, mais qui touche aussi l'esprit, qui enveloppe tout l'être, prouve bien l'insuffisance du dualisme. Il écrit d'ailleurs à propos de « l'âme raisonnable », « qu'il ne suffit pas qu'elle soit logée dans le corps humain, ainsi qu'un pilote en son navire [...] mais qu'elle soit jointe et unie plus étroitement avec lui pour [...] ainsi composer un vrai homme »³⁸⁷. Ce qui ne l'empêche pas, un peu plus loin, d'affirmer que cette âme est « d'une nature entièrement indépendante du corps »³⁸⁸.

Les contradictions où mène son dualisme pousseront Descartes à y renoncer pratiquement, comme l'atteste ce qu'il écrit dans ses *Lettres à Elisabeth* ou son *Traité de l'homme* : « c'est en usant seulement de la vie et des conversations ordinaires [...] qu'on apprend à concevoir l'union de l'âme et du corps »³⁸⁹. C'est dire là que la vraie vie, celle de l'expérience du monde mondain, nous donne l'intuition immédiate que nous sommes bien notre corps. Nous verrons que Michel Henry affirmera que ce qu'exprime Descartes, pris dans les filets de ses propres contradictions, correspond bien « une phénoménologie transcendantale de l'*ego et* du corps subjectif »³⁹⁰.

³⁸⁵ René Descartes, *Discours de la méthode*, *op. cit.*, p. 11. C'est nous qui soulignons.

³⁸⁶ *Ibid.*, sixième partie, p. 81.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 62.

³⁸⁸ *Ibid.*, p. 63.

³⁸⁹ Lettre à Elisabeth, 28 juin 1643, *Œuvres de Descartes*, *op. cit.*, p. 692-693.

³⁹⁰ Michel Henry, *Philosophie et Phénoménologie du corps*, *op. cit.*, p. 212. C'est nous qui soulignons.

Car nous nous retrouverions sinon devant cette énigme d'avoir, d'une part un corps qui n'est pas réductible à sa substance étendue, puisque son âme y est étroitement mêlée, et d'autre part une âme qui est autre chose. C'est bien constater qu'il n'y a pas que de la matière scientifique dans un corps, du moins lorsqu'il est vivant : il y a bien de la vie. C'est avouer aussi que le sujet pensant est la condition de possibilité de la science. La phénoménologie, nous allons le voir, développera cette idée qu'il ne peut y avoir d'objets étudiés sans un « je » pensant, « je » qui peut bien correspondre au corps subjectif tel que le conçoit Michel Henry. C'est-à-dire, pour ce qui concerne ici le corps, qu'on ne peut pas être autant artificiellement étranger à son propre corps, de même qu'à celui d'autrui. D'ailleurs le chirurgien le sait bien – le *sent* bien – qui ne pourrait concevoir qu'il y a d'une part sa pensée pure qui ne fait que penser l'opération et d'autre part son corps et ses propres mains qui seraient seules à opérer. Nous avons observé précédemment que son action est immédiate, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune distance entre ses mains et lui-même qui « fait » le geste. Mes doigts qui sentent l'aspérité du petit trochanter³⁹¹, pourtant caché à ma vue, ces doigts qui devinent que le fil d'acier est bien collé au fémur sans risque de léser l'artère ou les nerfs, ces doigts ailleurs, qui, d'une main manient l'arthroscope au point de faire corps avec lui, tandis que de l'autre ils tirent sur l'extrémité de la greffe tendineuse³⁹², ressentant directement et la force et le frottement dans le tunnel osseux, oui ces doigts et leur main ne sont pas des objets à l'esprit du chirurgien qui opère, non, ce sont eux-mêmes qui opèrent immédiatement, qui ressentent ce qu'ils font et qui adaptent sans cesse leur action à ces sensations. L'âme du chirurgien et ses propres mains ne font qu'un. Cette intuition qu'a tout chirurgien d'intervenir immédiatement à l'aide de ses mains nous conforte dans l'idée que la notion d'âme séparée du corps n'est dans le fond qu'une illusion. Elle n'est créée que par notre seul entendement mais elle est démentie ici avec force par la réalité de l'acte d'opérer.

Il existe en effet un décalage, repéré par l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle, entre « la perception intime de son propre corps par chacun et l'objectivation scientifique... »³⁹³. Elle remarque encore que « en dépit de l'effort de fixation du vivant dans les catégories médicales, il arrive que le flair soit curieusement le plus

³⁹¹ Petit tubercule anatomique situé à la face postérieure de l'extrémité supérieure du fémur sur lequel s'insère le muscle *psoas*.

³⁹² Lorsque l'on remplace le ligament croisé antérieur du genou par une greffe tendineuse, on contrôle, grâce à une petite caméra intra-articulaire tenue d'une main, le trajet de la greffe que l'on introduit dans des tunnels osseux en la tractant par des fils, de l'autre main.

³⁹³ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, Paris, Seli-Arslan, 2007, p. 209.

vigoureux... ». On comprend bien que le flair, en matière de diagnostic, correspond à cette intuition qui, au-delà du pur raisonnement, permet d'aller immédiatement à l'essentiel. Or il en est de même durant l'acte purement technique, partie de l'action chirurgicale. Et le flair ici est charnel, il est cette immédiateté que permettent les mains-du-chirurgien qui opèrent³⁹⁴, ces mains qui, confondues avec lui, *sont* le chirurgien. Mais en même temps, remarquons que ce refus du dualisme cartésien que nous renvoie sans cesse notre intuition sensible, peut donner au chirurgien une impression de toute-puissance. En effet, seul maître de son champ opératoire, il peut croire y retrouver au fond la « réalité ultime du corps »³⁹⁵, s'imaginant alors, puisque seul détenteur de cette réalité, disposer d'un pouvoir quasi-divin sur son opéré. Oubliant qu'il y a de la sacralité dans son geste et qu'il inter-vient sur autre chose qu'un simple corps, il pourrait facilement alors se prendre pour Dieu.

Il semble n'y avoir pas d'autre solution au problème de l'âme et du corps, que de les unir. Mais union qui ne peut non plus être confusion. L'union parfaite entre l'âme et le corps qui tiendrait à leur spiritualité commune est développée dans les thèses « immatérialistes » : la seule substance est l'esprit ; il n'y a pas de distinction entre la matière et l'esprit et donc entre le corps et l'âme ; tout est esprit. La réalité n'étant composée que de choses singulières, c'est notre esprit qui les perçoit : « être c'est percevoir » ou « être c'est être perçu »³⁹⁶. Le monde extérieur – à nous – n'est que spirituel, il se réduit aux idées qu'on en a. Cette union parfaite, en dehors du fait qu'elle correspond à un certain relativisme septique, ne nous aide pas beaucoup sur le plan de la chirurgie. Si mon patient – et son corps – n'est qu'esprit et n'existe que parce que je le perçois comme objet de ma chirurgie ou parce qu'il est perçu par moi, alors je suis le seul maître à bord et je suis *absolument* Dieu. Tout n'existant que par moi, il n'y a plus d'absolu et je n'ai de compte à rendre à personne, pas même dans le fond à ce patient que je fais absolument mien.

C'est donc admettre que tout questionnement sur le corps implique nécessairement une philosophie complète du sujet humain, c'est-à-dire une analyse des rapports « âme-corps » (l'âme pouvant être assimilée à l'idée, la subjectivité, le *cogito* cartésien ou la liberté, voire le corps-sujet, l'intériorité, la singularité). Et si ce

³⁹⁴ Le pluriel est ici volontaire : ce sont véritablement les mains qui opèrent.

³⁹⁵ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 209

³⁹⁶ Berkeley (1685 – 1753), *Principes de la connaissance humaine*, Paris, Garnier-Flammarion, 1991 : «...les objets de la connaissance sont des idées véritablement imprimées sur les sens, ou des idées perçues [...] ou enfin des idées formées... », § 1.

questionnement retrouve un rapport constant entre les deux, entre l'âme et le corps, alors il y aura « impossibilité de mener à bon terme une philosophie de l'être humain sans une conception de l'absolu »³⁹⁷. C'est-à-dire que, sauf à tomber dans une aporie, il faut admettre qu'il y a en l'homme quelque chose qui le dépasse, qui semble dépasser ses propres possibilités d'entendement, qu'il y a un absolu.

« Apprenez que l'homme passe infiniment l'homme »³⁹⁸.

Cet absolu pouvant se concevoir comme Dieu affirmé ou nié, ou comme la liberté humaine seule. Nous retrouvons là des arguments pour notre thèse sur la sacralité du corps de l'homme et du geste d'y intervenir. Sans absolu, sans transcendance, il apparaît bien délicat de parvenir à poser des limites à une transgression. S'il n'y a plus rien de sacré ni dans l'homme, ni dans son corps, alors « c'est que tout est permis ».

Il faut donc convenir que le dualisme radical à la manière de Descartes, comme le monisme matérialiste de La Mettrie ou le monisme spirituel de Berkeley, ne tiennent pas. Notre corps, que nous subissons pourtant en le ressentant, *est* bien en quelque sorte ce que nous sommes. En intervenant le chirurgien opère bien son malade et non simplement le corps de celui-ci. N'est-ce-pas ici observer que ce corps est tout simplement vivant, comme ne pourrait jamais l'être ni un cadavre, ni une machine ?

C'est ainsi, avec le génie d'Aristote pourtant bien antérieur à l'auteur des *Méditations*, que se résout le mieux le problème de l'âme et du corps, en particulier pour ce qui en est de la médecine et de la chirurgie où l'on ne saurait soigner le corps d'une personne qui ne soit pas « en vie ».

Aristote revient, le corps reprend vie !

Malgré les presque quinze siècles qui séparent le Stagirite de l'élève de la Flèche, on pourrait imaginer que le premier reprocherait au second d'avoir oublié la vie, cette énigme qui fait qu'un corps humain est vivant. En tant qu'observateur attentif des manifestations du vivant, Aristote pense en effet que seule l'union de l'âme et du corps peut nous dire quelque chose de la vie :

³⁹⁷ Claude Bruaire, *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 2009.

³⁹⁸ Pascal, *Pensées*, III.

« C'est en vertu de leur communauté que l'une agit et l'autre pâtit, que l'un est mû et l'autre meut ; et aucun de ces rapports réciproques n'appartient à des choses prises au hasard »³⁹⁹.

Ce qui veut clairement dire, en outre, que l'âme de chaque corps lui est appropriée : il y a concordance parfaite entre ce qui informe et ce qui est informé. Si l'âme « ne peut être ni sans un corps, ni un corps : car elle n'est pas un corps, mais quelque chose du corps »⁴⁰⁰, c'est parce qu'elle ne peut être que dans un corps « de nature déterminée » car, conclut Aristote, « l'entéléchie de chaque chose survient naturellement dans ce qui est en puissance de cette chose, autrement dit dans la matière appropriée ». Dans le fond cela revient à admettre qu'il n'existe pas de matière indéterminée : toute matière est informée, que ce soit artificiellement comme dans les productions humaines où « nous faisons la matière en vue de l'œuvre »⁴⁰¹, ou que ce soit naturellement où la forme « préexiste ». En réalité le couple forme-matière chez Aristote est presque une composition de raison : il n'y a pas de matière sans forme, ce qui revient à dire que la matière est « inconnaissable par soi »⁴⁰². Donc matière et forme sont inséparables et « seul le discours humain violentant le réel les distingue »⁴⁰³. La matière d'une chose n'est pas la chose, elle est *ce dont* la chose est faite.

« Si l'œil en effet était un animal, la vue en serait l'âme car c'est elle la substance de l'œil, qui correspond à la réalisation, tandis que l'œil lui est matière de la vue »⁴⁰⁴.

Le corps n'est donc pas l'âme, il est *ce dont* l'âme est faite, sa « substance », comme l'œil est « matière de la vue », car sans vue l'œil n'est plus un œil, de même qu'un corps sans âme n'est plus corps. C'est l'âme qui le met *en forme*. Elle est bien « la forme d'un corps naturel ayant la vie en puissance »⁴⁰⁵. C'est dire que le corps correspond à la matière informée par l'âme pour autant qu'elle l'informe. Il devient sinon cadavre : « Quand un corps est mort il n'est plus corps que par homonymie »⁴⁰⁶. Cela revient à introduire la notion capitale de finalité qui, caractérisant le vivant, reste de fait, incompatible avec toute conception cartésienne. Puisque je ne saurais intervenir sur un cadavre qui n'est rien, et puisque mon opéré n'est pas rien, force m'est

³⁹⁹ Aristote, *De l'âme*, I, 3, 407 b.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, II, 2, 414 a.

⁴⁰¹ Aristote, *Physique*, II, 194 b.

⁴⁰² Aristote, *Métaphysique*, 10, 1036 a.

⁴⁰³ Eric Fiat, *La notion d'âme animale dans la philosophie de la nature, d'Aristote à Hegel, op. cit.*, p. 5.

⁴⁰⁴ Aristote, *Parties des animaux*, II, 1, 412 b 20. Il rajoute : "de même que l'œil se compose de la pupille et de la vue, de même ici est-ce l'âme et le corps qui font l'animal" (II, 1, 413a 2-3).

⁴⁰⁵ Aristote, *De l'âme*, II, 412 a, 20.

⁴⁰⁶ « On appelle homonymes les choses dont le nom seul est commun, tandis que la notion désignée par ce nom est diverse », Aristote, *Catégories*, I, 1, a, 1.

d'admettre qu'il est une finalité. Or la finalité est nécessairement rattachée à la matière. Car toute matière ne peut être qu'informée, ce qui va correspondre à son essence, comme « le substrat premier de chaque chose [...] à partir duquel quelque chose advient, non par accident »⁴⁰⁷, car « malgré tous les changements qui peuvent toucher un être, qui ne sont que des accidents, il reste l'être immuable »⁴⁰⁸. Puisque, pour Aristote, il n'y a pas de vie en dehors des vivants et que le vivant « réel » est nécessairement en devenir, c'est bien qu'il porte une finalité. Le vivant n'est plus une « Idée » figée à la manière de Platon, ce qu'il énonce définitivement :

« La *phusis* d'un être c'est son *télos* »⁴⁰⁹.

Notion fondamentale pour le chirurgien, puisque l'être de son patient, ce qui fait que son corps-être est ce qu'il est, ne peut plus se dispenser d'une cause finale et ne saurait être réduit à la cause efficiente – celle qui pour Descartes serait la seule explication du vivant : son fonctionnement par relation de cause à effet comme on le constate sur des engrenages. Nous pourrions simplifier en disant que la cause finale⁴¹⁰ du corps c'est la vie et que sans elle un corps n'en est plus un. Il ne peut y avoir de chirurgie que du *vivant*, sinon nous parlerions d'autopsie, et cette vie est *humaine*, sinon nous parlerions d'art vétérinaire. Là est la sacralité que nous cherchons à déceler⁴¹¹.

« L'âme est ainsi, d'une certaine manière, la vie même, en tant qu'en elle la vie s'accomplit en possédant elle-même ce qui fait sa fin ou son *eidos*, mais cette vie n'est rien d'autre que la vie du corps, car c'est le corps qui la possède en puissance »⁴¹².

Pour autant le corps ne saurait être l'âme. Pourquoi, se demande Aristote, les os et la chair vont-ils faire un homme ? « Parce qu'ils sont organisés de manière à servir les fins par lesquelles l'homme existe et qui consistent dans l'activité intellectuelle et morale »⁴¹³. C'est ici reconnaître d'abord que la finalité des parties comme du corps lui-même, consiste bien en « l'existence » de l'homme et qu'ensuite l'être humain recèle

⁴⁰⁷ Aristote, *Physique*, I, 192 a, 30.

⁴⁰⁸ Aristote, *De l'âme*, I, 412 b.

⁴⁰⁹ Aristote, *Métaphysique II*.

⁴¹⁰ Richard Boédüs préfère aux quatre causes, « les principes constitutifs de l'être en devenir » : le corps serait le principe matériel ou potentiel, l'âme non seulement le principe formel, mais encore les principes efficient et final, en ce sens « qu'elle constitue globalement le moteur du vivant » (Présentation, *Aristote, De l'âme*, Paris, Garnier Flammarion, 1993, p. 18).

⁴¹¹ Il n'est ici pas question de « désacraliser » toute vie animale, mais de convenir que si nous avons une certaine « complicité d'âme » avec les animaux, notre vie est, elle, spécifiquement humaine, ce qui la rend autrement sacrée.

⁴¹² Michela Marzano, « Corps », in *L'univers philosophique, Encyclopédie philosophique universelle, op.cit.*, p. 418.

⁴¹³ Aristote, *Parties des animaux*, H. 1043 a, 16-33.

deux dimensions : l'intellect qui le distingue des plantes et la moralité qui le sépare des animaux. Là est la responsabilité du chirurgien. Son opéré n'est ni chose, car vivant, ni animal, car libre. Et c'est l'âme humaine qui est bien forme du corps humain :

« Il faut donc nécessairement que l'âme soit substance, comme forme d'un corps naturel qui a potentiellement la vie. Or cette substance est réalisation. Donc elle est réalisation d'un tel corps »⁴¹⁴.

La matière c'est l'être en puissance, encore indéterminé. La forme va déterminer cette matière, la faisant passer de l'être en puissance à l'être en acte : elle actualise la matière, elle est « réalisation ». La notion de puissance est ici fondamentale : le corps de mon patient endormi, qui n'accomplit pas « actuellement » la plupart des opérations de la vie, demeure pourtant animé, puisqu'il en est capable – en puissance. Il est plus qu'une simple machine. L'âme est l'acte d'une puissance, mais sans acte une puissance n'est rien. C'est dire que forme et matière – *hylé* et *morphé* – ne sont pas deux entités complètement différentes, elles sont liées substantiellement :

« il n'y a pas à rechercher si l'âme et le corps sont une seule chose, pas plus qu'on ne le fait pour la cire et l'empreinte, ni d'une manière générale pour la matière d'une chose quelconque et ce dont elle est la matière »⁴¹⁵.

C'est en cela que cet « hylémorphisme » s'oppose au dualisme. Car si l'âme est bien, pour Aristote, immatérielle, cette immatérialité « ne peut être celle d'une entité distincte du corps vivant et donc n'implique pas une vision dualiste du vivant »⁴¹⁶. D'autre part il y a une intrication permanente dans le monde entre forme⁴¹⁷ et matière, il y a plus ou moins d'indétermination, mais tout s'oriente cependant vers plus de détermination : « Tout ce qui possède l'être en puissance tend à passer à l'être en acte »⁴¹⁸. Les êtres ont bien une finalité – un *télos* – qui est de s'actualiser.

Mais il demeure pourtant chez le Stagirite, un certain dualisme qui pourrait nous poser problème en chirurgie. Il distingue en effet une « certaine partie » de l'âme qui, n'étant la réalisation d'aucun corps, et « comme possédant une existence substantielle », pourrait logiquement en être séparée. Ainsi l'âme intellectuelle comprendrait *l'intellect*

⁴¹⁴ Aristote, *De l'âme*, I, 412 a, 20.

⁴¹⁵ *Ibid.*, II, 412a, 5.

⁴¹⁶ Richard Bodéüs, Présentation, *Aristote, De l'âme*, op. cit., p. 31.

⁴¹⁷ En français le mot « forme » recèle plusieurs sens : la simple apparence (le *skéma* grec ou le *Gestalt* allemand), ce qui est mesurable, ou bien la véritable forme (*morphè* grecque ou *Form* allemand) qui fait que ce dont elle est forme est vraiment cela. Ainsi pour Aristote la forme n'est pas ce « schéma » mesurable et quantifiable qu'est devenu pour nous le corps humain, c'est au contraire son principe vivant, ce qui fait qu'un corps n'est pas un cadavre parce qu'il est en vie.

⁴¹⁸ Aristote, *De l'âme*, II, 412a, 5.

patient, celui qui reçoit les formes de toutes choses, et *l'intellect agent*, celui qui les lui livre, extrayant les formes des images dans lesquelles elles sont engagées. Lorsque je perçois le corps endormi de mon malade, ce serait l'intellect agent qui, débarrassant l'image de toutes les perceptions sensibles, rendrait ce malade personne humaine donc sacré. Si, pour percevoir le corps endormi de mon malade, il me faut être vivant et en possession de toutes mes capacités physiques, en revanche, le côté transcendant, sacré, absolu, de ce même malade ne dépend d'aucun observateur et persistera, même après ma propre mort. C'est en cela que l'intellect agent « actualise » absolument. Aristote distingue ainsi la pensée elle-même de son opération : « dans ma pensée il faut distinguer ce qui est *pensée* et ce qui est *mien* ; ce qui est *pensée* est universel [...], le *mien* de ma pensée est lié à mon individualité biologique »⁴¹⁹. C'est qu'il reste une énigme à propos de l'intellect – le *noûs*. Si en effet la pensée requiert le corps – le cerveau – en revanche le principe de cette pensée – l'intellect – n'est pas lié au corps. Le corps est bien la condition de toute connaissance : il fournit, par ses sensations, la possibilité pour le *noûs* d'en extraire des formes intelligibles. Mais cet intellect doit « être nécessairement sans mélange »⁴²⁰. Il est en quelque sorte le « lieu des Idées » chères à Platon.

Redoutable défi pour le chirurgien : au-delà même de ce qu'il peut lui-même penser, force lui est d'admettre qu'il y a dans cet être-corps-opéré, tout autre chose, quelque chose d'absolu, une transcendance dans le fond, qui, le rendant sacré, pose l'interdiction de le profaner – profanation qui serait dépassement des limites *autorisées* (la question restant alors celle des limites de l'*autorisation*). Ne serait-ce donc pas le *noûs*, cet intellect qui peut-être différencie essentiellement l'homme de l'animal, ne serait-ce pas comme cette transcendance que nous portons et qui pourtant nous dépasse, qui ferait toute la sacralité de cet être-corps-opéré ?

Le dualisme aristotélicien, si dualisme il y a, est donc celui de la vie humaine et de la pensée, celui du principe de la vie et du principe de la pensée. Aristote ne serait-il pas le premier grand philosophe à absolutiser ainsi le corps vivant de l'homme ? Mais la séparation qu'il semble établir entre la vie et la pensée va pourtant soulever le problème, non tant de l'immortalité de l'âme, que celui surtout de la responsabilité morale de l'homme en tant que personne. Si en effet, l'intellect – le *noûs*, qu'il soit patient et/ou agent – est séparable de la forme du corps, alors il constitue « une sorte de savoir absolu

⁴¹⁹ André Perrin, « L'âme et le corps », *op. cit.*, p. 43.

⁴²⁰ Aristote, *De l'âme*, III, 4, 429a, 15.

transcendant aux individus humains »⁴²¹ comme le postuleront Averroès et Avicenne. Mais alors ce pourrait être la porte ouverte à une sorte de dénigrement de type platonicien du corps qui ne recèlerait plus rien d'absolu. Annonçant Descartes, on assisterait à une rupture entre la pensée et l'individualité biologique. C'est heureusement l'introduction, par Thomas d'Aquin, de la notion de *personne* qui réconciliera la pensée et la vie, refondant philosophiquement l'unité de l'homme, comme véritable sujet de ses pensées et de ses actions. Il y a bien quelque chose d'absolu dans l'homme – quelque chose de divin ? – même si, comme l'écrit le Stagirite : « il est impossible à l'individu de participer à l'éternel et au divin de façon continue »⁴²². Cela ne signifierait-il qu'il serait seulement possible à l'homme de s'approcher du divin, certainement pas de se *prendre* comme tel ?

Puisque nous questionnons ici sur l'acte chirurgical, permettons-nous une petite pirouette à propos de la main du chirurgien et relisons l'amusante analogie qu'Aristote fait entre l'âme et la main :

« Si bien que l'âme ressemble à la main. La main, en effet, constitue un instrument d'instruments, et l'intelligence de son côté est forme des formes, ainsi que le sens une forme de sensibles »⁴²³.

Il ne peut y avoir en effet dans l'âme que la *forme* des objets sensibles ou intelligibles – travail de l'intellect agent –, car il serait bien sûr absurde de penser qu'une pierre ou qu'un acte chirurgical concret puissent s'y trouver.

Comme Descartes, Aristote et Platon conviennent tous deux de l'existence de l'âme, mais si pour le second elle est autre chose que le corps où elle est enfermée, pour le premier elle est la forme du corps. Elle est bien « ce par quoi nous vivons, sentons et pensons »⁴²⁴ ; expérience intime et personnelle que chacun de nous ressent chaque jour. L'âme nous semble donc bien être « l'essence propre de tel corps déterminé ». Pour autant Aristote, s'opposant ici à son maître, ne dit pas que l'âme est l'essence d'un être : elle est celle du corps qu'elle informe, dont elle ne peut être dissociée. La différence d'approche de l'âme entre les deux grands philosophes de l'Antiquité fait dire à Jean-

⁴²¹ André Perrin, « L'âme et le corps », *op. cit.*, p. 44.

⁴²² Aristote, *De l'âme*, II, 4, 415b.

⁴²³ *Ibid.*, III, 7-9, 432 a 1. Et dans *Parties des animaux* : « La main semble bien être, non pas un instrument unique, mais plusieurs car elle constitue comme un instrument qui tient lieu d'instruments » (IV, 10, 687 a, 19-21). Remarquons que le mot grec *organon* désigne à la fois l'organe et l'outil : si la main peut être considérée comme « outil d'outils », en revanche on ne peut pas dire qu'elle est aussi bien « organe d'organes » (Dominique Folscheid, séminaire de La Pitié 2010-2011).

⁴²⁴ Aristote, *De l'âme*, II, 2, 414 a ; II, I, 412 b.

François Revel⁴²⁵, que, si la pensée grecque présocratique annonce la rationalité tout en restant soucieuse d'observation et d'expérimentation, :

« [Platon] en récusant le témoignage des sens et en proclamant qu'est vrai seulement ce qu'on voit avec les yeux de l'esprit et non les yeux du corps, créait un climat nettement défavorable ». Tandis qu'Aristote, revenant au particulier et aux phénomènes observés, ramènerait la pensée à un « retour à l'empirisme et au positivisme ionien ».

Le célèbre tableau de Raphaël, *L'Ecole d'Athènes*, illustre avec génie cette opposition entre le monde des Idées de Platon, qui lève la main vers le ciel, et la réalité de notre vie sur Terre, ici et maintenant, que désigne Aristote en montrant le sol⁴²⁶. On peut en effet observer, comme l'écrit Michel Henry, qu'à partir de la philosophie grecque « L'opposition du sensible et de l'intelligible va dominer la pensée occidentale »⁴²⁷. C'est à partir de cette dissociation que Descartes absolutisera le sujet, celui qui seul, pense, soit : son âme. Aucun chirurgien pourtant ne devrait pouvoir s'exonérer de la responsabilité qu'il a nécessairement, en opérant, rentrant dans « le vif du sujet », de toucher à l'âme.

* *

*

Nous pouvons, à la suite de ce questionnement sur le dualisme dont Aristote nous a montré les limites, faire deux remarques qui auront des conséquences importantes pour notre réflexion sur la sacralité du corps. La première c'est qu'on ne peut réduire le corps de l'homme à la somme de ses composants, qu'il s'agisse de fonctions, d'organes, voire d'atomes, puisque manifestement c'est la vie qui fait que le corps d'un animal est bien son corps, et l'esprit – plus que la pensée – qui rend humain celui d'un homme. La vie comme la pensée ne sont d'ailleurs pas réductibles à une simple matérialité.

La seconde remarque, c'est qu'il persiste un mystère dans la personne humaine, mystère que notre intuition nous renvoie devant le visage d'autrui par exemple, et que le

⁴²⁵ Jean-François Revel, *Histoire de la philosophie occidentale, de Thalès à Kant*, Paris, Agora, « Pocket », 2003. Cité par François Boustani, *La circulation du sang*, op. cit., p. 29.

⁴²⁶ C'est à la demande du pape Jules II que Raphaël réalise les fresques de la salle de la signature au Vatican au XVI^e siècle. En face de *L'Ecole d'Athènes* (illustration de la vérité approchée par la raison) où figure aussi Averroès, savant musulman, il a peint *Le Saint sacrement* (la vérité révélée). Ceci témoigne de l'ouverture d'esprit qu'apporte le *Quattrocento*. (In, François Boustani, *La circulation du sang*, op. cit.).

⁴²⁷ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 12.

chirurgien ressent toujours avant d'inciser la peau. Il a toujours l'intuition que son geste est particulier, qu'il ne saurait être réduit à une simple technicité et qu'il intervient bien sur un corps humain vivant et personnalisé. Quoique de nombreux chirurgiens puissent s'en défendre, nous prétendons – nous affirmons même – qu'ils ne peuvent pas ne pas être « rattrapés » par cette intuition qui ramène au mystère. Le mystère est une dimension propre à l'homme sans laquelle la vie « est incompréhensible en tant que contenu d'intériorité et de transcendance »⁴²⁸. C'est dire qu'appréhender la vie comme *bios* – comme un fait purement scientifique – réduit le mystère de cette vie à une simple limite que la science dépassera, ce mystère qui est pourtant une réalité de notre vie comme *zoé* – comme sens. Or c'est bien cette dimension de mystère qui nous donne l'intuition que chaque être humain concret est une valeur qui dépasse sa simple réduction biologique et qui est « appel à la transcendance »⁴²⁹. Jean-François Mattéi nous dit que le mystère (de *musterion* : fermer les yeux ou la bouche) est « cet engagement dans l'être que la connaissance ne peut jamais surmonter »⁴³⁰. Il y a un « tout autre » en chaque personne humaine – le *ganz andere* de Rudolf Otto ? – dont on fait l'expérience intime, ce qui n'a rien à voir avec ce que l'on peut expérimenter scientifiquement.

Pour ce qui est de notre propos et de l'intuition que peut avoir le chirurgien devant son opéré, nous voyons que c'est cette dimension de mystère qui oblige à une responsabilité devant le corps. Ce corps, cette hanche ou ce genou qui ne sont pas qu'une partie de l'opéré, comme une substance autre, mais qui rappellent sans cesse au chirurgien qu'ils sont profondément liés à cet opéré, à son âme qui est ainsi « plus étroitement jointe et unie avec lui pour constituer un vrai homme »⁴³¹. L'opéré et son corps, cet opéré-corps, sont un mystère, une transcendance, ce qui les rend sacrés. La transcendance – le *transcendens*, l'être pour Heidegger – est « ainsi reconnue comme ce qui excède l'homme et se situe en dehors de ses prises »⁴³². Or la science, qui ne peut rien nous dire de la transcendance, voudrait souvent nier cette dimension « autre » qui pourtant interpelle tout chirurgien qui commence une intervention.

⁴²⁸ Perez-Soba, « Sacralité ou idolâtrie de la vie ? », Séminaire « Vie parfaite, vie normale, vie handicapée », *op. cit.*

⁴²⁹ *Ibid.*

⁴³⁰ J.-F. Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in *Vers la fin de l'homme*, Christian Hervé, Jacques Rosenberg (dir.), Bruxelles, Ed. De Boeck, 2006, p. 210.

⁴³¹ René Descartes, *Lettres à Elisabeth*, *op. cit.*

⁴³² J.-F. Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in *Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 211.

« Ce qui inquiète, ce qui nuit, c'est l'abîme muet qui s'étale entre la science objective et l'intuition vive, où se niche le silence du concept »⁴³³.

Tout ceci dans le fond nous amène à la phénoménologie : qu'est-ce réellement que ce corps que je perçois ? Que puis-je en penser ? Et à partir de quels repères, sur quelles valeurs, vais-je pouvoir y intervenir ?

Voyons parmi ce que nous disent les phénoménologues, ce qui puisse nous aider.

Le corps de la phénoménologie

La phénoménologie correspond à décrire les choses telles qu'elles apparaissent. Le grec *phainoménon* correspond à ce qui est visible. Pour René Girard, le phénomène est bien ce qui « surgit en pleine lumière »⁴³⁴. Parménide déjà soutenait la permanence de l'être – qui ne se donne pas à voir – et la multiplicité de ses manifestations, les phénomènes. Les neurosciences vont apporter un éclairage incontestable à la phénoménologie en particulier lorsqu'elles vont montrer que l'épigénèse et la plasticité du cerveau reposent sur l'interaction environnementale du corps⁴³⁵. C'est bien là donner au corps une place essentielle.

La question est donc pour le chirurgien de savoir si le corps de mon opéré est ce qu'il m'apparaît.

De Descartes à Kant

Il fallait que l'on puisse sortir l'âme cartésienne – l'*ego* – de son isolement délétère en clarifiant le domaine de la connaissance, c'est-à-dire en fait les limites de la science telle que nous la concevons. Conséquence majeure pour notre chirurgien qui n'interviendra plus sur un cadavre et qui pourra, en même temps qu'il prendra conscience de la vie du corps humain qu'il opère, se forger une éthique, comme responsabilité morale de ce qu'il fait. C'est Kant qui va nettement distinguer la raison théorique – la science – de la raison pratique – la liberté. Tâchant de répondre aux deux questions que le scepticisme de Hume, le tirant de son sommeil dogmatique, lui fait se poser : « que puis-je connaître ? » et « que dois-je faire ? », il va complètement modifier le point de vue entre l'objet et le sujet, parlant d'une « révolution copernicienne ». Ainsi

⁴³³ Dominique Folscheid, « L'homme et son corps », in *Ethique, la vie en question*, Editions universitaires, N° 2, 1991, p. 9.

⁴³⁴ René Girard, *Les origines de la culture*, Paris, Hachette, « Pluriel », 2009, p. 105.

⁴³⁵ Bernard Andrieu, *L'invention du cerveau*, Paris, Press Pocket, 2002, p. 43-63.

les objets de la connaissance, les *phénomènes*, que la science telle que nous la concevons pourra analyser, décrire, mesurer, seront nettement séparés des « choses en soi » – les *noumènes* –, à jamais inconnaissables, que l'on ne peut que penser. Ce caractère inconnaissable des choses en soi est donc bien différent de la connaissance toujours possible des phénomènes pour l'instant inconnus parce qu'ignorés. Le scientifique au contraire, nous le reverrons, affirmera que la science finira par tout connaître, même l'inconnaissable. C'est considérer comme seul réel le monde pur de la science, celui de la seule raison théorique.

Il nous faut insister ici sur la distinction que ce « dualisme » kantien va permettre d'établir entre connaître et comprendre, c'est-à-dire en fait penser. On pourra toujours, par exemple, mieux connaître la vie, le corps – de quoi il est fait, comment il fonctionne – sans jamais vraiment le comprendre. Or, oublier de penser le corps, notre corps, est une « prémisse de la barbarie ». Hannah Arendt a écrit que le mal apparaît lorsqu'on ne pense plus⁴³⁶. Et peut-être faut-il en effet repenser notre corps que la médecine contemporaine, de plus en plus prisonnière du Système technoscientifique, a tendance à objectiver en permanence. Nous reverrons combien cette objectivation est une abstraction intellectuelle, certes nécessaire pour pouvoir correctement traiter un malade, mais qui ne saurait correspondre à la réalité. Comment d'ailleurs celui qui objective – ici en l'occurrence le chirurgien – pourrait-il s'extraire de sa propre condition, c'est-à-dire d'être lui-même incarné, d'être et d'avoir en même temps, un corps ? Comme si le chirurgien pouvait ne pas être la condition de possibilité de l'objectivation. Sans chirurgien point ne serait besoin de discuter de la nécessité d'une objectivation. Or si cette opération est pure abstraction pour soi-même, on doit se poser la question de sa légitimité lorsqu'elle concerne un autre corps. Comment pourrais-je objectiver chez l'autre son corps alors qu'il m'est impossible de l'effectuer pour moi-même ?

C'est ce que Kant exprime dans sa *Critique de la raison pure* : il y a un Moi transcendantal. C'est bien le sujet lui-même, disposant d'une intuition sensible et des catégories de l'entendement, qui est la condition de l'expérience. Mais cela signifie en

⁴³⁶ Cf. Hannah Arendt, *Eichman à Jérusalem, rapport sur la banalité du mal*, trad. A. Guérin, Paris, Gallimard, "Folio histoire", 1991.

réalité que le corps de mon patient, et mon patient lui-même – celui qui *pâtît* – ne sont pas de simples phénomènes⁴³⁷.

Dominique Folscheid nous dit que le corps est devenu « ce fantôme flottant sur son propre cadavre »⁴³⁸ : on ne le ressent que lorsqu'il défaille et l'on a tendance à n'en parler qu'en fonction de ce qu'on l'on en connaît, alors qu'on ne le comprend pas. Le corps, nous dit-il, n'a rien d'intelligible, alors que l'intelligence précisément – notre intelligence, celle de chacun de nous – voudrait nous le poser comme étranger, « autre qu'elle-même », comme voulait l'établir Descartes.

Dans le fond le chirurgien ne peut être cartésien et doit, au contraire, être kantien. Nous avons d'ailleurs insisté sur la finalité – le *télos* –, chère à Aristote, qui est la vraie nature d'un être, mais qui ne se « voit » pas et qui pourtant rend mon patient autre qu'un simple phénomène. Et par conséquent il y a deux sortes d'êtres : ceux dont le principe est à l'intérieur – les êtres vivants – et ceux dont le principe est à l'extérieur – les objets mécaniques que l'on peut démonter et remonter. Kant parlera de la force *formatrice* (dans la plante ou l'animal) qui se distingue de la force *motrice* (dans un objet mécanique comme une montre par exemple). La chirurgie – et le chirurgien, agent de cette action – ne paraît, dans le fond et au-delà des simples apparences, être concernée bien plus par la force formatrice – ce qui fait que ce patient *existe* – que par la seule force motrice – comment cet organisme *fonctionne*-t-il.

Il paraît immédiatement clair au chirurgien que le corps sur lequel il va intervenir est plus qu'un simple amas d'organes, serait-il fonctionnel, qu'il *est* bien ce patient *vivant* qui a son principe – son *arkhè* – à l'intérieur et qu'il ne saurait être démontable et remontable comme une montre.

Le phénomène « patient-opéré » comme un « donné »

La phénoménologie nous apprend qu'il faut séparer le phénomène de *l'être de qui* il est le phénomène avec *celui pour qui* il est phénomène⁴³⁹. C'est introduire ici la conscience. Je ne vois pas que mon malade *et* son corps : je prends bien conscience de ce malade *avec* son corps, et son corps est bien ce « phénomène » qui rend patent le fait que je puisse intervenir dedans. En clair, s'il n'y avait qu'un malade sans corps ce serait

⁴³⁷ Si on en reste là, on est dans l'entendement (Hegel quittera l'entendement – diviseur – pour la raison spéculative). Mais Aristote précise qu'il est nécessaire que l'âme soit substance du corps : il ne saurait y avoir de corps sans âme (le cadavre n'est plus un corps).

⁴³⁸ Dominique Folscheid, « L'homme et son corps », in *Ethique, la vie en question, op. cit.*, p. 7.

⁴³⁹ J.-F. Lyotard, *Phénoménologie*, Paris, PUF, 1974, p. 5-6.

bien sûr une absurdité, mais si ce corps-ci qui est bien présent à ma conscience n'était pas pour moi le corps-à-opérer, et plus encore, le corps-à-opérer-de-ce-malade, il ne me concernerait pas en tant que chirurgien. Dans le fond c'est reconnaître que j'ai nécessairement *conscience* de cet opéré. Puisqu'on ne saurait avoir conscience de rien, c'est bien l'intentionnalité qui est l'essence de la conscience de ce donné, c'est la conscience comme « rapport au monde ». Le « monde », pour un chirurgien qui va intervenir, est constitué par son patient au bloc opératoire. Et le corps est évidemment impliqué dans ce rapport au monde : il en est la condition de possibilité. Il se décline en outre en deux : corps de l'opéré, mais aussi, et fondamentalement, corps de l'opérateur. D'autant qu'il est établi, en phénoménologie, que l'objet visé n'est pas que visé pour un savoir, il est aussi visé pour lui-même : « les modes de la conscience accédant aux objets sont essentiellement dépendants de l'essence de ces objets »⁴⁴⁰. Or comment un chirurgien pourrait-il prendre conscience du corps de son opéré de la même manière que de la carrosserie de sa voiture par exemple ? Bien évidemment, l'essence de l'objet visé modifie la conscience qu'on en a.

Soit. Nous pouvons alors séparer le phénomène « patient-opéré » à la fois de l'être de ce patient et du chirurgien qui le vise comme « patient-opéré ». Mais est-ce suffisant pour prendre véritablement conscience de cet être, de réaliser ce qu'il est vraiment : une personne singulière ? La question ici est celle du *donné*, libéré de toute interprétation, à l'instar du morceau de cire de Descartes que Merleau-Ponty nous recommande de décrire comme il se donne, avec un refus de passer à l'explication. Sinon on met à la place de ce *donné*, autre chose, un *objet*, l'objet du physicien. Puisque nous parlons ici de corps, nous pourrions nous contenter de le décrire tel que nous le voyons, déniait ce qu'il nous révèle. Or croyant le voir, le laisser apparaître tel qu'il est, en réalité nous avons tendance à y plaquer immédiatement notre vision d'homme de connaissance, d'homme de science, de chirurgien *docte*. Comme s'il nous était presque impossible de retrouver un regard phénoménologique pur, qui laisserait le *donné* de ce corps s'exprimer seul. Car dès l'instant où le donné de ce corps est recouvert par son objectivation, on risque de le perdre. Et c'est bien la tendance de notre médecine qui voudrait être purement et uniquement dans la rationalité scientifique. La science nous livre-t-elle pour autant la réalité d'un corps et le connaître ainsi n'empêcherait-il pas de le comprendre ? Ce *comprendre* qui, pour Heidegger a une « signification

⁴⁴⁰ Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, op. cit., p. 22.

ontologique ». Car ce comprendre ontologique est toujours solidaire d'un être-jeté préalablement. Décider d'aborder chirurgicalement le corps d'autrui ne peut se résumer à inciser une peau, une chair, un simple organe. Qu'il faille s'évertuer à faire un effort d'abstraction pour réduire le corps de son patient à un objet chirurgical, c'est certain et nous en reparlerons plus loin. Mais de là à en conclure que ce corps n'est bien que son apparence, qu'il n'est *que* cette réduction, c'est alors une autre histoire. Il y a un antéprédicatif à toute objectivation scientifique : *avant* que la science ne puisse objectiver le réel donné, il lui faut bien se *fonder* sur ce réel donné. « Il n'y a pas de science qui ne pose avant tout l'existence du monde réel dont elle est science »⁴⁴¹. C'est son sol « non scientifique ». Notre question est donc celle de la « recherche du donné *immédiat* antérieur à toute thématization scientifique »⁴⁴². Ricœur considère que, fidèle à la pensée de Husserl, l'expérience phénoménologique est « le lieu par excellence de l'intuitivité », comme un « empire de sens libéré de toute question factuelle »⁴⁴³. Le chirurgien, face à son opéré, peut-il être purement « intuitif » ?

Tâchons pour cela d'éclaircir ce « donné immédiat ». C'est en effet Husserl qui a donné ses lettres de noblesse à la phénoménologie. S'opposant fermement à la mathématisation du monde telle qu'inaugurée par Galilée, il part de l'évidente constatation que la connaissance dite scientifique du monde repose elle-même sur des axiomes – ou des principes – choisis au départ. Cette science pose ainsi comme postulat que seule l'expérience – comprise comme *expérimentation* – est source de vérité. Mais comment expérimenter ce postulat ? Prenons par exemple le postulat de la causalité – que dénoncera Hume mais que Kant posera, de son côté, comme catégorie *a priori* de notre entendement – : ce n'est pas parce que j'observe qu'à chaque fois qu'une boule noire est lancée contre une boule blanche, elle la fait bouger, que je peux pour autant et absolument être certain que cet effet se produira nécessairement à chaque fois que je l'expérimenterai. Je ne peux bien évidemment que le *postuler*. C'est ce que Husserl nomme le « *sol apodictique* » de la science « comme le sol sur lequel [elle] est construit et auquel [elle] renvoie inévitablement »⁴⁴⁴. Or ce *monde pré-donné* est le seul qui puisse nous dire quelque chose de l'essence des objets. Au contraire des objets de la science qui disparaîtraient aussitôt qu'on pratiquerait la « suppression imaginaire » de

⁴⁴¹ J.-F Lyotard, *Phénoménologie*, op. cit., p. 16.

⁴⁴² *Ibid.*, p. 6.

⁴⁴³ Paul Ricœur, Philosophie réflexive, in *Encyclopédie Philosophique universelle*, op. cit., p. 69.

⁴⁴⁴ Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, op. cit., p. 38.

l'ensemble des prédicats indémonstrables qui la constitue. Écoutons ce qu'écrivait Pascal à ce propos :

« De toutes les matières où la preuve consiste en expériences et non en démonstrations, on ne peut faire aucune assertion universelle que par l'énumération générale de toutes les parties et de tous les cas différents »⁴⁴⁵. Et, sur la méthode géométrique, science pourtant la plus pure pour lui, consistant à tout définir et à tout prouver : « Mais elle est absolument impossible car il est évident que les premiers termes qu'on voudrait définir en supposeraient de précédents pour servir à leur explication et de même, les premières propositions qu'on voudrait prouver en supposeraient d'autres qui les précédassent ; et ainsi il est clair qu'on arriverait jamais aux premières [...]. D'où il paraît que les hommes sont dans une impuissance naturelle et immuable de traiter quelque science que ce soit dans un ordre absolument accompli »⁴⁴⁶.

Il reste à parvenir à ce « donné immédiat *antérieur* à toute thématization scientifique », et cela ne peut se faire que par la réduction phénoménologique. Cette réduction – *re-ducere* : reconduire – est effet un effort d'abstraction, de mise entre parenthèses pour laisser les choses se présenter elles-mêmes, pour les laisser apparaître. Et à travers sa manifestation – son phénomène – la chose pourra m'être donnée comme un absolu parce qu'il y a « une imperfection indéfinie qui tient à l'essence insuppressible de la corrélation entre chose et perception de chose »⁴⁴⁷.

Si donc, en tant que chirurgien, je laisse le phénomène « malade-à-opérer » se donner à mon intuition, alors je devrais en percevoir l'essence, cette essence qui « s'éprouve dans une intuition vécue ». Pour éprouver cette intuition, « ce en quoi la chose même m'est révélée dans une *donation originnaire* »⁴⁴⁸, il faut que je pratique une « variation imaginaire » de ce que je crois être ce phénomène « malade à opérer ». Mais dans la réalité « vraie » – dans la vraie vie du chirurgien au bloc opératoire –, avant même l'*expérience* que je vais avoir de ce patient, j'en ai une précompréhension originnaire. C'est-à-dire que j'en ai d'emblée une *idée* – Husserl parle de l'*éidos* comme essence⁴⁴⁹. C'est encore dire que le *fait* est là, individuel et contingent (il pourrait être autre qu'il est). Ainsi du corps de mon opéré : quel qu'il soit, quelle que soit la maladie

⁴⁴⁵ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Pensées de Blaise Pascal*, *op. cit.*, 1^{ère} partie, art. I, p. 61.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 67.

⁴⁴⁷ Pour Husserl, les choses du monde naturel sont dites « transcendantales » car leur en-soi m'est inconnu. Elles me sont données originnairement par une perception qui ouvre sur la conscience. Celle-ci a une essence hétérogène à ce dont elle est conscience : par là même la transcendance de la chose est posée (et l'immanence de ce « moi » qui la perçoit qui est un moi concret et pourtant dégagé de son être-au-monde, spectateur « désintéressé »).

⁴⁴⁸ Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, *op. cit.*, p. 182.

⁴⁴⁹ Ce qui fait dire à Husserl qu'il existe bien une *science eidétique*, qui devient alors l'ontologie de la nature – comme étude de l'*essence* ou essence. Et ce sont les lois eidétiques qui vont guider toute connaissance empirique.

qui le touche, ce corps est là, comme un *fait*. Cette contingence renvoie pourtant à l'essence nécessaire : nécessairement ce corps n'est pas *un* corps mais bien celui de Monsieur Dupont. La facticité implique donc une nécessité. La « réduction eidétique » nous fait ainsi passer de la facticité contingente de l'objet à son essence comme « contenu intelligible », c'est donc une réduction « mondaine ».

Dans le fond c'est reconnaître que le monde de la pure connaissance, le monde de notre science contemporaine, est une sorte de monde virtuel, rempli de « tuitions » comme connaissances acquises, qui nous cachent nos « intuitions », antérieures, déjà-là :

« La perception n'est pas capricieuse, elle est *fatale* : ce que je vois, la perception que j'en ai est aussi réelle que le soleil que je vois »⁴⁵⁰.

Ainsi le corps de mon patient n'est pas une Idée platonicienne, une connaissance pure, il *est*⁴⁵¹. Et la question alors n'est plus : « *qu'est-ce ?* », mais « que signifie qu'il *est ?* » et « *comment est ce qui est ?* »⁴⁵². C'est encore poser la question fondamentale : est-ce que les choses du monde que je perçois – ici le malade que j'opère – peuvent exister en elles-mêmes, « en soi », en dehors de ma pensée ? C'est-à-dire sont-elles *transcendantes* au sujet et au réel ?

Subjectivité transcendante du chirurgien

C'est remarquer qu'on ne peut oublier le sujet percevant, celui à *qui* le phénomène apparaît. C'est ici Michel Henry qui a le plus insisté sur l'importance de la subjectivité. Pour lui, Husserl ne réalise qu'une seule réduction phénoménologique. Elle se fait par une *épokhè* – une mise entre parenthèses – du monde de la science galiléenne, comme nous venons de le voir. Rappelons que celle-ci ne retient comme étant véritable que « les formes abstraites de l'univers spatio-temporel dont la détermination géométrique constitue dès lors une connaissance univoque »⁴⁵³. Ce qui correspond à « une *idéalisation* du monde sensible et pratique »⁴⁵⁴ qui ne sera pas sans répercussion jusque dans le domaine médical, où l'homme disparaît de plus en plus derrière une *idée* de lui

⁴⁵⁰ Ralph Waldo Emerson, *Essai de philosophie américaine*, Paris, Charpentier, 1851 (N-Y. Library).

⁴⁵¹ Hegel était allé encore plus loin, puisque pour lui l'être est déjà sens – ou concept – et que la transcendance de l'en-soi kantien ne serait qu'une production de l'entendement (Hegel, *Préface à la phénoménologie de l'Esprit*). Sartre dira que l'essence n'est pas à proprement parler dans l'objet, car l'objet ne possède pas l'être : il *est*, d'où les limites de sa connaissance objective (*L'être et le néant*, Paris, Gallimard, « Tel », 1976).

⁴⁵² Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, *op. cit.*

⁴⁵³ Michel Henry, Philosophie et subjectivité, in *L'univers philosophique, Encyclopédie Philosophique Universelle*, *op. cit.*, p. 46-56.

⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 47.

que l'appareil techno-scientifique peut fournir à son médecin. Idée qui n'a plus rien à voir avec la donation originare que peut livrer l'intuition husserlienne, car c'est une idée virtuelle, construite.

« La première vérité du monde n'est pas celle de la physique mathématique mais bien celle de la perception [...]. La vérité de la science s'édifie en superstructure sur une première assise de présence et d'existence qui est celle du monde vécu perceptivement »⁴⁵⁵.

Mais si Husserl présuppose un champ de présence où la vie puisse se montrer – « pré-donnée » –, Michel Henry affirme au contraire qu'elle est « auto-donation », fait primitif et qu'elle n'a besoin de rien pour se donner à nous, sinon d'elle-même. Il découvre ainsi une deuxième *épokhè*, qu'il va approfondir. Elle correspond à la nécessité de faire abstraction « de notre vivre immédiat dans le monde de la vie ». Il faut ramener la vie elle-même, notre vie, à sa « pré-donnée aperçue pour elle-même, c'est-à-dire de l'étant à sa *donation* ». C'est la réduction phénoménologique et *transcendantale*⁴⁵⁶ : réduire le monde réel (et non plus scientifique) à la « subjectivité transcendantale qui le constitue ». Ricœur confirme d'ailleurs cette absolutisation du soi : « l'appréhension d'une transcendance est douteuse, mais l'immanence à soi est indubitable »⁴⁵⁷. Cela revient à dire que c'est la subjectivité qui fonde le monde puisque l'expérience, fut-elle reproductible, peut, dans l'absolu, ne pas se reproduire. Tandis que « quand ma réflexion s'applique sur mon vécu pour le saisir, j'ai un *absolu* en lui-même dont l'existence ne peut par principe être niée »⁴⁵⁸. C'est ce que Michel Henry appelle « l'expérience interne transcendantale » qui livre la véritable réduction phénoménologique. Il va jusqu'à proclamer que cette phénoménologie transcendantale correspond à la science absolue – la « philosophie première » – pourvue d'un caractère de certitude apodictique.

Sans l'absolutiser, il est intéressant de considérer ce point de vue pour le chirurgien face au corps de son patient. Puisque cette expérience transcendantale signifie qu'il est la condition de ce vécu : c'est donc lui, et lui seul, qui va avoir – qui va

⁴⁵⁵ Paul Ricœur, *A l'école de la Phénoménologie*, op. cit., p. 14 (190).

⁴⁵⁶ Il faut distinguer avec soin « *transcendantal* » et « *transcendant* ». Le *transcendant* – ce qui est extérieur voire supérieur – s'oppose à l'immanent alors que le *transcendantal* est ce qui est « la condition de possibilité de », c'est-à-dire ce qui demeure hors du champ de ce qu'il rend possible, ce qui reste hors d'atteinte de la connaissance qu'il permet.

⁴⁵⁷ Paul Ricœur, Philosophie réflexive, in *L'univers philosophique, Encyclopédie Philosophique Universelle*, op. cit., p. 69.

⁴⁵⁸ Michel Henry, Philosophie et subjectivité, in *L'univers philosophique, Encyclopédie Philosophique Universelle*, op. cit., p. 48.

prendre – conscience du corps sur lequel il va agir, en dehors de toute autre considération. Et précisément il faut qu'il fasse abstraction de toute autre considération pour qu'il prenne pleinement conscience de *ce vécu*, c'est-à-dire de *ce corps* qui représente *absolument* la vie de son opéré. Ce qui est le contraire de l'objectivation.

Car insistons encore sur ce corps de l'opéré, de *mon* opéré. Ce corps phénoménologique du chirurgien – ou *pour* le chirurgien – pose ici problème. Si l'on se contente de son apparence, du réel donné, on risque de rester dans la stricte objectivation ; si au contraire on met à la place de ce donné immédiat toute la connaissance scientifique de la médecine, on est encore dans l'objectivation. Il y a un entrelacs inextricable des êtres dans la nature :

« Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le Tout, non plus que de connaître le Tout sans connaître particulièrement les parties »⁴⁵⁹.

Faudrait-il alors que le chirurgien pratique une *épokhè* encore plus radicale : rester dans ce qui apparaît, mais l'approfondir, essayer de retrouver le pur donné, pour, derrière la stricte corporéité, retrouver l'humanité ? Ce qui reviendrait à se débarrasser de toute « objectivité », et considérer, avec Levinas, la phénoménologie comme :

« une réflexion radicale, entêtée sur soi, un *cogito* qui se cherche et se décrit sans être dupe d'aucune spontanéité, d'aucune présence toute faite, dans une méfiance majeure envers ce qui s'impose naturellement au savoir, fait monde et objet, mais dont *l'objectivité bouche en réalité et encombre le regard qui la fixe* »⁴⁶⁰.

Mais est-ce possible ?

Le patient-opéré n'est pas un simple phénomène

En tant que chirurgien, si je reste conscient du corps de mon opéré et si je m'efforce de ne le considérer que comme ce corps-là-de-ce-patient-ci qui m'apparaît, alors j'aurai toute possibilité de comprendre ce qu'il *est* et toute mon action en sera imprégnée. D'autant qu'il m'apparaîtra alors que ce malade-corps, que cet être-humain-corps sur lequel mes mains vont intervenir, recèle une part de sacré. Comme si l'idée d'un être caché qui ne pourrait pas apparaître était inconcevable : la Raison – la Raison hégélienne en tant que rationalité prise globalement et non limitée au pur entendement scientifique – doit permettre en effet de dévoiler la vérité de ce qui apparaît. C'est-à-dire que les phénomènes de la phénoménologie ne renvoient à aucun être caché ni

⁴⁵⁹ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Pensées de Blaise Pascal*, op. cit., p. 157.

⁴⁶⁰ Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, op. cit., p. 20. C'est nous qui soulignons.

inconnaissable. Sartre aurait-il raison d'écrire que «...notre théorie du phénomène a remplacé la réalité de la chose par *l'objectivité du phénomène* et elle a fondé celle-ci sur le recours à l'infini »⁴⁶¹ ? Nous pourrions dire que la réalité du corps-patient-à-opérer dépasse en effet l'objectivité de son phénomène et que l'infini qui s'en dégage, le rend sacré.

Après avoir préféré un chirurgien kantien à un opérateur cartésien, nous voici amené à contester même cette seconde préférence. Kant en effet a cherché à opposer le phénomène au noumène, la chose en soi, telle qu'elle ne nous apparaît pas et qui de fait serait inconnaissable. Pourtant dire d'une chose qu'elle serait inconnaissable, c'est déjà en dire quelque chose de connaissable. C'est donc admettre que le dualisme kantien entre le phénomène et la chose en soi, sans doute un peu rigide, doit être nuancé : il y a bien des situations de notre vie où, au-delà de notre stricte perception, nous avons l'intuition d'autre chose. Le sourire de l'enfant, ce que l'on perçoit au-delà du simple regard, sont des exemples connus, comme la transcendance dans l'événement que représente la naissance d'un nouveau-né⁴⁶². Mais le corps de mon patient en est aussi la preuve. Ce qu'il me renvoie de la douleur que lui fait endurer le mal pour lequel la chirurgie devrait le délivrer, la confiance qu'il accorde à son chirurgien et mille et une autres manifestations qui vont au-delà du phénomène kantien, m'interrogent sur ce qu'est véritablement ce corps que je dois opérer. Cette impression est très forte encore lorsque, par exemple, lors d'une arthroplastie du genou réalisée sous anesthésie péridurale⁴⁶³, la jambe et la cuisse du patient sont insensibles mais restent capables de mouvements. Pour apprécier le bon fonctionnement de la prothèse mise en place, le chirurgien demande à son patient de mobiliser son genou.

Arrêtons-nous un instant sur l'image et observons la scène, d'un regard le plus neutre possible, comme un spectateur « désintéressé ». Nous voyons une articulation « écorchée » et sanguinolente, les muscles réclinés, la rotule luxée, telle qu'elle « apparaît en un cadavre », qui effectue pourtant des mouvements de flexion et extension, comme si de rien n'était ! On n'est plus, on ne peut plus être, dans le simple phénomène : il y a bien de la vie dans ce genou disséqué et réduit à une simple articulation. Et le mouvement observé n'est pas suffisant : c'est dans « l'animation » de

⁴⁶¹ J. -P. Sartre, *L'être et le néant*, op. cit., p. 13. C'est nous qui soulignons.

⁴⁶² Eric Fiat, « De la dignité », Conférence du 24/11/2010, séminaire « Vie parfaite, vie normale, vie handicapée », Paris, Collège des Bernardins.

⁴⁶³ Opération qui consiste à reconstruire l'articulation du genou à l'aide d'une prothèse. L'anesthésie péridurale consiste à neutraliser les racines médullaires sensibles.

ce genou que l'on sent intuitivement se manifester la personne du patient. C'est-à-dire que la prise de conscience de cette vie à travers les mouvements insolites que parvient à effectuer l'opéré, malgré l'ouverture de sa chair, cette « apparence » de vie est bien plus qu'un simple phénomène kantien. Pour le chirurgien, s'il y prête un minimum d'attention, elle signifie que ce membre ouvert *est* le corps de son opéré et qu'il est *absolument* investi par la vie de cet opéré. Il ne s'agit donc plus d'un objet anatomique pur qui serait bizarrement mobile comme les pattes de la grenouille décérébrée qui s'agitent lorsqu'on stimule les nerfs. Il s'agit bien d'un corps vivant, c'est-à-dire de *ce* corps de *mon* opéré investi par *son vécu*. Il faut donc au chirurgien faire un effort pour dépasser la simple apparence de son geste et prendre conscience de la réalité de ce geste, de tout ce qui y est « célé ». Notre chirurgien se rapprocherait-il alors de Husserl qui, à travers la « réduction eidétique » cherche à dépasser le phénomène concret vers son essence ? Sans doute car il nous faut bien admettre qu'il y a autre chose, derrière ce patient et son corps, une autre valeur plus qu'un simple inconnaissable, quelque chose de *mystérieux*.

Ce petit survol de la phénoménologie nous permet d'observer qu'un objet peut être décrit selon trois niveaux : son *apparence pure* – ce qui est vu ou perçu –, son *apparence pour moi* – ce qui se rapproche alors de la subjectivité – et *son utilisation que je présume* avant de le connaître, qui s'apparente à la visée.

Quelles approches du corps chirurgical ?

Si nous appliquons ce raisonnement à notre propos, nous pouvons appréhender le corps chirurgical selon ces trois directions : son apparence pure, qui correspond schématiquement à son *anatomie*, son apparence pour moi chirurgien, que nous pouvons rapporter à la *chair*, et son « utilisation » présumée qui peut se ramener à l'*intentionnalité* de la chirurgie.

Le corps anatomique comme apparence pure

Rembrandt nous livre une vision grandiose du corps anatomique, à travers un tableau remarquable : *La leçon d'anatomie du docteur Tulp*⁴⁶⁴. Pour la petite histoire, le docteur Tulp n'avait la permission d'autopsier un cadavre qu'une fois l'an. La séance

⁴⁶⁴ Tableau peint en 1632 (Rembrandt n'a que 26 ans), exposé au *Maurithuis*, La Haye, Pays-Bas.

était ainsi bien organisée et très ritualisée. On observe sur la toile que le regard des élèves est focalisé sur le maître et que lui-même ne s'intéresse qu'à l'avant-bras disséqué. Bien entendu c'est un cadavre sur lequel il intervient, mais il n'y a aucune trace dans le tableau de Rembrandt de la moindre considération pour le corps de cet homme mort la veille⁴⁶⁵. Ce corps n'est véritablement qu'un objet de dissection. Bien sûr, il n'est pas question ici de larmoyer et de s'élever contre l'ouverture du corps humain à des fins de connaissances anatomiques. Ce serait ridicule et indéfendable. Il s'agit simplement de faire une analogie, certes un peu excessive, avec l'oubli du corps qui guette le chirurgien, s'il ne considère que son apparence purement anatomique. Car le corps de l'anatomie n'est qu'un phénomène au sens kantien, et ne se distinguant en rien d'un corps mort, le chirurgien qui s'en « contenterait » risquerait alors de n'opérer qu'un cadavre.

Cette approche purement anatomique du corps de l'homme entraîne des conséquences qui dépassent le strict cadre chirurgical, mais qui pourtant nécessitent un traitement « chirurgical » des corps. Ainsi, en 2008, a été organisée dans les trois plus grandes villes de France, une exposition, soi-disant culturelle, d'exhibition de cadavres chinois, écorchés et plastifiés. Elle s'intitulait pompeusement « *Our Body* », comme s'il s'agissait de « notre corps », cachant la barbarie et le voyeurisme véhiculé par une telle exhibition, qui plus est, à Marseille, dans un parc d'attraction!⁴⁶⁶ Que signifie cette illusion artistique ? Que l'on voudrait que le corps d'un homme ne soit que son apparence, et que figé dans la mort, livré à sa nudité charnelle, rendu en outre tel que ses entrailles puissent apparaître à la vue, on voudrait croire qu'ainsi exposé il ne soit plus qu'un objet auquel on attribuerait des qualités esthétiques ? C'est oublier, ou refuser de voir précisément, que, fût-il mort, ne fût-il plus que cadavre, il porte encore le signifié d'avoir été le corps d'un vivant. Depuis l'hominisation et les débuts de l'humanisation, l'homme a toujours donné une sépulture à ses morts et un respect au cadavre. Or, à travers ce jeu de foire, c'est ce qu'on voudrait nier. Avec la perte du respect pour le cadavre, dernière trace de la vie d'un homme, on perd insensiblement le respect pour le corps, et en définitive pour l'homme. Son cadavre peut être exhibé, son corps n'est plus sacré, lui-même ne l'est plus. Or qu'est-ce qu'un cadavre, sinon une chose qui a été

⁴⁶⁵ Il s'agit de celui d'un voleur, que la justice « offre » chaque année à l'anatomiste, l'heure de l'exécution étant régulièrement adaptée à celle de la leçon d'anatomie, qui avait lieu l'hiver pour que le corps ne se corrompît pas trop rapidement, ainsi que sa corpuence au thème de la leçon !

⁴⁶⁶ Cf. Pierre Le Coz, « Main basse sur les cadavres à Marseille », *Le Monde*, 04/12/2008.

humaine ? C'est donc une chose qui conserve le souvenir de son humanité passée : c'est, pour les juristes, « un objet sacré ». Le cadavre reste donc humain puisqu'il a vécu une vie « sacrée »⁴⁶⁷. Il est d'ailleurs significatif que le seul argument qu'ait retenu le Tribunal de Paris pour faire interdire l'exposition de ces corps plastinés de chinois, à la demande d'associations contre la peine de mort, fut de justifier qu'en portant plainte ces associations : « exercent une action conforme à leur objet social » et que, d'autre part il n'y a pas trace du « consentement » des défunts. Nulle considération quant à ce qui se donne à voir dans ces expositions morbides, aucune référence non plus à une quelconque sacralité. Il semble bien que l'on traite avec plus de dignité les cadavres que les vivants. Il existe pourtant une « catégorie immuable de biens obéissant à un régime juridique spécifique qui nous fait remonter aux origines de l'humanité [...] ». Ces choses sont respectables et des impératifs catégoriques nous dictent qu'on ne peut en faire n'importe quoi »⁴⁶⁸.

Cette négligence, en quelque sorte, du vivant et de sa complexité, au profit de la simplicité du cadavre qui n'aurait rien à nous dire (puisque'il ne dispose plus du langage) se retrouve en médecine et en chirurgie : le corps anatomique pur est une approche beaucoup plus rassurante que tout ce qui pourrait se donner au-delà de cette stricte anatomie. Le chirurgien est d'autant plus rassuré que son patient est bien endormi, qu'il est bien réduit à sa pure anatomie et qu'aucune manifestation de sa personne ne viendra troubler le bon déroulement de l'intervention. De là à souhaiter n'intervenir que sur un cadavre, il n'y a qu'un petit pas. « Pas » moral d'une importance essentielle, mais petit pas tout de même. D'ailleurs une grande revue d'anesthésistes titrait bizarrement en novembre 2011 : « L'autopsie peut-elle encore sauver l'anesthésiste ? »⁴⁶⁹. Il y était question de déterminer les causes de la mort quand elle survient lors d'une anesthésie pour intervention chirurgicale. Si le but était d'aider à la défense médico-légale des anesthésistes, pour une plus grande justice, la forme par contre restait surprenante. Ainsi pouvait-on lire : « cet *ultime examen* n'est donc pas nécessairement redondant ou inutile

⁴⁶⁷ Bernard Edelman rapporte un arrêté du Tribunal de Roubaix de 2006 : « La dépouille mortelle est propriété familiale et *sacrée* » (c'est nous qui soulignons). Remarquons le changement d'objet : si la Déclaration des droits de l'homme stipule bien que le *droit de propriété* est « inviolable et sacré », en revanche, à la suite de cet arrêté, c'est la *dépouille* qui le devient.

⁴⁶⁸ Xavier Labbé, « La valeur de la dépouille mortelle, chose sacrée », *Etudes sur la mort*, 2006/1, n° 129, p. 69-77, (DOI : 10.3917, eslm.129.0069).

⁴⁶⁹ Lee La (et coll.), *Autopsy utilization in Medicolegal Defense of Anesthesiologists* *Anesthesiology*, 2011, 115:713-7, in Béatrice Jourdain, JIM.fr, 03/11/2011.

par rapport à ceux pratiqués *ante-mortem* ». Ainsi l'autopsie devient un examen comme un autre, fût-il ultime.

On comprend que l'apparence seule – le *Körper* – ne fait pas tout en matière de corps et qu'ainsi, pour le chirurgien, il est illusoire de ne considérer le corps de son malade que comme une pièce anatomique à opérer. C'est pourtant ce qui lui apparaît lorsque son patient, endormi donc inconscient et insensible, est mis à la disposition de son bistouri. De même que le cadavre n'est plus un corps mais qu'il est toujours chargé de symbolisme, de même le malade anesthésié offre son corps qui « manifeste » une présence vivante, unique et singulière. Cette manifestation est donnée d'emblée, nous dirions trivialement que le chirurgien « la reçoit en pleine figure ».

C'est bien pour cela, nous le reverrons, qu'il faut *volontairement* faire un effort d'abstraction pour l'objectiver. Faute de « désacraliser » ce corps en considérant que son objectivation serait la réalité.

Tout ceci nous montre que l'apparence du corps ne peut se résoudre à une simple approche anatomique. Car le chirurgien comme son patient ont un corps qui pourtant leur « apparaît ». Pascal, moquant les interrogations métaphysiques de Platon sur la question de "qu'est-ce qu'un homme ?" – « un bipède sans plume » – remarque simplement que « la première chose qui s'offre à l'homme quand il se regarde, c'est son corps, c'est-à-dire une certaine portion de matière qui lui est propre »⁴⁷⁰. Plus que de matière, nous pourrions parler d'espace, d'autant que, dépassant un pur matérialisme, l'auteur des *Pensées* précise « qui lui est propre ». Cette identification de l'homme à un espace – fût-il matériel – correspond bien à cette intuition que nous avons d'être comme identifiés à notre corps. C'est-à-dire qu'au-delà de la *skéma* de ce corps – de sa forme purement physique – il se manifeste encore autre chose. Leibniz affirmait qu'on ne peut pas trouver deux réalités semblables dans le monde car nous existons à travers un espace privé qui est celui de notre corps. Le corps de mon patient est son espace privé. C'est-à-dire qu'au-delà de la propre apparence de son corps, de son corps anatomique tel qu'il pourrait m'apparaître, il existe un espace privé, un lieu dans l'univers qu'occupe ce corps. Je ne peux ainsi pas dissocier ce « phénomène », de l'espace qu'il occupe dans le monde. Ce qui soulève le problème du schéma corporel.

⁴⁷⁰ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Pensées de Blaise Pascal*, op. cit., Art. IV, p. 116.

Le schéma corporel

Cette notion, introduite par Henry Head en 1911, correspond à la proprioception, comme *représentation intuitive* que nous avons de notre corps par l'intermédiaire des impressions tactiles, kinesthésiques et sensorielles. Elle se distingue donc de la *représentation mentale* que nous avons de nous-mêmes, qui passe nécessairement par l'idée que nous avons de notre corps. Dans cette idée du sujet et de son corps – du « je » qui pense et qui existe par et avec son corps – dans ce *soi corporel*, Bernard Andrieu⁴⁷¹ essaie de distinguer la dimension biologique corporelle (le *corporel* du soi) de l'expérience phénoménologique et subjective du soi (le *soi* du corporel). A partir de l'observation du petit enfant, on peut en effet différencier deux conceptions. Soit il est en état fusionnel avec l'environnement sans capacité extéroceptive par manque de maturation neurologique. Soit il existe de manière innée un système corporel complexe permettant la différenciation entre le soi et l'environnement, et le soi et autrui. Merleau-Ponty soutient la première thèse : il y a pour lui une antériorité du schéma corporel dans le niveau existentiel. La conception freudienne d'un « soi-substance sans limites établies »⁴⁷² irait dans le sens de cette indifférenciation originelle. Mais les recherches récentes ont du mal à trancher, tout au plus concèdent-elles que « l'indifférenciation originelle entre le soi et le non-soi n'est jamais absolue »⁴⁷³.

Car cette notion importante de schéma corporel pose des limites claires à la considération du corps du malade comme l'apparence pure d'un corps anatomique. Ce qui est bien illustré par cette remarque de Merleau-Ponty : « Finalement, loin que mon corps ne soit pour moi qu'un fragment de l'espace, il n'y aurait pas pour moi d'espace si je n'avais pas de corps »⁴⁷⁴. C'est-à-dire que le corps-phénomène de mon patient est plus que ce qui apparaît au chirurgien, qu'il n'occupe un espace que, et uniquement que, parce qu'il est celui d'un corps humain vivant. S'il n'était pas endormi il pourrait se déplacer dans l'espace du monde, où il occuperait toujours son espace privé. Seul le corps mort, le cadavre, se liquéfie jusqu'à ne plus occuper d'espace, jusqu'à disparaître.

Il faut donc admettre une autre dimension phénoménologique du corps que sa simple apparence. Peut-être est-ce là parler de chair ?

⁴⁷¹ Bernard Andrieu (Textes réunis par), *Philosophie du corps*, Paris, Vrin, 2010, p. 21.

⁴⁷² *Ibid.*, p. 25.

⁴⁷³ *Ibid.*, p. 26.

⁴⁷⁴ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, *op. cit.*, p. 119.

La question de la chair comme corps pour le chirurgien

Puisque l'acte chirurgical nécessite d'*inter-venir* c'est-à-dire de rentrer dans le corps du patient à opérer, il y a forcément un rapport étroit avec la chair. Michel Henry, qui décrit « l'immanence corporelle », insiste sur la chair qui, plus qu'une hypothétique enveloppe – et qui envelopperait quoi ? – correspond à l'incarnation :

« En un premier sens l'incarnation concerne tous les êtres vivants sur terre puisque ce sont tous des êtres incarnés »⁴⁷⁵. Et la chair est plus que le corps inerte qui ne ressent rien. Le corps humain *est* chair : « l'incarnation ne consiste pas à *avoir un corps*, à se proposer de la sorte comme un être corporel et à ce titre *matériel*, partie intégrante de l'univers auquel on décerne ce même qualitatif. L'incarnation consiste dans le fait *d'avoir une chair* – d'avantage peut-être : *d'être chair...* »⁴⁷⁶.

Ce qui revient à dire que ça n'est pas en analysant le corps qu'on comprendra la chair, mais bien le contraire, c'est la chair qui pourra nous permettre de connaître le corps.

Rappelons que la chair, pour Aristote, est d'abord considérée comme un « milieu » intermédiaire entre le toucher et l'objet touché, ce qui permet de relier le toucher aux autres sens qui nécessitent un tel intermédiaire (l'air pour le son, l'espace pour la vue, etc.). Mais il avait bien remarqué que « la sensation se produit en même temps que le contact »⁴⁷⁷, c'est-à-dire dans le fond que la chair n'est pas vraiment un intermédiaire qui se contenterait de répercuter l'effet senti, tel le bouclier sur l'avant-bras qui le tient, mais qu'elle fait bien partie du sujet sentant. Notre chair n'est pas une partie extérieure à nous-mêmes, elle nous fait, elle est ce qui nous fait être dans le monde, en quelque sorte elle est ce qui participe pleinement à notre appréhension du monde. C'est-à-dire qu'elle est nous. Nous sommes chair⁴⁷⁸.

Et pour un chirurgien, ce concept de chair semble fondamental. Tel opérateur était connu ainsi pour, à chaque fois, tapoter la chair de son malade à l'endroit de son incision future, avant de démarrer son intervention. C'était pour lui une manière de se « l'approprier », de rentrer en contact avec cette chair, d'une autre manière que celle de son bistouri. Car à travers cette chair, c'est l'opéré lui-même qui est investi par le chirurgien. Et cette tape familière était faite par le chirurgien avec ses propres mains,

⁴⁷⁵ Michel Henry, *L'incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 191.

⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 9.

⁴⁷⁷ Aristote, *De l'âme*, II, 11, 423 a-b.

⁴⁷⁸ Aristote précise : « Dès lors on juge de l'essence de la chair, et de la chair, par une instance, soit différente, soit disposée autrement. Car la chair ne va pas sans la matière et représente au contraire, comme le camus, telle chose inhérente à telle autre » (*De l'âme*, III, 4, 429 b). C'est dire qu'il n'y a pas de corps « décharné », ni d'homme sans corps : l'essence de la chair n'existe pas, la chair ne se conçoit que corporelle.

c'est-à-dire sa propre chair, débarrassée de tous les attributs chirurgicaux qui la prolongent.

Faut-il alors admettre que le corps n'apparaît au chirurgien que comme chair ? Là encore les choses sont plus nuancées.

La première raison est que le chirurgien lui-même est un être corporel et incarné. Il ne peut s'échapper de cette réalité. Merleau-Ponty insiste ainsi sur le fait que précisément je ne perçois pas seulement avec mon esprit, mais bien avec mon être tout entier, corps en premier : « mon existence comme subjectivité ne fait qu'un avec mon existence comme corps »⁴⁷⁹. C'est-à-dire que la chair de ce malade que je vais inciser est une chair humaine qui me ramène à ma propre corporéité, à ma propre humanité : je ne peux pas la considérer seulement sur un plan purement intellectuel, comme je le ferais par exemple d'une pièce mécanique du moteur de ma voiture. Husserl avait déjà cette idée de corporéité dans l'exemple du touchant-touché par laquelle nous prenons conscience que notre corps est tout à la fois subjectif et objectif, le touché passant dans le touchant. Le corps est ainsi « le degré zéro de l'orientation ». Mon corps de chirurgien, plus encore ma main qui touche la chair de ce malade, est bien le seul et unique repère, l'intermédiaire nécessaire entre nos deux êtres. Le chirurgien ne peut donc pas réduire le corps de son patient à cette chair comme nous avons vu qu'il ne peut le réduire à son corps anatomique, d'autant plus que la chair ne peut être que corporelle : il n'existe pas de chair humaine isolée – sinon des « restes » qui ne sont plus chair.

La seconde raison est que la chair ne représente pas seulement une limite physique qui donnerait forme au corps de mon patient. Elle est « investie », ce qui rend sa pure description bien complexe. Merleau-Ponty s'y essaye qui, à propos des malades en « cécité psychique », distingue deux espaces : l'actuel et le virtuel. L'espace *actuel* correspond à l'espace pratique de la vie – l'espace physique du mouvement concret – où le corps du sujet n'est qu'un élément dans le système qu'il forme avec son monde. L'espace « *virtuel* », superposé à cet espace physique, est « un vide déployé par le sujet ». Le monde de ces malades est un monde tout fait, déjà-là, alors que le corps est bien l'organe à travers lequel peut se déployer l'existence. Cela nous ramène à la notion de spatialité du corps.

⁴⁷⁹ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception, op. cit.*, p. 467.

La chair comme manifestation de la spatialité du corps

Dans la *Phénoménologie de la perception*⁴⁸⁰, cherchant à définir la notion de schéma corporel, Merleau-Ponty réfléchit sur la spatialité du corps propre. Il constate que je ne peux lui appliquer les mêmes catégories dans lesquelles je range les objets : « l'espace de ma main n'est pas une mosaïque de valeurs spatiales. De la même manière mon corps tout entier n'est pas pour moi un assemblage d'organes juxtaposés dans l'espace ». La chair ainsi ne saurait être l'écorce du corps. Et pas plus que lui elle ne peut être considérée comme un espace objectif (celui du *Körper*). Selon cette perspective, il faut rejeter toute définition « associationniste » qui conçoit le schéma corporel comme un résumé de notre expérience corporelle. L'unité du corps en effet dépasse à la fois la somme de ses organes, mais aussi, pour Merleau-Ponty, celle de ses expériences : elle est toujours *déjà-là*.

Faut-il alors s'orienter vers une seconde approche ? Le schéma corporel serait « une prise de conscience globale de ma posture dans le monde inter-sensoriel, une forme – *Gestalt* ». C'est considérer que mon corps « m'apparaît comme une posture en vue d'une certaine tâche actuelle ou possible ». C'est ce que Merleau-Ponty nomme la « spatialité de situation » qu'il oppose à la simple position. Lorsque mes mains de chirurgien sont impliquées dans le corps du malade que j'opère, il n'y a pas moi et mon corps d'un côté et ces mains de l'autre. L'ensemble de mon corps de chirurgien se « lit » à travers le contact que mes mains prennent avec le corps opéré. Comme l'écrit Merleau-Ponty, je sais ce que font mes mains d'un savoir « absolu ». Or que font et où sont les mains du chirurgien, sinon dans la chair de son patient ? Ce savoir absolu que j'inter-viens dans une chair et que cette chair *est* bien mon patient et non seulement une de ses parties comme un de ses organes, cette intuition totale m'empêche de réduire le corps de ce malade à sa chair.

A propos de l'épreuve du regard, insistant sur le problème du voyant-vu, Jean-Paul Sartre⁴⁸¹ écrit que l'autre visible m'apparaît premièrement par son corps, par sa propre chair et que « j'éprouve l'insaisissable subjectivité d'autrui ». Ma chair rencontre la chair de l'autre : c'est par ce « corps-à-corps » que je sens ma propre chair : « c'est pour permettre un chair-à-chair dépassant le simple corps-à-corps que la chair se fait visible »⁴⁸². La chair est là. Je ne suis pas véritablement la condition d'existence de ma

⁴⁸⁰ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, op. cit., p. 114-119.

⁴⁸¹ J.-P. Sartre, *L'être et le néant*, op. cit., IV, p. 292-300.

⁴⁸² Alexandre Klein, in Bernard Andrieu (Textes réunis par), *Philosophie du corps*, op. cit., p. 273.

chair ou de la perception de celle de mon opéré : je *suis* ma chair, comme lui la sienne. Ma chair bien sûr n'existerait pas si je n'existais pas, mais pour autant je ne peux pas décider d'avoir ou non une chair, puisqu'elle est *moi* ou que je suis *elle*. La chair, rajoute encore Sartre, vient remplir le néant pour donner une épaisseur à l'adhérence primordiale de l'être au monde qui caractérise l'*ego*. Ce qui rejoint ce qu'en dit Merleau-Ponty :

« Du fait de son incarnation dans un corps, l'être [...] participe au monde dans l'accouplement de sa chair avec la chair du monde », et « ...il faut penser la chair comme une manière d'être générale »⁴⁸³.

Comment ne pas citer ici Emmanuel Levinas, à propos de la caresse qu'il dissocie du toucher à proprement parler ? Elle est « attente de cet avenir pur sans contenu »⁴⁸⁴ alors que c'est une main qui caresse. C'est donc que cette chair sur une autre chair ne peut se réduire à un simple contact physique puisque, précisément, la chair est l'être. Deux chairs caressées-caressantes dans l'amour sont bien « sans contenu », c'est-à-dire dans un rapport d'être à être et non d'objet à objet. Sans lyrisme nous pourrions rapprocher cela du chair à chair chirurgical : il y a dans une intervention un rapprochement entre deux êtres qui est plus et autre qu'une main dans un corps. N'y aurait-il pas nécessairement une certaine forme d'amour – non pas *éros*, mais *agapé* – lors d'une intervention chirurgicale ? Le risque, sinon, comme le remarque Xavier Dijon, serait « qu'on oublie la chair au profit de la seule raison »⁴⁸⁵. Car la chair est fraternelle. Elle nous fait ressentir la fraternité d'existence qui lie de manière irréductible le chirurgien à son patient.

Il y a dans la fraternité charnelle en effet, en sous-jacent, un besoin de *reconnaissance*. C'est exprimé – on pourrait trouver cela bien mièvre – dans « tu es mon frère; je te reconnais comme tel ». Or le patient, comme son chirurgien, qui tous deux demandent à être reconnus, recherchent en fait de la gratitude. Car, avec la fraternité, disparaît l'orgueil – et le chirurgien, plus que beaucoup d'autres, est tenté par ce sentiment – voire le besoin social de réputation, pour laisser place à la reconnaissance. Etre fraternel – nous devrions dire *tâcher de devenir* fraternel – c'est reconnaître l'autre. D'ailleurs, étant moi-même « comme un autre », lorsque je m'applique à reconnaître l'autre, je ne fais qu'exprimer mon propre besoin d'être reconnu par lui. Et nous voilà

⁴⁸³ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, op. cit., p.114-119.

⁴⁸⁴ Emmanuel Levinas, Le Temps et l'Autre, in *Ethique et Infini*, op. cit., p. 61.

⁴⁸⁵ Xavier Dijon, Séminaire « Vie handicapée, vie parfaite, vie normale », réflexion éthique, 1 et 2 octobre 2011, Chevilly-Larue.

devenus frères. Nous ne l'aurions jamais été sans effort. C'est-à-dire que nous essayons, à travers cette reconnaissance mutuelle, de donner du sens à cette fraternité, absurde tant que l'on continue de la croire déjà-là. Aucun vétérinaire n'aurait à se poser une telle question : à aucun moment, il ne sera interpellé par l'humaine fraternité de l'animal qu'il soigne. C'est dire que le chirurgien qui occulterait la dimension de fraternité que lui révèle la chair de son patient, fraternité qu'il *doit* construire, risquerait de n'être qu'un vétérinaire⁴⁸⁶.

De cette approche phénoménologique de la chair, il ressort bien que le corps propre, celui où je suis incarné, ma chair, est véritablement une matière, au sens aristotélicien, qui est informée mais qui n'est donc pas comme un entendement à partir duquel se reconstituerait le corporel. C'est admettre que la saisie de mon corps propre de l'intérieur est purement intellectuelle et qu'elle doit être associée à une saisie par l'expérience, en particulier de celle où mon corps est tendu vers une tâche. Cette approche cadre tout à fait avec l'action du chirurgien lorsqu'il opère. D'autant qu'elle s'applique tout à la fois au chirurgien et à l'opéré. Celui-ci est certes endormi quand celui-là opère, mais tous deux sont des corps de chair, tendus, dédiés à une tâche, l'un d'intervenir, l'autre d'être opéré.

Ainsi, lorsqu'Aristote déclare que l'âme est la forme du corps, il nous dit en réalité que ce qui est la vie en l'homme correspond à son humanité. Si l'homme est bien un animal – c'est dire animé – il est le plus animé des animaux car il est le seul humain de tous. Heidegger, grand lecteur d'Aristote, nous rappelle que « le corps de l'homme est quelque chose d'essentiellement autre que l'organisme animal »⁴⁸⁷ et Ricœur va plus loin en affirmant que l'homme n'atteint jamais complètement sa forme contrairement aux animaux – qui vivent « dans le monde sublunaire » – car le *logos* (langage, raison) correspond à ce qu'il y a d'absolu en l'homme. C'est reconnaître qu'en fait les animaux n'ont pas de chair à proprement parler, au contraire de l'homme qui est fait de chair : ne dit-on pas de nos enfants qu'ils sont « la chair de ma chair » ?

A côté du corps anatomique qui génère le risque de n'opérer qu'un cadavre, nous venons de voir que pour le chirurgien le malade est essentiellement une chair, non pas

⁴⁸⁶ Malgré l'apport important de l'animalité qu'a fait Elisabeth de Fontenay à la philosophie, il semble excessif d'évoquer entre l'homme et l'animal une fraternité charnelle fondée sur la reconnaissance telle que la conçoit Paul Ricoeur (cf. E. de Fontenay, *Le silence des bêtes*, op. cit. et Paul Ricoeur, *Le parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, « Folios Essais », 2004).

⁴⁸⁷ Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV*, op. cit., p. 80.

une chair comme l'est un morceau de viande, mais bien plus une chair investie, nous pourrions dire une chair « humaine ». Reste à saisir ce que va signifier tout ceci lorsque ce corps est perçu comme visée de la chirurgie, lorsqu'il devient le corps-à-opérer.

Le corps comme visée de la chirurgie

Il nous faut revenir à l'approche phénoménologique telle que l'a développée Husserl en insistant sur l'intentionnalité. Rappelons que pour lui, le *fait* est là, individuel et contingent et renvoie à l'*essence* qui, elle, est nécessaire. Tout le travail de la réduction eidétique est de ramener la facticité contingente de l'objet à son essence comme contenu intelligible. Ici ramener le corps à opérer à celui de Monsieur Dupont, c'est-à-dire à Monsieur Dupont lui-même. Or, à partir du système des essences, il y a deux voies ouvertes : la science des sciences du côté de l'*objet* ou bien la question du sens *pour le sujet*. Or cette question du sens pour le sujet ne peut se fonder que sur l'intuition sensible, faute de n'être qu'une sorte de logique formelle. En tant que chirurgien j'ai l'intuition que ce Monsieur Dupont-corps est celui que je vais opérer, intuition que je ne vais pas formaliser ni intellectualiser de manière scientifique. C'est en cela que l'*épokhè* husserlienne, se débarrassant du monde naturel dans lequel bien sûr je vis, accède au « moi pur », qui dépasse le simple « moi » concret « entrelacé avec le monde naturel » – l'*ego* cartésien. Husserl découvre donc « une radicalité transcendantale »⁴⁸⁸, une radicalité par laquelle toute transcendance – comme mode de présentation de l'objet – est fondée. Si je me débarrassais de tout mon encombrant savoir scientifique de chirurgien – qui n'est encombrant que lors de cette *épokhè* – je percevrais *ce* corps de *ce* malade à opérer comme une réalité, certes extérieure à ma conscience, mais dont je prends bien conscience, dont *j'ai* conscience, faute sinon de le supprimer du monde. Le monde des choses transcendantales se réfère entièrement à une conscience puisque les choses transcendantales lui sont extérieures par définition. Mais cette conscience est « actuelle » et non pas seulement logique⁴⁸⁹. Ce « moi pur », transcendantal, n'est pas qu'une région de la nature – ce serait du psychologisme –, au contraire la nature n'est possible que par le moi. D'évidence je ne suis pas une « substance chirurgicale pensante », je suis bien, et tout à fait, moi-même, en chair et en os, comme la plaque vissée à la porte de mon cabinet l'indique.

⁴⁸⁸ Jean-François Lyotard, *La phénoménologie*, op. cit., p. 24.

⁴⁸⁹ C'est en cela que Husserl s'oppose à Descartes : son « moi pur », grâce à la réduction phénoménologique, s'est comme débarrassé du monde, tandis que l'*ego* cartésien reste tributaire de ce monde qu'il pense (le *cogitatum*).

« La position du monde qui est une position contingente, s'oppose à la position de mon moi pur et de mon vécu égologique, qui est une position nécessaire et absolument indubitable »⁴⁹⁰.

Il y a donc en définitive un caractère *transcendant* de la chose perçue qui s'oppose au caractère *immanent* de ce moi qui la perçoit. Les choses du monde naturel sont transcendantales car leur « en-soi » m'est inconnu. Elles me sont données originairement par une perception qui ouvre sur la conscience. Celle-ci a donc une essence hétérogène à ce dont elle est conscience, et par laquelle le sens même de transcendant – de la chose – est posé. Je ne sais pas et je ne saurai jamais qui est ce Monsieur Dupont. Il m'est à jamais inconnaissable et pourtant c'est bien lui que j'ai conscience d'opérer : « Il est probablement vrai qu'un homme nous demeure à jamais inconnu et qu'il y a toujours en lui quelque chose d'irréductible qui nous échappe »⁴⁹¹.

Ainsi cette conscience actuelle, ce moi pur transcendantal, est comme un « spectateur désintéressé », tout à la fois moi concret et moi dégagé de son être-au-monde. Par ailleurs la nature n'est possible que par ce moi – c'est l'intentionnalité – et ne peut donc être la condition de l'existence de ma conscience. La question de l'immanence est celle de la fusion du sujet transcendantal avec le sujet concret. Autrement dit, c'est l'immanence du sujet qui constitue la transcendance de l'objet.

Je me sens et me perçois comme une réalité immanente et c'est bien pour cette raison que ce Monsieur Dupont reste pour moi une extériorité, nous dirions une « étrangeté ». Il est fréquent, lorsqu'on entre dans ce métier surprenant de la chirurgie, d'être étonné, d'être impressionné par la surprenante et « étrange » docilité des patients qui acceptent quoiqu'on en dise, le plus souvent facilement, que l'on intervienne au plus profond d'eux-mêmes, dans leur chair⁴⁹². Il est impossible de me mettre à la place de mon patient, alors que je suis bien à ma propre place, dont j'ai une conscience claire.

Alors que pouvons-nous tirer de ces spéculations philosophiques pour nous aider à comprendre comment le corps de son patient peut apparaître au chirurgien comme visée de sa chirurgie ? D'abord, avant même d'envisager la question du corps, c'est de réaliser qu'il n'y a pas lui *et* un patient, comme deux objets du monde séparés, mais qu'il s'agit bien d'un *chirurgien* et de *son* patient. Quelles que soient les explications ou

⁴⁹⁰ Edmund Husserl, *Ideen*, 86.

⁴⁹¹ Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, op. cit., p. 27.

⁴⁹² Encore une fois il faut insister sur la *confiance* que donne nécessairement tout patient à celui qui va le soigner : cette « docilité » ne consiste-t-elle pas tout simplement à se confier à son opérateur ?

les supputations que l'on puisse faire sur cette relation intersubjective très particulière qui s'instaure entre un chirurgien et son opéré – ne serait-il que futur opéré –, personne ne pourrait contester qu'elle existe, qu'elle est indéniable et qu'elle n'est pas comparable à celle d'un garagiste avec son client par exemple, parce que le chirurgien comme l'opéré en ont une intuition immédiate. Celui-là parce qu'il a conscience que cet homme est venu en tant qu'opéré et celui-ci parce que de la même manière il a conscience de la qualité « chirurgien » de l'autre. D'évidence le chirurgien *visé* le corps de cet homme comme un corps-à-opérer, et le patient de même, celui de cet homme qu'il consulte comme un corps-de-chirurgien.

Elucubrations diront certains ! Et que dire alors du regard professionnel du chirurgien qui sait, d'une petite boiterie à peine perceptible, d'une certaine fugace inquiétude chez ce consulté, qu'il présente là une coxarthrose, ici l'échec d'une ligamentoplastie du genou ? L'expérience et l'habitude certes aiguisent le regard chirurgical, mais elles ne font pas tout – nous ne serions que dans du pur psychologisme – et l'intuition comme une visée de ma conscience s'y manifeste tout à fait. Ensuite c'est bien, et uniquement parce que, il est chirurgien, que cet homme sur lequel il va intervenir est un opéré. En quelque sorte c'est lui qui le fait être opéré – ou devant être opéré – et que quoiqu'il fasse ou qu'il veuille, c'est sa conscience en tant qu'il est chirurgien qui constitue cet homme en tant qu'opéré. Puisqu'il est chirurgien, nécessairement et indubitablement chirurgien, il se trouve dans une situation opposée à celle, contingente, de l'opéré. En effet s'il n'est pas encore opéré, il peut ne jamais l'être et s'il l'a déjà été, ça n'est pas, à proprement parler de son fait, mais de celui du chirurgien dont il a subi l'acte.

On devine alors les deux risques qu'engendre cette situation. Le premier serait pour notre chirurgien d'imaginer que sa conscience est hors du monde, à la manière de Descartes, c'est-à-dire qu'il s'extrait de la seule vraie réalité concrète que représente sa responsabilité – Levinas la dirait absolue – devant cet homme-malade. Le second risque qui est intimement lié au premier, serait de croire – de *vouloir* croire, puisque nécessairement cela semble impossible – que ce devant-être-opéré ou cet opéré lui est totalement extérieur, étranger, et que du coup il pourrait le traiter comme un objet, comme une chose. Bien sûr cet opéré, nous l'avons dit, est transcendant à la conscience du chirurgien, mais pour autant il est un corps investi comme l'est lui-même le chirurgien. En outre ce corps est la visée de l'acte chirurgical. Albert Camus constatait

que « la conscience *ne forme pas* l'objet de sa connaissance, elle fixe seulement, elle est *l'acte d'attention...* »⁴⁹³. Quand bien même l'étrangeté de cet-autre-opéré constituerait pour ma conscience de chirurgien, une totale extériorité, pour autant il me faut lui prêter *attention*.

Puisque nous avons suffisamment établi que l'anatomie et la chair du patient ne sont pas des pièces rajoutées à son être mais qu'elles le constituent pleinement en tant qu'il est cet être humain, et de même pour le chirurgien, alors il nous faut bien admettre que du point de vue du premier comme du second, c'est bien leur conscience respective comme intentionnalité qui les constitue l'un pour l'autre. Nous arrivons alors à une sorte d'impasse puisque on ne sait plus trop ce sur quoi va bien pouvoir intervenir notre chirurgien : ni un corps anatomique, ni de la chair, ni même enfin ce Monsieur Dupont qui pourtant est bien venu pour se faire opérer !

Nous allons voir que pour sortir de cette aporie, il sera nécessaire au chirurgien d'objectiver transitoirement ce patient pour effectivement le déposséder – l'instant de l'acte chirurgical – de son être. Sans aucune grandiloquence nous dirions, parce que nous en sommes intimement convaincus, que c'est là que réside l'extrême spécificité et l'extrême difficulté de la chirurgie : désacraliser un instant un véritable être humain.

Mais il nous reste à replacer ce corps dans notre réalité temporelle. Le temps est partie prenante de l'être, et plus prosaïquement de la conception que j'ai du corps de mon opéré ici et maintenant. Peut-être est-ce encore parler d'incarnation ?

Le corps dans la temporalité de l'être

Cette question a toujours préoccupé la philosophie depuis Parménide et Héraclite. N'oublions pas que le grand Aristote considère que la vie est devenir et que l'homme, donc son corps, est intrinsèquement lié à la temporalité. Les neurosciences nous révèlent d'ailleurs que la conscience de notre corps est toujours en décalage par rapport au traitement de l'information par notre cerveau (450 millisecondes)⁴⁹⁴. C'est-à-dire que l'expérience corporelle est première, on pourrait presque considérer qu'elle est transcendante. N'est-ce pas ici la liberté qui se manifeste ? Il est intéressant d'observer d'ailleurs que c'est bien notre corps qui définit pour nous toute temporalité. Nous avons

⁴⁹³ Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, *op. cit.*, p. 65. C'est nous qui soulignons.

⁴⁹⁴ Richard Cohen, De l'humanité de l'homme : être, temps et corps éthique, in *Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 249-267.

du temps une intuition corporelle, « immédiate », traduite par celle de durée dont parle Bergson⁴⁹⁵. C'est notre raison – notre « entendement diviseur » – qui le spatialise pour le découper et le mesurer. Or, si nous *existons*, c'est dire que le corps et le temps ne peuvent qu'être pensés ensemble. Et de fait la liberté, ce décalage entre notre intuition et nos réactions purement physico-chimiques, peut s'interpréter comme une véritable création du temps et du réel, c'est-à-dire une création de soi, le futur devenant « fondamentalement imprévisible et inconnaissable »⁴⁹⁶. Le temps est donc corporel et nous vivons cela tous les jours, avec la vieillesse entre autres. Quant au corps dans ce contexte, il semble que sa contingence – l'homme vit, souffre et meurt –, soit elle aussi niée.

C'est pourtant notre propre incarnation qui relie le corps au temps. Car, à travers ce que nous disons être *notre* corps, nous sommes bien soumis à la nécessité : il nous faut bien en effet ingurgiter de l'eau et des aliments pour reconstituer nos cellules. Mais, en *même temps*, ce corps humain, le véritable corps, est un corps moral, puisque doué de cette liberté, qu'atteste, s'il le fallait, le décalage « neuroscientifique » que nous venons d'évoquer. Il ne pourrait en effet exister d'êtres humains sans un corps, seule possibilité d'user de cette liberté, c'est-à-dire sans un corps incarné. L'humain incarné, « l'humain en tant que corps incarné »⁴⁹⁷ est alors « autrement qu'être »⁴⁹⁸, soit au-delà de l'essence, à une hauteur *morale*. Cette remarque semble capitale pour le chirurgien qui va agir sur ce corps incarné. L'incarnation, qui est comme la vérité du corps humain, interdit ainsi de réduire l'être de l'homme à son corps purement organique, mais au contraire lie ce corps à l'humanité. Et le temps relie le corps à son existence, comme une *expérience* réelle – qui n'est pas expérimentation –, et non à une connaissance mathématisante auquel il échappe toujours. En tant qu'il est un être moral, ce patient-corps, donc incarné, n'est-il pas ainsi un être sacré que le chirurgien ne saurait traiter autrement ?

On peut alors admettre, avec Levinas⁴⁹⁹, que l'éthique est première parce qu'elle est « viscérale, incarnée, enracinée dans la signification de la souffrance humaine ». Elle

⁴⁹⁵ Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Paris, PUF, « Quadrige », 2007.

⁴⁹⁶ Karl Popper, *Un univers de propensions*, Cahors, Ed. de l'Eclat, « tirés à part », 1992, p. 49. « L'univers de propensions qui est le nôtre est intrinsèquement créatif » (p. 42).

⁴⁹⁷ Richard Cohen, De l'humanité de l'homme : être, temps et corps éthique, *in Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 250.

⁴⁹⁸ Emanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Paris, Livre de poche, « Essai », 2006.

⁴⁹⁹ *Ibid.*

est « comme le frisson de l'incarnation par laquelle le *donner* prend un sens... »⁵⁰⁰. C'est dire que la logique pure de l'être est totalisante, au même titre que la pure connaissance qui cherche à s'appropriier les objets. Cette logique est une logique de l'immanence. Or la logique de l'immanence (immanent – *manere* – rester le même) s'oppose à la transcendance, à l'extériorité, perdant toute sacralité.

Puisque nous terminons cette approche du corps pensé dans la philosophie et en particulier dans la phénoménologie, en faisant le lien avec la temporalité, observons maintenant comment le corps oscille sans cesse entre l'*être* – qui le lie au temps et à l'incarnation – et l'*avoir*, qui le chosifie. Peut-être y compléterons-nous notre recherche sur les traces du sacré ?

Le corps entre "être" et "avoir"

C'est une distinction qui n'en est peut-être pas une et qui, dans tous les cas, reste lourde de conséquences pour ce qui concerne la chirurgie. Nous vivons tous, chacun de nous, une tension permanente entre l'être et l'avoir. Nous nous savons corporels et pourtant nous nous persuadons d'*avoir* un corps. Nous avons vu que c'est avec la douleur que cette tension s'exacerbe et l'expérience classique du touchant-touché nous confirme notre incarnation. Le chirurgien est aux premières lignes, qui tantôt se rassure de n'opérer qu'un organe, pour, d'autres fois, mobiliser tout son être en intervenant sur un autre être. On pourrait alors simplifier l'alternative en posant la question de l'opposition juridique entre le corps pour le droit et le corps personnel. Mais le droit lui-même est incapable de la résoudre car le corps *pour le droit* sera nécessairement une chose « désincarnée » sur laquelle pourront s'appliquer les règles du commerce, tandis que s'il s'agit du corps *personnel*, le sujet intervient, ce qui complique encore plus le problème : est-il ou non propriétaire de son corps ?

Observons d'abord l'existence d'un certain paradoxe. Pour les juristes en effet, « le corps est le grand absent de notre droit, civil plus précisément, celui qui concerne les personnes, les relations entre elles, la gestion des biens et la propriété »⁵⁰¹. Mais pour

⁵⁰⁰ Richard Cohen, De l'humanité de l'homme : être, temps et corps éthique, in *Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 250.

⁵⁰¹ Odile Cortinovis, « Le statut juridique du corps humain, entre personne et chose parmi les choses », *Lampe-Tempête*, N° 2, mars 2007.

autant, l'objectivation du corps humain et de l'ensemble de ses éléments, largement permise par le développement du Système techno-scientifique en médecine, va de pair avec son irruption actuelle sur la scène juridique. C'est dire que deux questions essentielles s'entrecroisent : le corps est-il une chose ? Et la personne en est-elle propriétaire ? Car si, seules, les personnes sont *sujets* de droit, les choses, elles, sont toujours des *objets* de droit. Or, si le corps semble bien devenir objet *pour* le droit, il n'est pas encore réel objet *de* droit (il n'est pas reconnu comme une chose). D'autant que le droit sur une chose nécessite qu'il y ait extériorité. C'est-à-dire, revenant à Descartes, qu'il y ait l'objet-corps et le sujet-moi. Tout le problème vient précisément de l'enfermement dans le dualisme cartésien dans lequel nous sommes toujours aujourd'hui. Pour ce qui en est de l'objet-corps, autrui, nous l'avons dit, peut m'objectiver et je deviendrai alors pour lui une chose ; en mon for intérieur pourtant, je sais – j'ai l'intime conviction et la profonde intuition – que je ne suis pas une chose. C'est d'ailleurs autrui qui atteste de cette vérité puisque, quelles que puissent être les réductions que je pratique à son égard, elles ne sont que réductions, car autrui, en tant que personne m'est à jamais inconnaissable. Tout chirurgien le sait bien, qui voudrait parfois que ce patient qui résiste à sa chirurgie (parce que les tissus sont infiltrés, parce que les conditions sont a-normales, etc.) soit véritablement pure chose afin que son geste sur lui soit libéré de toute responsabilité morale. Quant au sujet-moi, aucune extériorité ne peut m'en exclure qui m'en donnerait un droit comme sur une chose. Si je peux vendre une chose dont je suis propriétaire – ma montre par exemple –, mon intégrité en tant que personne ne sera pas concernée : la montre est bien extérieure à moi. Il serait par contre inconcevable que je puisse *me* vendre – par exemple à un hôpital qui serait à l'autre bout du monde – tout en n'étant aucunement affecté par cette vente, continuant de résider à Marseille par exemple. Et de la même manière, nous devinons les questions qui ne manquent pas de se poser à propos de la commercialisation d'organes du corps. Le seul texte juridique qui puisse éclairer ce problème est l'article 1128 du Code civil qui énonce :

« Il n'y a que les choses qui sont dans le commerce qui puissent faire objet de conventions ».

Le corps n'étant pas – encore ? – dans le commerce, il ne serait donc pas une chose. Et pour qu'il y ait marchandise – "chose" dans le commerce – il est nécessaire qu'il y ait un propriétaire. Nous pourrions alors conclure : le corps n'est pas une chose

et je ne saurais donc en être propriétaire. Le chirurgien opère alors une véritable personne incarnée et il ne peut intervenir sans limites à son action, nonobstant la demande de son patient qui pourrait se croire absolument libre de posséder son corps et désirer d'en faire ce qu'il voudrait. Cependant cela ne semble pas aussi facile. Bien sûr la phénoménologie, nous l'avons vu, nous montre que le corps ne se donne pas sous un mode univoque et qu'il paraît bien difficile de le distinguer de la personne incarnée. Pourtant le droit a tendance à confondre la personne juridique, pure abstraction (qui peut d'ailleurs n'être qu'une « personne morale »), avec la personne humaine vivante en chair et en os. Aucun chirurgien n'a jamais opéré une abstraction, mais toujours une personne en chair et en os.

Historiquement d'ailleurs, il n'y a pas toujours eu concordance entre la personne humaine réelle et la personne juridique, comme en attestait, jadis, le statut des esclaves – biens « meubles » – et celui, plus récent, du fœtus de moins de 22 semaines – personne « potentielle », comme le définit bizarrement un avis du CCNE⁵⁰². Pour se sortir de ce dualisme – corps/personne – le droit canonique médiéval invoquait la sacralité du corps – lorsqu'on le distingue de la personne – pour en limiter les droits que l'individu pourrait en avoir, fût-ce son propre corps. Mais ce fondement restait théologique : mon corps ne m'appartient pas *absolument* parce que je suis fait à l'image de Dieu – *imago Christi* –, et qu'on ne saurait profaner même une image de la divinité. On peut cependant garder le sens d'une telle approche, en dehors de toute religion, que Dieu existe ou non. C'est alors faire la distinction entre la propriété de soi-même — « *property in* » — avec la propriété sur les choses – « *property on* »⁵⁰³. Or la première implique une responsabilité qui dépasse le sujet individuel : toute personne humaine, nécessairement incarnée, est responsable de son humanité, c'est-à-dire de cette part transcendante qui la fait humaine. C'est insister ici sur la dignité humaine. En définitive l'alternative semble simple : soit le corps est une chose et le chirurgien, alors, peut la traiter comme telle ; soit au contraire il est nécessairement « incarnation » de la personne et on peut alors parler de caractère « sacré » puisqu'il ne devient « opérable » – profanable ? – que selon un rituel particulier.

⁵⁰² Comité Consultatif National d'Éthique, avis N°1, 22 mai 1984 : « L'embryon ou le fœtus doit être reconnu comme une *personne humaine potentielle* qui est ou a été vivante et dont le respect s'impose à tous ». C'est nous qui soulignons.

⁵⁰³ Locke, *Deuxième traité du gouvernement civil*, Paris, Vrin, § 123, 135, 149.

Une chose, en droit, n'existe que *par rapport* à une personne, sujet de droit⁵⁰⁴. Elle devient alors ce que l'on peut ou non s'approprier. Mais surgit alors une nouvelle question : peut-on vraiment s'approprier toutes les choses ou n'y en-a-t-il pas qui ne puissent l'être ? Gaius, législateur romain du II^e siècle après J.-C. distinguait en effet deux grandes catégories de choses⁵⁰⁵ : les choses de droit divin et les choses de droit humain. Les premières sont saintes et sacrées, elles appartiennent aux divinités et sont donc hors commerce. Les secondes sont publiques ou privées. Les choses publiques sont, elles aussi, hors commerce puisqu'elles appartiennent à l'Etat. Ainsi de la loi Caillavet (1976) qui régit en France les modalités des prélèvements d'organes, assimilant de fait le corps à une chose publique, propriété de l'Etat, puisque le consentement au prélèvement est supposé acquis *a priori*. Quant aux choses privées, elles peuvent être corporelles ou incorporelles. Lorsqu'elles sont corporelles, même animées, elles peuvent être propriété d'un sujet de droit : je suis le propriétaire de mon chien. Le droit contemporain en a bien sûr exclu l'être humain. Les choses incorporelles sont les droits en général. Le droit est donc une chose que l'on peut posséder : j'ai droit à un héritage, par exemple et, par un glissement progressif, j'ai droit à la santé, comme nous l'avons évoqué plus haut. Tout cela souligne le côté abstrait du droit qui ne considère que des représentations. La distinction romaine, pourtant, des choses saintes et sacrées, car « de droit divin », est intéressante si l'on place le corps humain dans cette catégorie. Il en devient intouchable, non-profanable et son absolu respect en est assuré. L'homme n'en étant que l'usufruitier, c'est la divinité, ou une autre entité transcendante – entité comme la Nature ou l'Humanité –, qui en serait nu-propriétaire. D'autant qu'avec le concept d'un Dieu créateur, apparaît une sorte d'obligation pour l'usufruitier de respecter le droit moral de ce créateur, à l'instar d'une œuvre d'art⁵⁰⁶.

« L'individu ne disposerait pas d'un *abusus* complet sur cet objet de droit particulier qu'est son corps »⁵⁰⁷.

C'est-à-dire que mon corps, s'il est bien ce que je suis, pour autant il m'échappe dans une certaine mesure : en même temps qu'il me lie irréductiblement à l'humanité – constituée de tous ces corps-hommes avec qui je suis en relation – il demeure pour moi incompréhensible, mystérieux. A partir de cette réalité intuitive, je ne peux en abuser

⁵⁰⁴ Odile Cortinovic, « Le statut juridique du corps humain, entre personne et chose parmi les choses », *op. cit.*

⁵⁰⁵ Gaius, *Institutes*, Livre II.

⁵⁰⁶ Xavier Labbée, « La valeur de la dépouille mortelle, chose sacrée », *Etudes sur la mort, op. cit.*, p. 71.

⁵⁰⁷ *Ibid.*

aussi librement que je le voudrais, faute d'abuser de moi-même, ce qui serait une absurdité. Il y a donc bien pour le chirurgien, dans le corps de son opéré – et nous avons vu que ce corps *était* cet opéré –, une transcendance, comme quelque chose qui échappe, et à cet opéré lui-même, et à son chirurgien. C'est cette transcendance qui pose les limites morales à toute intervention chirurgicale.

De ce fait il semble pertinent d'isoler le corps du domaine public, puisque, comme l'écrit Hannah Arendt, il est « la seule chose que l'on ne puisse partager, même si l'on y consent »⁵⁰⁸. Or la Modernité va recentrer le droit sur l'individu et, plus profondément, va se mêler des rapports de cet individu avec son propre corps. L'individu devient isolé de la société – qui n'est plus « naturelle » – il est seul, réel et libre. La propriété de sa personne lui est accordée par la nature, de façon inviolable. Il y a alors assimilation du droit, de la propriété et de la liberté : je suis *libre* et seul *propriétaire* de moi-même – c'est-à-dire de mon corps – et c'est là mon *droit* en tant qu'homme – mon droit *de* l'homme. La nuance qu'a apportée Locke est oubliée et « dès lors le *droit* se confond avec le droit de l'homme, le *sujet* de droit avec l'individu, et la *chose* avec la chose de droit humain, privé principalement »⁵⁰⁹.

Tout cela pourrait être simple si les récentes péripéties de l'histoire ne prouvaient, hélas, qu'avoir des droits ne saurait suffire à les garantir. Ou, en d'autres termes, que la négation – le non-respect – des droits de tout être humain constituait une négation de l'homme lui-même, une négation de l'humanité présente en tout homme. Un chirurgien qui n'aurait pas conscience de cette responsabilité morale qui se niche au bout de son bistouri, prendrait le risque de la démesure. Car la dignité est constitutive, essentielle, ontologique à la personne humaine, notion que le droit ne peut pas clairement assumer, puisqu'il reste, lui, dans le monde de l'abstraction. Ainsi ce n'est plus simplement entre le corps et la personne qu'il y aura conflit, mais entre l'éthique et le droit. Car si, avec Kant, on convient que la dignité est la marque de l'humanité dont chaque personne est porteuse en elle-même⁵¹⁰, alors le débat devient moral. Soit il y a consubstantialité entre la personne et son corps et le respect dû à la dignité de toute personne s'étend à son propre corps : celui-ci doit être respecté, au-delà de la liberté individuelle. Soit il y a

⁵⁰⁸ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, « Agora », 2002.

⁵⁰⁹ Odile Cortinovic, « Le statut juridique du corps humain, entre personne et chose parmi les choses », *op. cit.*

⁵¹⁰ « Deux choses me remplissent le cœur d'une admiration et d'une vénération [...] : le ciel étoilé au-dessus de moi et la loi morale en moi ». E. Kant, *Critique de la raison pratique*, Paris, PUF, "Quadrige", 7^e Ed., trad. F. Picavet, 2007, Conclusions, II.

extériorité entre la personne et son corps dont elle reste strictement le seul propriétaire, donc libre d'en user et d'en abuser. Mais ce dualisme, on l'a vu, présente le risque, à travers l'objectivation totale du corps, d'une réification de la personne elle-même. La question étant bien sûr de définir les limites d'une objectivation, c'est-à-dire en fait les parties du corps qui peuvent être à la limite objectivées sans risque d'atteinte à la dignité de la personne. D'aucuns ne s'offusquent des cheveux coupés chez le coiffeur, comme des ongles chez la manucure, ni même de la tête fémorale que l'on jette – pour cependant être incinérée⁵¹¹ – au décours d'une arthroplastie de la hanche. C'est faire une différence de nature⁵¹² entre les « éléments » du corps et ses « organes ». Les premiers sont renouvelables et multiples (le sang, les phanères, par ex.), tandis que les seconds ne le sont pas et peuvent en outre être uniques. Le problème, là encore, est majeur lorsqu'il s'agit de prélèvements sur donneur vivant où l'on ne peut faire l'impasse sur la notion de don qui, dans l'absolu, va jusqu'au sacrifice. C'est peut-être ici d'ailleurs que l'on doit questionner sur les tentatives de « libéralisation » des dons d'organe à partir de donneurs vivants. Ces tentatives se fondent sur le principe d'autonomie absolue des individus, qui se confond alors avec le droit de disposer librement de son corps. Mais cela implique nécessairement de chosifier ce corps, dont nous venons pourtant de voir qu'il ne saurait être extérieur à la personne. D'autre part c'est ne plus différencier le don ontologique, ce don absolu, sans réciprocité aucune, que nous pourrions dire sacrificiel.

Si le statut juridique du corps et de ses parties a toujours posé problème, il faut reconnaître que cela n'a jamais empêché toutes sortes de trafics inavoués de « matière humaine ». Ainsi sous l'Empire, l'engorgement des cimetières a favorisé le vol de cadavres pour alimenter les facultés⁵¹³. D'autant que du cadavre, une fois disséqué, on récupérerait la graisse qui pouvait servir de combustible pour chauffer l'amphithéâtre et qui alimenta un lucratif trafic⁵¹⁴. Mais, s'il faut en croire Pierre Bachoffner⁵¹⁵, « les

⁵¹¹ Si les obligations réglementaires quant au traitement des « déchets organiques » ont toute leur place dans l'hygiène publique, il n'en demeure pas moins que l'incinération imposée de toutes les parties du corps humain extraites par la médecine, recèle certainement un caractère sacré sous-jacent qui n'est pas anodin.

⁵¹² Dominique Folscheid, J.-J. Wunenburger, La gestion des corps, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 211.

⁵¹³ Jean-Pierre Baud, *L'affaire de la main volée, une histoire juridique du corps*, Paris, Seuil, 1993.

⁵¹⁴ L'auteur signale que cette graisse servit à l'illumination de la Faculté de médecine et du Palais du Luxembourg lors du mariage de Napoléon et de Marie-Louise et qu'en 1813, après le démantèlement de son trafic, plus de 3000 litres de graisse humaine furent rejetés à la voirie de Monfaucon.

⁵¹⁵ Pierre Bachoffner, « Médicaments humains, la loi, le droit et l'histoire », in *Revue d'histoire de la pharmacie*, 1994, N° 303, p. 485-488. Il cite, outre la graisse, le crâne humain râpé, parfois les excréments

médicaments d'origine humaine ont accompagné l'histoire de l'homme, des premiers hommes jusqu'aux temps présents ».

Peut-être faudrait-il, pour résoudre le problème du statut juridique du corps, le reconnaître juridiquement comme une chose, mais une chose particulière, ainsi que le suggère Jean-Pierre Baud ? Mais n'est-il pas plus simple de parler d'indisponibilité patrimoniale du corps d'une personne et donc d'admettre son caractère « à part », soit sacré ?

« Ainsi, dans les choses que l'on appelle religieuses ou sacrées, il n'y a point de qualité morale ni de sainteté qui y soit véritablement attachée : tout ce qu'emporte une pareille épithète, c'est que les hommes sont tenus de se servir de ces sortes de choses que d'une certaine manière »⁵¹⁶.

A la nuance près, cependant, de ne jamais nier la « qualité morale » de l'homme. Il semble pourtant que l'on assiste au contraire, depuis une cinquantaine d'années, plutôt à une désacralisation du corps. Bernard Edelman⁵¹⁷ rapproche cela de manière intéressante de deux faits. D'abord en 1926, lorsque *L'oiseau dans l'espace*, de Brancusi arrive à New-York à bord du paquebot *Normandie*. Le tarif douanier est appliqué à cette œuvre – qui aurait dû, comme toute œuvre d'art, en être exonérée – au prétexte qu'il s'agit d'étain. Cette attitude est à la fois très surprenante puisque, de façon très cartésienne, elle réduit une œuvre à son pur matériau, lui niant toute qualité autre que sa « substance étendue ». Elle conteste encore toute sa dimension conceptuelle puisque, reproduisant un oiseau, elle « n'invente » rien qui ne soit déjà dans la nature. Toute transcendance est évacuée. Appliquée au corps, cette approche, de la même manière, peut le réduire à sa pure substance cartésienne, le désacralisant. D'ailleurs Edelman observe une autre manifestation de cette désacralisation du corps lorsqu'est promulgué aux Etats-Unis, en 1930, le *Plan Act*, qui permet de breveter des productions de la nature, comme un végétal. C'est comme admettre que la nature peut devenir « inventable » et, progressivement, le corps pourra l'être à travers certains de ses constituants. Ce qui va lui conférer, de fait, un statut de chose qui ne saurait donc n'avoir plus rien de sacré.

(XVII^e siècle) et, de nos jours, l'urine des femmes enceintes ou ménopausées, ou encore l'hypophyse – jusqu'à son interdiction du fait du risque de maladie de Creutzfeldt-Jacob.

⁵¹⁶ Pufendorf, *Droit de la Nature et des Gens*, Lyon, 1771, p. 16 et suiv. Cité par Jean-Pierre Baud, *L'affaire de la main volée, une histoire juridique du corps*, op. cit., p. 223.

⁵¹⁷ Conférence donnée à l'Ecole doctorale de la Salpêtrière, 2009.

Or, occulter tout caractère sacré au corps d'une personne, c'est nécessairement rompre toutes les digues qui le protègent d'une profanation irréfléchie.

* *

*

Que pouvons-nous tirer des différentes approches conceptuelles du corps dans le monde occidental et de la manière dont il a pu être observé, ouvert, interprété et exploré scientifiquement au cours de l'histoire ?

D'abord une évidence : le corps n'a jamais été vraiment banalisé, quelles qu'aient pu être les tentatives pour l'objectiver. Ces tentatives elles-mêmes, comme leur multiplicité, sont d'ailleurs la preuve de la difficulté à le banaliser. Ensuite il a sans cesse été ce point d'équilibre de tous les dualismes : quoiqu'on en pense, on ne peut l'éviter, il est toujours là et la chair, qui reste son expression la plus profonde, ne peut lui être retirée sans qu'il disparaisse et le dépeceur avec lui.

Écoutons Jean-Paul Sartre, critiquer fermement la prétention du réalisme à comprendre le corps :

« La position du réalisme, en nous livrant le corps, non pas enveloppé dans la *totalité humaine*, mais à part, comme une pierre, un arbre ou un morceau de cire, a tué aussi sûrement le corps que le scalpel du physiologiste en séparant un morceau de chair de la totalité du vivant. C'est n'est pas le corps *d'autrui* qui est présent à l'intuition réaliste, c'est *un corps* »⁵¹⁸.

Ces deux réalités – le corps n'est pas une chose ordinaire, banale, d'une part, et personne ne peut être sans corps, ni celui-ci sans chair, d'autre part – ont une incidence majeure pour ce qui est de la chirurgie et du chirurgien.

Dire que le corps n'est pas une chose ordinaire, c'est d'abord dire qu'il n'est *pas une chose* – donc *autre* – et qu'il n'est *pas ordinaire* – donc en dehors, *extérieur*. Or qu'est-ce à définir sinon une transcendance ? Le corps est en effet quelque chose

⁵¹⁸ Jean-Paul Sartre, *L'Être et le néant*, op. cit., p. 262. C'est nous qui soulignons.

d'insaisissable, d'inconnaissable – un *noumène* dirait Kant. Mais en même temps, et ces deux caractéristiques étant liées, le corps est aussi une nécessité, quelque chose qui ne peut pas ne pas constituer une personne humaine, la chair en premier. Il y a donc bien *transcendance du corps* et *immanence de la chair*. Pour le chirurgien qui va « intervenir » sur ce corps, c'est là une approche fondamentale. Il peut bien sûr inciser et couper la chair, c'est pour lui une réalité tout à fait concrète et, à force de longues années d'apprentissage, d'habitude et d'entraînement patient, il en maîtrisera l'aspect purement technique, le *faire* pur. Mais à côté de cette immanence, il ne pourra s'empêcher d'avoir l'intuition qu'il intervient dans un corps humain, dans cette chair, mais une chair *investie*, et là, tout d'un coup, son *action* ne peut plus être nécessairement la même. Car il prend *conscience* de cette incontournable transcendance.

De manière très pragmatique, au point où nous sommes parvenus de notre réflexion, nous pourrions en conclure qu'il est donc impossible d'opérer un être humain et que, compte tenu de l'écrasante responsabilité morale que cette opération implique, aucun être humain normalement constitué ne serait capable de s'extraire de cette charge pour parvenir à effectuer une intervention. Or tous les jours dans le monde il existe de nombreux chirurgiens qui parviennent tout naturellement à opérer leur semblable. Mais est-ce vraiment « tout naturellement » et comment alors peuvent-ils faire ?

La solution, la seule qui vaille, est donnée par l'objectivation. C'est-à-dire, contredisant en quelque sorte tout ce que nous venons d'écrire – mais en apparence seulement – qu'il n'y a pas d'autre moyen pour pouvoir intervenir, que de réduire l'opéré, et son corps, et sa chair, à un pur objet.

Examinons attentivement cette insolite proposition.

III – L’OBJECTIVATION NECESSAIRE DU CORPS

Il existe une antinomie fondamentale en médecine, qu’illustre parfaitement bien la chirurgie en tant qu’action immédiate et très concrète:

- prendre en compte une *personne*, c'est-à-dire un être humain, avec toute sa subjectivité, toute sa biographie, nous l’avons vu. On pourrait dire que cela correspond au soin – comme « prendre soin ».

- rester toujours efficace dans le traitement, ce qui nécessite alors d’*objectiver* cette personne qui se confie, c'est-à-dire de la rendre objet, de la réduire à son corps, objet de la science.

C’est cette contradiction essentielle que souligne Paul Ricoeur⁵¹⁹, à l’occasion de la préface d’un livre écrit par des médecins au sujet des médecins tortionnaires nazis, lorsqu’il écrit qu’il n’y a en réalité que peu de différence entre ces bourreaux et un médecin ordinaire dans la mesure où les uns comme l’autre utilisent nécessairement des techniques objectivantes. La frontière entre ces deux médecines – et elle est évidemment essentielle – se retrouve dans leur finalité. La médecine sera éthique lorsque sa finalité sera de faire du bien en faisant (techniquement) bien, elle sera tortionnaire lorsque l’objectivation du sujet sera poussée à la limite du mal, c'est-à-dire faire du mal en faisant (efficacement) bien. Kant parle à ce propos de l’*habileté*, comme du simple emploi des moyens utilisés, en dehors de toute considération morale (bonne ou raisonnable) de l’action :

« Les prescriptions que doit suivre le médecin pour guérir radicalement son homme, celles que doit suivre un empoisonneur pour le tuer à coup sûr sont d’égale valeur, en tant qu’elles servent, les unes et les autres, à accomplir parfaitement leurs desseins »⁵²⁰.

Dans le fond ce serait comme une sournoise dégradation de l’impératif catégorique kantien – la chirurgie doit être *morale* – en un impératif de prudence – le chirurgien doit être bon *technicien* – jusqu’en un simple impératif d’habileté – il suffit

⁵¹⁹ Paul Ricoeur, Lectures I, *Autour du Politique*, Paris, Seuil, 1999.

⁵²⁰ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 86.

au chirurgien d'être *habile*. Dérive qui placerait l'habileté chirurgicale comme une finalité, oubliant qu'elle n'est qu'un moyen nécessaire, certes, mais non suffisant. Nous avons vu que la chirurgie, comme la médecine en général était précisément une action et non une fabrication. Or comme pour toute action dont le terme n'est pas un objet fabriqué, son résultat dépend de l'agent. Avec les connaissances acquises et l'art chirurgical – sa *tekhnè* – un chirurgien peut ainsi faire de la chirurgie ou bien de la barbarie, cela ne dépend que de lui. Le problème, celui que nous abordons maintenant, c'est qu'il lui est nécessaire d'objectiver son patient pour faire vraiment de la chirurgie, alors qu'en même temps cette objectivation, « contre-nature », est la première porte d'entrée vers la barbarie !

Approfondissons tout cela. Il nous faut d'abord considérer en quoi consiste l'objectivation et rappeler qu'il s'agit d'une abstraction et non d'une réalité. Ensuite envisager comment elle peut être possible et montrer que l'*épokhè*, la mise entre parenthèses du monde de l'expérience est la condition de l'objectivation. Enfin nous montrerons que cette *épokhè* est nécessaire durant l'acte chirurgical et qu'elle recèle une dimension éthique, à la condition formelle qu'elle ne soit que transitoire, faute de tomber dans le côté sombre de l'action chirurgicale.

Nous nous appuyerons chaque fois sur des récits véridiques tirés de notre expérience chirurgicale.

Qu'est-ce qu'objectiver ?

Objectiver c'est « jeter devant », c'est-à-dire regarder en se plaçant « en dehors » de la chose regardée. Subjectiver c'est au contraire « rester dessous » c'est-à-dire rester au niveau de la chose regardée, sans recul. Cela signifie que la chose ainsi regardée n'est pas la même chose, selon le regard de celui qui la regarde. L'intentionnalité, pilier essentiel de la phénoménologie nous le confirme. La conscience d'une chose semble ainsi supérieure à la conscience elle-même. Ricœur pense que l'intentionnalité est rigoureusement l'acte de viser quelque chose, acte qui ne s'atteint « qu'à travers l'unité identifiable et re-identifiable du *sens* visé »⁵²¹. Serait-ce alors dire que l'objectivité de la chose serait une impossibilité ? Husserl nous vient en aide :

⁵²¹ Paul Ricœur, La philosophie réflexive, in *Encyclopédie philosophique universelle, op. cit.*, p. 69.

« Le monde est donné préscientifiquement dans l'expérience sensible quotidienne de façon subjective-relative », mais, rajoute-t-il : « Il n'y a qu'un monde, seules les apparences différent pour nous les uns les autres »⁵²².

Nous comprenons que nous sommes dans un monde de la perception et que cela implique une subjectivité de fait, mais malgré tout – malgré notre regard subjectif –, ce monde *est* en lui-même et le *même* pour tous. Il est objectif.

En quoi cela pourrait-il nous être utile dans notre réflexion sur l'objectivation du patient ? En cela que, bien sûr, je *suis* moi ce chirurgien-là avec mon histoire et ma subjectivité et que je dois m'occuper de ce patient, *lui-même sujet*. Cependant – durant l'acte opératoire, acte grâce auquel je prétends lui faire du bien, puisque telle est ma finalité de chirurgien – je dois (il *faut* que) j'oublie qu'il est sujet dans le monde dans lequel je suis moi-même, pour que cette subjectivité ne *relativise* pas mon acte qui risquerait sinon d'être mal fait – nous disons même qui *serait* mal fait – en compromettant alors le sens même. Ou encore : pour faire du bien à ce patient il faut que j'oublie qu'il *est*, il faut que je le réduise à un simple *objet* et plus encore que je réduise tout son « corps-objet » au simple objet de mon opération (que je le réduise à une simple hanche par exemple). Ainsi je n'opèrerais plus un sujet qui *est* comme moi je *suis* dans le même monde sensible, mais je n'interviendrais que sur un morceau de chair défini par quelques muscles et des os qui n'est *qu'une* hanche. Descartes, en introduisant le dualisme âme-corps⁵²³ a beaucoup contribué à conceptualiser ce mécanisme d'objectivation :

« Je me considérais comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette *machine* composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de *corps* »⁵²⁴.

Convenons donc que l'objectivation du patient, et donc du corps-patient, est indispensable pour pouvoir intervenir et bien le faire. Il faut cependant souligner qu'il s'agit d'une abstraction. Elle correspond à une construction de l'esprit et non à la réalité.

⁵²² Edmund Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, *op. cit.*, p. 27-28.

⁵²³ Nous avons vu précédemment qu'il faut rester nuancé : considérer Descartes comme un indéfectible partisan du dualisme âme-corps est une interprétation un peu hâtive de sa pensée. Il précise dans le *Discours de la méthode*, à propos de l'union de l'âme et du corps : « qu'il est besoin qu'elle soit jointe et unie plus étroitement avec lui pour avoir, outre cela, des sentiments et des appétits semblables aux nôtres et ainsi composer un *vrai* homme ».

⁵²⁴ René Descartes, *Méditations métaphysiques, méditation seconde*, *op. cit.*, p. 60.

L'objectivation est une abstraction

Tout comme en peinture la perspective ne correspond pas à une traduction objective de la réalité mais bien à un mode de représentation du monde, en chirurgie l'objectivation est réductrice. En s'extrayant du sujet, elle reste une illusion, nous avons même écrit : une véritable « abstraction ». Elle introduit en effet une certaine inhumanité permettant alors les pires dérives comme la torture. Car, la chirurgie n'étant pas une fin en soi, mais un simple moyen de faire du bien, on peut dire que le patient, même endormi, même caché sous les champs opératoires, il resterait encore le sous-jacent qui ferait que le chirurgien ne pourrait réellement oublier qu'il a affaire à un être humain. L'objectivation nécessite donc un effort de *volonté* : elle n'est pas naturelle. C'est en cela que nous pouvons la qualifier d'abstraction complète.

Illustrons cela par l'interprétation que nous pouvons donner d'un tableau de Georges Braque, *La table de billard*⁵²⁵.

Au-delà de l'anecdote sémantique qui fait appeler une table chirurgicale « un billard »⁵²⁶, cette toile nous interpelle de deux manières. Tout d'abord, pour ce tableau l'artiste a voulu se débarrasser de la reproduction classique de l'objet de sa peinture qui faisait appel à la perspective. Il a voulu nous montrer une table de billard comme elle est, ni vue de haut, ni vue de côté, ni fuyante. En décidant de faire abstraction de pratiques convenues en peinture (la perspective, les lignes de fuite, l'équilibre du tableau) – la table n'est pas centrée mais comme *jetée devant*, dans le tableau, puisqu'il n'y a ni premier ni deuxième plans. Braque a peut-être tenté à la fois d'objectiver cette table, de la réduire à sa cause matérielle, mais en même temps et surtout il a aussi voulu la réduire (ou la grandir ?) à son essence même. C'est ce qui fait après tout la beauté d'une œuvre d'art. Heidegger, à propos des souliers peints par Van Gogh, nous montre que c'est bien l'essence de la chose qui nous touche dans le tableau, plus que la chose elle-même. Et Descartes ne nous dit-il pas de choisir l'aspect principal d'une chose pour la mieux mettre en valeur ?

« Mais, tout de même que les peintres, ne pouvant également bien représenter dans un tableau plat toutes les diverses faces d'un corps solide, en choisissent *une des principales*

⁵²⁵ Tate Modern, Londres.

⁵²⁶ L'interprétation la plus sérieuse donne comme origine à cette analogie le fait que de nombreux blessés durant la guerre de 1914-1918 auraient été opérés sur des tables de jeu de billard.

qu'ils mettent seule vers le jour, et ombrageant les autres, ne les font paraître, qu'en tant qu'on peut les voir en *la* regardant... »⁵²⁷.

Or quelle est la vraie réalité de ce que nous voyons lorsque nous observons une table ? L'image que j'ai de l'espace où elle se trouve n'a rien à voir avec la perspective. Malgré la possibilité que j'ai de voir le relief, je ne vois *réellement* pas la table en fuite : elle m'apparaît bien comme occupant un certain espace de mon champ visuel, comme si elle était en effet, sans perspective. La chose, débarrassée de son vernis de perspective, se manifeste ainsi comme *elle est* : nous sommes bien dans la phénoménologie. Les tests qui montrent des silhouettes de même taille, mais disposées les unes en bas de l'image – en « avant » – et les autres décalées au dessus – en « arrière » – donnent ainsi l'impression que les premières sont plus grandes que les secondes : c'est une tromperie générée par la perspective. D'ailleurs Pascal lui-même avait déjà écrit que la perspective était réductrice puisqu'elle assignait un seul « point de vue » :

« Il n'y a qu'un point indivisible qui soit le véritable lieu de voir les tableaux : les autres sont trop près, trop loin, trop haut, trop bas. La perspective l'assigne dans l'art de la peinture »⁵²⁸.

Il n'est pas anodin d'observer d'ailleurs que l'utilisation de la perspective – plus que son invention puisque les Anciens la connaissaient, – apparaît à la Renaissance italienne. De Giotto (mort en 1337) à Léonard de Vinci (dont la première œuvre date de 1472), c'est le *quattrocento* durant lequel les peintres italiens se livrent à un « travail systématique visant à définir rigoureusement une perspective linéaire capable d'organiser clairement l'espace »⁵²⁹. Cela coïncide tout à fait avec la mathématisation de la nature qu'entreprend Galilée et la mise au point d'appareils de mesure du temps : « la profondeur est une illusion spatiale mais son parcours est temporellement signifiant »⁵³⁰. C'est aussi à cette époque que Christophe Colomb recule les limites de l'espace du monde européen occidental et que sont inventées les horloges à ressort.

Ainsi donc, contrairement à ce que l'on pourrait croire, la perspective n'est qu'apparemment objective car elle n'est en réalité qu'un mode de représentation du monde parmi d'autres. Elle existait d'ailleurs depuis l'Antiquité mais c'est bien à

⁵²⁷ René Descartes, *Discours de la méthode*, op. cit., p. 46. C'est nous qui soulignons.

⁵²⁸ Pascal, *Pensées*, Première partie, art. VI, II. Mais il continue : « La perspective l'assigne dans l'art de la peinture. Mais dans la vérité et dans la morale qui l'assignera ? », comme s'il regrettait qu'on ne disposât pas dans ces matières d'un point de vue aussi « objectif » que celui que donne la perspective en peinture.

⁵²⁹ Daniel Arasse, *L'homme en perspective*, Paris, Editions Hazan, 2008, p. 33.

⁵³⁰ *Ibid.*, p. 216.

l'époque de la Modernité qu'elle est réintroduite dans la représentation picturale du monde comme une « esthétique de l'illusion »⁵³¹ ou, pour le dire comme Erwin Panofsky, « une objectivation de la subjectivité »⁵³². C'est ainsi :

« un système qui fournit des moyens, non à la compréhension abstraite d'une réalité théorique, mais à l'aménagement d'un *nouveau monde imaginaire* »⁵³³.

Cette volonté de maîtrise du monde – « ...comme maître et possesseur de la Nature... »⁵³⁴, à l'image de Dieu, nous dit Descartes – correspond bien à cette nouvelle tendance qui apparaît au XV^e siècle dans les sciences de la nature et dont les effets se ressentent de nos jours, y compris en médecine. Comme si l'homme voulait organiser la connaissance pour tâcher de la mieux maîtriser.

« Parce qu'elle porte essentiellement sur la représentation d'un espace où se déroule l'action dans le temps, elle [*la technique de la perspective linéaire*] participe à un mouvement de recréation des rapports entre l'homme et son monde. A l'angoisse de la mort, au mystère du divin elle apporte, elle invente une nouvelle solution : celle de la *mesure*, construction rationnelle, compréhensible et *utopique* »⁵³⁵.

Si nous faisons l'analogie avec la pratique de la chirurgie nous pourrions dire que la mise en perspective du patient, qui correspond à son objectivation, rend le chirurgien prisonnier d'un système fabriqué : un « univers construit à la mesure des nouvelles possibilités techniques... »⁵³⁶.

Et pour continuer le parallélisme avec le tableau, nous dirions que Georges Braque nous montre la voie : fi de cette « illusion figurative supposée donner une présence à l'objet »⁵³⁷, revenons à la vraie réalité, c'est-à-dire pour ce qui nous concerne, au « vrai » patient qui ne saurait être réduit au simple moyen de ma chirurgie. Edelman, kantien, écrit que l'inhumanité c'est envisager « l'homme comme moyen et non comme fin »⁵³⁸. C'est le respect de l'humanité chez l'autre qui fait obligation. La chirurgie non plus n'est pas une fin en soi. C'est en cela, nous allons le voir, que l'objectivation nécessaire du patient ne doit être que transitoire, comme une « époque ».

⁵³¹ Daniel Arasse, *L'homme en perspective*, op. cit., p. 202.

⁵³² Erwin Panofsky, *La perspective comme forme symbolique*, 1925.

⁵³³ Pierre Francastel, cité par Daniel Arasse, *L'homme en perspective*, op. cit., p. 210. C'est nous qui soulignons.

⁵³⁴ René Descartes, *Discours de la méthode*, op. cit., p. 66.

⁵³⁵ Clémence Revest, « L'invention de la perspective », travail de doctorat d'histoire, Paris, La Sorbonne, 2008.

⁵³⁶ Pierre Francastel, cité par Daniel Arasse, *L'homme en perspective*, op. cit., p. 34.

⁵³⁷ Daniel Arasse, *L'homme en perspective*, op. cit., p. 117.

⁵³⁸ Bernard Edelman, *La personne en danger*, Paris, PUF, 1999.

Poursuivons l'analogie avec Braque : si la perspective du peintre vise à truquer pour restituer, l'objectivation elle, engendre une réalité inventée. Car le patient ne saurait se réduire à son corps objectivé. Comme le peintre a conscience que la perspective aménage la réalité, nous dirions que le chirurgien doit *vouloir* savoir que l'objectivation est réductrice. Remercions donc ici Georges Braque qui, en abandonnant l'utilisation de la perspective dans ce tableau, nous permet ce questionnement fécond sur la chirurgie.

Enfin sur le plan symbolique cette œuvre nous amène à une autre réflexion. Hume en effet a insisté sur la *causalité* comme construite par notre conscience du fait de la répétition d'actes semblables, en prenant précisément comme exemple le déplacement des boules de « billard ». Et cette causalité qui nous interpelle dans le monde extérieur de l'expérience, le monde transcendant, pourrait entrer en contradiction – comme le dit Hannah Arendt – avec notre liberté perçue par notre conscience. Bergson⁵³⁹ rajoute que c'est la confusion que nous faisons habituellement entre la durée et l'étendue ainsi que notre conception spatiale du temps qui nous cache la liberté. L'objectivation, illusoire, pourrait faire perdre sa liberté au chirurgien et donc l'intuition qu'il a d'intervenir sur autre chose qu'un amas de viande, sur quelque chose de sacré.

Alors, si en peinture, d'évidence, la perspective, comme abstraction, est possible, l'est-elle également pour ce qui concerne la chirurgie, c'est-à-dire : peut-on objectiver un patient ?

Est-il possible d'objectiver un patient ?

Dans le fond, il semble bien que la difficulté soit d'arriver à objectiver la subjectivité du monde existant. Car le monde de la vie – pour objectif qu'il soit – n'est pas fait d'objets identiques : les choses concrètes ont une *corporéité*, corporéité qui fait leurs différences. Il est alors important de préciser ce que l'on peut entendre par *corporéité* à propos du corps du patient :

« Car tout ce qui se présente dans le monde de la vie comme une chose concrète possède naturellement une *corporéité*, même s'il ne s'agit pas d'un simple corps, comme par exemple un animal ou un objet de culture, et qu'il possède donc éventuellement aussi des propriétés psychiques ou toute autre propriété spirituelle »⁵⁴⁰.

⁵³⁹ Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, op. cit.

⁵⁴⁰ E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, op. cit., p. 120. C'est nous qui soulignons.

C'est donc bien ce corps, celui du patient sur lequel le chirurgien intervient, qui exprime la corporéité de ce patient et qui possède – qui *recèle* – une dimension spirituelle. Claude Bruaire l'avait remarqué : « ...la révocation de l'être de l'esprit est contemporaine [...] d'une réduction de l'objet de nos savoirs à la matière du monde »⁵⁴¹. C'est-à-dire que ce corps est ce qui fait *être* cet homme et qui fait ainsi qu'il n'est pas qu'une matière.

D'ailleurs Husserl rajoute que l'homme n'accède à la conscience de lui-même qu'à travers sa chair : nous sommes *immédiatement* conscients de notre corps. C'est distinguer, nous l'avons vu, le corps subjectif, investi, habité par une conscience (*leiben Körper*) du corps purement physique – objectivable – (*organischen Körper*) qui est en fait le corps objet, celui de la science.

C'est cette tension entre la conscience de mon corps et sa « corporalité » qui pose problème. Car le corps-être est aussi une chose purement corporelle. Et dans tout corps, nous l'avons vu, il y a de la chair. C'est la chair qui s'offre à notre perception d'une part par nos organes de perception (yeux, mains, oreilles, etc.) et d'autre part par les kinesthèses (bouger, faire, etc.), les deux jouant ensemble définissant une expérience « kinesthético-sensible ». Et au-delà de la simple perception des choses, nous en avons une *conscience* et cette conscience, nous dit Husserl, rend les objets de notre perception thématiques ou non thématiques. Ainsi c'est ma conscience qui donne à la chair le *sens* d'être un corps. La chair est donc essentiellement partie de ce corps. Nous pourrions oser, avec Aristote, la définir comme la forme de ce corps, sans pourtant dire par là que la chair serait l'âme.

« Ainsi *sommes-nous*, de façon concrètement charnelle, mais non uniquement charnelle, en tant que Sujets-égologiques complets... »⁵⁴².

C'est dire autrement que la chair est la réalité de mon être et pourtant elle n'est pas seule, ma conscience existe aussi. Cela ne nous ramène pourtant pas au vieux dualisme de l'âme et du corps, ce qui ne poserait alors aucun problème d'objectivation, puisque la substance étendue est objective par nature. En réalité, cela signifie qu'au niveau personnel – égologique – ma chair est *immédiatement* perçue. Cela pourrait me rendre difficile, voire impossible, de percevoir l'autre comme lui aussi charnel : j'ai

⁵⁴¹ Claude Bruaire, L'être et l'esprit, in *L'univers philosophique, Encyclopédie philosophique universelle*, op. cit., p. 34-39.

⁵⁴² E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, op. cit., p. 123. C'est nous qui soulignons.

besoin d'un *médiateur*. Il nous faut ici revenir à Michel Henry et à la question de l'incarnation.

Lorsqu'il critique la contingence apparente de la question du corps, il insiste sur le problème de l'analyse ontologique de la subjectivité, problème pour lui fondamental. Il rejoint Wahl lorsqu'il écrit : « plus l'homme se sent comme esprit, plus il se sent en même temps comme corps »⁵⁴³. Le fait « originaire » dépasse, et la conscience, et la subjectivité, et ce fait est d'être *incarné*. Ce n'est plus une contingence puisque précisément on ne peut pas ne pas être incarné, faute de retomber dans une sorte de dualisme qui séparerait la sphère de la subjectivité de celle du corps contingent. Si l'on n'accepte pas le corps incarné, alors on reste dans l'être transcendant hors de la subjectivité. Et cet être transcendant pourra toujours correspondre au *Körper*, ou bien au corps vivant, voire même au corps « humain », qu'il sera toujours autre. Le premier, nous l'avons vu, sera le corps de la science, le second celui de la conscience – celui d'ailleurs qui, pour le phénoménologue, est originaire au premier. Le troisième, plus complexe, le corps humain, sera celui qui posera la question soulevée par Heidegger : est-ce un corps animal auquel est rajouté « quelque chose », ou bien un corps humain en soi, *sui generis* ? Quand Descartes considère froidement que : « ...le corps pris en général est une substance [...] mais que le corps humain, en tant qu'il diffère des autres corps, n'est composé que d'une certaine configuration de membres et d'autres semblables accidents... »⁵⁴⁴, Michel Henry répond fermement :

« La contingence de la question du corps, plus profondément, la contingence du fait même de *l'appartenance d'un corps à la réalité humaine*, sont insurmontables s'il est vrai que ce corps représente, par rapport à la subjectivité transcendantale elle-même, quelque chose d'hétérogène et d'irréductible »⁵⁴⁵.

C'est-à-dire que le corps appartient à la « sphère d'existence qui est celle de la subjectivité elle-même »⁵⁴⁶. Ainsi le corps est subjectif, c'est un *je*, l'*ego* lui-même. C'est donc qu'il n'est ni *Körper*, ni corps vivant, ni même simplement *corps humain* : c'est un corps « transcendantal »⁵⁴⁷. De même la vie de la conscience ne saurait nous être donnée dans une expérience transcendantale, fût-elle interne mais qui ne reste qu'une

⁵⁴³ Jean Wahl, *Etudes kierkegaardienne*, Paris, Aubier, 1938, p. 226. Cité par Michel Henry, *Phénoménologie du corps*, op. cit., p. 3.

⁵⁴⁴ René Descartes, *Méditations métaphysiques*, op. cit., p. 61.

⁵⁴⁵ Michel Henry, *Philosophie et Phénoménologie du corps*, op. cit., p. 9.

⁵⁴⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁵⁴⁷ Rappelons la différence entre transcendant et transcendantal, telle que la conçoit Michel Henry : est *transcendant* ce qui est extérieur à moi – à ma conscience – tandis que ce qui est *transcendantal* est la condition de possibilité de la chose. Ce qui correspond à la conception de Kant.

« observation » – et ça n'est alors que du psychologisme – mais bien dans une expérience interne transcendantale. L'empirisme ne nous aide pas, qui est trop étroit puisqu'il ne connaît que ce qui est physique et le rationalisme oublie que les conditions de possibilités de l'expérience sont elles-mêmes une expérience. C'est dire que sans subjectivité il n'y a ni monde, ni expérience pour nous : « la vie du monde est celle de l'*ego* »⁵⁴⁸. C'est donc que l'être de l'*ego* se confond avec celui de la subjectivité. Or celui-là est déterminé par son paraître tandis que la subjectivité s'oppose radicalement à tout être transcendant. Donc le moi n'est pas un étant et Michel Henry peut critiquer Descartes. Pour l'auteur des *Méditations*, en effet, la pensée pure est un être réel, différent de l'être transcendant, c'est l'*ego*. Soit ! Mais cela devient une substance qui perd donc son statut ontologique absolu, sortant de l'immanence absolue qu'est l'être transcendantal. Ce qui correspond à un « monisme ontologique », comme la thèse qui soutient que les choses réelles sont seulement celles qui nous sont données dans la région de l'être transcendant. Or, cela pose un problème pour ce qui concerne le corps :

« En ce qui concerne la théorie du corps, le monisme ontologique a eu cette conséquence décisive qu'il a constamment empêché la réflexion philosophique à s'élever à l'idée du corps subjectif. Le corps [...] était nécessairement quelque chose de transcendant [...] *réduit à sa manifestation objective* »⁵⁴⁹.

En quoi cette idée du corps transcendantal peut-elle nous aider ? Paradoxalement pour la raison même que l'objectivation, dans ce contexte, est philosophiquement intenable. Ce qui revient à confirmer que c'est une construction de l'esprit qui ne correspond pas à la réalité, à cette intuition profonde que nous avons de notre propre corps – « l'aperception interne immédiate » – comme de celui de l'opéré.

En effet puisque c'est mon corps incarné qui est ce que je suis et qui me donne le monde, il n'est pas question de pouvoir l'objectiver. De la même manière celui du patient opéré. Car l'un comme l'autre, si on oublie qu'ils sont corps « subjectifs et transcendants », ne pourront appartenir qu'au domaine ontologique de l'être en général et leur immanence absolue sera perdue. Mais de ce fait ils seront bien objectivés.

Nous ne pouvons pas aborder ainsi la question si controversée de la subjectivité, incontournable et donc non objectivable *a priori*, de l'autre, sans évoquer la conception de Levinas⁵⁵⁰ dans ce qu'elle a de particulièrement spécifique. Certes, il s'oppose lui

⁵⁴⁸ Michel Henry, *Philosophie et Phénoménologie du corps*, op. cit., p. 43.

⁵⁴⁹ *Ibid.*, p. 261.

⁵⁵⁰ Emmanuel Levinas, *Totalité et infini*, op. cit. ; *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op. cit.

aussi à renvoyer l'homme et son corps – « l'homme-corps » nous pourrions dire – au domaine de l'être en général. Il nous dit que l'éthique est première : l'autre est immédiatement perçu, sans besoin de l'analyser comme être. C'est l'épiphanie du visage de l'autre qui nous le donne dans son altérité radicale. Ce qui impliquerait un refus, une impossibilité d'essayer de le réduire à un objet. Mais la mise entre parenthèses qu'il nous propose pour atteindre la vérité d'autrui est à plusieurs degrés, afin, nous dit-il, de dépasser l'être pour aller « au-delà de l'essence ». Il faut d'abord pratiquer la réduction phénoménologique classique : je fais abstraction de tout ce qui, chez mon opéré, pourrait encombrer mon jugement. Il faut encore dépasser cette première mise entre parenthèses pour tâcher d'aller encore plus loin, sans s'arrêter à ce qui pourrait apparaître : au -delà de son corps, purement organisme, que je m'apprête à ouvrir, il y a la personne de cet opéré. Mais Levinas va toujours plus loin pour refuser même le principe de toute réduction et considérer, à travers le « simple » visage, que quelque chose de plus que l'être peut se manifester : si j'y parviens, en tant que chirurgien, je rencontrerai véritablement, *radicalement* – à la racine – cet autrui qu'est mon opéré. C'est un peu comme si, malgré l'intuition absolue que j'ai de la subjectivité transcendante de moi-même et du patient, je pouvais – *je devais* – en tant que chirurgien vouloir faire abstraction de sa propre conscience de corps pour l'objectiver. Mais un tel dépassement de toute ontologie est-il humainement possible ?

Husserl nous aide lorsqu'il écrit que nous pouvons nous désintéresser des autres :

« D'un autre côté nous pouvons être pour les autres, et ils peuvent être pour nous de *simples objets*, [...] nous pouvons apprendre à nous connaître théoriquement les uns les autres, prendre connaissance des actes-de-pensée, des actes-d'expérience et éventuellement de n'importe quelle autre sorte d'actes des autres comme autant de faits objectifs, mais restant « in-intéressés » à ces actes... »⁵⁵¹.

Nous pouvons tout à fait transposer cette réflexion, qui s'adresse à la communauté des philosophes, à une réflexion que le chirurgien peut avoir à propos de ses patients : il doit rester « in-intéressé » à leur vie, à ce qu'ils sont, et donc in-intéressé à leur corps subjectif et transcendantal, pour ne vouloir considérer que le *Körper*. Mais tout cet effort, seulement durant l'acte opératoire. Même si Levinas nous rappelle que « le désintéressement suspend l'essence⁵⁵² ». Car, sortant de la pure phénoménologie et

⁵⁵¹ E. Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, op. cit., p. 125. C'est nous qui soulignons.

⁵⁵² Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être, ou au delà de l'essence*, op. cit., p. 29.

évoquant la transcendance absolue de Dieu, il nous parle de la subjectivité comme « autrement qu'être »⁵⁵³ :

« Reconnaître dans la subjectivité une "ex-ception" dérégulant la conjonction de l'essence, de l'étant et de la "différence" ; apercevoir dans la substantialité du sujet, dans le noyau dur de "l'unique en moi", dans mon identité dépareillée, la substitution à autrui... ».

L'essence est pour lui l'être (le *sein* allemand ou l'*esse* latin à la manière d'Heidegger et non pas l'*ousia* d'Aristote ou la substance) et il place la subjectivité « au-delà » de cette essence. C'est donc que la subjectivité est irréductible à l'essence, irréductible à « l'immanence essentielle »⁵⁵⁴. L'étant – le monde intuitif de l'expérience, le monde mondain de Husserl – ne suffit pas à créer une différence.

La possibilité de l'objectivation du patient pourrait alors être compromise si déjà la subjectivité – celle du patient comme celle du chirurgien lui-même – posait problème. Car comment objectiver un sujet qui est plus – *autre* – que l'être ? Et si l'objectivation de l'autre – du patient – devenait impossible, *quid* d'opérer ? Or tous les jours il existe des chirurgiens qui parviennent à opérer et l'habitude, l'automatisme, seuls, ne suffiraient pas à expliquer qu'ils puissent le faire. Et allons plus loin : quand bien même nous pourrions concevoir qu'un chirurgien expérimenté puisse – soit capable – de remplacer sans état d'âme (sans avoir conscience du geste qu'il réalise sur un autre vivant comme lui) une hanche lésée grâce au mode d'emploi que lui fournirait une technique chirurgicale bien apprise, encore faudrait-il qu'il parvienne à rester dans les mêmes conditions mentales lorsque survient une complication et d'autant lorsque celle-ci serait grave.

Anne-Laure Boch pense ainsi que l'agressivité inhérente à tout geste technique (dont la chirurgie représente la quintessence) est bien ce qui empêche que l'autre soit pour l'opérateur un infini non objectivable. « L'infini d'autrui nous paralyse, sa totalisation agressive – [son objectivation] – nous libère »⁵⁵⁵.

Nous pouvons donc admettre deux choses. La première, que l'objectivation est bien une abstraction volontaire qui nécessite un effort, puisque que la spéculation philosophique et la phénoménologie du corps nous prouvent son impossibilité théorique. Cette impossibilité nous conforte par ailleurs dans notre conviction que le

⁵⁵³ Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être, ou au delà de l'essence*, op. cit., p. 10.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 33.

⁵⁵⁵ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 114.

corps de l'homme recèle du sacré, puisque ce corps intrinsèquement non-objet, est ce qui fait que nous sommes incarnés. Et cette incarnation est ce qui nous fait être ce que nous sommes, c'est-à-dire une personne « sacrée ». La seconde remarque que nous permet l'objectivation consiste à repérer que c'est précisément l'altérité qui, par un étonnant mouvement de balancier, en même temps qu'elle nous oblige à une responsabilité « levinassienne » absolue, nous permet – pour nous détacher de ce fardeau moral – de libérer notre agressivité. Le chirurgien, en transgressant, va faire couler le sang, réduisant volontairement son opéré à l'objet de sa chirurgie.

Il nous faut alors parler de l'*épokhè*⁵⁵⁶ comme condition de cette objectivation.

Par quel moyen peut-on parvenir à objectiver un patient ?

Restons vigilant et méfiant devant cette conception de l'être en général qui exclurait la subjectivité transcendante de Michel Henry ou au contraire impliquerait une totalisation selon Levinas. Et c'est Heidegger, dans sa quête de l'être, qui nous aide à cerner le moyen de l'objectivation lorsqu'il nous dit que l'*étant* recouvre l'*être*, le cachant – le « cédant ». Pour paraphraser le philosophe de Fribourg nous pourrions dire que nous n'existons comme sujets que dans un monde qui existe déjà mais que l'ensemble des objets de ce monde recouvre l'être qui risque d'être « oublié » si l'on ne cherche pas à mettre en suspension tous ces étants qui le recouvrent.

« L'effort heideggérien consiste à penser la subjectivité en fonction de l'être – dont elle traduit une "époque" (au sens de dissimulation et *suspension de l'être* derrière l'étant qu'il éclaire)... »⁵⁵⁷.

Ainsi cette suspension correspond à une « époque ». Et nous découvrons là le moyen qui, seul, peut permettre l'objectivation d'un autre sujet, l'*épokhè*, indispensable selon nous pour que le chirurgien parvienne à opérer et le fasse bien. Bien sûr nous inversons ce qu'expriment Heidegger et Levinas puisque le premier ramène toute subjectivité à l'être, dont elle ne représente qu'une époque, dissimulée derrière l'étant qui devient par conséquent le seul objet considéré. Tandis que Levinas au contraire voudrait en quelque sorte sortir la subjectivité du domaine totalisant de l'être. Nous cherchons, quant à nous, à « masquer » cette subjectivité – qu'elle soit complètement ou en partie seulement, dans le lieu de l'être – par une suspension du monde des étants.

⁵⁵⁶ Nous adopterons l'écriture latine *épokhè* (du grec *ἐποχή*).

⁵⁵⁷ Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op. cit, p. 34.

Michel Foucault écrit à propos de la médecine en général, ce que l'on peut tout à fait transposer à l'acte chirurgical :

« Paradoxalement le patient n'est, par rapport à ce dont il souffre, qu'un *fait extérieur* ; la lecture médicale ne doit le prendre en considération que pour le mettre *entre parenthèses* »⁵⁵⁸.

L'*épokhè* (du grec : « suspension ») correspond en effet à une suspension du jugement, comme une mise « entre parenthèses ». Le philosophe Pyrrhon d'Elis⁵⁵⁹ (vers le III^e siècle av. J.-C.) – selon son disciple Timon de Philonthe – cherchait à obtenir une impassibilité la plus complète possible, un peu comme les Stoïciens par l'ataraxie et l'apathie, afin de « supporter » la condition de la vie humaine, pour obtenir une paix intérieure. Considérant que nous ne pouvions avoir aucune certitude sur quoi que ce soit du monde ambiant, il importait de « suspendre » notre jugement dès que notre compréhension (notre entendement) faillirait. Cette *épokhè* pouvait se concevoir totale, permanente, mais en réalité, du fait même qu'elle se pose comme une « suspension » du jugement, elle ne saurait être que transitoire dans le temps, c'est-à-dire durant une *époque*. Nous pouvons tout à fait reprendre la méditation de Descartes : « ...si mon esprit n'était prévenu d'aucun préjugé et que ma pensée ne se trouvât point divertie par la présence continuelle des images des choses sensibles »⁵⁶⁰. Pour parvenir à réduire son malade à l'état d'objet il faut bien en effet que notre chirurgien fasse abstraction de toutes les qualités subjectives de celui-ci, qu'il ne le considère plus que « ...composé d'une certaine configuration de membres et d'autres semblables accidents... ». Il faut donc qu'il décide de se mettre « entre parenthèses », de ne plus accepter le monde sujet-objet relatif, mais de limiter volontairement le champ de sa perception (et de sa conscience) au seul objet qu'est devenu son malade. En cas de difficulté ou de complication, il faut de la même manière qu'il puisse s'extraire du monde ambiant, qu'il en oublie presque qu'il est dans un bloc opératoire avec la responsabilité d'un sujet.

Descartes – dans le doute qu'il exprime en méditant – et plus tard Husserl – lors de la réduction eidétique qui porte sur toute transcendance – nous aident à trouver le mécanisme de cette mise « entre parenthèses ».

« Or, bien que l'utilité d'un *doute si général* ne paraisse pas d'abord, elle est toutefois en cela très grande, qu'il nous délivre de toutes sortes de préjugés, et nous prépare un chemin très facile pour *accoutumer notre esprit à se détacher des sens*, et enfin en ce

⁵⁵⁸ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 6.

⁵⁵⁹ Lucien Jerphagnon, *Les Dieux et les mots*, Paris, Tallandier, 2004, p. 219.

⁵⁶⁰ René Descartes, *Méditations métaphysique, méditation cinquième*, op. cit., p. 97.

qu'il fait qu'il n'est pas possible que nous puissions jamais plus douter des choses que nous découvrirons par après être véritables »⁵⁶¹.

Le problème avec Descartes, c'est que son doute méthodique et hyperbolique réduit toute réalité à sa seule pensée, à son *ego*. De ce fait c'est elle et elle seule qui pourra construire le monde des choses « claires et distinctes ». Ce qui ne peut être que le monde parfait des idéalités mathématiques, nous l'avons vu à propos du corps. Husserl critiquera cette entrée dans l'épistémologie moderne, à propos de l'objectivation du corps :

« La science des corps n'a rien à nous dire puisqu'elle fait abstraction de tout ce qui est subjectif »⁵⁶².

Or, c'est précisément et paradoxalement ce que nous souhaitons : faire *abstraction* de tout ce qui est subjectif. La question qui va alors se poser est celle de déterminer comment parvenir à cette objectivité. Pour cela il est nécessaire que je le *veuille* : cela n'est pas spontané. En le voulant, je *décide* de me mettre « entre parenthèses », de ne plus accepter ce monde sujet-objet relatif, mais de limiter le champ de ma perception (et de ma conscience) aux objets (et parmi eux à *ceux* que j'ai décidé d'objectiver). A la manière de Descartes, je vais douter du monde sensible, mais contrairement à l'hyperbolisme de son doute, je vais sélectionner dans ce monde sensible le seul objet que je veux objectiver, c'est-à-dire le patient dans sa totalité. Tandis que je garderai, pour ce qui me concerne en tant que je suis chirurgien, l'intuition que j'ai de ma propre main, charnelle et partie absolue de ma corporéité. C'est là le sens de l'*épokhè* que telle que nous l'envisageons. L'*épokhè* ne vient pas *naturellement*, ne serait-ce que parce qu'elle prétend me sortir du monde des objets de la nature, ce qui est une impossibilité « ontologique » comme nous l'avons constaté. C'est donc qu'elle est bien une décision volontaire et limitée dans son contenu d'objectivation.

L'exemple d'une fausse méprise pourra illustrer cette nécessité de se placer dans l'*épokhè* pour objectiver totalement l'opéré, devenant *in-intéressé* au drame qu'il pourrait subir (et se sortir d'une fâcheuse situation), sans pour autant que le chirurgien s'objective lui-même.

⁵⁶¹ René Descartes, *Méditations métaphysiques, méditation cinquième, op. cit.*, p. 61.

⁵⁶² Edmund Husserl, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale, op. cit.*, p. 10-11.

« Fausse méprise au bloc opératoire » : un récit qui illustre la possibilité de l'objectivation

C'est le récit véridique d'une situation dramatique qu'affronte un chirurgien orthopédiste, que nous nommerons « Alexandre ». Elle aurait été tragique s'il n'avait pas eu la possibilité d'objectiver son malade. Nous allons la narrer puis la commenter en faisant un clin d'œil à Georges Feydeau.

« Une fausse méprise au bloc opératoire »

« Il s'agissait d'un patient dont les têtes des deux fémurs étaient nécrosées, c'est-à-dire mortes. Le mal était plus marqué et douloureux à gauche, et il avait été convenu en consultation de mettre en place une prothèse totale de hanche. C'était une intervention habituelle pour Alexandre mais qui n'était pas tout à fait anodine. Mr P. avait bien compris qu'il n'y avait pas d'autre solution pour le soulager et l'avait très vite acceptée. Mais ce soir, lui dit-il, il souffrait beaucoup, plus que d'habitude, ça l'inquiétait et il paniquait.

- Ah ! Docteur, enfin vous allez me soulager, n'est-ce pas ?

- Bonsoir Mr P. Alors que se passe-t-il ?

- Ecoutez, docteur, je ne sais pas, mais ça n'est pas normal. Jusqu'à présent j'avais mal, d'accord, mais là c'est intolérable. Ça descend jusqu'au genou et vraiment, croyez-moi, je n'en peux plus ! Pourtant, vous me connaissez et, moi, les douleurs j'en ai l'habitude ! Il faut faire quelque chose, hein ?

- Ne vous inquiétez pas. Voyons un peu cette hanche.

Alexandre comprit vite que ça n'était que de l'angoisse. L'angoisse que manifestait là son patient à l'idée d'être opéré le lendemain matin. Après quelques gestes rassurants où, l'examinant à peine, il se contenta de poser ses mains sur la hanche de son malade, la tension retomba. Ces mains qui allaient bientôt rentrer dans sa chair, Mr P. pouvait ainsi les sentir et en quelque sorte se les approprier. Il en fut aussitôt soulagé.

Libéré lui aussi de l'agacement d'être venu, Alexandre, avec patience, continua de lui expliquer les bénéfices qu'il avait à se faire opérer, à côté des risques mineurs qu'il encourait ; il lui parla de sa hanche droite, qui commençait à souffrir et lui confirma que l'intervention à gauche allait la soulager elle aussi puisqu'il pourrait mieux prendre appui sur la prothèse. Mr P. fut rassuré. Il était heureux d'avoir vu son médecin. Et malgré l'heure tardive, tout compte fait Alexandre lui aussi était content. Il aimait le contact avec les malades et savait leur donner confiance. Arrivé de mauvaise humeur il partait en souriant. Il embrassa les filles en leur souhaitant une bonne nuit.

C'était le 3 janvier, le lendemain, et l'ambiance au bloc était légère. Chacun et chacune se racontaient les péripéties de ses festivités de fin d'année. L'équipe des ménagères avait fini de préparer le bloc et prenait un petit café accompagné de rires joyeux tandis que l'infirmier de la salle où Alexandre devait opérer s'évertuait à faire descendre le patient. Alexandre, lui-même très détendu, se remémorait avec son ami urologue, leurs glissades en ski à Noël. Seul l'anesthésiste gardait son calme et son flegme habituel : c'était un érudit, un peu raisonneur mais rigoureux dans son travail. Il avait exigé que l'on fit passer un cliché du thorax au malade, alors même que la récente loi « Kouchner » ne le rendait plus obligatoire.

Ainsi la légèreté du moment et la lenteur mise pour la radiographie, entraînaient un retard certain dans le programme opératoire d'Alexandre. Il se souvenait que l'atmosphère joyeuse de cette rentrée d'année avait gommé l'agacement qu'il aurait sinon manifesté. Son aide opératoire, par contre, était un peu tendue. Il y avait encore beaucoup de malades à opérer et elle fit diligence pour que tout fût prêt quand Alexandre entra en salle.

- Allez ! On y va, s'exclama-t-il en tapotant la cuisse de son patient, geste qu'il faisait chaque fois avant d'inciser la peau, pour s'appropriier le corps qu'il allait ouvrir.

- Tout est prêt, monsieur, lui répondit, respectueuse, son instrumentiste.

La lame du bistouri, sans hésiter, ouvrit la chair et quelques gouttes de sang bien rouge se mirent à perler. Ni Alexandre, ni son aide n'y prêtèrent la moindre attention. Le sang faisait partie de la chirurgie comme l'eau de la pluie. Très rapidement la hanche fut luxée et le col du fémur coupé. Dans les ostéonécroses, cette maladie qui correspond à une mort tissulaire de la tête du fémur, les lésions n'apparaissent pas toujours à l'œil nu. Alexandre ne fut donc pas étonné de trouver un os recouvert d'un cartilage brillant. Sa réaction fut toute autre lorsque l'instrumentiste lui passa une râpe droite alors qu'il intervenait sur la hanche gauche !

- Mais enfin, nous opérons à gauche ! la tança-t-il

- Eh ! bien, c'est-à-dire...Mais c'est une hanche droite qui est inscrite au programme, balbutia-t-elle.

- C'est exact monsieur, approuva en écho l'infirmier de bloc.

Un lourd silence s'abattit brutalement dans la salle. Apparemment très calme, mais intérieurement très ému, il n'arriva plus à se remémorer la visite faite la veille au patient et se replia sur les radiographies. Celles-ci montraient l'atteinte des deux hanches, mais l'IRM confirmait l'accentuation des lésions à droite seulement ! Après toutes les vérifications que firent les panseuses dans un affolement plus ou moins maîtrisé, il fut bien obligé d'admettre son erreur. Alexandre fut bizarrement saisi par une sensation presque euphorique lorsqu'il sentit l'adrénaline couler le long de ses veines. Cette hormone qui avait permis à tous ses ancêtres, même les plus lointains, de survivre en réagissant efficacement aux situations les plus dangereuses, accéléra son rythme cardiaque et donc l'oxygénation de son cerveau. Un instant il se sentit flotter. Mais très vite il se ressaisit et le caractère que lui avait forgé son éducation fit le reste, qui lui dicta les décisions qu'il lui fallait rapidement prendre. Il comprit ainsi qu'il devait finir tranquillement et le mieux possible l'intervention en cours, puis faire descendre la famille pour expliquer son erreur. Paniqué, il cherchait à garder son calme en s'imaginant leur parler en toute franchise. Il leur proposerait de traiter dans le même temps la hanche droite. Il était prêt à assumer sa faute mais en même temps il se retranchait derrière de douteuses justifications : « avoir opéré la hanche gauche n'était tout compte fait pas aussi dramatique puisqu'elle était malade elle aussi. Certes pas encore au point de justifier une intervention, mais enfin !... ». En se projetant dans ce futur tout proche qu'il venait d'édulcorer, il se sentit mieux. Il était à nouveau serein malgré la gravité de la situation. Il s'était libéré de son erreur et il n'avait plus qu'à accomplir une tâche alors à nouveau programmée, loin de toute sensiblerie. Il réalisa plus tard que l'erreur pouvait devenir d'autant plus dangereuse qu'elle lui ferait perdre tous ses repères, paralysant chez lui la moindre décision. Au contraire, en ayant établi un nouveau plan cohérent, Alexandre pouvait continuer, assez calmement d'opérer. C'était là tout à la fois sa qualité de chirurgien sachant affronter l'imprévu et en même temps son extrême légèreté pouvant lui faire perdre toute notion de vraie réalité. Parce que quels que fussent ses propres états d'âme il pouvait aussi considérer qu'en fait il était en train de mutiler tranquillement un être humain, proprement certes, mais à tort ! C'était tout de même la hanche droite qui devait être

opérée et non la gauche ! Il se rendait soudain compte que, malgré la banalisation que donnait à son opération l'expérience acquise de toutes les hanches qu'il avait pu ouvrir, ça restait un geste profondément grave. A un moment donné, en coupant le fémur de son malade, en quelque sorte il le coupait lui-même en deux : d'un côté le tronc et la tête, de l'autre la cuisse et la jambe ! Alexandre se retrouvait, là, à l'instant, sur la fine frontière qui existe en chirurgie entre vouloir le bien et faire le mal. Mais il ne voulait pas non plus, maintenant, rentrer dans ce questionnement moral et chassa aussitôt cette pensée de son esprit. Et comme un parfait exécutant il décida de ne se consacrer qu'à son geste.

La salle d'opération ressemblait alors à une cathédrale sans bruit et tout le bloc opératoire – la nouvelle s'étant vite répandue – avait arrêté la moindre caqueterie futile, comme si tous étaient concernés par le drame de la situation. Et Alexandre devinait qu'il était soudainement intronisé grand prêtre de cet endroit sacré qu'était le bloc et que tous attendaient de voir comment il allait se sortir de ce mauvais pas. En même temps il n'était pas dupe, comprenant qu'il aurait été le bouc émissaire à sacrifier si les choses tournaient mal, chacun alors se défaussant de toute responsabilité. Il imagina son nom en gros titre moqueur dans la presse régionale, et se vit contraint de changer d'installation. Cette solitude essentielle qui faisait autant la grandeur de son métier que sa dureté, Alexandre la ressentait dans chacune de ses fibres. Mais il continua d'opérer méthodiquement s'appliquant à réaliser parfaitement son intervention inutile. Il s'était isolé du monde extérieur et ne se consacrait plus qu'à cette tâche, réduisant Mr P. seulement à sa hanche gauche, mieux encore à cette articulation faite d'os et de muscles. Il avait déshumanisé son malade et c'est ainsi qu'il pouvait continuer sereinement d'en découper la hanche. Et de manière tout à fait indécente il se sentit léger. Il contrôlait la situation et c'était sa force, mais il devait pour cela s'extraire de la réalité et c'était sa faiblesse.

C'est dans cette ambiance lourde qu'apparut tout d'un coup l'anesthésiste, arborant aux lèvres un sourire complètement surréaliste.

- Ne t'inquiète pas, dit-il à Alexandre, je devais pratiquer une péridurale qui n'a pas bien marché et avant d'endormir Mr P. je lui ai fait moi-même confirmer que c'est bien la hanche gauche qu'il fallait opérer. D'ailleurs ça prouve encore une fois que toutes ces procédures qu'on nous impose, la fiche, le dossier, toutes ces fichues signatures, eh ! bien ça ne sert à rien ! La seule chose importante c'est encore de demander le côté au malade ! C'est toujours pareil... Ah ! Toutes ces réunions de paperassiers qui ne riment à rien...

Il commençait à se lancer dans une diatribe raisonneuse sur ce qu'il faudrait faire si on daignait l'écouter un peu, quand, apercevant enfin tous les personnages figés dans la salle silencieuse, il comprit que c'était déplacé et s'interrompit.

- Donc ce que je veux dire, c'est que tu ne t'es pas trompé et que tu opères le bon côté !

Soulagement ! La sudation s'arrête ; les bruits reprennent. D'abord en quelques frémissements de mots hésitants puis de plus en plus franchement. Alexandre fut rassuré. Mais se rapprochant du négatoscope il resta encore un peu perplexe devant les clichés affichés : se serait-il trompé, lui, de diagnostic et aurait-il convaincu à tort Mr P. de se faire opérer de la mauvaise hanche ?

- Mais non, regarde, lui dit son anesthésiste qui avait compris le problème. Les images ont été inversées : si tu les retournes tu vois bien que c'est la hanche gauche qui est atteinte. Tout va bien !

- Ouais, tu as raison, acquiesça froidement Alexandre avant de retourner à son intervention.

L'affaire, bien sûr, avait été largement commentée dans tout le bloc et continua d'alimenter les conversations jusqu'à la fin de la matinée. C'était pour Alexandre la première fois que pareille aventure lui arrivait et il en eut un drôle de sentiment.

Cette détermination, qui lui avait permis de ne pas perdre ses moyens en s'isolant volontairement dans un monde léger où les malades n'étaient plus des êtres humains mais de simples objets, des amas d'organes et de chairs neutres, lui sembla tout d'un coup d'une insouciance presque terrifiante. Comme s'il devait se faire à l'idée qu'il n'était un bon chirurgien que parce qu'il n'aurait aucune vraie notion de la réalité, de la tragique réalité, de la gravité en fait d'avoir le pouvoir d'opérer des hommes !

Peut-être que ce pouvoir exorbitant de rentrer dans le corps des autres représentait une telle transgression qu'il n'était concevable que si précisément il faisait abstraction de l'autre, de son patient, au moins pendant son intervention. Mais à la longue, imperceptiblement, à force d'opérer toujours et encore plus de malades, ne risquait-il pas de perdre pied avec la réalité, et de finir par croire que l'autre, tous les autres, n'étaient que des objets ?

Il devenait alors le seul sujet, il était Dieu.

Et c'était tragique ».

Des « fausses confidences » à la « fausse méprise », ou comment, du comique frôler le tragique

Le thème de la duplicité, du *quiproquo* est récurrent dans la littérature comique. L'amant lui-même cocu ou la maîtresse infidèle sont le deuxième degré de la tromperie et Georges Feydeau en a fait le thème de bien de ses pièces au théâtre. Marivaux dans *Les fausses confidences*⁵⁶³ nous livre une autre version du *quiproquo* amoureux : Araminte ne peut pas même envisager de s'intéresser à Dorante, ce jeune homme pauvre, mais Dubois, le valet visionnaire va manigancer un plan de séduction. Au départ on est dans le comique, puis progressivement – avec l'amour naissant d'Araminte et le refus de duplicité de Dorante – on passe au tragique. Il y a bien sûr de « l'arroseur arrosé » dans l'épilogue de Marivaux, mais il reste une morale : l'amour triomphe et l'homme – à travers Dorante – n'est pas *naturellement* porté au mensonge. Dubois reste comme un démiurge qui voudrait transgresser l'ordre naturel des sentiments.

Pourquoi faire une analogie avec la *Fausse méprise au bloc opératoire* ? Par le tragique bien sûr : le chirurgien *trompe* la confiance que le malade avait mise en lui et – si ça n'avait été précisément une *fausse* méprise – les conséquences auraient été très graves. En même temps la méprise était bien *fausse* – Dorante aime *vraiment* Araminte comme Alexandre veut vraiment du *bien* à son patient – et le tragique disparaît comme avec un grand sourire qui annonce de la joie ; les bruits reprennent au bloc opératoire, la vie l'emporte.

Et peut-être est-ce là le message, la vraie leçon d'éthique que peut nous donner ce récit : on peut rire de tout (encore que Desproges nuançait : pas avec n'importe qui !) : tout n'est que vanité et, peut-être dans le fond, l'intervention chirurgicale elle-

⁵⁶³ Marivaux, *Les fausses confidences*, Paris, Gallimard, « Folio théâtre », 2005.

même – puisque *in fine* le patient comme le chirurgien sont voués à disparaître ? Mais pour bien faire son métier de chirurgien – parvenir à son entéléchie – pour tenter d’arriver au *phronimos* d’Aristote⁵⁶⁴, Alexandre, lorsqu’il opère, doit oublier le monde qui l’entoure (le « monde-de-l’étant » de Husserl) et se consacrer à la seule tâche qui – dans *l’instant* – doit résumer toute sa vie : placer *une* prothèse de hanche sur *une* hanche, faite d’os et de muscles, qui n’est plus alors qu’une partie d’un corps *objectivé*. Lorsqu’une complication survient il doit rester dans cet état d’esprit – dans cette *épokhè* – mais prendre une *décision*. Il doit là encore rester loin du monde et, une fois cette décision prise, s’en tenir à elle seule. Il en a d’ailleurs un grand soulagement, comme si l’angoisse n’était que dans le doute et que l’on ne pouvait pas bien réaliser l’acte d’opérer si l’on doutait.

Ce récit, véridique – c’est important de le souligner⁵⁶⁵ –, illustre bien cette mise « entre parenthèses », cette exclusion que réalise volontairement notre chirurgien, pour s’extraire du monde ambiant, du monde sensible de l’expérience, afin de pouvoir continuer d’effectuer un geste *a priori* absurde, mais qui reste pour lui, la seule possibilité de sortir d’une situation encore plus absurde, qui est celle de se tromper de côté !

Cela confirme tout à fait que l’objectivation du patient n’est possible que grâce à cette *épokhè*, qui est une décision volontaire. Cependant, comme pour la perspective en peinture où l’artiste reste *in fine* conscient de son abstraction, la mise « entre parenthèses » de l’opéré est une abstraction dont le chirurgien ne doit pas rester dupe.

Mais c’est admettre aussi que l’objectivation est *nécessaire* durant l’acte chirurgical. Voyons cela de plus près.

L’objectivation est nécessaire durant l’acte chirurgical

L’*épokhè*, nous l’avons dit, ne vient pas naturellement mais elle est décision volontaire. Cherchons donc ce qui pourrait la rendre nécessaire. C’est-à-dire qu’est-ce

⁵⁶⁴ Pierre Aubenque, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, « quadrige », 2004.

⁵⁶⁵ Il est amusant de remarquer que ce récit avait été proposé à la publication dans le petit journal interne de l’hôpital, mais que, après de longues tergiversations, il n’avait jamais été publié ! Auto-censure de la part de l’établissement ? Peur d’une atteinte à sa réputation de sérieux ? Qu’elles qu’en fussent les raisons, elles ont été lourdes de symbolisme, soutenant cette évidence que le chirurgien ne saurait se tromper puisqu’il est Dieu !

qui fait que sans cette mise « entre parenthèses », sans ce refus d'affronter, et son geste, et l'être sur lequel ce geste s'applique, qu'est-ce qui peut faire que sans cela, il serait impossible à un chirurgien d'opérer ?

Lorsque j'opère, que j'*inter-viens*, que je rentre dans le corps d'un autre je l'agresse nécessairement, je suis obligé de le traumatiser. D'ailleurs je dispose pour cela d'un instrument irremplaçable, le premier et qui est le seul qui permette de commencer l'opération : le bistouri. Il est la condition absolument nécessaire à la chirurgie. Ce n'est pas un outil très « sympathique » : il est tranchant, aiguisé, coupant. Sa nature est de traumatiser. L'étymologie nous rappelle d'ailleurs que c'était à l'origine une arme – *bastoria* : bâton. Même dans les techniques les plus sophistiquées de chirurgie endoscopique il y a toujours un moment – cette incision serait-elle minime – où l'on perce, l'on coupe, l'on entre dans le corps (ou l'organe) à traiter⁵⁶⁶. En outre, quand bien même l'anesthésie ôterait toute conscience de la douleur, cet acte ne m'est pas « naturel ». En tant que chirurgien, au plus profond de moi – même si certains, fanfarons, ne voudraient pas le reconnaître – j'ai conscience de blesser le corps du patient dont je m'occupe. Je porte véritablement « atteinte à son intégrité corporelle », ce qui normalement devrait me mettre hors la loi. Marie-Christine Pouchelle parle ici de la nécessité de « faire violence et se faire violence à soi-même pour soigner »⁵⁶⁷.

D'ailleurs, pour initier le futur médecin à cette ouverture du corps il existe classiquement durant ses études un passage jusque-là obligatoire, au laboratoire d'anatomie⁵⁶⁸. Et là, comme lors de la toute première intervention chirurgicale à laquelle on assiste, nul n'a pu rester complètement insensible. Bien sûr avec le temps et l'expérience accumulée de tous ces corps que l'on a ouverts, on s'endurcit et il se crée un certain automatisme ; mais cela ne veut pas dire que toute sensibilité a disparu : les psychanalystes diraient qu'elle est simplement *refoulée*. Et comme tout ce qui est refoulé elle ne demanderait qu'à ressortir. Puisque le chirurgien ne saurait être rien de moins (ni de plus !) qu'un être humain, nous pensons que c'est précisément là qu'est le danger. Danger pour le patient, patient que l'opérateur a chargé d'être le sujet de cette

⁵⁶⁶ Une actualité récente souligne bien le malaise que cette *invasion* peut soulever chez le chirurgien et comment cherche-t-il à s'en exonérer. Le Dr Maresceaux, pionnier de la chirurgie endoscopique interrogé à propos d'une ablation de la vésicule biliaire qu'il était parvenu à réaliser par voie endo vaginale, répond, qu'entre autres avantages pour la patiente, l'apport de cette technique serait représenté par l'absence de cicatrice. Il considère ainsi qu'une cicatrice vaginale n'en est plus une, sans doute parce qu'elle ne serait pas visible ! Mais que fait-il de la perception par la patiente elle-même d'une telle agression – qui plus est sur un organe autant chargé de symbolisme ? In, *Le Monde*, 25 avril 2007.

⁵⁶⁷ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 139.

⁵⁶⁸ Ce n'est plus le bistouri qui est utilisé pour disséquer, mais le *scalpel* (de *scalpere* : couper, gratter).

sensibilité enfouie, et danger pour le chirurgien lui-même d'être submergé par cette sensibilité et en particulier lorsque tout ne se passe pas comme prévu : lorsque les automatismes sont grippés. Et c'est en cela que seule l'*épokhè*, cette mise entre parenthèses du monde ambiant, ce gommage – plus que le simple oubli – de toute sensibilité vis-à-vis du patient et de soi-même, peut permettre au chirurgien de garder le contrôle de ce qu'il fait et de bien le faire. Ce sera d'ailleurs beaucoup plus facile pour lui, que de faire appel à une hypothétique « force de caractère » qui dans le fond pourrait lui manquer ou qui pourrait s'épuiser : il est bien difficile, en effet, de rester toujours « fort ».

Puisque nous soutenons qu'il y a de la sacralité, à la fois dans l'opéré à travers son corps, et dans le chirurgien à travers son acte, admettons que cette nécessité de l'objectivation, grâce à l'*épokhè*, est ainsi prouvée dans les faits. Revenons d'ailleurs à notre récit d'une « fausse méprise ».

Notre objet n'est pas ici de rechercher les causes de cette fausse méprise, mais bien d'analyser le comportement de notre chirurgien à la lumière de l'*épokhè*. Il passe en effet par plusieurs étapes. Il est au départ confiant et véritablement objectif. Il est bien là dans l'*épokhè* chirurgicale dans laquelle il lui est nécessaire de rentrer, dès qu'il est au bloc opératoire pour être efficient : le patient a été installé, le champ opératoire dressé et il ne perçoit que le haut de la cuisse, seule partie visible du corps – le corps organique, le *Körper* – de son malade. Il sait ce qu'il doit faire et tranquillement, sans stress il va ouvrir la chair, découvrir la hanche et préparer la mise en place de son implant. Il fait bien son travail de chirurgien en ne se consacrant *qu'à* cette tâche. Peu lui importe alors – en réalité – de savoir *qui* il opère⁵⁶⁹. Mais voilà que le problème surgit : il se serait trompé de côté ! Il quitte alors transitoirement son *épokhè* et « retombe sur Terre ». Peut-être douloureusement d'ailleurs, et toute sa sensibilité, toute sa subjectivité l'envahissent. En même temps il *dés-objective* le patient qui redevient M. Untel avec son histoire, sa famille, sa vie. C'est à cet instant-là que doit se dévoiler sa qualité de bon chirurgien : il ne peut rester ainsi dans cette situation intenable, nul ne le pourrait. L'impératif du bien – qui semble ressortir du plus profond de chacun de nous – va le culpabiliser en le rendant fautif : il aurait failli à son métier de chirurgien. Kant ne

⁵⁶⁹ Il n'est pas anodin de remarquer que toute la procédure chirurgicale intègre si bien cette *épokhè* que force règles, mesures et précautions sont là pour parer à toute erreur de patient. Elles ne sont bien sûr absolument pas critiquables, mais leur existence même prouve, s'il le fallait, qu'on ne peut échapper à l'objectivation du patient.

dit-il pas que nous avons une naturelle bienveillance envers nous-mêmes : « un amour de soi pour soi qui serait universel à tous les hommes » ? Et notre chirurgien, interpellé par cette vérité, se sent alors dévalué. Sa propre subjectivité lui fait même un instant oublier celle de son patient. Il ne peut pas ne pas se sentir coupable de *faire le mal* : il mutile⁵⁷⁰ le corps d'un autre et, quelles que puissent être les circonstances – au mieux qu'atténuantes – comment *pourrait-il le faire tranquillement* ? Il est ensuite égoïstement écrasé par les conséquences, qu'il devine, de sa faute. Il va alors faire ce qu'il faut faire : prendre une *décision*. Après une rapide délibération lui permettant d'analyser froidement – objectivement – la situation, il va à nouveau rentrer dans l'*épokhè*. Il n'est alors plus question de bien ou de mal, du patient ou de lui-même le chirurgien ; il n'est question que d'agir. Il est comme le capitaine du bateau pris dans la tempête : il n'est plus l'heure d'avoir ni remords, ni dilemme.

Descartes, en prenant l'exemple du voyageur perdu dans la forêt qui, plutôt que de tourner en rond, doit prendre la décision d'aller dans une seule direction, fût-elle hasardeuse, nous dit :

« ...c'est une vérité très certaine que, lorsqu'il n'est pas en notre pouvoir de discerner les vraies opinions, nous devons suivre les plus probables ; et même, qu'encore que nous ne remarquerions point davantage de probabilité aux unes qu'aux autres, nous devons néanmoins nous déterminer à quelques-unes, et les considérer après, non plus comme douteuses [...] mais comme très vraies et très certaines, à cause que la raison qui nous y a fait déterminer se trouve telle »⁵⁷¹.

De la même façon, notre chirurgien s'est *déterminé* : il ne sait plus vraiment si sa décision est la bonne, mais il a décidé d'agir et il en est soulagé. La courte délibération précédant cette décision sera : au point où *l'opération* en est (et non plus au point où *je* en suis, ou encore au point où *ce patient* en est) il faut terminer l'arthroplastie en faisant abstraction de la mutilation qu'elle constitue pour lui et des propres réprobations qu'il encourt lui, le chirurgien : remplacer arbitrairement une hanche *a priori* saine. En outre il doit le faire *techniquement bien*, comme il l'a appris.

Notre chirurgien a donc décidé de se retirer volontairement du monde ambiant et, ce qui est alors remarquable, il est à nouveau serein et détendu. Il est bien *protégé par son épokhè* et grâce à cela, pour le grand bien de son patient ? il va terminer

⁵⁷⁰ Il n'est pas excessif de parler ici de « mutilation ». Remplacer l'articulation de la hanche par une prothèse est certes un grand service rendu au patient lorsque cette articulation est détruite. Pour autant les risques liés à la mise en place elle-même et à la permanence d'un implant dans le corps du patient sont loin d'être anodins et peuvent amener, en cas de complications, à des séquelles gravissimes, voire au décès.

⁵⁷¹ René Descartes, *Discours de la méthode, op. cit.*, p. 29. C'est nous qui soulignons.

correctement l'intervention – en faisant un geste le plus parfait possible, oubliant qu'il est inutile. Nous disons *pour le plus grand bien du patient* car il n'est pas tout de se tromper de hanche : mal intervenir sur une hanche saine serait doublement catastrophique !

On voit bien à travers le récit de cette histoire vraie que, dès qu'il quitte l'*épokhè*, notre chirurgien n'agit pas bien, trop ouvert qu'il reste aux sollicitations du dehors et aux inclinations du monde ambiant. Et au contraire dès que sa volonté, après une courte délibération, l'enjoint d'y retourner, il redevient détendu, bon chirurgien et à nouveau *efficace*. Descartes rajoute dans la méditation cinquième :

« ...si mon esprit n'était prévenu d'aucun préjugé et que ma pensée ne se trouvât point divertie par la présence continuelle des images des choses sensibles »⁵⁷².

Pourtant, certains chirurgiens ne semblent pas tout à fait d'accord avec cette nécessité. Philippe Hubinois écrit ainsi :

« Si d'aventure le chirurgien dans le cours de son "geste", oublie un instant qu'il opère un "corps" et non pas un organe, et plus encore s'il oublie qu'il opère un individu fait d'un corps et d'un esprit réunis, alors on peut affirmer qu'il fera mal ou qu'il ne fera pas très bien, ou bien que les suites opératoires ne seront pas simples, ce qui revient au même »⁵⁷³.

Nous pensons au contraire qu'il *faut* – qu'il est absolument nécessaire – que le chirurgien « oublie » son patient en tant que sujet fait d'âme et de corps, durant l'intervention. Mais nous disons que cet « oubli » ne saurait être *sui generis* et qu'il impose une *volonté* : décider d'objectiver le patient que l'on opère, grâce à l'*épokhè*. C'est encore reconnaître ici que l'objectivation, comme nous le soutenons, est pure abstraction. Pourtant notre confrère, chirurgien et philosophe, rajoute :

« L'*épokhè* ne sied pas à l'artisan du corps [...]. Perception du corps propre que l'on opère, perception de l'acte d'opérer [...]. Spectateur "intéressé" au monde, non pas spectateur "désintéressé"... »⁵⁷⁴.

Mais notre consœur – elle aussi chirurgien et philosophe – Anne-Laure Boch vient à notre secours et renforce notre conviction, quand elle pense que :

« Le chirurgien serait lui aussi privé d'âme *pendant l'intervention* [...]. Ses connaissances scientifiques l'auraient en quelque sorte programmé comme un système expert. L'analyse des conditions anatomiques, les modes de réaction aux difficultés rencontrées, les décisions à prendre en temps réel, avec le choix de l'instrument et la

⁵⁷² René Descartes, *Méditations métaphysiques*, Préface, *op. cit.*, p. 49.

⁵⁷³ Philippe Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, *op. cit.*, p. 79.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 121.

gestuelle adaptés, seraient déterminés *automatiquement* par une partie du cerveau échappant au contrôle de l'âme »⁵⁷⁵.

Nous nuancerons en récusant cette détermination « automatique » : le chirurgien agit « automatiquement » – par habitude au sens de l'*éthos* – grâce à sa formation et sa connaissance supposée parfaite du « mode d'emploi » (la technique chirurgicale), mais encore faut-il qu'il ait, selon nous, la *volonté* de le faire : décider l'*épokhè*.

Nous avons bien sûr fixé les limites de cette *épokhè* : précisément l'acte opératoire – *après* la décision de l'indication d'opérer et *avant* le retour auprès du patient réveillé et de sa famille – se situe *nécessairement* dans cette parenthèse. Michel Foucault confirme : « Paradoxalement le patient n'est, par rapport à ce dont il souffre, *qu'un fait extérieur* ; la lecture médicale ne *doit* le prendre en considération que pour le mettre *entre parenthèses* »⁵⁷⁶.

Par conséquent il nous faut bien admettre que seule l'objectivation permet au chirurgien d'intervenir sur un corps-patient – lui permet de le « désacraliser » – et que c'est en ce sens qu'elle est nécessaire. Nous pourrions aller encore plus loin et peut-être considérer cette objectivation, comme une *vertu* du chirurgien qu'il devrait s'astreindre à toujours pratiquer. Nous pourrions alors dire avec Aristote que « la louange s'adresse à la vertu et les éloges aux œuvres »⁵⁷⁷. C'est dire que le patient a plus à gagner que son chirurgien soit vertueux, plutôt que seulement bon ouvrier.

Or, le paradoxe que soulève cette objectivation, c'est qu'en même temps qu'elle représente la seule possibilité d'enlever toute sacralité au patient et à l'acte d'y intervenir, elle est aussi une vertu, puisque sans elle le chirurgien ne pourrait pas bien effectuer son geste, trop lourd de transgression !

Voyons alors en quoi cette *épokhè* est une nécessité éthique durant l'acte chirurgical.

⁵⁷⁵ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 65. C'est nous qui soulignons.

⁵⁷⁶ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 6. C'est nous qui soulignons.

⁵⁷⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, I, 1101 b 30.

L'objectivation – par le moyen de l'épikhè – permet une action éthique

Aristote nous dit, en prenant l'exemple du cithariste :

« Mais si l'office de l'homme est une *activité rationnelle* de l'âme [...] il en va absolument dans tous les cas, *la supériorité conférée par la vertu s'ajoutant à l'office* : car celui du cithariste est de jouer de son instrument, mais s'il est bon, c'est d'en bien jouer ! »⁵⁷⁸.

Nous pouvons le transposer à la pratique de la chirurgie : il ne suffit pas au chirurgien d'être uniquement rationnel (de bien connaître la théorie et d'être adroit de ses mains), encore faut-il qu'il fasse bien son *office* de chirurgien. Or quel est, *in fine*, cet office : c'est bien que le patient qui se confie à lui soit mieux – en orthopédie, fonctionnellement mieux – qu'avant l'intervention. C'est là la dimension éthique, indispensable, qui fait toute la grandeur du métier de chirurgien.

Notre récit d'une fausse méprise peut continuer de nous en fournir la preuve. Essayons en effet d'imaginer une situation où le chirurgien n'objectiverait pas son patient. Que se passerait-il ? Il aurait d'abord du mal à commencer même l'intervention : il se serait très vite agacé du retard pris pour l'installation ; il aurait certainement critiqué l'anesthésiste de tant de précautions jugées pour lui inutiles – le cliché pulmonaire non obligatoire par exemple. En vérité – et ces situations existent réellement – il aurait été *angoissé*. Nous pouvons même parier qu'il aurait invectivé les infirmiers en salle et son instrumentiste. Malgré sa connaissance parfaite de la technique de mise en place d'une prothèse de hanche – puisque nous convenons qu'il aurait été parfaitement formé – il aurait certainement trouvé à « redire » : de l'installation du patient, de son obésité peut-être qui rendrait son geste « impossible », voire même de son métier, imaginons le cultivateur : « qu'avait-il besoin de continuer de cultiver ses champs alors qu'on l'avait bien prévenu de l'état de sa hanche ! ».

Bien sûr nous inventons ici une histoire, mais elle est conçue à partir de faits d'expérience : ces scénarios se déroulent souvent. En d'autres termes, notre chirurgien fictif, en continuant de *subjectiver* son patient, transformerait un acte « automatique » relativement banal, en une série de défis constamment angoissants. Et n'évoquons même pas sa réaction supposée lorsqu'il aurait appris l'erreur présumée du côté à opérer. Nul doute que son angoisse et sa culpabilité ressentie se seraient retournées vers les autres acteurs de l'intervention chirurgicale, à commencer par la surveillante du bloc

⁵⁷⁸ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, I, 1098 a 10.

(la *major* – la « plus grande ») qu'il aurait aussitôt désignée comme seule responsable. Cette fuite devant sa propre responsabilité l'aurait sans doute empêché de prendre la moindre décision cohérente et conduit à mal finir un geste qu'il redoutait déjà. Peut-être même aurait-il envisagé de cacher son erreur par un mensonge à la famille (encore que cela aurait été déjà une certaine décision). Arrêtons-là le drame et considérons simplement que le fait de ne pas objectiver son patient conduit le chirurgien – *nécessairement* pour nous – à mal agir et à mal réagir. Un excellent film de David Cronenberg, *Faux-semblants*⁵⁷⁹, illustre bien cette perte de contrôle qui peut entraîner le chirurgien à des actes fous.

Ainsi nous avons vu qu'il était humainement difficile d'ouvrir – *sans état d'âme* – le corps d'un de nos semblables et que, d'autre part, les modalités de l'acte opératoire ne pouvaient pas « absolument » être prévisibles, fonction de tant de paramètres subjectifs (le patient, le chirurgien lui-même, l'environnement au bloc, etc.). Seule l'objectivation volontaire, grâce à l'*épokhè* qui la rend possible, pouvait nécessairement permettre cette « transgression » et son adaptation à la moindre complication. De ce fait c'est en décidant l'objectivation, que le chirurgien agira de manière éthique, c'est-à-dire pour le bien de son opéré. Elle lui est bien indispensable.

Pourtant nous avons dit que cette objectivation était une abstraction, qu'elle était « ontologiquement » impossible, ce qui constituait bien la preuve de son caractère nécessairement volontaire. Dès lors apparaît un danger, qui est celui de persister dans cette abstraction, au-delà de sa stricte nécessité durant l'action chirurgicale. Or cette action comporte plusieurs étapes dont les deux principales sont l'indication chirurgicale et l'acte chirurgical lui-même. Si lors de celui-ci la nécessité de l'objectivation ne doit plus se poser, encore faut-il qu'avec le dernier point cutané, le chirurgien s'en débarrasse et retourne à son intuition première que son opéré est une personne humaine et non une chose. Quant à l'indication chirurgicale, l'objectivation n'y est pas de mise puisque la subjectivité et la singularité du patient en font toute la qualité.

C'est en oubliant que l'objectivation n'est qu'un outil, que cet outil, comme son bistouri est particulièrement dangereux, que notre chirurgien, gorgé de volonté de puissance, croyant possible de se prendre alors pour Dieu, pourrait continuer de

⁵⁷⁹ David Cronenberg, « *Dead ringers* » (*Faux-semblants*), MGM, 1997 (à partir de l'histoire vraie des frères Marcus relatée dans *Twins*, où deux chirurgiens gynécologues, perdant toute limite, « sacrifient » de nombreuses patientes pour assouvir leur désir de toute-puissance).

« chosifier » son patient. Il occulterait pourtant l'impossibilité pour Dieu d'objectiver sa créature !

Voyons cet écueil, qui peut se présenter autant lors de l'indication chirurgicale qu'après l'acte.

L'objectivation ne doit être qu'un moment de l'action chirurgicale

Prenons un premier exemple où le chirurgien, prisonnier de son propre statut, considère le patient qu'il doit prendre en charge, seulement comme une pathologie, voire une lésion anatomique.

Il s'agit d'une jeune femme immigrée – ce qui n'est important que pour l'historique de sa pathologie – femme de ménage (« technicienne de surface »⁵⁸⁰) qui présente quelques douleurs du poignet à la suite d'une petite chute. Des radiographies pratiquées mettent en évidence, au niveau d'un os du poignet, une « image » banale – qui sera transformée par le médecin en « lésion » : transformation sémantique qui n'est pas anodine – et des signes évocateurs d'un traumatisme ancien. Alors qu'au bout de quelques jours les douleurs ont totalement disparu et que cette jeune femme souhaite reprendre son métier, le médecin du travail lui impose une consultation chirurgicale auprès d'un spécialiste de la main. Celui-ci – du fait même de sa raison d'être comme spécialiste de la main – ne s'intéresse qu'à « l'image » radiographique et décide une intervention chirurgicale. Bien sûr la patiente en ressent l'inutilité mais compte tenu de l'asymétrie d'information en médecine, elle n'a pas les connaissances pour argumenter. Un autre avis⁵⁸¹ lui confirmera son impression et fort heureusement l'intervention n'aura pas lieu : elle put reprendre son travail normalement en conservant son poignet tel qu'il était.

Cet exemple illustre bien l'absence de liberté qu'implique nécessairement l'objectivation d'une personne humaine. Notre chirurgien interventionniste, nous parlons ici d'un médecin honnête et compétent, est resté enfermé dans son statut,

⁵⁸⁰ Il n'est peut-être pas anodin de le remarquer. Notre chirurgien – que nous disons ici honnête – aurait-il eu la même attitude et la même décision sincère d'intervenir s'il s'était agi de l'épouse du Premier Ministre ? A-t-il été prisonnier de ses préjugés ?

⁵⁸¹ Cet autre avis lui fut donné par l'intermédiaire de son employeur et non pas de sa propre initiative par manque de confiance dans le premier chirurgien. Il est important de le souligner pour insister sur la relation de confiance qui s'instaure nécessairement entre le médecin et son patient. Ajoutée à l'asymétrie de connaissance, elle constitue une entrave majeure et sans doute irréductible à l'autonomie réelle du malade.

comme *requis* par ce statut selon Heidegger⁵⁸² : puisque je *suis* chirurgien de la main, je *dois* intervenir sur cette main. En outre il n'a considéré précisément que la main de cette patiente – sans réaliser qu'elle ne souffrait pas et que d'évidence les signes radiographiques témoignaient d'un accident ancien négligé. C'est d'ailleurs avec un regard très cartésien, qu'il n'a « vu » que l'image radiologique et de fait n'a posé sa décision que sur un *double* du poignet de notre patiente. Oubliant qu'il avait affaire à une véritable personne humaine et que de ce fait il était « obligé », comme le montre Levinas, par une responsabilité qui aurait dû dépasser sa simple approche objective, il a d'emblée considéré n'avoir en face de lui qu'un objet, ni un poignet, ni même une image de poignet, mais seulement l'image d'une lésion.

La remarque qui s'impose alors devant une telle objectivation aliénante, est celle de l'absence de décision qu'elle implique.

La question de la décision

En effet, lorsqu'il s'agit pour le chirurgien de poser une indication chirurgicale, nous avons vu précédemment qu'il devait d'abord *décider* d'opérer ou non, avant même d'envisager la technique particulière qu'il pourrait utiliser. C'est-à-dire que la finalité de son action – ne pas opérer ou opérer de telle ou telle manière – est d'abord de chercher le bien de son patient. Aristote la considère en effet comme une vertu :

« Celle-ci [la décision] semble-t-il est en effet une chose très intimement liée à la vertu et c'est elle qui permet de juger des traits du caractère, mieux que ne le peuvent les actions »⁵⁸³.

Si décider provient du latin *caedere* qui veut dire couper, trancher⁵⁸⁴, Aristote nous dit encore que décider c'est introduire un choix. Le mot grec, écrit-il « suggère apparemment aussi qu'il s'agit d'une chose qu'on choisit [*hairaton*] avant [*pro*] toute autre ». C'est dire que la décision présuppose la délibération : c'est la terminaison normale de la délibération dans un acte volontaire. D'autre part on ne délibère que sur ce qui dépend de nous. S'il suffisait donc d'appliquer une recette, la délibération disparaîtrait de fait et la liberté avec. Lorsque je répare le carburateur de ma voiture, je

⁵⁸² Martin Heidegger, La question de la Technique, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 21.

⁵⁸³ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, III, 1111 b 5, (Traduction R. Bodéüs).

⁵⁸⁴ Pierre Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007, p. 23. Il nous apprend que c'est un greffier du Parlement de Paris qui l'introduit en 1403 pour exprimer que le *juge* doit « couper court aux tergiversations ».

ne fais qu'appliquer des recettes : vérifier que l'essence arrive, que le gicleur ne soit pas bouché et qu'il y ait un peu d'air. Je n'ai pas le choix : que je le veuille ou non – sauf bien sûr à ne pas vouloir réparer mon carburateur – je n'ai nul besoin de délibérer et de fait ma liberté n'est pas convoquée dans cette action. Il en va tout autrement lorsque je décide de réaliser ou non un acte chirurgical. Il ne saurait là y avoir de recettes. Chaque patient est unique et si ma délibération doit tenir compte de l'acte que j'envisage de faire, il me faudra *vouloir* avoir conscience que c'est sur cet être humain-là – ni sur une « chose », ni sur un autre – que je vais agir. Cette action va alors vraiment dépendre de moi. Pour réparer mon carburateur il me faut disposer de connaissances. De la même manière elles sont nécessaires pour le chirurgien. Mais l'analogie s'arrête là. Si les conditions mécaniques sont remplies, le carburateur marchera nécessairement. Les lois de la causalité s'appliquent parfaitement dans le monde phénoménal, le domaine de la science. Mais la médecine, ne s'occupe que du vivant – et plus encore d'une personne en particulier qui ne saurait être qu'un pur phénomène.

« S'il y a délibération plutôt dans les domaines techniques que dans les domaines scientifiques, c'est que nous avons plus d'hésitations dans ces domaines »⁵⁸⁵.

Détaillons l'attitude de notre chirurgien de la main. Il agit au départ scientifiquement, ce qui est nécessaire : une douleur du poignet nécessite en effet de pratiquer une radiographie. Ses connaissances l'autorisent parfaitement à y déceler une anomalie. Mais voilà qu'il continue d'appliquer une recette : il existe une image sur un petit os ; c'est une lésion ; le catalogue lésionnel qu'il consulte – comme dans la marine le catalogue des pavillons ! – la retrouve : c'est une nécrose ; il existe un traitement chirurgical bien codifié : il lui suffit alors de l'appliquer. Ellul écrit :

« Dans l'espace mental des civilisations techniciennes, les plus hautes philosophies se détériorent en *recettes*. Il s'agit toujours de trouver un procédé extérieur exigeant le moindre effort [...] pour obtenir le même résultat *apparent* »⁵⁸⁶.

Notre chirurgien n'a plus eu besoin de délibérer. Il n'a pas choisi, il n'a fait preuve d'aucune liberté et sa conduite – son comportement –, pour honnête et compétente qu'elle ait été, n'a rien eu d'éthique. Aristote nous explique que d'évidence « nous ne délibérons pas sur des fins mais des moyens d'y parvenir ». Mais ici notre chirurgien a oublié la fin de son art – soigner cette malade – pour y substituer une fin illusoire : « corriger » une image radiographique. Le Stagirite pourtant observait que

⁵⁸⁵ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, III, 1112 b 5-10, (traduction R. Bodéüs).

⁵⁸⁶ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, *op. cit.*, p. 182.

« objet de délibération ou objet de décision, cela revient au même »⁵⁸⁷ : la fin décidée du chirurgien c'est de faire du bien – compris comme soulager – à son patient ; la délibération va seulement permettre de choisir le moyen le plus approprié pour parvenir à cette fin. Etape fondamentale en chirurgie : choix d'intervenir ou non, choix des moyens techniques à utiliser, choix de la procédure chirurgicale, etc. Et c'est en délibérant par paliers sur le moyen du moyen que « l'on parvient au premier moyen dans la chaîne causale ». Mais cette délibération ne sera vertueuse que si la fin a été décidée en amont. La délibération est donc bien « une recherche du particulier qui, *dans les circonstances*, correspond à l'inclination au but, toujours visé par la vertu »⁵⁸⁸. C'est remarquer qu'en matière de chirurgie, vouloir n'appliquer que des recettes est inefficace mais en outre non éthique puisqu'il y est question d'êtres humains. Soulignons au passage à travers cet exemple ce que l'hyperspécialisation en médecine peut avoir d'effet objectivant. A force de découper le corps humain en plusieurs « morceaux » pour soi-disant devenir de plus en plus efficace, on s'enferme dans une objectivation illusoire qui fait perdre de vue le sens de son action.

Cet exemple montre que la subjectivité doit impérativement revenir si tôt que l'intervention est finie. Car l'acte chirurgical, dans l'objectivation nécessaire qu'il implique, peut faire confondre le moyen avec la fin⁵⁸⁹.

Ainsi de l'histoire de ce couple : c'est un jeune veuf qui s'était difficilement remis de la perte de son épouse à la suite d'un douloureux cancer du sein. Il refait sa vie avec une jeune femme et l'amour qui les lie l'un à l'autre leur fait décider, au bout de deux ans, de se marier. La fête est programmée et ils rayonnent de bonheur. Malheureusement, lors d'un examen systématique on décide – par pure prudence – de réaliser une échographie du sein chez la jeune femme. Une lésion douteuse est diagnostiquée qui conduit à la réalisation d'une petite exérèse chirurgicale. Le chirurgien à la fin de celle-ci leur annonce les premières constatations opératoires – tout

⁵⁸⁷ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, III, 1113 a 4, (traduction R. Bodéüs).

⁵⁸⁸ Richard Bodéüs, note de bas de page, in *Aristote, Ethique à Nicomaque*, Paris, Garnier Flammarion, 2004, p. 147. C'est nous qui soulignons.

⁵⁸⁹ Il est à notre avis important de le souligner car il est très tentant pour un chirurgien qui vient de terminer une « belle » (délicate) intervention qu'il estime avoir « réussie » de confondre *le moyen* que représente cette opération, avec *une fin en soi* : comme si seule l'habileté dont il aurait fait preuve avait un sens propre. Non pas, bien sûr qu'il ne faille jamais être fier d'avoir bien fait – au contraire c'est stimulant et encourageant – mais qu'il faille sans cesse tâcher de ne pas oublier que le *vrai sens* de l'opération n'est pas l'opération elle-même, mais bien sa finalité : *faire du bien* au patient.

à fait rassurantes – mais avant même que les résultats anatomopathologiques⁵⁹⁰ définitifs soient transmis, il se permet de leur dire (non pas conseiller ou recommander, mais dire comme *ordonner*) qu'il *fallait* reporter le mariage car peut-être faudrait-il compléter le bilan par une chimiothérapie, et qu'il *fallait* de même annuler leur voyage prévu après la fête.

« Les médecins cessent de guérir pour prendre en main la vie de leurs patients »⁵⁹¹.

Voilà un bel exemple du chirurgien qui oublie, après son intervention, de refermer la parenthèse, l'*épokhè*, dans laquelle il s'est nécessairement mis pour opérer correctement cette patiente, et qui reste alors dans une objectivité coupable. Comment peut-il en effet se permettre de décider à leur place s'ils doivent ou non se marier, quand bien même – et ce n'était alors qu'une hypothèse – la jeune femme devrait subir une chimiothérapie ? Que sait-il de leur vie, ou – nous l'espérons – comment a-t-il pu oublier l'histoire tragique du jeune homme et que peut-il comprendre de sa subjectivité et de son désir de se marier (peut-être pour conjurer un sort si funeste) ? Imaginons même le pire : que la maladie soit incurable et la survie compromise à court terme. De quel droit alors le chirurgien aurait-il pu priver ces amoureux de leurs derniers moments de vie commune (leur mariage, leur voyage) en les angoissant au contraire et en les *culpabilisant* même (si je me marie, si je pars en voyage j'*enlève* mon amoureuse à la médecine bienveillante, *salvatrice* : je contribue à la tuer) ? Comment ce chirurgien, demeurant dans une *objectivité malsaine*, a-t-il pu ainsi disposer de la *vraie vie* – dans ce monde intuitif sensible de Husserl, et non dans le succédané de monde qu'est celui de l'objectivisme – de sa patiente ?

C'est bien souligner ici l'impératif qui s'impose au chirurgien, *après* la réalisation de son acte opératoire, de considérer à nouveau le malade comme une personne, un *sujet* avec sa vie propre, un *autre* qui doit l'interpeller comme un « autre-que-soi ». Le patient ne lui appartient plus, il ne doit plus être *son* patient mais un simple *autre*, un « autre-comme-moi ».

⁵⁹⁰ Lors de l'exérèse de lésion douteuse du sein on procède à un premier examen de la tumeur en *extemporané* (durant l'intervention) pour le cas où les lésions seraient manifestement cancéreuses et qu'il faudrait alors dans la foulée élargir la résection (ganglions, voire sein) mais cette première analyse *doit toujours être complétée* – et d'autant, comme ici, que l'*extemporané* est négative – d'un examen plus approfondi en laboratoire dont les résultats ne sont communiqués que quelques jours plus tard.

⁵⁹¹ Bernard Shaw, cité par Ivan Illich, *La convivialité*, *op. cit.*, p. 17.

* *

*

A travers ce survol du corps, d'abord appréhendé à travers les empreintes religieuses, puis pensé philosophiquement comme un être-corps, enfin abordé à travers la phénoménologie jusqu'à son objectivation nécessaire, nous observons qu'il est bien la pierre d'achoppement qui fonde toute l'action du chirurgien. Depuis le mystère que le corps véhicule chez l'homme jusqu'à l'indéniable transgression que son ouverture a toujours impliquée dans toutes les communautés humaines, force nous est de constater qu'il est chargé de sacré. Et par la même occasion l'acte du chirurgien, et sans doute le chirurgien lui-même, sont entourés de sacralité.

C'est ce qu'il nous faut maintenant aborder dans notre troisième partie.

Troisième partie

LA DIMENSION SACREE DE LA CHIRURGIE

« Le sacré c'est tout ce qui maîtrise l'homme, d'autant plus sûrement que l'homme se croit plus capable de le maîtriser »⁵⁹².

A travers la petite approche phénoménologique de la chirurgie que nous avons faite, nous avons établi qu'elle n'était qu'un des moyens dont disposait la médecine pour soigner une personne humaine, mais que ce moyen était indiscutablement plus technique que les autres. Car il y a dans l'acte chirurgical, tout à la fois un côté artisanal, empirique – ce qui permet les progrès de la « technique » chirurgicale proprement dite – mais en même temps une *tekhnè*, au sens aristotélicien, qui consiste en un « faire » qui dépasse la stricte expérience du particulier pour mobiliser la connaissance du général. C'est dire qu'il y a bien de la science dans cette action, sans pour autant qu'elle ait la prétention d'en être une⁵⁹³. La difficulté dans la chirurgie comme art de soulager provient du fait que son champ d'application est un corps humain. Or, si un acte purement technique – comme réparer un réfrigérateur – nécessite pour être bien fait, d'appréhender « scientifiquement » son objet, comme quantifiable et mesurable, nous avons vu qu'il en allait tout autrement pour le corps d'une personne humaine. A cette réalité incontournable se rajoute la dimension particulière que recèle l'acte chirurgical qui consiste à ouvrir ce corps de la personne-opérée. Si, pour y parvenir et bien faire son intervention, nous avons établi qu'il était nécessaire au chirurgien d'objectiver la

⁵⁹² René Girard, *La violence et le sacré*, op. cit., p.51.

⁵⁹³ Il n'existe pas en effet de « doctorat » de chirurgie, alors que le chirurgien est nécessairement « docteur » en médecine (ce qui au passage permet de contester la volonté actuelle d'instaurer un doctorat comme terme des études d'infirmier).

personne humaine, objet de l'acte chirurgical, c'est bien souligner que le corps de celle-ci comme l'acte de l'ouvrir ne sauraient être anodins. Il y a de l'interdit sur le corps puisqu'*a priori* l'ouvrir correspond à une transgression. Et il y a une certaine violence dans cette ouverture puisqu'il s'agit en quelque sorte d'une agression, quoique veuille le minimiser l'attitude contemporaine devant le corps de l'homme. Or évoquer une transgression ou une violence, qu'est-ce d'autre sinon évoquer le sacré, dans ses deux dimensions : le sacré transcendant ou le sacré sacrificiel ?

La dimension sacrificielle de la chirurgie, nous l'avons vu, apparaît lorsque l'on réalise que l'acte chirurgical présente nécessairement un caractère violent et que l'on admet, avec René Girard, l'existence d'un lien profond entre la violence et le sacré. C'est reconnaître que la chirurgie véhicule une symbolique cachée, comme l'atteste l'interdit du sang qu'elle fait pourtant nécessairement couler, symbolique que nous allons essayer de dévoiler. Nous montrerons ainsi que rites et sacrifices ne sont pas aussi étrangers à cette action et que, dans ce contexte, tout est réuni pour que le chirurgien soit tenté de se prendre pour Dieu.

Mais l'espace et le temps dans lesquels intervient le chirurgien sont eux aussi imprégnés de sacralité. Peut-être alors que, pour éviter une telle méprise que de se croire divin, la question en réalité que devrait se poser le chirurgien ne serait-elle pas celle de se demander, au-delà de la simple apparence que lui révèle son métier et son action, s'il n'y avait pas enfouie au plus profond de lui, quoiqu'il n'en dise, comme l'idée d'une « intime extériorité », comme de quelque chose de plus grand que ses simples gestes quotidiens, quelque chose dans cette action et dans le champ de celle-ci, qui serait – osons le mot – transcendant ? Ce serait alors l'aveu qu'il existe bien du sacré dans le corps d'une personne humaine et dans cet agir qu'y représente la chirurgie.

Pourtant, dès que l'on parle de sacré, le mot évoque immédiatement le religieux et notre questionnement pourrait alors être détourné vers la sempiternelle opposition entre raison et croyance. Evitons ce piège. Kant a depuis longtemps démontré qu'il pouvait être tout autant rationnel de croire que de ne pas croire et qu'il ne sert donc à rien de spéculer dessus. Pascal a lui aussi constaté qu'il peut être lassant de « chercher Dieu par le seul raisonnement » et que « le plus sûr est de le croire »⁵⁹⁴. Pour autant, il

⁵⁹⁴ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Pensées de Blaise Pascal, op. cit.*, II^e partie, art. I.

n'est pas question ici pour nous de simplement « croire » qu'il y a des traces du sacré en chirurgie, mais bien plus, de chercher à l'établir de manière rationnelle.

Alors repartons des fondements et essayons de nous poser les bonnes questions. Existe-t-il du sacré dans le rituel chirurgical ? Si, comme nous le suspectons, la réponse est affirmative, alors ce sacré peut-il être distingué de ce que l'on considère comme « religieux », c'est-à-dire de manière simpliste comme dogmatique ? Ce qui revient à nous demander : le chirurgien peut-il exister, en tant qu'il pratique la chirurgie, sans la présence et la dimension du sacré ? Peut-il le nier ?

I – COMMENT EXPLIQUER LE SACRE ?

Tâchons donc d'approcher d'abord les rapports qu'il pourrait y avoir entre la sacralité et les manifestations « religieuses » que représentent les rites. Si nous parvenions à l'établir, peut-être serait-ce un argument de plus pour notre recherche.

Il existe plusieurs approches de cette question. Nous en retiendrons trois : celle que nous appellerons sociologique, avec Durkheim qui fait du sacré la conséquence du fait social, celle de la rationalité philosophique, et celle surtout de l'anthropologie philosophique de René Girard.

Le sacré comme conséquence du fait social ?

Pour les anthropologues « sociologistes », derrière Durkheim, les choses sacrées sont celles que les interdits protègent et isolent tandis que les choses profanes sont celles auxquelles les interdits s'appliquent et qui doivent rester à l'écart des premières. « Elles se repoussent et se contredisent avec une telle force que l'esprit se refuse à les penser en même temps. Elles se chassent mutuellement de la conscience »⁵⁹⁵.

Cela proviendrait du fait que la société est toujours perçue par ses membres comme extérieure à eux. Le sacré serait bien une transcendance, une extériorité, mais

⁵⁹⁵ Emile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 6^e éd., 1979, p. 342.

nécessairement créée par le *fait social*. Il y aurait ainsi une transcendance des faits sociaux par rapport aux consciences individuelles. Le fait social aurait son origine hors de chacun de nous, dépassant l'objet matériel auquel on le rapporte : « l'objectivité du symbole ne fait que traduire cette extériorité »⁵⁹⁶. Le drapeau par exemple est sacré car il symbolise des valeurs de cohésion, il surplombe la communauté des citoyens, alors qu'il n'y a rien de sacré en lui. « Le caractère sacré que revêt une chose [...] n'est pas impliqué dans les propriétés intrinsèques de celle-ci, il est *rajouté* »⁵⁹⁷. Ce serait soutenir, pour ce qui nous concerne, qu'il n'y aurait aucune sacralité intrinsèque ni du corps incarné de l'homme, ni du geste chirurgical sur lui, mais simplement un *rajout*. La question bien sûr serait alors de rechercher d'où proviendrait ce rajout, et à quelle fin ? Max Weber n'y répond pas puisque, dans une même conception sociologique, il dit à peu près la même chose lorsqu'il assimile le sacré à des valeurs qui *s'imposent* aux hommes d'une société et au nom de quoi ils agissent. La perte des valeurs serait corollaire de celle du sacré, ce que nous reverrons. Le religieux dans ce contexte correspond seulement à la *gestion* du sacré par des rites et des sacrifices.

Réduisant le sacré au rituel et le rituel à l'efficacité, Durkheim pourra ainsi écrire : « La religion ancienne n'est qu'un aspect de l'ordre social général qui régit aussi bien les dieux que les hommes »⁵⁹⁸. Ce qui revient à dire, à la manière du positivisme d'Auguste Comte, que « le croyant, sans le savoir, adorerait la société, en croyant adorer Dieu »⁵⁹⁹.

Cette conception rationaliste du sacré est une conception analytique. Elle dissocie complètement le fait social de l'individuel, alors que, comme le pense Rudolf Otto, l'expérience religieuse – sans laquelle il ne peut y avoir de sacré – ne correspond pas à une expérience du social, mais bien d'un « tout-autre » – *ganz-andere* –, qu'il nomme le « numineux ». L'expérience de ce Tout Autre correspond alors :

« à une réalité absolue, le sacré, qui transcende ce monde-ci, mais qui s'y manifeste et, de ce fait, le sanctifie et le rend réel »⁶⁰⁰.

C'est dire, dans le fond, que l'intuition vraie du chirurgien l'oblige à reconnaître le caractère sacré « absolu » de ce corps, qui n'est pas qu'un objet parmi d'autres dans le monde, mais qui le « transcende » en le sanctifiant. Le monde humain n'est plus un

⁵⁹⁶ *Ibid.*, p. 331.

⁵⁹⁷ *Ibid.*, p. 328. C'est nous qui soulignons.

⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 342.

⁵⁹⁹ Raymond Boudon, « Explications, interprétation, idéologie », in *Encyclopédie philosophique universelle, op. cit.*, p. 250.

⁶⁰⁰ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane, op. cit.*, p. 171.

monde d'objets, voire d'êtres animés, il est *humain*, « réellement ». Or l'obligation qui va lier notre opérateur au corps sacré de son opéré est bien celle qu'évoque Levinas, et qui rend notre monde *humain*, du fait d'une transcendance qui semble bien dépasser un simple fait social : « le social ne se réduit pas à la somme des psychologies individuelles, [il] est de l'ordre même du spirituel »⁶⁰¹. Alors que Durkheim pose qu'il ne saurait y avoir de fait religieux sans société et que c'est la société qui en est la source. En quelque sorte ce serait le vivre-ensemble qui générerait le fait religieux. Ce qui consiste à retomber dans une certaine conception simpliste, qui considérerait que la culture humaine dût passer par trois stades obligés : la magie, la religion et enfin la science, dans un rapport hiérarchique du plus naïf au plus rationnel, à la manière de Frazer. Nous avons observé qu'à première vue on pourrait croire qu'il en est ainsi de la médecine. Pourtant sa dimension magique reste indéniablement toujours très présente où il y a « multiplicité présente et influente des forces invisibles »⁶⁰². C'est peut-être ici la preuve qu'une telle construction de la culture humaine de la magie à la science en passant par le stade incontournable de la religion, n'est pas valide. Il y a intrication plus que succession. La différence de conception est fondamentale avec René Girard, pour qui c'est le sacré qui engendre les sociétés humaines et non le contraire, nous allons y revenir.

Car il y a, en effet, quelque chose d'insatisfaisant dans l'approche sociologique, quelque chose de trop raisonnable : on devine que la possibilité du sacré dépasse elle-même des valeurs *posées*, comme s'il ne pouvait y avoir d'explications rationnelles à cette irrationalité. Camus, citant Léon Chestov rappelle que « le rationalisme le plus universel finit toujours par buter sur l'irrationnel de la pensée humaine »⁶⁰³.

Si nous transposions cette première explication à notre monde chirurgical, nous serions amenés à dire que le corps, la personne et l'acte chirurgical peuvent être sacrés, mais uniquement parce que la médecine en général, la chirurgie en particulier, l'auraient décidé. Forçant à peine le trait, ce serait affirmer qu'il n'y a aucune sacralité intrinsèque dans tout cela, mais simplement que s'imposerait un pragmatisme de situation. Pour que l'on puisse intervenir sur le corps d'une personne humaine, et pour que l'on puisse *raisonnablement* gérer la situation au bloc opératoire, il suffirait simplement de décréter qu'il s'agit d'une chose grave – voire « sacrée ». Et non pas de deviner, non pas de

⁶⁰¹ Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, op. cit., p. 17.

⁶⁰² Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 265.

⁶⁰³ Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, op. cit., p. 43.

sentir, ni même d'avoir l'intuition, qu'il y a bien une dimension *transcendante*, que la personne humaine est sacrée, comme son corps, et que cette sacralité échappe à tout décret.

Nous ne saurions dès lors nous contenter de cette interprétation. Rendons d'ailleurs à Durkheim toute la finesse de son analyse, puisqu'il ne conteste pas la présence de sacré en l'homme. Défendant l'individualisme noble, celui de Rousseau⁶⁰⁴, contre « l'utilitarisme étroit et l'égoïsme utilitaire [...] des économistes », il insiste sur la sacralité de la personne humaine :

« Cette personne humaine, dont la définition est comme la pierre de touche d'après laquelle le bien se doit distinguer du mal, est considérée comme sacrée, au sens rituel du mot pour ainsi dire »⁶⁰⁵.

Peut-être faut-il alors dépasser cette interprétation du sacré à partir du social, pour une approche philosophique ?

L'approche philosophique du sacré permet de poser les bonnes questions

En effet, on voit bien qu'il est très difficile de parler rationnellement du religieux – donc du sacré – comme si l'on pouvait l'objectiver. Comme si l'homme pouvait se mettre en retrait, comme un spectateur « désintéressé du monde » alors qu'il est intrinsèquement religieux.

Toutes les sociétés archaïques sont organisées autour du sacré, et, de nos jours, la nôtre pareillement. Il faut bien reconnaître et admettre que le sacré est comme un *mode d'être dans le monde*, et se débarrasser de l'idée de l'uniformité des réactions de l'homme devant la nature, ce qui reviendrait à assimiler la culture avec l'histoire. Par contre, et malgré cette hétérogénéité, le « phénomène religieux » lui, est constant. C'est ce que Mircea Eliade constate en parlant de l'*homo religiosus*, rajoutant « on ne rencontre jamais à l'état pur un homme non religieux »⁶⁰⁶. Marcel Gauchet définit d'ailleurs le religieux :

⁶⁰⁴ Kant s'inspirera de Rousseau pour aller beaucoup plus loin et fonder la notion de dignité de la personne humaine.

⁶⁰⁵ Emile Durkheim, « L'individualisme et les intellectuels », in *Revue bleue*, 4^e série, t. X, 1898, p. 7-13. Cité par Jean-Pierre Dupuy, *La marque du sacré*, *op. cit.*, p. 158.

⁶⁰⁶ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, *op. cit.*, p. 27.

« ...comme puissance contributive de négation. L'essence du religieux c'est l'établissement d'un rapport de dépossession entre l'univers des vivants visibles, et son fondement »⁶⁰⁷.

Sauf à être scientifique, on ne peut en effet tout expliquer. Il y a un fossé – une *dépossession* – entre ce que nous voyons, ce que nous observons et le *fondement* de cet univers vivant. Le patient endormi que je vois, que j'observe, que je m'efforce d'objectiver pour mieux l'opérer, ce patient-là n'est pas mon entière *possession* : il m'échappe. Il dort, il vit, mais pourtant il échappe à ma totalisation. Sauf à me prendre pour Dieu, je dois rester humble devant lui, recueilli « religieusement » parce qu'il me renvoie nécessairement à une transcendance qui le *fonde*.

L'apparition du « sacré » dans les cultures primitives, qui ne trouve aucun fondement ni dans la rationalité, ni dans la théorie de la sélection, loin d'être fortuite semble être pourtant un phénomène tout à fait naturel. La présence de la religion et des institutions dans la construction des premières formes de civilisations connues est d'ailleurs incontestable. Cette universalité du sacré est un phénomène spécifiquement humain, quand bien même quelques observations feraient état d'un comportement surprenant chez quelques animaux (correspondant à des ébauches de proto-religiosité comme on a pu évoquer certains signes de proto-moralité). Marcel Gauchet confirme ainsi que « il n'y a pas de sociétés – primitives ou sauvages – sans religion. L'apparition de l'Etat n'est qu'une *trans-formation* »⁶⁰⁸.

Alors puisqu'on ne saurait contester la présence du religieux et donc du sacré, il reste encore à expliquer cette présence universelle. La théorie de l'évolution elle-même ne parvient pas à justifier cette idée religieuse, et encore moins l'existence, observée, des rituels. Comment donc produire une explication rationnelle à cette irrationalité ? Car reconnaître un caractère sacré à une chose, c'est attribuer à sa catégorie ontologique particulière une qualité qui choque les inférences qu'on peut en tirer. Ainsi d'une pierre sacrée qui, plus qu'une pierre, peut guérir, ou d'une montagne sacrée qui peut dévorer. Et pour ce qui nous concerne ici, c'est aussi affirmer que le corps de ce malade est plus que l'ensemble de ses organes, que mon geste de chirurgien est plus que cette dissection ou cette ligature. Il s'agit de la *hiérophanie* dont parle Mircea Eliade : l'objet sacré se dévoile « tout-autre » dépassant sa propre nature, ce qui est contraire à l'intuition que l'on a habituellement de l'ontologie de cet objet. Ainsi, sur le strict plan de l'être

⁶⁰⁷ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 43.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 20. C'est nous qui soulignons.

matériel, il semble en effet tout à fait cohérent de considérer *a priori* le corps, nous l'avons vu, comme une pure anatomie ou comme une machine.

« Pour beaucoup de penseurs, à la fin du XIX^e siècle, le corps était un morceau de matière, un faisceau de mécanismes. Le XX^e siècle a restauré et approfondi la question de la chair, c'est-à-dire du corps animé »⁶⁰⁹.

Or la hiérophanie qu'évoque Mircea Eliade correspond en effet, à travers l'*incarnation* – la *chair* –, au phénomène religieux, phénomène qui va attribuer à ce corps, *contre toute attente*, un véritable caractère sacré, ce qui va aller bien au-delà d'une stricte utilité. Et c'est pourquoi on peut comprendre le désarroi des évolutionnistes cognitifs pour lesquels le religieux ne semble posséder aucun avantage sélectif et qui se résolvent à penser qu'il résulterait « du dysfonctionnement d'un mécanisme cognitif qui aurait été sélectionné pour son utilité »⁶¹⁰. C'est dire qu'il est rationnellement incohérent de considérer une quelconque sacralité au corps, attribut qui ne saurait servir à rien – *inutile* – donc qui ne peut-être qu'une erreur : on dirait en informatique, un *dysfonctionnement*⁶¹¹.

Où en sommes-nous ? Nous sommes forcés de reconnaître que le sacré existe nécessairement, qu'il est l'envers de la religiosité, elle-même constante ontologique de l'être humain, qu'on le déplore, comme nos neuro-cognitivistes, ou qu'en s'en réjouisse comme les gens d'Eglises. Nous avons ensuite établi qu'on ne peut l'expliquer de manière rationnelle. Faut-il pour autant chercher à s'en débarrasser ? Plutôt qu'au contraire tâcher d'en dévoiler la signification cachée, à la manière de l'ontologie d'Heidegger qui cherche à définir le sacré comme un espace de manifestation – des conditions de la manifestation – du divin ?

Mais l'apport de René Girard pourra peut-être nous éclairer, qui propose une nouvelle approche du sacré fondée sur les rapports étroits – fondamentaux pour lui – qu'il entretient avec la violence. Or nous avons entrevu que la chirurgie pouvait y être concernée.

⁶⁰⁹ Maurice Merleau-Ponty, *Signes*, Paris, Gallimard, NRF, 1960, p. 287.

⁶¹⁰ Jean-Pierre Dupuy, *La marque du sacré*, *op. cit.*, p. 144.

⁶¹¹ Un *bug* en anglais (*bogue* recommandé par la délégation Générale de la Langue Française).

L'anthropologie philosophique de René Girard éclaire-t-elle le sacré ?

Pour lui l'origine de la culture humaine se confond avec celle du sacré. Le fondement de toute communauté humaine, nous dit-il, est religieux. « L'humanité est fille du religieux » ou encore « la véritable histoire de l'humanité est une histoire religieuse qui remonte au cannibalisme primitif »⁶¹². Ce caractère religieux de l'homme représente un pare-feu essentiel contre la violence, constamment présente au sein de toute société humaine quelle qu'elle soit. Cette violence est toujours liée à cette caractéristique essentielle de l'homme qu'est « la rivalité mimétique ». Aristote avait déjà souligné l'importance de l'imitation : « l'homme se différencie des autres animaux en ce qu'il est le plus porté à imiter »⁶¹³. Mais pour Girard, si l'homme est bien un être mimétique, il est aussi un être de manque, un être qui désire. Le désir naît toujours de l'imitation d'un autre pris pour modèle. Ainsi j'imité l'autre que je désire être mais qui devient donc mon rival. D'autant que le premier aspect de la rivalité mimétique est la mimésis d'appropriation qui crée un antagonisme entre sujets désirant le même objet. N'y aurait-il pas ici un petit clin d'œil à faire devant la trop funeste rivalité « confraternelle » entre deux chirurgiens pour un même patient ?

Etre l'écu de celui-ci est d'autant plus gratifiant que le confrère abandonné jouit d'une belle réputation. En lui « prenant » son malade, je me pose alors comme jouissant moi aussi de cette réputation enviée et devant laquelle, dans le fond, le patient perd tout intérêt. Mais qu'il se rassure : grâce à ce *désir mimétique*, le geste que je vais entreprendre sur lui sera le meilleur possible. En matière d'économie on parlerait ici de concurrence. En médecine on maquille le mot du vernis un peu hypocrite de confraternité. *Con*-currence, *con*-fraternité : il demeure toujours la nécessité de ce *avec*, de cette rivalité avec l'*autre*, et tant mieux si le malade en est le bénéficiaire direct. Car, en réalité, c'est parce qu'un objet n'est désirable que s'il est désiré. Et à travers mon désir de l'objet désiré par l'autre, c'est en fait l'autre que je désire bien être. Ainsi « seul le désir mimétique peut-être libre, vraiment humain »⁶¹⁴ tandis que le désir figé, le désir individuel, mon seul désir, se rapproche de l'instinct. Ce qui fait dire à Girard que la théorie mimétique recèle une dimension éthique en ce sens qu'elle conteste « la rationalisation de la position du sujet » : sa liberté est aliénée par nos rapports de rivalité

⁶¹² René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 87 & 129.

⁶¹³ Aristote, *La Poétique*, 48 b, 6-7.

⁶¹⁴ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 63.

mimétique. Car le désir est toujours triangulaire : l'objet, celui qui le désire et celui qui désire ce que l'autre lui rend désirable. Ainsi du meurtre d'Abel par son frère Caïn. Et tous les mythes fondateurs de l'humanité parlent du « meurtre fondateur », et disent la même chose. La rivalité mimétique s'exprime ici dans le désir de Caïn d'être comme Abel, pour être désiré de Dieu, ce qui crée inévitablement de la violence.

Sacré et violence, selon cette approche, auraient donc la même racine. Or nous allons voir que précisément un acte chirurgical sur le corps d'une personne obéit aux mêmes principes, c'est dire qu'il est intimement lié au sacré et à la violence. Ce qui dépasse la simple rivalité « confraternelle », puisqu'ici le malade est le premier concerné, qui est tout à la fois sacralisé et sacrifié. C'est en cela que la conception de Girard est riche d'enseignement en chirurgie.

D'autant que, si par nature, la chirurgie est toujours sanglante, le sang, lui, est régulièrement l'aboutissement de la violence (et si ce n'est toujours du sang, du moins reste-t-il un cadavre). Nous allons d'ailleurs observer que, comme au temple, le sang versé au bloc opératoire ne peut pas être traité de manière anodine. Le lien intime entre le sang et la violence peut se résumer au fait que tout meurtre violent fait en général couler du sang. Et tout meurtre appelle sa vengeance qui, elle aussi, se termine dans le sang. Mais ce cycle inépuisable du meurtre et de sa vengeance risque de mettre en danger l'existence même de la communauté. Girard établit que seule une violence organisée, rituelle et sacrificielle, peut en venir à bout. Il s'agit pour cela de détourner la violence de son objet initial vers une victime innocente. Et c'est le sacrifice rituel qui va alors apaiser la violence intestine. Le rite correspond ainsi à la dimension religieuse et la victime sacrifiée prend un caractère sacré. Considérée d'abord comme maudite puisqu'on lui attribue l'origine de la violence initiale, son sacrifice va restaurer la paix dans la communauté, ce qui va paradoxalement la rendre sacrée. Mais ce mécanisme « régulateur » – cette « religion » – ne fonctionnera efficacement que si tous les hommes de la communauté sont convaincus de la culpabilité et de la responsabilité de la victime – le « bouc émissaire ». Il faut qu'ils n'aient pas conscience du fait qu'il n'y a pas de différence entre le meurtre et le sacrifice, qui n'est en fait qu'un meurtre rituel. C'est que nécessairement la victime sacrifiée doit être réellement innocente et sans aucun rapport avec la violence initiale. D'où le choix de cette victime aux marges de la société : un enfant, un infirme, un prisonnier, etc. – la frontière avec l'opéré, dans sa faiblesse et sa vulnérabilité, est très proche.

« L'expression "*mécanisme mimétique*" recouvre une séquence phénoménale très vaste : elle désigne tout le processus qui commence par le *désir mimétique*, continue par la *rivalité mimétique*, s'exaspère en *crise mimétique* ou sacrificielle et finit par la résolution du *bouc émissaire* »⁶¹⁵.

La foule haineuse fabrique ainsi de la transcendance et du sacré. *Transcendance* car elle expulse sa violence en l'imputant à un autre ; *sacré* parce que cet autre, maudit, devient sacré par son sacrifice qui rétablit le calme. Le rite correspond chaque fois à la reproduction – encadrée – de la violence, ce qui explique que les débordements rituels ne soient autorisés que dans un lieu donné et à un moment donné⁶¹⁶. Le prêtre d'ailleurs, est un personnage trouble, seul habilité à entrer en contact avec la victime et en général à faire couler son sang. Que d'analogies apparaissent avec le rituel d'une intervention chirurgicale au bloc !

C'est bien dire avec Jean-Pierre Dupuy⁶¹⁷, que le sacré *contient* la violence, mais aux deux sens du mot contenir : il englobe la violence (le meurtre de la victime sacrée-maudite) en même temps qu'il la retient, empêchant son extension sans fin. Il y a bien extériorisation de cette violence grâce au sacré. Et la thèse de Girard explique parfaitement les interdits (les tabous) : ce sont les objets conflictuels, donc les plus proches, qui pourraient exacerber la rivalité mimétique. « Il n'y a pas d'interdit qui ne se ramène au conflit mimétique... »⁶¹⁸.

Cette théorie – comme l'auteur des *Choses cachées* insiste pour la nommer – est plus forte, plus complète, plus vérifiable que celle de l'agressivité développée par l'éthologie de Konrad Lorenz⁶¹⁹. Celle-ci correspond à une « zoologisation » de l'humain, quand celle-là ne parle que de l'*humanitas* de l'homme. On peut tout de même retenir l'idée d'une agressivité intra et interspécifique, commune à toutes les espèces animales qui serait une condition nécessaire à la cohésion et à la survie du groupe. Lorenz considère ainsi que c'est la hiérarchie fondée sur l'agressivité qui est la condition de possibilité de la société. Il y aurait une relation de maître à esclave : l'agressé devient l'esclave de l'agresseur, mais celui-ci dépend de l'esclave-agressé pour exister en tant que maître-agresseur. Sans doute pourrait-on retrouver quelques signes de cette dialectique dans la relation chirurgien-opéré, mais ils ne suffiraient pas à

⁶¹⁵ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 61. C'est nous qui soulignons.

⁶¹⁶ Ce qui correspond à la « transcendance sociale de Durkheim » et au sacré « illusoire, archaïque », voire « satanique ». Cf. René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 107.

⁶¹⁷ Jean-Pierre Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 12.

⁶¹⁸ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, Paris, Grasset, « Le livre de poche », 2004, p. 25.

⁶¹⁹ Cf. Konrad Lorenz, *L'agression*, trad. V. Fritsch, Paris, Flammarion, « Champs », 1969.

la fonder. L'hypothèse que soulève Anne-Laure Boch, en parlant de la technique comme d'un « moment anti-levinassien de la médecine », paraît beaucoup plus intéressante. Elle pense qu'il s'établit une sorte d'équilibre entre l'agressivité qu'elle attribue à la dimension technique de la médecine, et la charité – l'*agapé* de la médecine hippocratique, comme l'obligation éthique devant l'épiphanie du visage de l'autre de Levinas – et que la barbarie émerge lorsque la balance penche trop du côté technique :

« ...l'agressivité, qui est le fond de la médecine technique, serait le moment dialectique de la charité qui gouverne la médecine hippocratique. C'est l'unité contradictoire de ces deux façons de pratiquer la médecine qui lui permettrait d'atteindre son état supérieur où elle serait à la fois abolie et réalisée »⁶²⁰.

Que peut-on tirer de ces trois approches, qui nourrisse notre thèse sur le caractère essentiellement sacré de la chirurgie et de son agent ?

La mise en évidence des traces du sacré va nous y aider.

II – LES TRACES DU SACRE EN CHIRURGIE

Puisque le sacré n'est pas une illusion et que l'on peut tout à fait admettre que *l'homo religiosus* qu'évoque Mircea Eliade existe bel et bien en tout homme, fût-il le plus laïc, recherchons-en donc les traces en chirurgie. Nous pouvons en repérer au moins quatre : la dimension violente de l'acte, l'interdit du sang, l'espace et le temps sacrés et la symbolique.

La dimension violente de l'acte chirurgical

Étymologiquement le mot violence provient du latin *violenta*, qui a lui-même à voir avec la force (*vis*). S'en rapproche le verbe *violare* qui signifie « traiter avec violence, profaner, transgresser »⁶²¹. Il y a bien dans la violence un rapport constant avec le sacré et sa possible profanation, et un rapport évident avec la notion de force.

⁶²⁰ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, *op. cit.*, p. 117-118.

⁶²¹ Hélène Frappat, *La violence*, Paris, Garnier Flammarion, « Corpus », 2000, p. 15.

Kant considère que « la force (*Macht*) est dite *violence* (*Gewalt*) lorsqu'elle l'emporte sur la résistance même de ce qui possède aussi une force ». C'est dire qu'il y a toujours dans la violence une « volonté de vaincre »⁶²². Et cela s'observe tout à fait en chirurgie. L'acte d'opérer nécessite une certaine force qui s'oppose à la résistance des tissus, et une volonté de vaincre, vaincre la difficulté du geste, comme vaincre le mal pour lequel on intervient. L'orthopédie est ici particulièrement concernée. Procéder à une arthroplastie de hanche nécessite, malgré tous les perfectionnements du matériel ancillaire, un minimum de force. Force, certes contrôlée – il faut éviter de faire éclater la diaphyse fémorale par un alésage trop intempestif – mais force qui n'est pas exempte de toute agressivité. Tarauder une corticale très dense, comme tendre avec force un greffon tendineux afin qu'il se bloque dans un tunnel osseux, ne correspond jamais à un geste très tendre. Chaque chirurgien orthopédiste le sait qui a ressenti la violence présente dans beaucoup de ses gestes. Les mots l'expriment clairement lorsque le chirurgien par exemple explique à l'anesthésiste que le malade « lui résiste » ou que cet implant, aussitôt affublé de tous les noms d'oiseaux, « n'aura pas le dernier mot ! ». La douceur n'est pas de mise dans nombre d'actes chirurgicaux, même si cette violence requise doit être maîtrisée.

Par ailleurs nous avons vu que tout acte de soin est fondamentalement agressif et la chirurgie en particulier. Or, en ouvrant le corps de l'autre, elle fait couler le sang. Rien d'étonnant alors à ce que l'acteur de cette transgression (autorisée à la manière du sacrifice), donc le chirurgien, soit à la fois maudit (le long conflit entre les clercs et les barbiers l'illustre bien) en même temps que sacré (même entamé de nos jours, le statut de chirurgien recèle une grande aura). Et si l'on poursuit l'analogie, on pourrait encore retrouver dans le « tout petit monde » médical, à l'instar de David Lodge dans le monde littéraire universitaire⁶²³, des signes d'une rivalité mimétique entre médecins et chirurgiens. Celui-ci, en même temps qu'il est souvent méprisé par « l'intelligentsia » médicale, reste pourtant envié pour son statut et l'efficacité de son action en général. Celui-là que le chirurgien considère volontiers comme une sorte de savant Cosinus inapte à soigner efficacement, demeure tout de même impressionnant par son savoir et ses publications. Ce trait n'est d'ailleurs pas spécifique aux chirurgiens ou aux médecins :

⁶²² E. Kant, *Critique de la faculté de juger*, trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1986, § 28, p. 98. C'est nous qui soulignons.

⁶²³ David Lodge, *Un tout petit monde*, Paris, Rivages, Poche, 1992.

« La communauté des hospitaliers n'est pas aussi homogène qu'elle voudrait le faire croire aux profanes. Compétitions entre médecins ou entre chirurgiens, entre infirmières, clans divers, etc. »⁶²⁴.

Comme si chacun désirait d'être l'autre et rivalisait ainsi à travers son propre métier. Anne-Laure Boch, insiste encore sur le prestige dont jouit le chirurgien, qu'elle rapporte au risque inhérent à l'acte chirurgical lui-même : « Sans risque, pas de prestige, et sans prestige, pas de chirurgien »⁶²⁵. Peut-être même que le malade opéré joue le rôle de la victime sacrificielle : maudit en tant que malade, – « porteur de mal » –, son sang versé va le rendre guéri, comme sacré ?

Mais ne poussons pas trop loin les ressemblances et constatons simplement que la violence est intrinsèquement présente en chirurgie, car c'est toujours une agression en même temps qu'une transgression.

La chirurgie est agressive par nature

Dès l'instant où la lame du bistouri coupe la chair, il y a agression. Tout futur chirurgien, eût-il le fameux caractère « trempé » de ces « âmes valeureuses » qui font les bons chirurgiens selon Leriche, l'a ressenti dès que pour la première fois il entre dans un bloc opératoire.

« Les lames fines qui coupent, qui font saigner sous les yeux pour la première fois, crissent tout d'abord en notre propre peau, nous réduisant à l'état de naïf sensible que nous sommes encore, mais nous portent à n'en rien laisser paraître – dût-on en ravalier sa nausée lorsqu'on découvre des manœuvres auxquelles on ne s'attendait guère »⁶²⁶.

Elle est agressive aussi car toujours douloureuse, toujours source de complications possibles et que ses suites – liées pour l'essentiel au délai de cicatrisation des tissus – ne sont jamais ni simples, ni toujours prévisibles. Sauf à être inconscient, on ne se fait jamais opérer « à la légère », et l'on hésite le plus souvent à accepter une telle atteinte à l'intégrité physique de son corps, c'est-à-dire de soi-même. Le fait que de plus en plus souvent, les patients veulent avoir un autre avis quant à l'opportunité d'une intervention chirurgicale ou de ses modalités, correspond sans doute à une véritable prise de conscience de l'agression qu'il va falloir nécessairement subir, serait-elle effectuée dans la louable finalité de les soulager de leurs maux. Le patient devient moins passif. Car l'intervention chirurgicale implique tout son être, beaucoup plus sans doute que les autres soins purement « médicaux ». Le futur opéré reste d'ailleurs bien

⁶²⁴ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 215.

⁶²⁵ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 53.

⁶²⁶ Yves Pouliquen, *Le Geste et l'Esprit*, op. cit., p. 20-21.

celui qui va subir, celui qui « pâtit ». Or que subir de plus agressif qu'une intrusion dans sa propre chair ? Bien sûr de nombreux actes, qui ne sont plus aujourd'hui qualifiés de chirurgicaux, « ouvrent » le corps de la même manière. Mais si on les qualifie précisément d'actes « invasifs », c'est qu'ils correspondent bien évidemment à de la chirurgie. Ça n'est qu'une question de pré carré entre plusieurs spécialités médicales, mais cela ne change rien au fond⁶²⁷. Une infirmière qui perce une veine de son cathéter de perfusion réalise elle aussi, et sans toujours qu'elle s'en doute, une agression et son geste est de ce fait toujours une violence. D'autant que le sang coule. Ce qui, au passage, permet de souligner la nécessité d'un comportement spécifique qui est « prise de conscience éthique » devant ce patient « agressé ». Il n'y a pas de petits soins, comme il n'y a pas de « petite intervention ».

Le caractère irréductiblement agressif de la chirurgie se manifeste au plus haut point lorsqu'intervient la notion de risque vital. Parce qu'il existe toujours un risque, lié non pas à l'acte chirurgical lui-même, ni même à la pathologie pour laquelle a été posée l'indication d'opérer, mais qui découle de l'*action* chirurgicale prise globalement. En dehors de l'*acte* même qu'effectue le chirurgien cette action en implique d'autres. Il faut en effet anesthésier le patient et il faut prévenir autant que possible la survenue de complications thrombo-emboliques ou infectieuses, entre autres. Or tous ces actes et les complications que l'on cherche à éviter, sont tous potentiellement mortels. Même lors de la chirurgie dite fonctionnelle, comme l'orthopédie, le risque n'est pas complètement nul de perdre la vie. Or on observe paradoxalement de nos jours comme une sorte de minimisation de ce risque, minimisation d'autant plus forte que la chirurgie serait plus fonctionnelle, voire plus « futile », si nous osions ce qualificatif à propos de celle qui ne s'occuperait que d'esthétique. Il n'est pas anodin de remarquer ainsi que dans l'énumération des divers aléas thérapeutiques inhérents à toute intervention de chirurgie plastique, Henry Delmar en cite trois (l'hématome, l'infection et la phlébite), concluant que « la forme *ultime* [...] est l'évolution incontrôlée du processus cicatriciel »⁶²⁸. Jamais n'est mentionné le risque de mort – lors de l'anesthésie ou au décours de l'intervention – qui est pourtant le risque *essentiel*, peut-être dans le fond, le seul qui

⁶²⁷ Ainsi des actes des gastro-entérologues – qui ne sont pas officiellement des chirurgiens – ou des « cardiologues interventionnels ». Ils font en réalité de la chirurgie et une réflexion sur celle-ci doit nécessairement inclure leur action.

⁶²⁸ Henry Delmar, Jean-François Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique, une chirurgie nommée désirs*, op. cit., p. 92. C'est nous qui soulignons.

doive questionner. Ce déni de la mort a beaucoup à voir avec le déni du caractère sacré, et de l'acte d'intervenir, et de la personne opérée. Puisqu'il n'y a ni transcendance, ni sacralité, il n'y a aucun risque vital, aucun risque qui pourrait concerner la *vie*. De là à banaliser le geste, il n'y a qu'un pas. C'est pourtant tout le contraire. La chirurgie est essentiellement risquée parce que, touchant à l'être de l'opéré, elle concerne sa vie. Toute chirurgie est fondamentalement humaine.

Et, plus que l'acte sanglant lui-même, c'est la mise en jeu du pronostic vital qu'elle implique nécessairement, qui souligne la dimension violente de la chirurgie et qui sacralise aussitôt son agent, le chirurgien. Heidegger nous dit que l'angoisse existentielle qui nous constitue comme être-jeté, comme être-pour-la-mort, ramène précisément notre être à la temporalité. L'expression de cette angoisse est une des plus fortes lorsqu'il s'agit de notre propre existence. Toute intervention, hypothétique ou prévue, renvoie le patient à son *Dasein*, comme une sorte d'injonction à méditer sur ce qui était écrit au fronton du temple de Delphes : « connais-toi toi-même », c'est-à-dire connais-toi comme mortel et contingent. Il y a peu de moments où dans la vie, sortant du bavardage heideggérien ou du divertissement pascalien, l'être humain puisse se confronter aussi concrètement à sa finitude. Et c'est pourquoi nous disons que le caractère agressif et particulièrement violent de la chirurgie est en rapport avec la sacralité de son champ et du geste lui-même. Dans la convocation de l'être du malade à l'aune de sa mortalité, la chirurgie souligne le caractère sacré, comme *inter-dit*, de cet être même, à travers son corps-être. La personne de l'opéré est au-delà de la manifestation purement ontique du corps à opérer. A travers les risques que peut subir cet étant, c'est l'être du malade qui apparaît.

Il faut évoquer ici l'angoisse inévitable qui saisit le chirurgien lui-même devant la nécessaire agressivité de son geste et les risques qu'encourt son patient. Cette angoisse « chirurgicale », qui permet sans doute, lorsqu'elle est maîtrisée, d'opérer avec efficacité, implique pour le chirurgien une responsabilité éthique qui dépasse le plus souvent la pure technicité de son geste. Ainsi, durant une opération destinée à mettre en place une prothèse de hanche par exemple, le chirurgien est « naturellement » angoissé. Qu'il soit particulièrement bien rôdé à cette intervention ne lui ôtera jamais l'angoisse qu'il ressentira lors de l'incision. Angoisse de la survenue toujours possible d'une complication per-opératoire qui pourrait rendre son geste très difficile, voire le rendre impossible. Mais angoisse surtout, profonde, nécessaire, « ontologique » à la chirurgie elle-même, qui survient lorsque le chirurgien prend conscience d'intervenir sur un autre

être humain. Cette angoisse est bénéfique puisqu'elle oblige constamment notre opérateur à faire bien, mais elle peut-être paralysante et la tentation alors serait de s'en décharger, ou bien sur le personnel de la salle opératoire, ou bien sur le malade lui-même, sa famille en tête. Les panseuses le savent, qui rencontrent parfois des chirurgiens angoissés, vitupérant, jamais satisfaits ni du matériel, ni des conditions de préparation de la salle, transpirant souvent et injustes toujours, à la recherche d'un responsable – nécessairement innocent – à leur angoisse. Quant aux familles c'est en général à la fin de l'intervention qu'elles peuvent être confrontées à un opérateur angoissé, tel celui qui leur faisait un compte rendu toujours dramatique et pessimiste de son geste, comme pour s'exonérer de toute responsabilité : « je vous avais bien prévenu ! ». Qui ne trouverait pas abusif par contre, qu'un chirurgien fasse sans cesse appeler la famille, durant l'intervention chirurgicale, pour les informer que là, l'artère fémorale n'est qu'à quelques millimètres de son bistouri et qu'il va essayer de ne pas la couper, ou qu'ici, c'est le nerf sciatique qu'il va tâcher de ne pas blesser ? Cette angoisse est bien la sienne et c'est à lui de l'assumer. Et il ne serait pas moral qu'il s'en décharge en la transférant sur la famille. Famille qui n'aurait d'ailleurs aucun moyen ni aucune possibilité d'agir. En forçant le trait, nous pourrions ici parler de « pathologisation » de l'opération⁶²⁹ comme d'un mécanisme qui consisterait à prendre le malade en otage, par manque de courage, ce courage « chirurgical » qui, seul, peut permettre au chirurgien de sublimer l'agressivité de son geste : « la sublimation, c'est-à-dire la transformation des pulsions inférieures en sentiments supérieurs »⁶³⁰.

Mais la chirurgie est surtout une transgression

Nous allons voir, à propos de l'interdit du sang, tout ce que véhicule le pouvoir qu'a le chirurgien d'ouvrir un corps humain vivant et d'en faire couler le sang. On oublie, ou on voudrait oublier, cette autre caractéristique essentielle de l'acte chirurgical. Rappelons que le Code civil, dans son article 16, stipule bien que, seul dans toute la société depuis la disparition des bourreaux avec l'abrogation de la peine de mort, le médecin peut ainsi transgresser l'interdiction d'intervenir sur un corps vivant :

⁶²⁹ L'intervention chirurgicale en elle-même n'est pas une pathologie devant laquelle l'autonomie revendiquée du malade justifie de le faire participer à son traitement. Elle n'est qu'un moyen, comme outil, qui ne peut être techniquement utilisé que par le chirurgien, même si l'opportunité de cette utilisation concerne bien entendu le malade. La tendance à une certaine « pathologisation » de la grossesse amène la même réflexion.

⁶³⁰ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique, op. cit.*, p. 116.

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne... »⁶³¹.

Nuançons cependant cette constatation et admettons que le médecin ou le chirurgien ne sont pas les seuls, *stricto sensu*, à pouvoir porter « atteinte à l'intégrité du corps humain ». En toute légitimité, l'Etat dispose de ce pouvoir : c'est la « violence légale » dont parle Max Weber⁶³². Ce pouvoir – qui est force et puissance : *die legitime Gewalt* – est celui de l'autorité publique, comme celui du pouvoir paternel qui en est une déclinaison. Mais, à côté de la légitimité de l'Etat, le criminel lui aussi, mais de manière illégitime, porte indéniablement atteinte à l'intégrité du corps humain, soit de manière sanglante lorsqu'il y a blessures ou assassinat, soit hors de toute effraction « physique » comme dans le cas du violeur. Il y a d'ailleurs une certaine analogie ici avec le médecin puisque dans le fond, plus qu'à la seule intégrité physique du *corps* humain, le médecin purement clinicien a l'extraordinaire autorisation d'attenter à l'intégrité de la *personne* humaine. En effet, sans même réaliser une effraction de la barrière cutanée – comme lors des actes dits invasifs – le clinicien, en touchant, en palpant, en introduisant doigts ou appareils dans les orifices naturels, touche à ce qu'il y a de plus intime chez l'homme : sa chair. L'intégrité du corps humain n'est donc pas que physique, et, à travers sa formulation, le Code civil reconnaît ainsi que le *corps* humain correspond de fait à la *personne* humaine incarnée. Le chirurgien quant à lui va plus loin, qui fend la peau et qui fait saigner. Il reste bien près du bourreau puisque, techniquement parlant, comme lui il fait couler le sang et il modifie l'agencement « anatomique » du corps.

Mais dans le fond il ne s'agit, entre médecin clinicien et chirurgien, que d'une différence de degré et non de nature. Toute atteinte à la personne humaine, qu'elle soit sanglante ou non, reste, lorsqu'elle est légale, une prérogative que nous devons dire « exorbitante ». Le violeur, ou le pervers sexuel qui s'exhibe ou qui ne ferait « que » caresser, s'ils ne font pas saigner et si, après leur forfait, l'intégrité proprement physique

⁶³¹ Code civil, article 16-3, loi de 1998. Le texte précise encore : « ou, à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » dans une dimension sacrificielle, et plus loin « Le consentement [...] doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». On ne peut donc consentir qu'à des fins médicales, ce qui exclut toute mutilation, même librement consentie.

⁶³² Max Weber, *Le savant et le politique*, (1919), trad. J.-M. Tremblay, Paris, UG Editions, collection « Le monde », 1963, p. 32. « L'Etat [...] revendique avec succès, pour son propre compte, le monopole de la violence physique légitime ». Pourtant assimiler le mot allemand *Gewalt* à la violence pourrait faire considérer la puissance, la force, comme toujours violente – viol – et du coup l'entacher d'un certain irrespect. La force chirurgicale lors d'une intervention ne saurait être irrespectueuse.

du corps est intacte – même un viol, sans traumatisme vaginal ou anal, ne lèse pas cette intégrité – ils n'en sont pas moins, eux, des criminels en ce qu'ils portent atteinte à la personne de leur victime. Ils violent la dignité humaine. Leur crime est bien plus moral que purement physique. Observons ici au passage que, s'il fallait encore attester de l'illusion du dualisme âme/corps, ces tristes exemples en seraient la preuve éclatante.

Certes, dans le cadre de la légitimité médicale, le consentement – « libre et éclairé », ce qui soulève beaucoup d'interrogations – est maintenant requis, mais même consentant, ce n'est qu'à un chirurgien que le patient peut se confier. Cela signifie que le statut même du chirurgien, à travers cette exceptionnelle dérogation, recèle des traces de sacralité. Il peut alors se sentir lui-même investi d'une dimension quasi sacrée qui va dépasser son simple geste physique. Ou encore qui va se confondre avec ce geste physique, puisque c'est ce geste même qui sacralise son action. En orthopédie en particulier où, en même temps qu'il permet d'enlever la maladie (l'arthrose par exemple), l'acte chirurgical permet encore de remplacer l'organe malade (par une prothèse ou un implant, ce qui n'est d'ailleurs pas la même chose, comme nous l'avons vu). C'est-à-dire que le geste même d'opérer qui est déjà transgression peut dépasser ce qu'il permet de faire. J'opère non seulement pour extirper le mal du corps, mais en le faisant je peux en outre rajouter du bien – mais alors comment l'évaluer ? Ce qui fait de moi une sorte de dieu, si je fais du bien, ou de sorcier, si mon geste produit le mal. La chirurgie risque alors de s'ériger en fin en soi (opérer pour opérer comme pour se nourrir de cette sacralité) et la démesure menacer le chirurgien.

Dans son fameux discours aux chirurgiens, à propos de cette attitude ambiguë qu'ils suscitent, admiration et rejet à la fois, Paul Valéry⁶³³ écrit, parlant du corps humain : « ...il n'est plus pour vous cet objet clos, ce vase fermé, sacré... ». Et David Le Breton de renchérir : « comme tout homme que son statut social met en présence d'un tabou qu'il enfreint continuellement – enfreindre les limites du corps – le chirurgien est un personnage trouble, inquiétant aux yeux de ses contemporains »⁶³⁴. Rien n'aurait-il fondamentalement changé depuis les *paraschistes* en Egypte, embaumeurs qui devaient s'enfuir après leur travail, sous les injures, les malédictions et les jets de pierres ritualisés de la foule « comme s'ils avaient commis un meurtre »⁶³⁵ ? Dans son illustration des rapports patents entre la violence et le sacré chez l'homme,

⁶³³ Paul Valéry, *Discours aux chirurgiens*, op. cit.

⁶³⁴ David Le Breton, *La chair à vif*, op. cit., p. 41.

⁶³⁵ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 216.

René Girard remarque encore le statut particulier du forgeron dans les sociétés archaïques, qui est craint parce que ses outils peuvent être utilisés comme des armes – qui feront couler le sang – en même temps que sacralisé : « il vit en dehors de la communauté et il est respecté autant que craint »⁶³⁶. Il reste beaucoup d'analogies entre le chirurgien et le forgeron, même si de nos jours la chirurgie utilise de moins en moins d'objets tranchants métalliques, pour se « protéger » derrière un écran d'ordinateur⁶³⁷. Rappelons-nous les propos d'Elisabeth de Fontenay qui, évoquant le sacrifice animal, parle de la main « armée de fer » et plus loin « munie du couteau »⁶³⁸.

Et de la même manière, le chirurgien adulé et sacralisé, parce qu'il a le pouvoir de faire couler le sang en ouvrant le corps humain, pourra très vite – et d'autant plus qu'il aura été mis sur un piédestal – devenir maudit, seul responsable de la moindre faillite du système (religieux) si celui-ci venait à dysfonctionner. On peut d'ailleurs se demander si la désacralisation de la chirurgie qui l'autorise aujourd'hui à s'enfoncer de plus en plus dans le marécage de l'extra-médicalité, ne risque pas de rendre définitivement maudit le chirurgien.

Une fois repérée cette première trace du sacré en chirurgie, attestée par sa dimension violente, voyons ce qu'il en est de « l'interdit » du sang.

L'interdit du sang⁶³⁹

Le problème des rapports entre le sang et la violence fait ressortir deux choses, que l'on peut facilement rapprocher de l'interdit du sang. D'abord que le sang, témoin de la violence, est impur : il doit être caché ou du moins manipulé de manière rituelle, donc religieuse. D'autre part que seuls, quelques membres initiés de la communauté pourront, sans conséquences néfastes, rester en rapport avec le sang, c'est-à-dire « transgresser » cet interdit. Or le médecin et le prêtre ont été longtemps intimement liés. Les traces des sacrifices offerts pour recouvrer la santé se retrouvent dans la sémantique : santé comme salut ; *salud* en espagnol. Rappelons-nous que Socrate avant

⁶³⁶ *Ibid.*, p. 166.

⁶³⁷ Le bistouri reste cependant incontournable : il y a toujours un moment où il faut ouvrir la peau, ne serait-ce que pour introduire les extrémités d'instruments électroniques ou robotiques.

⁶³⁸ Frédérique Ildefonse, « Un sillage sans bateau, une rencontre avec E. de Fontenay », *Vacarme* 11, *op. cit.*, (cf. p.).

⁶³⁹ Cf. Michel Rongières, « Chirugiens, entre savoir théorique et savoir pratique », *Cahiers du Cercle Nicolas Andry* N°3, *op. cit.*, p. 78-80. Contrairement à cet auteur, nous préférons abandonner ici le mot « tabou », issu du polynésien, à trop forte connotation ethnologique pure.

de mourir, demande à ce que l'on s'acquitte de son dû auprès d'Esculape en lui sacrifiant un coq : le sang doit couler pour que la divinité soit honorée. Mais, symbole de la violence et ramenant sa sacralité au sacrifice, le sang est aussi source de vie et alors il devient sacré comme la vie l'est. Cette tension permanente entre les deux dimensions sacrées du sang explique sans doute ce sentiment tout à la fois de répulsion et de fascination qu'il provoque. Mary Douglas relie ces deux aspects lorsqu'elle précise que le sang est signe de vie et qu'il ne coule que lorsque la vie s'en va, d'où l'explication du tabou :

« Dans la religion des Hébreux, le sang est considéré comme source de vie ; on ne doit y toucher que dans certaines circonstances, comme celles du sacrifice »⁶⁴⁰.

De tout temps en outre, le sang a été considéré comme signe de violence. Comme s'il y avait un certain délice à se délecter de la violence, pour autant qu'on en soit indemne. Augustin en témoigne lorsqu'il rapporte les travers de son ami Alypius fasciné par des spectacles violents et sanglants :

« Aussitôt qu'il eut aperçu ce sang, il s'abreuva de cruauté. Il ne se détourna pas du spectacle, au contraire il y fixa ses regards. Il en savourait à son insu la fureur, ravi par ces luttes criminelles, ivre de *sanglantes voluptés* »⁶⁴¹.

La fascination pour le sang – *sanglantes voluptés* – qui est l'envers de son interdit s'observe encore tous les jours : devant un accident la file des badauds se presse pour en apercevoir la moindre trace, trace qui témoigne de la violence auquel le sang est irréductiblement lié : « ce qui excite le spectateur c'est la violence elle-même : elle repousse, séduit et amuse »⁶⁴². Le sang est bien « le plus beau théâtre » :

« Tu ferais payer, ils emprunteraient pour y venir [...], tout de suite tes yeux te mangent la figure tellement tu les ouvres pour tout voir. On voit des choses extraordinaires dans le sang. Tu n'as qu'à faire une source de sang, tu verras qu'ils viendront tous. Tu peux faire payer très cher [...] "venez voir le sang". En cinq minutes tout le village est ici »⁶⁴³.

Mais le sang, en même temps qu'il fascine et excite, inspire aussi une répulsion qui se traduit par son interdit. Celui-ci s'exprime sous deux grandes prohibitions qui ont pratiquement perduré jusqu'au début du XIX^e siècle : s'en tenir éloigné le plus possible et en laisser le contact aux sujets les moins instruits.

⁶⁴⁰ Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollutions et de tabou* (1967), op. cit., p. 136.

⁶⁴¹ Augustin, *Confessions*, Livre sixième, chapitre VIII, trad. Moreau (1864), p. 117-118. C'est nous qui soulignons.

⁶⁴² Wolfgang Sofsky, *Traité de la violence*, trad. B. Lotholary, Paris, Gallimard, 1998, p. 96.

⁶⁴³ Jean Giono, *Deux cavaliers de l'orage*, op. cit., p. 140.

Il faut se tenir éloigné du sang

A la suite de « l'incident d'Antioche »⁶⁴⁴ vers 48 av. J.-C., les Apôtres et les Anciens de Jérusalem décident, à propos des chrétiens non juifs, donc non circoncis : « Qu'on leur écrive seulement qu'ils ont à s'abstenir des souillures des idoles, de l'impureté des viandes étouffées et du *sang* »⁶⁴⁵, afin de ne pas blesser les sentiments de leurs frères d'origine juive.

« *Ecclesia abhorret a sanguine* », le concile de Tours (1163) pose ainsi le respect absolu du corps humain, dont l'ouverture – qu'il soit vif ou mort – fait couler le sang, puisque ce corps est fait à l'image de Dieu.

« Qui verse le sang de l'homme, par l'homme aura son sang versé. Car à l'image de Dieu l'homme a été fait »⁶⁴⁶.

« Cette frayeur est naturelle : le sang porte avec lui une horreur qui nous est naturelle », commente Quesnay en 1744⁶⁴⁷. Et de ce fait, tous les métiers qui ont affaire avec le sang sont mis à part. Jacques Le Goff⁶⁴⁸ nous apprend que ce tabou du sang « joue surtout contre les bouchers et les bourreaux. Il touche aussi les chirurgiens, les barbiers ou les apothicaires pratiquant saignée [...], tous plus durement traités que les médecins ». Nous avons vu qu'au Moyen Age le bourreau était à la fois redouté et protégé et que les « médecins », cultivés, se gardaient de tout contact avec leurs malades, *a fortiori* du sang. Etienne Pasquier écrit en 1765 :

« Et comme l'Eglise n'abhorre rien tant que le sang, ainsi ne fait l'Université, sa fille, par son premier Institut qui est la cause pour laquelle le médecin même, ordonnant une saignée à son patient se donne bien garde d'y employer sa main, mais celle du barbier, ou chose qui devrait appartenir au chirurgien »⁶⁴⁹.

Confirmant le « risque » qu'il y aurait pour des gens d'Eglise à se trouver trop près du sang qui coule, le IV^e concile de Latran (1215) stipule que « ...aucun clerc n'ordonne ou ne prononce une sentence de mort, ni n'exerce une punition de mort ou ne soit présent où elle s'exerce ». Le sang n'est pas un produit quelconque : il est chargé de

⁶⁴⁴ Incident survenu lors de la visite de Pierre à Antioche, qui ne put cacher sa répulsion d'être assis à la même table que des chrétiens non circoncis, ce qui constituait alors pour tout juif un risque d'impureté. Paul réagit : « Je lui résistais en face car il avait tort ».

⁶⁴⁵ Ac 15, 15-19. C'est nous qui soulignons.

⁶⁴⁶ Genèse 6, 9.

⁶⁴⁷ F. Quesnay, *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France*, Paris, C. Osmont, 1744.

⁶⁴⁸ Jacques Le Goff, *Métiers licites et illicites dans l'Occident médiéval*, Paris, Gallimard, 1977, p. 93.

⁶⁴⁹ Etienne Pasquier, *Les Recherches de la France*, 1560.

lourdes significations qui attestent de son caractère sacré, puisqu'interdit. Son contact et sa manipulation sont toujours encadrés de règles strictes.

L'archevêque Théodore de Canterbury (668-690) nuance le caractère sacré-maudit du sang, en faisant intervenir l'intentionnalité : « Si l'on mange sans le savoir quelque aliment pollué par le sang ou toute autre chose malpropre, ce n'est rien ; mais celui qui le fait *consciemment* devra faire pénitence selon le degré de pollution... »⁶⁵⁰. Ainsi encore, de cet article du Statut des barbiers (Art. 14 du Statut de 1383) : « S'ils saignent avant dîner ils sont tenus de jeter le sang avant une heure après midi ; si par nécessité de maladie, ils saignent après midi, ils le jetteront deux heures après la saignée ». Il est en outre conseillé aux médecins des corps d'enjoindre leurs patients de consulter d'abord « les médecins des âmes ».

La médecine – et la chirurgie plus encore – sont bien perçues comme des activités agressives et transgressives auxquelles on ne devrait se soumettre qu'en dernier recours. Sans doute là encore la proximité avec le corps, fût-il malade mais qui peut saigner, était-elle considérée comme dangereuse et donc à éviter. La violence est inversement proportionnelle avec la distance de son objet.

Mais on retrouve encore, dans ce tabou du sang, une signification qui a rapport avec la pollution et donc avec les limites du corps, corps de l'homme ou « corps » social. Mary Douglas pense en effet que l'idée de pollution que véhicule le sang ramène au problème des êtres « marginaux », ceux qui n'ont pas vraiment de place, comme l'enfant à naître par exemple. Chez les Maori ainsi, le sang menstruel de même que la fausse couche représentent en quelque sorte « un enfant manqué ». Si le sang ne s'était pas écoulé, il serait devenu un être humain⁶⁵¹. Mais le sang, comme déchet corporel, serait aussi pour elle, symbole de danger et de pouvoir : « Tout ce qui sort du corps, y compris le sang et le pus d'une blessure, est source d'impureté »⁶⁵². Ce qui expliquerait pourquoi les femmes devaient se purger pendant quarante jours après un accouchement ou subir trois semaines de jeûne si elles pénétraient dans un lieu de prière – église comme synagogue – pendant leurs menstrues. Dans des sociétés dites archaïques, comme chez les Nyakyusa, les déchets corporels sont excessivement dangereux : « la saleté provient des fluides sexuels, des menstrues et de l'accouchement et aussi des

⁶⁵⁰ Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollutions et de tabou*, op. cit., p. 79.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 113.

⁶⁵² *Ibid.*, p. 54.

cadavres et du sang d'un ennemi abattu »⁶⁵³. Notons ici le rapprochement « girardien » entre le cadavre d'un ennemi abattu et le sang.

Ce tabou du sang, donc de la violation du corps humain fût-il un cadavre, perdure jusqu'au XVI^e siècle. Les anatomistes furent le plus souvent réduits à se procurer des cadavres par des moyens clandestins et dangereux et Vésale, nous l'avons vu, fut le premier, à la Renaissance, à disséquer véritablement le corps humain.

Comment ne pas adhérer à la thèse – à la théorie – de René Girard lorsqu'il considère que cet évitement de tout contact avec le sang est directement relié à la signification violente du sang ? Ne pas craindre d'en être souillé ou d'y mettre les mains, c'était en quelque sorte, franchir l'interdit qu'en ont fait les rites. Or nous avons vu que les rites, à travers leurs interdits et leurs obligations, ramenaient toujours au sacré et que celui-ci, seul pouvait « contenir » la violence entre les hommes d'une même communauté. A travers l'histoire violente et mouvementée de deux frères, Jean Giono évoquant le « théâtre du sang », montre que le faire couler est nécessairement violent mais apporte aussi la puissance :

« Prends ton homme qui saigne, tu le mènes en haut d'une montagne. Tu le fais asseoir dans les pierres. Tu le laisses saigner ; tu laisses couler son sang jusqu'à ce que ça fasse des ruisseaux de tous côtés. Tu les laisses couler jusqu'à ce qu'ils coulent à travers les forêts et qu'ils aillent dans le monde. Alors tu seras le propriétaire du monde »⁶⁵⁴.

Rentrer en contact avec le sang, c'était bien prendre le risque de déclencher une crise de violence en même temps que dominer. Il y a une dangereuse proximité entre violence et puissance. Les « princes du sang », comme Gilbert Schlogel⁶⁵⁵ nomme les chirurgiens, sont en première ligne.

Le contact avec le sang est réservé aux incultes

Dans toutes les civilisations le statut de celui qui pouvait s'approcher du corps humain et, *a fortiori*, en faire couler le sang, a été toujours ambigu. Une constante demeure : ce contact est réservé aux couches les moins instruites de la société, ou aux plus basses dans la hiérarchie médicale. Cela va de pair avec la notion d'impureté du sang : plus on est proche du corps ou du sang, plus on est méprisé voire maltraité. Nous avons vu le rapprochement que fait René Girard entre sang et violence, et entre violence

⁶⁵³ *Ibid.*, p. 187.

⁶⁵⁴ Jean Giono, *Les cavaliers de l'orage*, *op. cit.*, p. 141.

⁶⁵⁵ Gilbert Schlogel, *Les princes du sang*, Paris, Livre de Poche, 1997.

et sacré. C'est ici la même chose : plus on est proche du sang, plus on s'approche de la violence qui est elle-même contagieuse. Il est donc logique qu'on s'en écarte. Mais encore faut-il en être informé, c'est-à-dire être instruit. L'instruction comme gage de pureté !

Dans l'Antiquité la plus lointaine, les rôles sont déjà bien hiérarchisés : depuis le *sounou*, aide-médecin égyptien, jusqu'au *shedj sounou*, le maître, ou en Mésopotamie de l'*asû* à l'*âshipu*, c'est toujours le moins lettré, le moins cultivé qui touche le corps ou qui entre en contact avec le sang. Plus tard dans l'Europe médiévale le même schéma va se retrouver. Longtemps les chirurgiens, alors appelés barbiers nous l'avons vu, étaient issus des couches incultes et illettrées de la société. Ils n'appartenaient pas à l'Eglise qui au Moyen Age représentait l'essentiel du pouvoir. Le concile de Clermont en 1130 interdit d'ailleurs aux moines de quitter leur monastère pour étudier la médecine. Et le texte d'Etienne Pasquier, qui interdit tout contact du sang avec la main, précise pourtant qu'il s'agit de la main du médecin et non des sous-médecins qu'étaient alors les barbiers ou les chirurgiens. Le médecin, écrit-il, « ...se donne bien garde d'y employer sa main, mais celle du *barbier*, ou chose qui devrait appartenir au *chirurgien* ». Comme si quelque part le contact avec le sang rendait impur.

Le médecin, d'ailleurs nous l'avons vu, était un clerc à robe longue, qui parlait latin et qui se tenait éloigné du malade. Et les clercs, ayant la responsabilité de l'administration des sacrements, c'est-à-dire les véritables prêtres, avaient interdiction de produire le sang. Même dans les actes de guerre : l'épée est remplacée pour eux par la masse d'arme – pirouette bien hypocrite lorsqu'on devine les dégâts produits sur un crâne par une telle arme ! Il leur était bien entendu interdit d'ouvrir les corps (chirurgicalement). Le divorce entre les médecins et les chirurgiens est d'ailleurs consacré sous Louis XII. Rappelons que les statuts de la faculté de médecine de Paris en 1271 précisent que la pratique de la médecine est strictement interdite aux chirurgiens et aux apothicaires⁶⁵⁶. Henri de Mondeville, pour valoriser la chirurgie, considérera qu'elle ne saurait être pratiquée que par des médecins dûment diplômés.

La sécularisation de l'enseignement de la médecine (et de la chirurgie) provient certainement de cette interdiction faite par l'Eglise. Car faute de pouvoir toucher le corps de leur malade ou de rentrer en contact avec leur sang, les médecins-clercs sont demeurés longtemps de piètres soignants.

⁶⁵⁶ Ce qui a poussé certains, comme Guy de Chauliac, à rester volontairement dans un grade inférieur pour se garder la possibilité d'actes chirurgicaux.

Que traduit cet interdit du sang, majeur dans l'histoire du Moyen Age, même s'il commence de s'atténuer à la Renaissance, qui correspond – ce n'est pas anodin – avec l'apparition de la Modernité, début de cet autre « désenchantement du monde », après la rupture du monothéisme ? Cela signifie que si l'on continue de chercher les signes de sacralité en chirurgie, on ne peut que faire le rapprochement entre le sang et la violence. L'acte chirurgical est agressif et violent par nature – même si sa finalité est la bienfaisance – et il fait toujours couler le sang. Le sang devient ainsi interdit du seul fait de son rapport inextricable avec la violence. On se méfie alors du sang et nécessairement du chirurgien par sa proximité avec le sang. L'histoire récente a bien montré la violence possible que permet la chirurgie lorsqu'elle devient un moyen de torture. Nietzsche lui-même remarquait que « ... au fond ce monde a toujours gardé une certaine odeur de sang et de torture ... »⁶⁵⁷. D'un autre côté on a besoin de chirurgie et de chirurgiens : ils seront donc sacralisés avec tout ce que cela comporte d'interdits et d'obligations.

C'est ce que soutient tout à fait Mary Douglas lorsqu'elle considère qu'il y a bien de la rationalité dans le comportement des « primitifs », en particulier à propos de l'existence des interdits, qui correspond pour elle, à « la manifestation du souci intelligible de protéger la société contre des comportements qui pourraient la mettre en danger »⁶⁵⁸. Ce qui est tout à fait en accord avec ce qu'écrit René Girard : « Si la pensée primitive se trompe quand elle divinise la violence, elle ne se trompe pas quand elle refuse d'attribuer au *vouloir* des hommes le principe de l'unité sociale »⁶⁵⁹.

Mais si donc la chirurgie recèle une dimension violente en rapport avec son côté nécessairement sanglant, elle se déroule en outre dans un espace et dans un temps qui semblent attester eux aussi de son caractère sacré.

L'espace et le temps sacrés en chirurgie

L'expérience de l'espace et du temps ne sont homogènes et continus que pour un homme non religieux, un homme qui refuserait la sacralité du monde « qui assumerait uniquement une existence "profane" purifiée de toute présuppositions religieuses ».

⁶⁵⁷ F. Nietzsche, *Généalogie de la morale*, op. cit., II, Traité, § 6.

⁶⁵⁸ Mary Douglas, *De la souillure*, op. cit., p. 191.

⁶⁵⁹ René Girard, *La violence et le sacré*, op. cit., p. 359. C'est nous qui soulignons.

Mais pour Mircea Eliade, un tel homme « ne se rencontre jamais à l'état pur »⁶⁶⁰. Voyons ce qu'il en est en chirurgie.

D'une part nous observons que le bloc opératoire est un lieu à part, de l'autre que le temps au bloc n'est pas non plus un temps commun. Il n'y a donc pas d'homogénéité : le lieu et le temps chirurgicaux semblent bien sacrés.

Le lieu de l'acte opératoire c'est le bloc opératoire

C'est un lieu clos, interdit (*inter-dit*), silencieux à ce qui se passerait à son extérieur. Plus que le « plateau technique » c'est le *lieu* du plateau technique. On pourrait aller jusqu'à dire que c'est le lieu du sacrifice (*sacer-facere* : rendre sacré), tant précisément l'organisation de la médecine – et de la chirurgie – dans notre société a *sanctuarisé* cet endroit. Puisque nous disons qu'opérer (*inter-venir*) c'est quelque part transgresser, il est logique que ce lieu de la transgression soit clos, sacralisé, ne soit accessible qu'à certains initiés. Il apparaît donc comme un sanctuaire en lui-même, mais d'autant plus que c'est le lieu où l'on accède à un autre « sanctuaire » : le corps humain.

« Tout geste chirurgical est un mal premier puisqu'il attente au *sacro-saint* corps humain »⁶⁶¹.

Paul Valéry parlait d'un « vase clos, sacré ». Le bloc est ainsi le sanctuaire du sanctuaire ! Il y règne une ambiance particulière où, au sein même du reste de l'hôpital ou de la clinique, ses habitants un peu étranges sont perçus différemment. Parmi les infirmières, celles « de bloc » (comme celles de « réa » d'ailleurs) jouissent d'un statut un peu spécial qui les place en haut de la pyramide et qui les fait parfois jalouser. Ce sont elles qui côtoient le chirurgien jusque dans sa « tanière », là où – tel le démiurge qu'il *doit* être – à quoi *on* l'a *assigné* d'être, son patient le premier – il va effectuer sa « magie » opératoire.

Mircea Eliade nous dit que l'espace sacré est hétérogène : « il y a un espace sacré, fort, significatif [...] et il y a d'autres espaces non consacrés, amorphes »⁶⁶². Il rajoute que, pour l'homme religieux, c'est le seul *réel* et que cet espace où se manifeste le sacré « fonde ontologiquement le Monde »⁶⁶³. On n'est pas loin d'observer que le bloc opératoire est pour le chirurgien le seul *réel*, le seul endroit où il existe réellement

⁶⁶⁰ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 27.

⁶⁶¹ P. Hubinois, *Petite philosophie de la chirurgie*, op. cit., p. 85. C'est nous qui soulignons.

⁶⁶² Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 25.

⁶⁶³ *Ibid.*, p. 26.

en tant que chirurgien, et que l'espace hors du bloc est un monde « profane », un monde où les habitants ne portent pas la même tenue et où leur *expérience* n'est plus la même. Il faut d'ailleurs bien distinguer le concept d'espace (espace géométrique mesurable) de celui de l'*expérience* que l'on peut avoir de cet espace. L'expérience de l'espace sacré diffère ainsi totalement de celle que l'on a de l'espace profane : « A l'intérieur de l'enceinte sacré, le monde profane est transcendé »⁶⁶⁴. Et c'est bien ce qui se passe au bloc opératoire. Nul étranger – sauf exception – n'est admis dans ce lieu et certainement pas la famille du patient : l'heure de la *subjectivité* semble finie. Le monde « profane », hors du bloc est extérieur, il est véritablement « transcendé ». Nous avons évoqué longuement la nécessité de l'objectivation du patient, mais nous pourrions rajouter que, dans cet espace confiné, extérieur au monde, qu'est le bloc opératoire pour un chirurgien, l'objectivation semble aller jusqu'à son être même. Le chirurgien en effet, *s'oublie*, uniquement focalisé qu'il devient, par le geste qu'il va devoir faire : « ...pendant que je suis au bloc opératoire, requis par la technique, nulle crainte quant à mon être ne m'effleure... »⁶⁶⁵. Peut-être que l'environnement technique n'est pas le seul responsable de cet oubli. C'est un peu comme si, à l'instar d'un monastère où le recueillement lié à la sacralité du lieu ferait oublier l'agitation du dehors, c'était véritablement la sacralité du bloc opératoire qui rendait le chirurgien serein.

Le seuil qui va séparer l'espace profane – *pro fanum* : devant le temple – de l'espace sacré, en même temps qu'il représente la frontière, est aussi le lieu de passage. C'est flagrant au bloc opératoire : la porte est toujours verrouillée, il faut en général connaître le code pour l'ouvrir. Cela, nous y reviendrons, va bien au-delà de l'exigence d'asepsie, et ressemble beaucoup plus à un rituel d'entrée. En dehors de la réanimation – où la dimension sacrée est identique –, il n'y a pas d'autre lieu, dans l'hôpital ou la clinique, qui soit autant protégé, « sanctifié ».

Dès qu'il entre au bloc opératoire, le chirurgien change d'habits : il revêt sa « tenue » opératoire (sorte de pyjama vert ou bleu) avant qu'*on* lui enfile – ses mains ne pouvant alors servir qu'au corps de son patient et devenant comme inutilisables pour tout ce qui serait extérieur à son geste – une casaque spéciale réservée à *cette* opération et dont il devra se débarrasser pour intervenir sur un autre patient. Ses mains elles aussi seront protégées des souillures « profanes ». Il n'est au bloc *que* pour réaliser son acte opératoire : il peut (et presque il *doit*) ne plus penser qu'à cet acte et ses opérations

⁶⁶⁴ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 29.

⁶⁶⁵ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 81.

techniques, il n'est plus là pour discuter du sens de ce geste ou même du sujet sur lequel il va l'effectuer. Véritablement lui aussi « sanctifié », il est totalement dédié à l'opération : il devient, à travers sa compétence de *chir-urgien* (d'ouvrier manuel), comme le prêtre de ce lieu sacré qu'est le bloc opératoire. Et, en sus de l'aura qu'on lui porte, tout est organisé pour son confort : depuis la climatisation, jusqu'à la lumière (le scialytique « tue » les ombres pour que la vision du chirurgien soit optimale), en passant même par le café de l'inévitable salle de repos.

D'ailleurs la décontraction – le tutoiement très courant – les plaisanteries et les futilités qui se déroulent dans ce bloc opératoire, loin d'infirmier le caractère « sacré » de l'endroit sont au contraire autant de signes qui l'attestent. Comme si toute cette légèreté n'était que l'expression de ce trop plein de sérieux et de « religiosité » que sous-tend le lieu qu'est ce bloc. Cette distanciation qui pourrait paraître choquante n'est ainsi que le revers de la gravité de ce qui se déroule dans un bloc opératoire. Lors d'un colloque où étaient évoqués les crimes perpétrés par des médecins nazis⁶⁶⁶, un intervenant s'étonnait de la décontraction insolite du criminel devant ses victimes. Mais cette objectivation est au contraire la preuve de sa culpabilité. Comment s'extraire de l'intuition inextricable qu'a tout être humain – le criminel comme le saint – de cette intuition qui lui rappelle qu'il agit sur un autre être humain ? Seule la réification de celui-ci peut exonérer le coupable de la gravité de son geste. Or cette objectivation, nous l'avons vu, ne peut pas être naturelle car, quoiqu'il fasse, l'homme a nécessairement en lui l'intuition qu'autrui est un être humain puisque c'est autrui seul qui nous fait prendre conscience de notre ipséité. A moins de n'être plus un humain – ce qui est la pirouette illusoire qui enlève au criminel son humanité, comme pour l'excuser de son crime – on ne peut chosifier l'autre que par un effort *volontaire* d'abstraction. De la même manière la fausse légèreté qui règne au bloc consiste en une nécessité de dédramatisation : « Il importe de rester psychologiquement "à distance" du malade, faute de quoi on ne pourrait plus soigner »⁶⁶⁷.

Bien sûr l'analogie ici peut paraître excessive puisque notre chirurgien n'est pas un tortionnaire, mais la gravité, la portée profonde de l'acte d'opérer, qui recèle un

⁶⁶⁶ « Du Code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine », Colloque international des 25 & 26 novembre 2011, Institut Goethe, 75016, Paris.

⁶⁶⁷ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 155. Elle constate en outre que dans l'expérience de Stanley Migram en 1974, l'obéissance aveugle à ceux qui « font autorité » par des sujets pourtant bien intentionnés et désireux de bien faire, entraîne l'application de stimuli de plus en plus douloureux, voire mortels. Surtout « plus la distance est grande entre les "bourreaux" et leurs "victimes", plus les impulsions censées être infligées sont fortes ».

caractère indéniablement sacré, l'envahit nécessairement. Mircea Eliade parle bien d'une hiérophanie – voire d'une « théophanie » – qui rend le lieu sacré. Il est clair qu'au bloc opératoire c'est à la fois le malade-corps ou le corps-malade, et le prêtre-chirurgien qui manifestent une chose « tout autre » qu'un bout de viande à opérer ou qu'un technicien de la découpe. L'un comme l'autre manifestent du sacré qui rend le bloc « qualitativement différent »⁶⁶⁸ d'un lieu profane.

On pourrait même aller plus loin et retrouver avec René Girard une certaine face cachée de ce « rite » opératoire où le « prêtre-chirurgien » serait la victime sacrificielle (le « roi » de ce bloc, comme le souligne Anne-Laure Boch⁶⁶⁹). On l'encense, on le cajole, mais il va devenir – dès que les choses ne se passent pas comme prévu et d'autant qu'il y aurait mise en péril de l'opéré – le « bouc émissaire ». C'est lui qui reste *in fine* responsable de tout et c'est lui qui sera mis au pilori. D'aucuns auraient eu, certes, beaucoup de compassion pour ce qui pourrait lui arriver, mais personne n'empêcherait, ou ne voudrait empêcher, l'immolation en cas de faillite à sa tâche d'opérer. Chacun d'ailleurs, conformément à la théorie girardienne du bouc émissaire, serait persuadé de la culpabilité du chirurgien, pourtant innocent.

A y regarder de plus près, nous pouvons encore considérer que le malade aussi correspond à une sorte de victime sacrificielle. Il est d'abord maudit parce que malade – *mal habitus* – mais son sang qui va couler le rend sacré – comme guéri. Mais n'exagérons cependant pas trop les ressemblances. Même s'il y a indéniablement une part « sacrificielle » chez tout patient opéré, puisque son « sacrifice » opératoire contribue obligatoirement aux progrès de la technique chirurgicale. La première arthroplastie totale de hanche, réalisée en mai 1946 par les frères Judet, dura plus de quatre heures, fut très hémorragique et les qualités « tribologiques » de la prothèse étaient très relatives. Aujourd'hui, tout chirurgien un peu expérimenté effectue un geste de meilleure qualité, en à peine plus d'une heure, mettant en place une prothèse beaucoup moins rudimentaire. Et il y a encore du « sacrificiel », nécessairement, à travers « la courbe d'apprentissage » qui permet à chaque opérateur particulier, de se perfectionner grâce à l'expérience qu'il accumule, malade après malade. La chirurgie

⁶⁶⁸ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 29.

⁶⁶⁹ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 104.

est bien une *tekhne*, « degré intermédiaire entre "l'expérience" et la "science" (*sophia*) »⁶⁷⁰.

Concédonc donc qu'il y a indéniablement dans l'action chirurgicale place pour un espace sacré et que cet espace est bien le bloc opératoire, comme un lieu de sacrifice. Mais le temps de l'intervention est aussi un temps « sacré ».

Le temps de l'acte opératoire n'est pas un temps commun

Longtemps fut de mise ce vieil adage « la montre est l'ennemi du chirurgien ». C'était une saine réaction à la rapidité indispensable et nécessaire des premières interventions, privées d'anesthésie (donc très douloureuses) et de technique d'hémostase bien codifiée (donc très hémorragiques). Larrey, chirurgien napoléonien, reste encore perçu dans « l'inconscient chirurgical » comme « champion de vitesse, père mythique du geste chirurgical »⁶⁷¹. Pourtant le temps, au bloc et durant l'acte opératoire n'est pas suspendu. Bien au contraire il est un paramètre fondamental : le *planning* des interventions du jour n'est envisagé qu'en fonction du temps ; les « créneaux » opératoires de chaque « intervenant »⁶⁷² sont des intervalles de temps et jusqu'à la tarification actuelle (TAA) qui inclut le facteur temps⁶⁷³. Le chirurgien lui-même compte avec le temps : celui qu'il sait devoir prendre pour une telle opération, celui qui lui reste pour les autres interventions lorsque l'une d'elles ne s'est pas déroulée comme prévu et a pris « plus de temps ». Il se rajoute à tout cela que le chirurgien n'est pas seul maître de son temps, l'anesthésiste est aussi « donneur de temps »⁶⁷⁴.

C'est observer que le temps chirurgical, celui qui se déroule au bloc opératoire a deux caractéristiques : il est relatif et il n'est pas homogène.

⁶⁷⁰ Dominique Folscheid, La question de la médicalité, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.*, XII, p. 113.

⁶⁷¹ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, *op. cit.*, p. 138.

⁶⁷² Terme ridicule qui permet d'englober les éventuels non-chirurgiens qui réaliseraient un acte : comme si le terme de chirurgien était plus un statut que la définition de l'*acteur* d'un acte chirurgical. A ce compte-là les « conducteurs » ne devraient être que les chauffeurs, les taxis ou les routiers, tandis que l'épicier au volant de sa voiture par exemple, serait un « conduisant » ! Mieux que « d'intervenant », on devrait donc parler de « opérateur ». Nous soulignons ce détail pour insister sur cette nouvelle sémantique sournoise qui – à notre avis – contribue à cette technicisation, dans ce qu'elle a de néfaste, et une désacralisation de la chirurgie.

⁶⁷³ TAA : « Tarification A l'Activité » qui, par un mécanisme complexe faisant intervenir de nombreux paramètres, rapporte l'acte à une valeur financière ; elle a remplacé la tarification à l'acte simple (le paiement par KC qui ne tenait compte que de l'acte lui-même, en dehors de tout contexte). Ce qui consiste, selon une logique purement économique, à vouloir quantifier ce qui ne l'est pas tout à fait (cf. au sujet de la « mesure » impossible de la qualité du travail, Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Dijon, INRA, 2003).

⁶⁷⁴ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, *op. cit.*, p. 126.

Le temps du chirurgien n'est pas un temps mathématique strict, toujours identique à lui-même. Il est au contraire particulièrement relatif, comme le dit Bergson à propos du « vrai » temps, le temps psychologique (l'homme ne fait pas le temps mais la *conscience* du temps). Et cela conforte notre réflexion antérieure sur l'objectivation du patient durant l'acte chirurgical, car cette objectivation concerne aussi le temps, qui doit en quelque sorte, être mis à distance. C'est-à-dire que le chirurgien doit se détacher de l'impératif chronologique pour que son *épokhè*, sa mise entre parenthèses du monde extérieur – du « *Lebenwelt* » de Husserl, de ce monde mondain, du monde de l'étant – soit vraiment complète. Farabeuf, grand chirurgien, écrivait en 1881 :

« Grâce à la suppression de la douleur tout le monde doit prendre son temps : faire bien, avant tout faire bien, vite si l'on peut, mais faire bien telle est la règle »⁶⁷⁵.

Le chirurgien restera malgré tout « dans » le temps, mais dans *celui* qui va lui être « nécessaire » – au vrai sens de ce qui ne peut pas ne pas être – pour l'intervention qu'il réalise et *seulement pour celui-là*. Il faut qu'il s'extrait du temps commun, qu'il ne pense plus au *temps d'avant* (avec l'inévitable remords : si j'avais su, j'aurais agi autrement pour ne pas me retrouver dans cette situation) ni au *temps d'après* (avec le dilemme qui va transformer le « Que vais-je faire pour que cette complication, que cette erreur ne soit fatale ni à mon patient ni à moi ? », en « Qu'ai-je donc fait à cet homme ? Et que se passera-t-il si l'on réalise mon erreur, le procès est là ; *quid* de ma carrière ? »). Il doit demeurer dans le temps unique de son intervention et le laisser se dérouler au rythme de son action. Ce n'est d'ailleurs qu'en cela qu'il le maîtrisera et qu'il restera complètement dans cette *épokhè* que nous avons évoquée. Il n'empêche bien sûr que cela ne l'exonère en rien d'une certaine rapidité (d'une économie de temps) mais c'est une économie « automatique » qui ne dépend précisément que de la technique chirurgicale, c'est-à-dire de son formatage.

Mais, à l'instar du temps sacré, le temps chirurgical est encore hétérogène. Pour l'homme religieux il y a un temps pour le rite et le sacrifice, et un temps profane pour la vie de tous les jours. De même pour le chirurgien il y a un temps « chirurgical », celui de l'opération, et un autre temps, celui de la vie hors du bloc. Par contre le temps sacré est « par sa nature même, *réversible* dans le sens qu'il est à proprement parler un temps

⁶⁷⁵ Farabeuf, *La médecine opératoire*. Paris, 1881.

mythique primordial rendu présent »⁶⁷⁶. C'est dire que ce temps sacré est répétable, qu'il est chaque fois « la réactualisation d'un événement sacré qui a eu lieu dans un passé mythique, au commencement », nous explique Mircea Eliade. Alors le temps chirurgical est-il lui aussi de la même manière réversible, donc sacré ? Sans doute. Il est d'abord lui aussi répétable : chaque intervention pour une arthroplastie de hanche comporte toujours le même *rituel*. Il est d'ailleurs très important qu'il en soit ainsi si l'on veut limiter au maximum la survenue « d'événements indésirables ». Si l'intervention *stricto sensu* n'est jamais absolument la même puisqu'aucun malade n'est identique à un autre, il n'empêche qu'il existe bien un ensemble de procédures et de techniques tout à fait reproductibles. Comme si à chaque nouvelle opération le chirurgien et tous les officiants de l'équivalent d'un temple à quoi ressemble le bloc opératoire reproduisaient rituellement le même temps « sacré ».

Quant à la question de « la réactualisation d'un événement sacré qui a eu lieu au commencement » nous pouvons aussi repérer certaines analogies. Dans tous les mythes religieux de l'humanité, le Monde, l'ordre, le cosmos – l'harmonie – provient d'un chaos originel. Le temps sacré correspond chaque fois à une répétition du mythe d'origine de cette création de l'ordre à partir du désordre. Nous verrons plus loin combien les notions de pureté et d'impureté y sont très profondément rattachées. Et chaque fois celui par qui l'ordre arrive est divinisé. Le rite du nouvel an, par exemple, peut être ainsi considéré comme une « re-naissance », une recréation symbolique du monde. Or que reproduit une intervention chirurgicale, si ce n'est une remise en « forme » de l'être du patient à travers son corps « réactualisé » ? La chirurgie vise à restituer ce corps dans l'état originel. Qu'elle n'y parvienne pas toujours, loin s'en faut, la question n'est pas là. Car il n'y a pas trop d'excès dans cette analogie. Un roi persan proclamait chaque année : « ...il faut renouveler ce que le temps a usé »⁶⁷⁷. Or que fait dans le fond, un chirurgien orthopédiste lorsqu'il remplace une articulation usée par le temps, si ce n'est une sorte de renouvellement ? Et, en tant que créateur de ce nouvel ordre, n'est-il pas régulièrement « divinisé » ? D'autant que de nombreux récits d'anthropologie confirment que la thérapeutique archaïque promeut très souvent un rituel de guérison qui consiste, à proprement parler, « dans la récitation solennelle du mythe de la création du monde », rappelant « qu'un remède ne devient efficace que

⁶⁷⁶ Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 63-65.

⁶⁷⁷ Lors de la fête du *nauroz* – le nouvel an persan – ce qui est rapporté par l'historien arabe Albîruni. Cité par Mircea Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 71.

lorsqu'on rappelle rituellement son origine devant le malade »⁶⁷⁸. Cela ne correspondrait-il pas à « l'absolue dépendance envers le passé mythique » qu'évoque Marcel Gauchet⁶⁷⁹ ?

Sans prôner un retour à une telle médecine, il est licite de se demander pourquoi il faudrait nier ces soubassements archaïques qui ont façonné et qui continuent de laisser des traces profondes dans notre propre médecine actuelle. Marie-Christine Pouchelle fait ainsi un parallèle entre le temps, tel qu'elle a pu l'observer au bloc opératoire, et la mythologie grecque. Dans le geste chirurgical de couper – qui symbolise encore toute la puissance du chirurgien – elle retrouve une assimilation du temps à Cronos-Saturne dévorant ses propres enfants et qui a coupé – « tranché » – les testicules de son propre père Ouranos, le Ciel en personne⁶⁸⁰.

D'autant qu'il existe un autre aspect du temps sacré, celui de « l'obsession ontologique ». A travers la réactualisation des mythes d'origine dans le temps sacré, il y a une aspiration de l'homme à imiter les gestes exemplaires des dieux. Eliade nous dit que « l'homme religieux se *fait* lui-même en s'approchant des modèles divins »⁶⁸¹. Et nous touchons là au danger d'une sacralité mal comprise : se prendre pour Dieu, au lieu que de « s'approcher » des modèles divins. Dans le premier cas c'est la démesure qui guette l'homme, dans le second, un surplus d'être. Rappelons-nous que le temps sacré, comme l'espace sacré correspondent seuls, pour *l'homo religiosus*, à la réalité. En imitant les dieux l'homme cherche à se maintenir dans le sacré, donc dans la réalité, et en réactualisant les mythes originaires, il sanctifie le monde. Il y a un lien fort, du point de vue de la sacralité, entre le temps et l'espace :

« la disposition *temporelle* plaçant l'actuel dans la complète dépendance de l'originel, n'est pas séparable d'une disposition *spatiale*, inscrivant le monde des vivants au sein de l'ordre naturel, sans solution de continuité »⁶⁸².

Le rite reproduit un acte fondateur dans le temps, tandis que l'espace où nous vivons, comme celui du rite, nous ramène à notre vraie nature, soit, pour ce qui concerne l'opéré, à son être fait de chair. Nous sommes donc obligés de constater qu'on retrouve de nombreuses traces du sacré dans le lieu et lors du temps de l'acte chirurgical, quand bien même seraient-elles niées. D'autant que le dernier domaine où

⁶⁷⁸ *Ibid.*, p. 76.

⁶⁷⁹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 48.

⁶⁸⁰ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 138.

⁶⁸¹ Mircéa Eliade, *Le sacré et le profane*, op. cit., p. 70.

⁶⁸² Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 52.

nous allons encore en retrouver correspond à celui de la symbolique et du rituel chirurgicaux.

La symbolique et le rituel

René Girard nous dit que « le saut fondamental entre la culture humaine et la culture animale est effectivement déclenché par l'apparition de la sphère symbolique »⁶⁸³. On sait qu'à l'origine un symbole était constitué de deux morceaux de poterie dont le parfait emboîtement pérennisait l'accord entre deux parties : symboliser, c'est mettre ensemble. Il y a ainsi dans tout objet une représentation perceptible par nos sens et une autre cachée : le symbole les réunit. Voyons donc ce qu'il y a de caché dans l'action du chirurgien et dans l'acte chirurgical lui-même, qui puisse symboliquement nous donner un autre sens, un sens caché. Nous allons y retrouver des symboles évidents de sacralité.

Commençons par l'hygiène.

Impureté et hygiène

Elle constitue un des piliers de la chirurgie moderne. Nous avons vu précédemment que c'est la découverte de l'antisepsie avec Lister et Pasteur en 1867, puis celle de l'asepsie en 1886, qui ont permis les plus grands progrès en chirurgie. Dès 1850, l'obstétricien Semmelweis fut le premier à insister sur le lavage des mains, insistance qui nous paraît aujourd'hui surréaliste, tant le contraire serait choquant⁶⁸⁴. Il est évident que cette lutte contre les germes présents, comme cette application à leur fermer la porte du bloc opératoire n'est pas discutable. Mais pour autant il y a dans cette sanctuarisation du lieu opératoire beaucoup de symbolique. Lutter contre la saleté n'est pas forcément lié à la crainte de la maladie. Mary Douglas pense que c'est un « geste créateur » qui met en place un nouvel ordre :

« Les rites de pureté et d'impureté donnent une certaine unité à notre expérience [...], ce sont des actes essentiellement religieux [...] par le truchement [desquels] on élabore des structures symboliques et on les expose au grand jour »⁶⁸⁵.

⁶⁸³ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 153.

⁶⁸⁴ Dans une saine humilité devant la « puissance » médicale, il convient de rappeler que les plus grands progrès en matière de morbidité et d'allongement de la durée de vie durant les cent dix dernières années sont dus essentiellement à l'amélioration de l'hygiène publique (eaux, salubrité des logements et de la nourriture) et aux vaccinations.

⁶⁸⁵ Mary Douglas, *De la souillure*, op. cit., p. 24.

Ainsi, dans le texte final rédigé par les Apôtres et des Anciens de Jérusalem, visant à intégrer dans l'Eglise les chrétiens non circoncis, on retrouve l'inspiration religieuse des préceptes concernant la pureté et l'impureté. C'est essentiellement la raison divine – « Il a semblé bon *au Saint-Esprit ...* » –, et non de simples règles d'hygiène, qui interdit « les viandes offertes aux idoles, le sang, la chair étouffée... »⁶⁸⁶.

Le débat à propos de l'impureté et de l'hygiène a toujours été « infesté par le matérialisme médical ». Celui-ci pose comme vérités absolues ses propres règles. La première est d'affirmer que nous évitons la saleté par souci d'hygiène – et le chirurgien en premier – sans qu'il n'y ait aucun rapport avec le sacré ni la religion. Ce qui revient à constater que nos idées sur la saleté sont bien dominées par la découverte des germes pathogènes – des microbes – par Pasteur au XIX^e siècle. Mary Douglas nous dit alors que nous avons oublié « ce que furent les fondements de nos règles de propreté avant qu'elles ne fussent modifiées par la bactériologie »⁶⁸⁷ et que lorsque nous aurons détaché la pathogénie de l'hygiène, nous reconnaitrons que la saleté est avant tout « quelque chose qui n'est pas à sa place »⁶⁸⁸. C'est donc reconnaître que la saleté est une idée relative qui conduit au domaine du symbolique. Prenant l'exemple des souliers, elle remarque qu'ils ne sont pas sales en eux-mêmes – ou alors c'est tout le Monde qui serait « sale » – mais qu'ils ne le sont que lorsqu'ils ne sont plus à leur place : sur la table à manger par exemple.

Nous observons cela en chirurgie. Deux attitudes au moins révèlent cette symbolique : le port des sabots chirurgicaux et la tenue « de bloc ».

Lors d'un voyage d'étude à London, Canada, dans un centre de chirurgie orthopédique dédié à l'arthroplastie de la hanche et du genou⁶⁸⁹, nous avons remarqué que les chirurgiens portaient leurs chaussures de ville, simplement protégées d'un chausson de papier jetable. Le sabot, accessoire habituel et intimement attaché aux habitants du bloc opératoire avait été abandonné. Quelle hérésie, pensions-nous alors, que de transgresser ainsi la sacro-sainte règle de l'asepsie ! Pourtant une étude très sérieuse – comme savent en produire les grands centres nord-américains – avait prouvé

⁶⁸⁶ Ac 15, 19-20.

⁶⁸⁷ Mary Douglas, *De la souillure, op. cit.*, p. 55.

⁶⁸⁸ Il est intéressant de ramener cela à l'organisation sociale des cadavres. Au XVIII^e siècle, la notion de « miasmes » a fait organiser l'inhumation de manière très stricte dans des cimetières excentrés, hors de la ville. Cela correspond bien plus en réalité à une notion de désordre : le cadavre n'a pas *sa place* au milieu des vivants.

⁶⁸⁹ Mac Donald S.-J., Bournes R.-B., *London Health Sciences Center*, London, Canada.

à nos hôtes que l'usage des sabots chirurgicaux, quelles que soient les modalités organisant leur port, n'était pas efficace sur la sanctuarisation du bloc contre les germes exogènes. En effet, faisant fi de toute procédure mise en place pour contraindre les chirurgiens à ne porter leurs sabots qu'au sein du bloc opératoire, ils les gardaient toujours aux pieds, même dans le monde « profane », hors du bloc. Comme s'il s'agissait d'un signe hautement distinctif – sacré ? – de leur appartenance à ce lieu particulier, et absolument persuadés de ne faire là aucune faute d'asepsie. Tandis qu'il *paraissait* inconcevable à un chirurgien de marcher dans le bloc avec ses propres chaussures de ville. Il ne pouvait l'accepter qu'en les protégeant d'un chausson de papier jetable, manière symbolique de le contraindre à une discipline d'asepsie. Malgré cette sur-chaussure (tout à fait efficace) il nous avait semblé *a priori*, à nous visiteurs naïfs, qu'il s'agissait d'une faute grossière : les chaussures de ville, même protégées, n'étaient décidément pas à leur *place* dans un bloc sanctuarisé !

Comment ne pas reconnaître à travers cet exemple, les traces du sacré que véhicule le statut des officiants du Temple – ici chirurgiens et infirmières « de bloc » ? D'autant que l'occultation des précautions d'asepsie est directement liée au problème des schémas préconçus dans notre pensée – les *patterns* – qui servent de mécanismes filtrants, nous permettant « d'organiser le monde ».

Sans exagérer nous dirions que notre réaction première d'étonnement et de contrariété devant le port de chaussures de ville par des chirurgiens hautement spécialisés dans la chirurgie prothétique – celle où le risque infectieux est un des plus grands – devait être beaucoup plus profondément en relation avec la notion de *désordre* qu'impliquait une telle situation, plutôt que du simple constat de risque septique, constat d'ailleurs infirmé par l'étude citée. Ce que confirme Mary Douglas lorsqu'elle écrit que la saleté ne fait pas vraiment peur, mais qu'elle est « une offense contre l'ordre »⁶⁹⁰. C'est qu'il est en effet particulièrement choquant pour l'*ordre*, d'apercevoir un chirurgien réalisant une arthroplastie du genou, chaussé tout simplement de ses souliers ordinaires. Indépendamment, nous l'avons dit, d'éventuels risques septiques, c'est beaucoup plus l'impression que ces souliers ne sont pas à leur place, ici au bloc, qui monopolise l'esprit de l'observateur. Or mettre les choses en ordre, chacune à sa place, de manière telle qu'elles soient *encadrées*, est bien ce qui définit le rite. Nous avons

⁶⁹⁰ Mary Douglas, *De la souillure, op. cit.*, p. 24.

bien vu combien le temps et l'espace sacré – l'intervention au bloc – posaient un cadrage au rituel séculier.

La tenue vestimentaire des chirurgiens et des infirmières de bloc illustre, de la même manière, l'expression d'un rituel particulier. Aucune règle hygiénique stricte ne permet d'en justifier le port, à moins que celui-ci n'ait strictement lieu que dans l'enceinte du bloc, ce qui n'est jamais le cas et qui de plus est irréalisable. Mary Douglas rajoute que « souvent les prétextes hygiéniques que nous avançons pour justifier notre crainte de la souillure relèvent de la pure fantaisie »⁶⁹¹.

Non, là encore il s'agit d'un attribut quasi religieux qui permet de distinguer ces officiants des « autres ». La tenue verte exhibée à l'extérieur permet aux officiants du bloc opératoire de se faire « remarquer », d'attester en quelque sorte de leur statut, mais surtout de se distinguer du monde « profane », c'est-à-dire de reconnaître leur appartenance à un monde « sacré ». Il faut encore remarquer au passage combien le port d'une tenue « autre » peut contribuer à un certain sentiment de supériorité vis-à-vis du malade. La blouse me distinguant, me « séparant » de lui, risque de m'en faciliter son objectivation en même temps qu'elle peut contribuer, négativement, à me diviniser.

Les anthropologues ont maintenant admis qu'il n'y a pas vraiment de différence entre rites séculiers et rites religieux, la patriote avec son drapeau, comme le chirurgien avec sa casaque particulière.

« L'acte symbolique [du rite] n'est pas purement utilitaire, son efficacité réside aussi dans le rite lui-même »⁶⁹².

Mais restons cependant prudents et observons que cette thèse du matérialisme médical, qui ne représente en réalité qu'un rite caché chargé de symbolique, ne poserait problème bien entendu que si elle devenait exclusive, niant toute autre interprétation. C'est admettre qu'il faut impérativement établir des règles d'asepsie dans un bloc, mais qu'il ne faut pas croire que tous les rituels accomplis dans ce but seraient « solidement ancrés dans l'hygiène ».

Voilà bien des traces visibles de sacré en chirurgie. Mais d'autres traces peuvent être facilement mises en évidence. Voyons ce qu'il en est des organes, objets de la chirurgie.

⁶⁹¹ Mary Douglas, *De la souillure*, op. cit., p. 87.

⁶⁹² *Ibid.*, p. 86.

Le sacré se manifeste à travers les organes

Il existe en effet des exemples de manifestations plus ou moins irrationnelles de l'intérêt quasi sacré que peut porter la société toute entière à la chirurgie. Prenons le cas des organes que les progrès chirurgicaux ont heureusement permis de transplanter lorsqu'ils ne fonctionnent plus.

Ainsi de la transplantation cardiaque qui fut réalisée en 1967 en Afrique du Sud par le docteur Barnard. Car si ce fut bien une première « mondiale » on peut s'interroger sur la réalité de sa difficulté technique et sur celle de sa « supériorité » par rapport à la transplantation rénale par exemple. La prouesse de ces interventions ne réside pas tant dans leur difficulté proprement chirurgicale que dans la maîtrise de la réaction immunitaire de rejet de l'organe greffé par l'organisme receveur⁶⁹³. Beaucoup d'autres gestes chirurgicaux sont bien plus délicats et plus difficiles sans qu'ils n'aient jamais fait la une des journaux. Pourtant le jeune chirurgien du Cap fut réellement « divinisé ». Il devint mondialement connu et jouit immédiatement d'une réputation d'homme « extraordinaire », d'homme qui avait pu extraire le cœur d'un autre et le transplanter chez son patient, d'homme-Dieu qui avait su si brillamment manipuler l'organe le plus « charismatique » de l'être humain, son cœur ! Or, sans aucune médisance, il ressemblait plus à une sorte d'aventurier doué de la chirurgie, qu'à un véritable maître de cette discipline. Ses qualités proprement scientifiques étaient très limitées et, après des échecs de transplantations de cœurs de chimpanzés (*hic !*), ce fut sans fondement très élaboré qu'il se lança dans la transplantation humaine⁶⁹⁴. Il y eut donc un véritable décalage entre le retentissement de son geste et la réalité de celui-ci, qui ne peut s'expliquer que par la charge symbolique qui entoure le cœur.

De la même manière, peut-on s'étonner du tapage médiatique – et le mot tapage est ici tout à fait approprié – qui s'est fait autour de la première allogreffe de main⁶⁹⁵. Les titres des journaux eux-mêmes furent chargés de symbolisme : « Première greffe de la main d'un *autre* »⁶⁹⁶ et un des chirurgiens interrogés ne put cacher son enthousiasme

⁶⁹³ Le patient greffé n'a survécu que 18 jours.

⁶⁹⁴ Le véritable promoteur de la transplantation cardiaque, bien qu'oublié, a été Norman Shumway (*Sanford University School of Medicine*), qui réalisa en 1959 la première intervention sur un chien et quelques mois après C. Barnard, en janvier 1968, sur un homme qui survécut quelques mois.

⁶⁹⁵ Réalisée par le Pr J.-M. Dubernard, pourtant urologue (!) à l'hôpital Edouard Herriot, à Lyon en 1998. Le patient, néo-zélandais, longtemps emprisonné pour fraude, était amputé depuis quatorze ans après un échec de réimplantation de sa propre main, ce qui n'est pas sans poser de gros problèmes pour ce qui pouvait en être de son schéma corporel.

⁶⁹⁶ *Libération*, 25 septembre 1998. C'est nous qui soulignons.

tout professionnel : « C'est probablement une *percée* aussi importante que la première greffe de cœur »⁶⁹⁷. Voilà bien nos deux organes les plus symboliques réunis à travers une « percée » comme s'il s'était agi d'ouvrir une brèche à travers une muraille d'obscurantisme et qu'enfin, avec cette ouverture, un monde nouveau allait s'offrir au bistouri des transplantateurs. Pourtant, fixer d'abord les os, puis rétablir la continuité des vaisseaux et enfin celle des tendons, si cela correspond bien à de longs et fastidieux efforts, cela ne présente pas de réelles difficultés techniques et reste à la portée de tout opérateur consciencieux et besogneux. Le plus grand problème reste celui de la maîtrise de la réaction de rejet, d'autant plus forte que les tissus sont différenciés, ce qui est le cas ici. Mais la main, Aristote et bien d'autres y ont insisté depuis longtemps, est une spécificité chez l'homme et sa nature dépasse celle d'un simple organe. L'épilogue de cette première transplantation fut d'ailleurs tragique : devenu diabétique par le fait des traitements immunosuppresseurs, gêné par sa « nouvelle » main peu fonctionnelle, Clint Hallan arrêta tout traitement et fut à nouveau amputé en 2001.

Enfin plus récemment le projecteur s'est tourné vers la greffe de visage⁶⁹⁸. Là encore, l'enthousiasme des journalistes, et à travers eux de la société entière, se cristallisa sur le caractère *extra-ordinaire* de l'intervention, devenue exploit et « première mondiale »⁶⁹⁹. Comme dans le cas de la main, le patient lui-même s'efface devant le geste : « la transplantation est un événement extraordinaire. C'est à la fois un geste technique, un geste artisanal et un geste *artistique* »⁷⁰⁰. Comment mieux illustrer le caractère sacrificiel du patient, puisque ce qu'il subit, loin de n'être qu'une agression bénéfique, n'est perçu ici par son opérateur que comme un geste artistique. Certes le plaisir du geste opératoire ne doit pas être nié et c'est sans doute un moteur fort qui contribue largement à la qualité de toute intervention. Mais le risque est, pour le chirurgien, de s'en nourrir avec excès et alors le danger de n'opérer *que* pour opérer devient patent. S'étonnant pourtant d'un tel retentissement médiatique, le même Bernard Duvauchelle avouait : « ...voilà que je suis devenu une espèce de star. Mais il y a des centaines de personnes qui font un travail aussi honorable et sont inconnues du

⁶⁹⁷ Entretien avec le Pr Earl Owen, *Libération*, 25 septembre 1998. C'est nous qui soulignons.

⁶⁹⁸ Pr Bernard Duvauchelle pour la première greffe partielle du visage en novembre 2005 (CHU d'Amiens) et Pr Lantiéri, pour une greffe complète en avril 2009 (Hôpital Henri Mondor de Créteil). Le patient a subi en même temps une transplantation des deux avant-bras.

⁶⁹⁹ Titre du journal télévisé Antenne 2, le 14 avril 2009, à propos de l'allogreffe des deux avant-bras et du visage chez un jeune artificier.

⁷⁰⁰ B. Duvauchelle, cité par C. Hervé, in *Ethique des pratiques en chirurgie*, Paris, L'Harmattan, 2003.

public »⁷⁰¹. Cela souligne que si, indéniablement ici les difficultés du geste sont réelles, pour autant le décalage entre la réalité et sa représentation symbolique est encore évident. Le visage est ce qui se donne à voir en premier et nous reconnaissons l'autre, l'ami, l'enfant, d'abord par son visage. La première greffée, Isabelle Dinoire, avait eu le visage arraché par les morsures de son chien, alors qu'elle était inconsciente par absorption de doses excessives de somnifères. Or l'équipe chirurgicale avait expliqué que c'était là « le cas idéal », comme on peut parler en chirurgie d'une « belle opération », consisterait-elle en une extirpation difficile d'organes cancéreux. Il y a toujours une différence majeure entre ce que subit réellement le patient, et le ressenti que peut en avoir le chirurgien. Cela doit nous questionner lorsque ce ressenti devient seul maître, et d'autant qu'il dépasse le propre chirurgien pour concerner la société elle-même. Le risque est de perdre de vue le sens même du geste pour ne rester sensible qu'à la symbolique qu'il véhicule. Soyons clairs cependant : il n'est ici nullement question de s'opposer aux réparations de visages détruits lorsqu'elles sont possibles. Isabelle Dinoire dira à la presse : « sans visage on est rien ». Notre propos est de montrer simplement que la justification de telles réparations chirurgicales est directement fonction de l'organe réparé, plus que du geste réparateur lui-même, et que cela est signe d'une symbolique, qui traduit elle-même la dimension sacrée sous-jacente. Le nier serait dangereux en ce sens que cela risquerait de sélectionner les interventions selon de mauvais critères. On n'est alors pas loin du fantasme dont « la souveraineté appelle le nihilisme »⁷⁰².

Force est donc de constater que le cœur, comme la main, et maintenant le visage, sont lourds de symbolisme. L'oubli et le manque d'intérêt pour les transplantations de rein, dont la première eut pourtant lieu bien avant celle du cœur, en 1952, en sont bien la preuve. D'autant que le remplacement rénal a une beaucoup plus grande incidence en matière de santé publique, que celui du cœur, de la main ou du visage. Nulle mobilisation – ou si faible – non plus pour les transplantations hépatiques ou pour de « simples » greffes de peau.

Ne s'agit-il pas ici de traces du sacré ? Et les réactions excessives et irrationnelles que provoquent ces transplantations n'en sont-elles pas autant de preuves ? D'autant que la symbolique culturelle qui se rattache à ces organes souligne

⁷⁰¹ *La Croix*, 11 février 2011.

⁷⁰² Pierre Legendre, *Vues éparées. Entretiens avec Philippe Petit*, Paris, Fayard, 2009.

encore plus la transgression qu'implique leur manipulation. Un certain sentiment d'effroi peut d'ailleurs saisir le public subjugué par ces « exploits ». Et c'est bien ce mélange de peur et d'attirance qui évoque indiscutablement le sacré. A propos de « l'accès au visage », Levinas ne considère-t-il pas qu'il est plus que ce qui apparaît – le phénomène –, plus que ce que l'on peut connaître – le regard –, mais qu'il est « signification sans contexte », d'emblée éthique⁷⁰³ ? Quant au cœur, il était pour Platon l'organe du courage, cette âme intermédiaire entre l'âme rationnelle dans la tête et l'âme désirante dans l'abdomen⁷⁰⁴. Sans cœur ne risquerions-nous pas de perdre tout contrôle entre notre raison et nos désirs ? Et nous avons déjà évoqué la place de la main dans l'ontologie de l'homme.

Écoutons encore ce que nous dit Mary Douglas à propos du symbolisme du corps de l'homme :

« Le corps humain [...] est matière à symbolisme. C'est le modèle par excellence de tout modèle fini. Ses limites peuvent représenter les frontières menacées ou précaires. Comme le corps a une structure complexe, les fonctions de, et les relations entre, ses différentes parties peuvent servir de symboles à d'autres structures complexes. Il est impossible d'interpréter correctement les rites qui font appel aux excréments, au lait maternel, à la salive, etc., si l'on ignore que le corps est un symbole de la société, et que le corps humain reproduit à petite échelle les pouvoirs et les dangers qu'on attribue à la structure sociale »⁷⁰⁵.

Comment en effet ne pas faire l'analogie entre les fonctions symboliques du cœur, de la main ou du visage et la société des hommes toute entière ? Car si nous transposons nous retrouverions des images similaires. Le cœur en est bien le centre : on parle du « cœur de la ville », et nos hommes politiques nous jurent sans cesse qu'ils en ont un grand. Nous parlons de la main comme d'un outil qui nous sert à construire des bâtiments, alors faits « de la main de l'homme ». Main qui, parfois, a un pouvoir quasi magique comme « la main invisible du marché ». Enfin le visage dépasse les pures limites subjectives de l'homme : nos villes, nos campagnes, nos usines, nos cités ont, elles aussi, un visage.

D'ailleurs cet incontournable caractère sacré qui se révèle de même à travers l'observation de l'action chirurgicale est encore attesté par le sentiment sous-jacent chez tout être humain de l'inviolabilité absolue du corps humain, que nous avons précédemment évoquée. Cette inviolabilité correspond en fait à la « règle d'or » que

⁷⁰³ Emmanuel Levinas, *Éthique et infini*, op. cit., p. 91.

⁷⁰⁴ Platon, *La République*.

⁷⁰⁵ Mary Douglas, *De la souillure*, op. cit., p. 131.

L'on retrouve dans toutes les communautés humaines⁷⁰⁶, de ne pas faire à autrui ce que l'on ne voudrait pas qu'il nous fasse, prescrit à la limite dans le « Tu ne tueras point » biblique. Puisque je ne veux pas que mon corps soit ouvert ou blessé, *a fortiori* tué, je ne veux pas qu'on agisse ainsi sur le corps d'autrui. Et du coup la fascination que j'ai pour les gestes « rituellement permis » que sont ces grandes transplantations, provient nécessairement du fait qu'elles réveillent en moi le sous-jacent religieux et sacré, qui persiste malgré toutes les strates de la rationalité théorique qui voudraient l'occulter.

« Il existe une vision sédimentaire de l'histoire : le passé ne disparaît jamais, il s'enfonce dans le sous-sol culturel »⁷⁰⁷.

A l'époque des grandes émissions de télévision, trop rares, et dont la mise en scène participait pleinement de toute leur qualité, on se souvient d'Igor Barrère⁷⁰⁸ qui commentait d'un ton recueilli, les détails d'une intervention chirurgicale retransmise pour une des toutes premières fois. Son attitude était très religieuse : voix posée, lente, monocorde ; visage sérieux ; gestes réduits au strict nécessaire. Et on ne pouvait pas nier dans le respect que lui inspiraient, et le bloc, et le chirurgien, et l'intervention, toute la dimension sacrée qu'ils renvoyaient. A ce propos, Sapir⁷⁰⁹ remarque bien que, lorsque l'information transmise, comme ici, est chargée de symbolisme, « le message transmis est inséparable d'une tension affective qu'il s'agit de libérer sous forme consciente ou inconsciente ». Il y a en effet beaucoup d'affect dans cette prise de conscience qu'il se passe, durant l'intervention, autre chose qu'un simple geste « opératoire ». Il y a de la transcendance, au sens de quelque chose d'extérieur, quelque chose qui échappe, qui touche à l'être même de l'étant qu'est le corps opéré. La dimension sacrée de l'être humain est inséparable d'une ontologie.

D'ailleurs à propos de l'herméneutique des symboles, Ricœur⁷¹⁰ ne nous dit-il pas que « le symbole donne à penser » puisqu'il y a une situation originelle de faillibilité et de fragilité de l'homme ? Nier cela serait poser que le sujet est la source autonome des valeurs et l'arbitre souverain de leur interprétation. Ce serait donc relativiser la notion même de valeur – comme le dénoncent les « maîtres du soupçon »

⁷⁰⁶ Chantal Delsol, *Qu'est ce que l'homme ?*, op. cit.

⁷⁰⁷ Pierre Legendre, *Le Monde*, 23 octobre 2011, p. 21. Entretien à propos de son livre : *Vues éparses. Entretien avec Philippe Petit*, op. cit.

⁷⁰⁸ Igor Barrère, « L'opération à cœur ouvert ». *Cinq colonnes à la une*, 1968.

⁷⁰⁹ E. Sapir, *Anthropologie*, Paris, Ed. de Minuit, 1967. Cité par F. Bourricaud, Les univers transculturels, in *L'Univers Philosophique*, op. cit., p. 344.

⁷¹⁰ Paul Ricœur *Le conflit des interprétations, Essais d'herméneutique*, Paris, Seuil, 1969, p. 503.

que sont Nietzsche, Marx puis Freud – et créer des idoles. Il faut toujours « que l'idole meure pour que vive le symbole »⁷¹¹. Si nous transposons cette herméneutique à notre réflexion, nous pouvons dire que, faute de reconnaître les traces du sacré derrière la symbolique du rituel chirurgical, alors nous risquons de créer des idoles – comme celle d'un chirurgien, créateur et seul responsable de « ses valeurs » –, idoles qui ouvrent grand les portes de la démesure. A leur tour, celles-ci, brisant toutes les limites, laissent libre cours à la barbarie, enfouie au plus profond de l'homme, et que, seule, la conscience d'une extériorité à lui-même pouvait retenir.

En réalité il faut reconnaître que l'homme est l'animal symbolique par définition⁷¹². La symbolisation est sa caractéristique : parler, représenter, lire, raconter, etc. La séparation fondamentale, repérée depuis Aristote entre la fabrication dont le terme est un objet matériel et l'action qui est nécessairement morale – c'est-à-dire entre le *faire* et l'*agir* – illustre tout à fait ce « vivant symbolique » qu'est l'être humain. Si les castors savent faire – et très bien – des barrages efficaces, en revanche, seul, l'homme peut agir symboliquement. Nous constatons cela à travers une intervention chirurgicale qui dépasse le simple faire – comme réparer efficacement une jambe fracturée – pour correspondre à un agir où tout le rituel chirurgical est empreint de religiosité : la blouse, les gants, le silence, etc. Tout ceci témoignant d'une autre dimension que d'une simple ostéosynthèse de jambe : il s'agit de la prise en charge d'une personne humaine. Jusque dans les repas, échangés et offerts au bloc opératoire (entre panseuses et chirurgiens par exemple) que Marie-Christine Pouchelle assimile à des rituels sacrificiels : « Question d'échange d'énergies et de vases communiquant, tant il est vrai que dans le sacrifice de soi à l'hôpital, le temps, justement, s'écoule comme du sang »⁷¹³.

Encore le sang, omniprésent en chirurgie. Ce sang qui exprime tout à la fois la violence et la vie, ce sang qu'on redoute de perdre, comme la vie, autant qu'on le répand lorsqu'on opère, pour conserver cette même vie. Il y a une symbolique du sang qui n'est pas anodine et qui illustre bien son caractère sacré-maudit.

⁷¹¹ *Ibid.*, p. 504.

⁷¹² Gilbert Hottois, La technique, in Monique Canto-Sperber (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, op. cit., p. 1914-1916.

⁷¹³ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme*, op. cit., p. 138.

La symbolique autour du sang

Elle est particulièrement visible à travers le statut particulier qu'a toujours eu le sang humain en médecine. Dès 1464 en effet, le pape Pie II confirma que le sang répandu par le Christ avait gardé son caractère divin. Ce qui a conféré, *de facto*, un caractère sacré au sang, *humain*, puisque le Christ s'est fait homme. Et notre droit contemporain de la transfusion sanguine en est imprégné, qui conserve une répulsion à appliquer au sang les règles civiles concernant des biens marchands ordinaires. On peut d'ailleurs observer, à propos des dons et transfusions de sang, un rituel quasi-religieux⁷¹⁴ durant lequel la poche de sang prélevée est séparée organiquement, mais surtout symboliquement, du donneur. Le don de sang pouvant être vu comme un « sacrifice nié ». Comme si l'on devait au sang humain un respect particulier, respect qui a beaucoup à voir avec les interdits et, dans le fond, la sacralité. A l'hôpital on ne traite pas de la même manière un culot de sang à détruire qu'un flacon d'urine par exemple. Il serait inconcevable de jeter du sang, serait-ce en petite quantité, dans la cuvette des toilettes. Or dire que le sang d'un homme est sacré, n'est-ce pas reconnaître que c'est l'homme qui l'est ? Mais parallèlement ce même sang comporte un caractère maudit : on craint son contact, source potentielle de contamination ; une blouse ou un habit taché de sang fait « désordre », comme si, hors du corps de l'homme, le sang n'était plus à sa place ; enfin, lors de la transfusion elle-même, le risque de choc par hémolyse⁷¹⁵ est toujours présent.

Symbolique des mots, symbolique des gestes

Terminons cette réflexion sur la symbolique en remarquant que les mots eux-mêmes soulignent encore la dimension sacrée attachée à la chirurgie. Le bloc est un sanctuaire, le « saint des saints » ; le chirurgien un grand prêtre, « Docteur, vous êtes un *dieu* ! Et cette prothèse, c'est un *miracle* ! » lui renvoient régulièrement les patients satisfaits et reconnaissants. Et comment ne finirait-il pas par le croire ? Le langage exprime bien toute la dimension sacrée, et du lieu, et de l'acte. D'autant qu'il y a ici, plus qu'ailleurs dans l'hôpital, des codes à respecter. Les nouvelles « panseuses »,

⁷¹⁴ Cf. Soizic Noël-Bourgeois, *Le sens du sang : magie et rites au pays de la biotechnologie. Approche anthropologique à propos du don de sang dans le Gard*, Thèse sous la direction de Daniel Vazeilles, Université Paul Valéry, Montpellier III, décembre 2008.

⁷¹⁵ Ce qui consiste en la destruction des globules rouges par les anticorps du receveur lorsqu'il y a incompatibilité transfusionnelle (des groupes ABO) ou présence d'un anticorps irrégulier chez le donneur.

comme sont nommées les infirmières de bloc, sont d'emblée éduquées à ces rituels et ont très vite la notion des obligations et des interdits : « Ici tu es au bloc, tu n'es *pas n'importe où* ! » s'entendent dire les jeunes infirmières. Pas d'excès de familiarité avec le chirurgien qui « officie » ; séparation drastique entre le pur et l'impur, quand bien même, nous l'avons vu, cela ne serait pas toujours rationnel, et manipulation rituelle des objets « sacrés », comme par exemple celle d'une pièce anatomique d'exérèse à confier au laboratoire. Arrêtons-nous un instant et observons ce rituel.

La pièce d'exérèse, organe ou partie d'organe, est religieusement recueillie, sous prétexte de ne pas la souiller, portée presque à bout de bras, comme une offrande. Elle est enfin placée dans un « reliquaire » où viendra la récupérer le laborantin. Un cahier spécial en retrace tous les déplacements, soigneusement fixés dans le temps. Personne ne peut – et ne doit – banaliser ce morceau de « chair humaine », devant lequel le recueillement est prescrit. Cela pourrait faire sourire mais, plus profondément, ces attitudes toutes empreintes de religiosité, manifestent la présence du sacré. Intuitivement, tous les acteurs du bloc ont, enfouis dans leur être, la conscience, même refoulée, qu'il s'agit de gestes « tout à fait autres » que leur simple manifestation, qu'il s'agit d'inter-venir *sur* et *dans* un être et que les parties de cet être – ici les pièces anatomiques pour le laboratoire – sont plus que *parties* de cet être, elles *le sont*, essentiellement. De fait le chirurgien-transgresseur est « sanctifié » et le rituel est bien manifestation de toute cette sacralité. Xavier Emmanuelli⁷¹⁶ constatait en souriant qu'un homme issu d'une société « archaïque » qui débarquerait dans un bloc opératoire moderne au début d'une intervention admettrait immédiatement qu'il s'agit d'un rite sacrificiel évident.

* *

*

⁷¹⁶ « Contraintes économiques et justice dans l'accès aux soins », Séminaire, Collège des Bernardins, Paris, 15-16 octobre 2010.

Si l'on admet donc, d'une part les liens nécessaires entre le sacré et la violence, comme l'a établi René Girard, et si l'on considère que la chirurgie est violente par nature parce qu'agressive et sanglante, et que d'autre part la symbolique et le rituel qui l'accompagnent relèvent du sacré, alors il nous faut reconnaître qu'en effet l'acte chirurgical et le champ de son action sont bien sacrés dans le sens où ils touchent à un extérieur, à une transcendance. Il y a plus qu'une simple relation de sujet, le chirurgien, à objet, le corps à opérer, et l'acte lui-même d'intervenir est tout à fait autre qu'ouvrir une substance étendue. C'est bien reconnaître qu'il n'y a que le sacré qui puisse contenir la violence. Si l'être sur lequel j'interviens à travers ce qu'il est, c'est-à-dire son corps, si cet être-corps est sacré, alors j'ai une responsabilité qui dépasse, et mon geste, et son champ : je sens la présence d'une transcendance qui m'oblige à ne pas faire n'importe quoi. Cela correspond en quelque sorte à la « culpabilité radicale » qu'évoque Levinas, reprenant la phrase de Dostoïevski : « Nous sommes tous coupables de tout et de tous devant tous, et moi plus que les autres »⁷¹⁷. Enfouie au tréfonds de l'être de l'homme, cette vérité est bien celle qui le protège de la barbarie et ainsi, au bloc, la prise de conscience de la sacralité ne protégerait-elle pas ses habitants de la démesure ? Et pourtant, comme rien n'est simple en matière d'affaire humaine, cette sacralité peut paradoxalement devenir sacrificielle et laisser libre cours à une volonté de puissance : « Puisque ce que je fais, comme le champ de mon action, sont sacrés, alors je suis moi-même sacralisé, tout m'est permis, plus rien ne m'est interdit, je suis Dieu ! », pourrait alors s'écrier le chirurgien sans limites.

Mais n'observe-t-on pas encore une désacralisation de la chirurgie qui irait dans le sens de sa banalisation, plus que de sa dévaluation ? Et par une diabolique ruse le résultat serait le même : la déification mal comprise du chirurgien comme sa sécularisation ordinaire amèneraient toutes deux, comme à un oubli de l'être, comme à un oubli de la gravité de son acte sur un être. Ce qui ouvrirait les portes de « l'extra-chirurgicalité », c'est-à-dire de l'utilisation de la chirurgie pour des fins autres que celles qu'implique sa nature. C'est parler de transformation de l'homme, de « transhumanisme ».

Voyons ces aspects du problème en commençant par la désacralisation.

⁷¹⁷ Dostoïevski, *Les frères Karamazov*, Paris, La Pléiade, 1972, p. 310.

III – DESACRALISATION DE LA CHIRURGIE ?

S'il fallait en croire le marquis de Sade :

« Il n'est rien de sacré : tout dans cet univers
Doit plier sous le joug de nos fougueux travers »⁷¹⁸.

Remarquons ici que la perte du sacré, loin d'être une libération, semble au contraire aux yeux du marquis être un effort, puisqu'il s'agit de faire « plier » l'univers sous le « joug », comme s'il voulait résister. D'autant que ce qu'il resterait alors, en guise de contrôle, serait « nos fougueux travers ». On préférerait sans doute de « doux endroits » ! La désacralisation nous ferait-elle marcher de travers ?

D'autant que, étonnamment, il y a quelques analogies entre la pornographie sadienne et la chirurgie – analogies qui restent cependant comme l'envers et l'endroit. L'endroit, ce serait l'utilisation dans les deux cas d'objets tranchants, de bistouris, de liens, de contentions, jusqu'au champ même que serait le corps. Mais l'envers, c'est d'abord et avant tout ce corps qui, en chirurgie s'identifie à la personne de l'opéré, alors que dans le sadisme au contraire, désacralisé, il ne devient qu'un objet soumis au désir de son bourreau. Mais c'est encore dans la finalité de l'utilisation d'objets agressifs que la chirurgie se démarque radicalement de la perversité des exploits du marquis. D'un côté ils servent dans l'intention de soulager, de l'autre dans celle de faire souffrir. Mais si la désacralisation de la chirurgie était aboutie, pourrait-elle aller jusqu'à se confondre avec celle prônée par Sade ?

Sans aller jusqu'à une telle extrémité, si nous voulons maintenant en rechercher les traces en chirurgie (donc à propos de son objet et de son champ, c'est-à-dire de la personne humaine *et* de son corps – le *et* ramenant à un dualisme illusoire), nous devons questionner sur ce qui peut rendre sacré un homme, puis tâcher de voir comment on assisterait à un oubli de cette humanité et quelles pourraient en être les conséquences. Cela revient à poser trois questions : l'homme a-t-il une nature ? Assistons-nous à sa

⁷¹⁸ Marquis de Sade, *La vérité*, (numérisation T. Selva).

désacralisation ? Et si cela aboutit à la transformation de cette nature, en quoi et comment la chirurgie peut-elle en être concernée ?

Puisque nous voulons montrer qu'il y a bien désacralisation et que celle-ci entraîne un oubli de l'humanité de l'homme, nous verrons que, paradoxalement, cet oubli se fait par le développement de la médicalisation de la société. Ce qui soulève la question de la médicalité de cette médicalisation, c'est-à-dire en chirurgie, la question de l'extra-chirurgicalité. Et si celle-ci contribue négativement à la transformation de la nature de l'homme, il faut alors réfléchir à la notion de progrès.

Qu'est-ce qui pourrait faire qu'un homme est sacré ?

La réponse pourrait être aussi simple que d'affirmer qu'un homme est sacré parce qu'il *est* un homme. Mais nous n'aurions que déplacé le problème et il faudrait nous demander alors ce qui fait qu'un homme est un homme ? Nous n'aurions pas la prétention de vouloir répondre à cette question qui préoccupe toute la philosophie depuis toujours. Chaque être humain est conscient de l'impossibilité d'en donner une réponse claire, et Camus le disait simplement : « il est probablement vrai qu'un homme nous demeure à jamais inconnu et qu'il y a toujours en lui quelque chose d'irréductible qui nous échappe »⁷¹⁹. Pourtant ne pas chercher préalablement à déterminer ce que peut être un homme, au point qu'il serait sacré, au moins pour un chirurgien dont l'action sur cet homme est particulièrement agressive, nous l'avons vu, c'est risquer de perdre tout repère, en particulier éthique. Or, dire ici que Dieu n'est pas chirurgien signifie bien que la nature de l'homme, que la vérité de son être est bien plus que sa condition. Puisque de toute évidence, quand bien même la chirurgie pourrait contribuer à modifier la condition de l'homme, elle ne pourra rien faire quant à sa nature essentielle. Pourtant, comme le remarque Chantal Delsol, « une branche importante de la pensée moderne nie l'existence même d'une anthropologie, c'est-à-dire d'une possible description de l'homme. L'homme ne serait alors rien d'autre qu'une créature malléable, sans autres distinctions que celles qu'il se confère à lui-même au gré de ses volontés changeantes »⁷²⁰.

⁷¹⁹ Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*, op. cit., p. 167.

⁷²⁰ Chantal Delsol, *Qu'est-ce que l'homme ?*, op. cit., p. 15.

Pour la clarté de notre propos nous n'envisagerons ici que la dimension purement philosophique de la question et plus encore la question seule de l'être de l'homme. C'est-à-dire que nous n'évoquerons pas l'aspect purement naturel ou culturel tel que l'aborde l'anthropologie classique. Nous reviendrons sur la spécificité morale de l'homme, absolument fondamentale, dans la partie dédiée aux conséquences de la désacralisation de l'homme puisqu'elle représente précisément la limite de cette désacralisation.

On peut penser avec Engelhardt, nous l'avons vu, qu'il n'y a « rien de sacré dans la nature humaine ». L'homme peut alors être réduit d'abord à son corps – comme *Körper* – puis son corps à ses composants biologiques, et eux-mêmes d'ailleurs à un ensemble d'atomes. Nous retombons ici dans le matérialisme pur des atomistes. Mais n'est-ce pas affirmer surtout que l'homme n'aurait pas d'Être⁷²¹ ? Cette question, bien entendu, ne se pose qu'à ceux qui pensent que l'homme en effet est plus que ses composants physico-chimiques, les autres, avec l'influent penseur de la bioéthique nord-américaine, restant enfermés dans les fausses certitudes du scientisme. Le corps de l'homme, de l'homme qui *habite* le monde, est quelque chose d'essentiellement autre que l'organisme animal qui *vit* simplement. Il est, pour Heidegger, autre que la substance étendue de Descartes, d'autant qu'il s'inscrit dans la temporalité. Depuis les milliers d'année que les hirondelles vivent, elles vivent de la même manière, leurs nids sont les mêmes et elles n'ont pas d'histoire à proprement parler. L'homme au contraire qui habite ce monde, a édifié ses demeures, jamais identiques dans le temps ni dans l'espace et il s'est construit une histoire. L'homme « ek-siste » (étymologiquement : *ex-sistere*, venir d'ailleurs, sortir de l'immobilité). C'est un « être-jeté » quand les autres êtres vivants ne peuvent que vivre.

Voyons tout cela.

Le patient opéré a-t-il un être ?

Si nous restons dans une perspective chirurgicale, la première difficulté semble être d'essayer de comprendre ce qu'*est* réellement ce monsieur Dupont que je m'apprête à opérer. Avant même d'analyser son phénomène, et en définitive même si je n'étais pas

⁷²¹ C'est Heidegger qui écrit le mot avec une majuscule. Être correspond ainsi à « ce qui est », précisant que pour ce qui concerne l'homme il ne s'agit pas tant de l'essence de l'homme que de « la *relation* de l'Être à l'essence de l'homme » que ne peut accomplir que la pensée. *In*, Lettre sur l'humanisme, *Questions III et IV, op. cit.*, p. 67. C'est nous qui soulignons.

là pour le faire, dire l'être de monsieur Dupont c'est soulever une ambiguïté. Pascal avait prévenu : « ...on ne peut définir l'être [sans tomber dans la même absurdité], car on ne peut définir un mot sans commencer par celui-ci *c'est*, et ainsi employer dans la définition le mot à définir »⁷²². Car le mot être, qui n'existe d'ailleurs que dans les langues indo-européennes, est à la fois un verbe et un objet. Il définit un prédicat (cet homme *est* monsieur Dupont), en même temps que son existence (cet homme *est*) et son identité (*est* monsieur Dupont). C'est dire, avec Heidegger, que la verbalité du mot être pose la vraie question du statut des êtres plutôt que leur quiddité : « on parle toujours du mot être comme si c'était un substantif, bien qu'il soit verbe par excellence »⁷²³. Plus qu'une question sémantique (la signification du verbe être) se pose donc la question phénoménologique (le sens du phénomène être, soit qu'est-ce qui se dévoile ?). Or, puisque nous parlons avec des mots, derrière cette polysémie peut-être y a-t-il possibilité d'une « source unique qui demeure cachée dans les langues que nous habitons »⁷²⁴ ? Ce qui revient à dépasser la recherche des conditions transcendantales (ici le chirurgien, en qui réside la condition de possibilité d'appréhender l'être de son patient) pour s'interroger sur la signification de l'être de cet étant (le patient), mais plus profondément sur la différence de l'Être de l'étant, c'est-à-dire sur la vérité de l'Être. Pourtant Claude Bruaire efface cette supposée différence :

« La fameuse différence ontologique entre un être et l'être de cet être, entre l'étant et l'être, ou entre ce qui est présent et la présence, semble ici nulle, vide de sens. [...] Car le fait d'être et l'être qui est en fait, l'être comme verbe et l'être comme substantif, sont indiscernables [...] »⁷²⁵.

Accordons un instant nos deux penseurs pour admettre, qu'appliquée à la chirurgie, nous pouvons envisager l'*exister* de l'homme-opéré plutôt que sa simple nature. L'homme n'est pas un vivant parmi les autres, quand bien même aurait-il « en plus », la raison. Car il y a dans cet *exister* une intentionnalité : l'angoisse existentielle, ontologique, est bien sûr sans objet, mais c'est précisément parce qu'elle est sans objet qu'elle est signifiante. Levinas parle ici du « sens ontologique fondamental du néant »⁷²⁶. C'est la prise en compte de la temporalité qui fait l'être de l'homme, temporalité qui crée l'angoisse de l'être-pour-la-mort, angoisse inconnue des animaux.

⁷²² Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *Les pensées de Blaise Pascal*, op. cit., I^e partie, art. II, p. 69.

⁷²³ Emmanuel Levinas, *Ethique et Infini*, op. cit., p. 28.

⁷²⁴ Pierre Aubenque, Les dérives et la garde de l'être, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, Paris, PUF, 2004, p. 21.

⁷²⁵ Claude Bruaire, *L'être et l'esprit*, op. cit., p. 53-54.

⁷²⁶ Emanuel Levinas, *Ethique et Infini*, op. cit., p. 31.

Un animal qui irait au bloc opératoire serait certainement un peu surpris et peut-être même aurait-il peur. Il ne pourrait par contre jamais être angoissé, sa vie n'étant pas liée à sa mort possible, tandis que l'*ek-sistence* de l'homme devant être opéré est nécessairement affectée par l'angoisse de mourir durant l'opération. Cette *ek-sistence* qui consiste, nous dit Heidegger, « à se tenir dans l'éclaircie de l'Être ». Devant cette angoisse, et sans que nécessairement le patient l'ait verbalisée avec des mots, le chirurgien est investi d'une responsabilité qui ne peut être que morale, puisque il s'agit d'une angoisse *humaine*. Le vétérinaire peut être inquiet, peut se sentir responsable du geste technique qu'il va entreprendre sur ce caniche, jamais il ne se sentira responsable d'une *existence*, humaine *a fortiori*. D'où la nécessaire responsabilité du chirurgien qui ne saurait pratiquer, sur cet être, n'importe quoi en matière de « transformations », et ce, quels que soient les moyens que les développements technoscientifiques de la chirurgie puissent lui permettre.

Alors que faire de tout cela ? Cette question du dévoilement, chère à Heidegger, est fondamentale et nécessite de « réactiver la différence ontologique en exhaussant l'être au-delà de l'étant et en veillant à préserver soigneusement cette transcendance »⁷²⁷. La dimension sacrée de l'être humain s'y dévoilera. C'est retrouver l'être en luttant contre l'ontique. L'ontique c'est ce qui est objectivable, l'être c'est la transcendance que me renvoie ce patient. C'est la question ontologique fondamentale qui est celle du sens de l'existence humaine. En pratique, plus que d'un malade, je prends en charge au bloc opératoire, une *existence humaine* qui porte un *sens*. En tant que chirurgien, je dois m'efforcer de dépasser le simple phénomène ontique de ce patient tel qu'il pourrait m'apparaître, pour en laisser se dévoiler l'être. Je serai alors devant quelque chose de « tout autre » ; quelque chose de sacré ?

Mais les choses se compliquent car ce dévoilement de l'être ne peut qu'être pensé, et sans doute pas vécu. Si derrière ce que je perçois de mon malade il y a l'être – l'essence comme *esse* – de cet étant, cet être ne peut être lui-même un étant, dont il est pourtant fondamentalement solidaire. De manière triviale nous pourrions dire que, quels que soient les efforts entrepris par notre chirurgien, jamais il ne « verra » l'être de son patient, « célé » par l'étant. Il ne peut en effet y avoir d'être sans étant (qui en même temps qu'il le manifeste, le dissimule en l'accaparant) ni d'étant sans être qui le justifie.

⁷²⁷ Pierre Aubenque, Les dérives et la garde de l'être, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, op. cit., p. 36.

Cette différence – qui est complémentarité – est pour Heidegger une différence ontologique⁷²⁸ ou ontico-ontologique (ontique pour l'étant, ontologique pour l'être). Car on ne rencontre en effet dans l'expérience que des étants : si, au bloc, on ne saurait percevoir que l'*étant* monsieur Dupont, pourtant en intervenant sur lui, c'est quelque part à son *être* – son essence – que l'on a affaire. L'oublier, c'est rester dans l'ontique et risquer n'avoir plus de limites. Parménide l'avait pourtant repéré : « Il faut dire et penser de l'étant l'être, car l'être est et rien n'est pas »⁷²⁹. Du seul fait de son existence, bien palpable et « opérable », monsieur Dupont *est*.

On peut alors être tenté de rechercher comme principe de l'être « un étant premier » comme l'étant qui porterait le plus purement son être. Comme si l'on pouvait généraliser, niant le singulier, pour trouver comme un moyen de sortir de cette impossibilité. Mais on risquerait alors de rester dans l'ontique puisque, à partir de cet étant premier on penserait la totalité des autres étants. Heidegger parle ici « d'ontothéologie de la métaphysique » car il y a « croyance » en la validité d'un tel étant, qui pourtant occulterait l'essence. Sans entrer dans un débat philosophique trop abstrait, remarquons ici le reproche que fait le maître de Fribourg à Aristote qui considère l'essence d'un être – *ousia* – comme ce qui subsiste malgré les accidents qui peuvent l'affecter, soit la substance, sans la distinguer du substrat – *hupokeiménon* –, le support, ce qui serait signe d'un oubli de l'être comme *esse*.

Or cet oubli de l'être, ce dévoiement lourd de conséquences pour ce qu'il en est de la possibilité d'une « dénaturation » de l'homme, est donc bien antérieur à la rupture de la Modernité. Car Descartes se contentera de ramener l'*hupokeiménon*, le substrat, au *subjectum*, c'est-à-dire au sujet humain, donc à la subjectivité elle-même, à l'*ego* seul du *cogito*. N'est-ce pas alors cette confusion entre la substance – pensante – et le sujet, qui va ouvrir la véritable voie de l'objectivation du monde ? C'est-à-dire que c'est le sujet qui la pense qui devient le fondement même de la chose, de l'étant empirique. Cette chose ne devient plus que l'objet de celui-là. C'est l'*Arraînement*⁷³⁰ de l'être qui est requis pour des tâches de rationalisation. La mainmise technique peut se déployer, la chose pourra être mesurée, quantifiée, manipulable à volonté : « l'Être est

⁷²⁸ Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV, op. cit.*, p. 118 : « la pensée qui tentait, avec *Sein und Zeit*, de penser la vérité de l'Être s'est désignée comme ontologie fondamentale ».

⁷²⁹ Parménide, *Fragments*, V.

⁷³⁰ Martin Heidegger, La question de la technique, in *Essais et conférences, op. cit.*, p. 26.

réduit à l'ordre du productible, camouflant ainsi son indisponibilité »⁷³¹. On devine alors, qu'appliquée à la chirurgie, cet arraisonnement puisse autoriser toutes les dérives, puisqu'on va pouvoir « produire » à partir du corps-être qui n'est plus réduit qu'à un corps-objet. Il nous faudra mettre en évidence les rapports que cette « monarchie » du sujet peut avoir avec la barbarie.

Au contraire, ce qui nous intéresse ici chez Heidegger, c'est qu'il considère que l'homme est cet étant particulier pour lequel il est dans son être question de cet être qu'il est⁷³². L'homme est donc cet « étant exemplaire » à partir duquel on pourra chercher à déchiffrer le sens de l'Être. L'ontologie fondamentale va donc consister à poser la question du sens de l'existence humaine, du *Dasein* (être-là) : « le sens de l'être est la vérité de l'être », c'est le dé-voilement. « La facticité sert à désigner le caractère d'être de notre *Dasein* propre »⁷³³.

Si nous ramenons cette réflexion au domaine de la phénoménologie en chirurgie, nous pourrions dire que la facticité – le corps que va opérer le chirurgien – dévoile en réalité le « caractère d'être » de ce patient qu'il opère, c'est-à-dire qu'il n'intervient plus sur un corps, comme une substance étendue cartésienne, mais qu'il se place en relation – ici chirurgicale – avec le *Dasein* propre, qui est ce que ce monsieur Dupont qu'il opère, *est*. Il s'agit ici d'une « expérience herméneutique » telle que l'évoque Gadamer à propos de l'homme à qui est assignée la recherche du *sens* des phénomènes, en particulier ceux des objets de l'expérience. La sacralité manifeste le *sens* de la chirurgie, son oubli la rendrait *absurde*.

Cette perte du sens appelle d'autant plus à notre vigilance, qu'elle est tributaire du langage. Nous nommons étant tout ce que nous disons que *c'est*, en différents sens, y compris « ce que nous sommes nous-mêmes et la manière dont nous sommes ». Nous ne parlons en vérité que des étants, oubliant l'être. Heidegger propose ainsi le mot *Ereignis*, « événement appropriant »⁷³⁴. C'est un événement sans cause, le commencement d'une histoire, un destin : *l'Ereignis* approprie l'homme et l'être dans leur co-exister essentiel. C'est dire qu'il incombe à l'homme d'être « le berger de l'Être » dont il a la garde. Et à propos de la relation de soin, comme en chirurgie, lors de

⁷³¹ Jean Grondin, Pourquoi réveiller la question de l'être ?, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être, op. cit.*, p. 66.

⁷³² Pierre Aubenque, Les dérives et la garde de l'être, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être, op. cit.*, p. 24.

⁷³³ Martin Heidegger, Ontologie, herméneutique de la facticité, in *Œuvres complètes*, Francfort, Klostermann, 1988, t. 63.

⁷³⁴ Didier Frank, De l'*Aléthéia* à l'*Ereignis*, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être, op. cit.*, p. 122.

laquelle l'oubli de l'Être peut en dévoyer complètement la finalité, Jean-Pierre Graftieaux insiste sur la relation véritative qui est cachée par la relation prédicative, comme le montrait Heidegger.

« L'homme dès l'origine attache une importance particulière à l'expression et fait de la logique la connaissance de la vérité. Ainsi l'homme néglige *ce qui* est exprimé au profit de *la forme* de l'expression »⁷³⁵.

Ce « mal-entendu » pourrait correspondre à l'irréductible distance entre le discours du médecin et celui du malade. Oublier ainsi que le patient, en tant qu'*être-là* – *Dasein* –, est un *être-avec* et un *être-auprès* dont il importe d'avoir conscience, dénature la relation de soin. La chirurgie consistant ni plus ni moins qu'en un soin, elle est *de facto* tout à fait concernée par cette réflexion⁷³⁶. Il n'y a pas le chirurgien *et* son malade, comme il y aurait deux pierres côte à côte. Il s'agit d'êtres. Le chirurgien, en même temps qu'il est *auprès* de son malade est *avec* lui, et réciproquement.

Nature essence ou nature naturelle ?

Cette question de l'être de l'homme revient à poser le problème de la nature de l'homme au-delà de son phénomène, son corps, comme l'étant qui le manifeste. Mais, plus que de problème, il convient de parler des limites, puisque la tendance à vouloir tout « problématiser » est une réduction du corps et de la vie à des problèmes. Or n'oublions pas que le meilleur moyen de résoudre un problème c'est de le supprimer : s'il n'y a plus de problème, alors il ne reste que les solutions. Le problème est proprement dissous. Gabriel Marcel oppose ainsi le problème au mystère, mystère qui est pour l'homme « son engagement dans l'être que la connaissance ne peut jamais surmonter »⁷³⁷.

« Il semble bien en effet, qu'entre un problème et un mystère, il y ait cette différence essentielle qu'un problème est quelque chose [...] que je puis par là même *cerner et réduire*, au lieu qu'un mystère est quelque chose en quoi je suis moi-même engagé [qui] *transcende* toute technique concevable »⁷³⁸.

C'est pourtant la tendance scientiste qui considère que le seul réel est celui de la connaissance scientifique – donc le corps n'est qu'objectif et mesurable –, et que ce qui

⁷³⁵ Jean-Pierre Graftieaux, *Le soignant et sa conscience*, Paris, Seli-Arslan, 2011, p. 76. C'est nous qui soulignons.

⁷³⁶ Graftieaux parle ainsi de la « peur des blouses blanches ». En chirurgie la vérité de « j'ai peur d'être opéré » est en effet ailleurs que dans la relation prédicative « j'ai peur ».

⁷³⁷ J.-F. Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in *Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 210.

⁷³⁸ Gabriel Marcel, *Journal métaphysique* (1927), Paris, Gallimard, 1997. C'est nous qui soulignons.

est encore inconnu le sera obligatoirement puisque la connaissance scientifique – par la seule rationalité théorique, « scientifique » – donne le réel.

« La science [devient] la théorie qui suit le réel à la trace et s'en assure comme d'un objet »⁷³⁹.

Du coup toutes ces prétendues traces de sacré dans l'être humain, ne deviennent que des explications farfelues à des « problèmes » qui seront bientôt résolus. En réalité, c'est dire que l'homme n'a pas d'être. Pourtant Heidegger insiste : « L'histoire de l'Être supporte et détermine toute *condition et situation humaine* »⁷⁴⁰. C'est-à-dire que l'oubli de l'Être signifie qu'il n'y a plus de nature-essence qui puisse nous en dévoiler la vérité. Il ne reste que la nature-naturelle, une substance « étendue », connaissable, donc modifiable, transformable et utilisable. Et la démesure est là, qui guette l'homme :

« La liberté, gorgée de volonté de puissance, joue la carte du déterminisme biologique contre la liberté elle-même. La liberté se nie elle-même pour mieux transgresser l'ordre qui la fonde »⁷⁴¹.

C'est encore reconnaître qu'il y a chez l'homme, en lien étroit avec sa liberté, une *humanitas* qui dépasse l'*animalitas*. « La métaphysique pense l'homme à partir de l'*animalitas*, elle ne le pense pas en direction de son *humanitas* »⁷⁴². Ainsi Heidegger, critiquant l'humanisme tel qu'envisagé par la métaphysique puisque « les plus hautes déterminations humanistes de l'essence de l'homme n'expérimentent pas encore la dignité propre de l'homme »⁷⁴³, affirme-t-il que la question qui reste est bien celle de la relation de l'Être à l'essence de l'homme. C'est-à-dire que considérer qu'un homme est un animal auquel seraient rajoutés une raison, une âme ou un esprit, voire un langage, c'est rester dans l'ontique, c'est rester dans une région où l'ek-sistence de l'homme – la relation de la vérité de l'Être à l'homme – demeure voilée. Un chirurgien qui serait enfermé dans une telle approche de l'homme serait un vétérinaire. Et de même qu'il n'est pas immoral de sacrifier des animaux dans le cadre d'une expérimentation (lorsqu'elle est bien encadrée, évitant toute souffrance inutile), de même un tel chirurgien risquerait de n'être pas plus ému de « transformer », grâce à son art, un être humain pour une finalité qu'il resterait à questionner.

⁷³⁹ Martin Heidegger, Science et méditation, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 63. C'est nous qui soulignons.

⁷⁴⁰ Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV*, op. cit., p. 68. En français et souligné par l'auteur.

⁷⁴¹ Dominique Folscheid, Jean-Jacques Wunenburger, La médecine de l'amélioration, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 225.

⁷⁴² Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV*, op. cit., p. 79.

⁷⁴³ *Ibid.*, p. 87.

Et c'est pour nous ici très important. Si nous restons en effet dans le domaine de l'étant, nous ratons ce qui fait l'humanité de l'homme, ce que nous avons considéré comme sacré, quand bien même nous ne parviendrions pas à le définir « logiquement ». Cette sacralité que nous évoquons correspond bien à un mystère, non pas le mystère du scientifique qui prétend un jour le percer, mais le mystère de la vérité de l'Être.

« Comme s'il se pouvait que la vérité de l'Être se laisse jamais situer sur le plan des causes et des relations explicatives ou, ce qui revient au même, sur celui de sa propre *insaisissabilité* »⁷⁴⁴.

Or c'est cette *insaisissabilité* qui correspond à la sacralité. D'où le risque que la désacralisation ferait courir au chirurgien, de croire que l'être de l'homme serait saisissable par une approche purement scientifique. A la fin de la seconde guerre mondiale, prenant conscience de l'ampleur des crimes commis sur des hommes au prétexte qu'ils n'auraient été que des « sous-hommes » (*Untermenschen*), il fut établi un code, le Code de Nuremberg⁷⁴⁵ qui tenta de tracer quatre frontières fondamentales signant l'indivisibilité de l'humanité en l'homme⁷⁴⁶ : l'homme n'est pas un animal (ce qui s'oppose au spécisme de Peter Singer) ; l'homme n'est pas une machine (ce qui contredit les thèses neurocognitives qui considèrent par exemple que le cerveau est un ordinateur) ; l'homme n'est pas une chose (c'est un être *humain*) ; et enfin l'homme est plus que la somme de ses organes. S'il ne s'agit pas d'une définition de la nature naturelle de l'homme, cette proclamation en trace cependant des limites claires. Les franchir consisterait en une « transmutation [qui] brouille littéralement nos repères, [tendant] à effacer l'idée de limites ou de loi »⁷⁴⁷. Ne serait-ce pas dénier à l'homme tout caractère sacré ?

Voyons donc ce qu'il en est de la désacralisation de l'homme, concomitante de l'oubli de l'être de l'homme, oubli lourd de conséquences pour le chirurgien.

⁷⁴⁴ *Ibid.*, p. 74. C'est nous qui soulignons. Heidegger rajoute : « Toute détermination de l'essence de l'homme qui présuppose déjà, qu'elle le sache ou non, l'interprétation de l'étant sans poser la question portant sur la vérité de l'Être, est métaphysique ».

⁷⁴⁵ En 1947, à la suite du procès des médecins et infirmiers nazis. Il est tristement étonnant de constater qu'entre 1933 et 1940, en Allemagne nazie, la sélection des Allemands à supprimer – ni ennemis, ni sois-disant sous-hommes – parce que leur vie était jugée indigne d'être vécue, était faite par des médecins et que ce furent des infirmières qui procédaient à ces euthanasies. Rapport freudien entre *éros* et *thanatos*, entre le désir de vie et celui de mort, propres au corps médical ?

⁷⁴⁶ J.-C. Guillebaud, in *Le sacré, cet obscur objet du désir ?*, op. cit., p. 25.

⁷⁴⁷ *Ibid.*, p. 16.

Y a-t-il désacralisation de l'homme ?

Dans ce qu'il appelle le « désenchantement du monde », Marcel Gauchet remarque deux choses. D'abord qu'il existe « un déni du rôle du religieux dans l'histoire »⁷⁴⁸, déni qui n'est cependant qu'apparent car il ne correspond qu'à une « naïveté obtuse de la tradition laïque », et d'autre part que cette volonté de persister dans ce déni est préjudiciable puisque elle pose le problème de « l'articulation entre cette présence sacrale et l'absence dont elle émane [posant en germe] la rupture de l'unité cosmique et la scission d'un ici-bas et d'un au-delà »⁷⁴⁹. Or ce déni, supprimant toute limite, peut amener à la barbarie. De la même manière, si nous continuons notre enquête sur les traces du sacré en chirurgie – sans aller jusqu'à parler de barbarie, quoique –, nous pouvons conclure qu'il y a bien désacralisation de l'homme à travers son corps opéré, mais qu'en même temps cette soi-disant sécularisation de la chirurgie n'est pas aussi simple. Elle est d'abord illusoire puisqu'on retrouve toujours un sous-jacent plus ou moins bien occulté qui laisse sourdre toute la nécessaire dimension sacrée que nous cherchons à mettre en évidence. Mais d'autre part, ce désir d'évacuer tout le côté transcendant de l'acte d'intervenir sur un être humain correspond au désir de supprimer toute limite, c'est-à-dire à la démesure, tel que le dénonce Levinas dans ce qu'il appelle « l'abandon du souci de transcendance »⁷⁵⁰.

Il ne s'agit pas de se « raccrocher » à de vieilles conceptions erronées du monde, propres à rassurer, en refusant d'affronter la réalité de la condition humaine, il s'agit bien au contraire de réagir à cette prétention de domination, sous le seul règne – hautement contestable – de la *seule* raison scientifique, celle de l'entendement, pour en repérer les conséquences délétères. Loin de toute technophobie, il faut bien admettre que l'abandon – *décrété* et non ressenti – de toute transcendance correspond à un réel danger. En dehors de la perte de la possibilité « d'accessibilité au fondement »⁷⁵¹, l'homme, « jeté seul », vit une tension entre ce qu'il peut connaître et ce qu'il ressent « devant cette muette totalité dont son ambition de sens le retranche radicalement »⁷⁵², comme s'il devait dorénavant avoir honte de son ressenti, dans une sorte d'autocensure refoulée et donc de schizophrénie. Dans ce monopole du seul réel scientifique – plus

⁷⁴⁸ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 14.

⁷⁴⁹ *Ibid.*, p. 73-74.

⁷⁵⁰ Emmanuel Levinas, *De l'évasion*, Montpellier, Fata Morgana, 1982.

⁷⁵¹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 101.

⁷⁵² *Ibid.*, p. 103.

exactement scientifique – auquel les hommes croient ainsi devoir adhérer, ils sont en fait ramenés, et surtout ceux qui n'en seraient pas dupes, à une sorte de lâche soumission où « ne voulant pas apparaître comme des traîtres vis-à-vis de leur camp, ils considèrent de leur devoir de favoriser tout ce qui va dans le sens d'un renforcement des pouvoirs de la science »⁷⁵³. Car cette désacralisation du monde, et pour ce qui nous concerne de l'homme et de son corps, semble s'auto-entretenir, frôlant le fantasme, celui d'un monde qui pourrait – enfin ! – devenir humainement parfait :

« Dans le cadre de la compénétration de la sphère visible et de son principe invisible, en effet, la nature était en théorie solidaire de l'homme et en pratique inviolable pour lui. Elle était conçue comme "humaine", vécue anthropomorphiquement en termes de proximité charnelle et de participation spirituelle. [...] La désintrinsication du visible et de l'invisible la rend "inhumaine" en pensée, en l'*inanimant*, si l'on ose dire, en la réduisant à la matérialité brute, et, simultanément elle la fait apparaître comme *intégralement humanisable*, comme de part en part praticable, elle la livre à une appropriation *sans limite* »⁷⁵⁴.

Il nous faut donc considérer d'abord les manifestations de cette désacralisation, puis en rechercher les fondements et enfin en mesurer les conséquences.

Les manifestations de la désacralisation

Retrouver des manifestations qui illustrent un lent processus de désacralisation de la société contemporaine, et de la chirurgie pour ce qui nous concerne, ne signifie aucunement que le sacré a disparu. Si Mircea Eliade observe bien « un processus de dégradation et de dégénérescence dont aucun phénomène religieux n'a jamais réussi à se préserver »⁷⁵⁵, il constate en même temps un appauvrissement de la sécularisation du comportement religieux, comme si la religiosité constituait bien « une structure ultime de la conscience ». Car il y a bien dans la revendication profane une aspiration à un nouveau sacré. Les non-religieux « semblent espérer qu'une prise de conscience du caractère radicalement profane du monde et de l'existence humaine est capable de fonder [...] un nouveau type d'expérience religieuse »⁷⁵⁶. Ce que Marcel Gauchet avait bien repéré, remarquant avec René Girard que l'humanisation est indissociable de l'élément sacré : « L'originalité radicale de l'Occident moderne tient toute à la

⁷⁵³ Anne-Laure Boch, *Médecine technique, médecine tragique*, op. cit., p. 96.

⁷⁵⁴ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p.189. C'est nous qui soulignons.

⁷⁵⁵ Mircea Eliade, *Le profane et le sacré*, op. cit., p. 11.

⁷⁵⁶ *Ibid.*, p. 12.

réincorporation au cœur du lieu et de l'activité des hommes, de l'élément sacré qui les a depuis toujours modelés du dehors »⁷⁵⁷.

Il reste à reconnaître qu'il y a bien chez l'homme occidental un mouvement de sécularisation et de rejet du sacré « depuis des siècles, le religieux se retire du monde occidental d'abord, puis de l'humanité entière »⁷⁵⁸, quand bien même il faille se demander s'il est possible que « l'érosion du sacré dans le monde contemporain conduise à la disparition de toute transcendance ? »⁷⁵⁹. C'est bien ce qu'avait déjà déploré Nietzsche : « deux mille ans déjà et pas un Dieu nouveau ! ». Mais en précisant cependant :

« Dieu est mort ! Dieu reste mort ! Et c'est nous qui l'avons tué. Comment nous consoler, nous les meurtriers des meurtriers ? Ce que le monde avait possédé jusqu'alors de plus sacré et de plus puissant, a perdu son sang sous nos couteaux – qui essuiera ce sang de nos mains ? Quelle eau lustrale pourra jamais nous purifier ? Quelles solennités expiatoires, quels jeux sacrés nous faudra-t-il inventer ? La grandeur de cette action n'est-elle pas trop grande pour nous ? Ne nous faut-il pas devenir nous-mêmes des dieux pour devenir dignes de cette action ? Il n'y eut jamais d'action plus grande ; et quiconque naîtra après nous appartiendra, en vertu de cette action même, à une histoire supérieure à tout ce que fut jamais l'histoire jusqu'alors ! »⁷⁶⁰.

Dans cette sorte de supplique on devine chez Nietzsche une accusation envers l'homme, responsable de son propre malheur, en même temps que l'aveu de la nécessité du sacré, nécessité qui pourrait alors le pousser à se prendre lui-même pour ce Dieu qu'il a tué ! La désacralisation annonce bien la démesure qui libère la barbarie. A moins que puisse advenir un surhomme, ce qui, par définition, semble une chimère si l'on en reste à la conception moderne du sur-homme, ramené à la toute-puissance, alors que pour le philosophe de Sils Maria il s'agissait de dépassement.

La désacralisation du monde correspond en fait à son objectivation. Claude Bruaire assimile ce mouvement de sécularisation de l'humanité à une perte de l'être de l'Esprit : « Il est remarquable en effet que la révocation de l'être de l'Esprit est contemporaine, à l'origine comme en son développement, d'une réduction de l'objet de nos savoirs à la matière du monde »⁷⁶¹. Ainsi l'homme privé de transcendance, transforme le monde pour ne s'intéresser qu'aux phénomènes kantien, jusqu'à :

⁷⁵⁷ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 9.

⁷⁵⁸ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, Paris, Livre de poche, « Biblio – Essais », 2004, p. 11.

⁷⁵⁹ André Dumas, Le sacré, in *Encyclopédia Universalis*, op. cit., p. 459.

⁷⁶⁰ F. Nietzsche, *Le Gai savoir*, aphorisme 125, (L'insensé), trad. P. Klossowski, in *Œuvres complètes*, vol V, Paris, Gallimard, 1982, p. 150.

⁷⁶¹ Claude Bruaire, « L'être de l'esprit », *Approches métaphysiques*, in *L'univers philosophique*, (dir. A. Jacob), op. cit., t. I, p. 34.

« ...métamorphoser notre monde, arraché au prestige des qualités et des symboles, désacralisé et réduit à sa phénoménalité [...]. Dés lors, délestés de manifestations nouménales, les phénomènes mesurables, observables et vérifiables, sont réduits aux apparences privées d'essence, dans leur exclusive dimension d'extériorité »⁷⁶².

Rappelons que, si pour Hegel, l'Esprit se manifeste dans l'art, la religion et la philosophie, nous pouvons constater une disparition du divin dans le premier, du sacré dans la seconde et du sens (comme transcendance) dans la dernière⁷⁶³. Pourtant si « l'abandon du souci de transcendance », qu'évoque aussi Levinas, correspond bien à une objectivation du monde, cette désacralisation marque aussi le règne absolu du sujet, prélude peut-être à la barbarie.

En chirurgie plusieurs indices attestent de cette crise. Les mots, toujours, sont significatifs. D'abord l'apparition et la prégnance d'une « novlangue » qui fait de plus en plus appel à des acronymes, à des diminutifs ou à des termes insipides. Depuis bien longtemps, ça n'est plus Monsieur Durand qu'opère le chirurgien, ni même sa hanche, mais c'est une « PTH⁷⁶⁴ » qui sera inscrite sur le *planning*. Quant à Madame Dupont elle ne va plus au bloc opératoire pour subir une arthroscopie de son genou, mais elle devient une « arthro » aux « ambus » (une arthroscopie aux « ambulatoires » pour désigner le bloc opératoire dédié aux interventions avec hospitalisation d'une seule journée). Le chirurgien par ailleurs, comme l'ensemble des soignants, ne devient qu'un « professionnel de santé »⁷⁶⁵. L'évolution naturelle de la langue n'est pas en cause ici, il s'agit simplement de remarquer les excès qui peuvent s'insinuer, faisant subrepticement disparaître le sens véritable de l'action chirurgicale, traduisant en fait une objectivation de plus en plus organisée qui, pour nous, correspond à une désacralisation. N'oublions pas que Heidegger avait bien montré que le langage est l'abri de l'être, il fait *sens*. Le malade n'est même plus un patient, mais un « usager » qui ne vient plus se faire soigner mais qui utilise un « système de santé », comme il utilise le système de l'électricité par exemple. Nous avons vu l'idolâtrie qui se cache derrière l'exigence d'une santé parfaite. L'exigence du respect de son autonomie, qui est fort louable lorsqu'il s'agit de limiter la

⁷⁶² Claude Bruaire, « L'être de l'esprit », *Approches métaphysiques*, in *L'univers philosophique*, (dir. A. Jacob), *op. cit.*, t. I, p. 34.

⁷⁶³ Jean-François Mattéi, *La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet*, in *Vers la fin de l'homme*, *op. cit.*, p. 207-220.

⁷⁶⁴ Pour « Prothèse Totale de Hanche ». Observons qu'en toute rigueur il faudrait parler « d'arthroplastie de la hanche » mais que, nonobstant la disparition de l'être du malade, l'acronyme supprime encore l'organe à opérer pour le remplacer par l'objet que l'on va implanter.

⁷⁶⁵ Selon les termes de la loi du 04/03/2002, dite loi « Kouchner » relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.

toute-puissance médicale drapée de paternalisme, reste cependant une douce illusion lorsqu'elle voudrait donner au patient l'absolu contrôle de son traitement, faisant fi de l'asymétrie d'information et de la responsabilité morale du soignant. La réflexion de Patočka est très éloquente à ce sujet :

« Le manque d'un infini authentique se manifeste comme une étrange infinitisation de positions humaines, éphémères, investie d'une signification absolue »⁷⁶⁶.

Cela correspond en réalité à une absolutisation de la relation nécessaire entre le soignant et le soigné, considérant les deux comme sujets « absolus », effaçant du même coup entre eux tout rapport intersubjectif d'humanité. Imperceptiblement cette dérive modifie profondément la relation de soin qui, oubliant précisément qu'elle est d'abord relation « humaine », reste enfermée dans une pure notion de soin, soin exclusivement pensé comme *cure* plus que *care*. Le parcours du futur opéré dans les méandres de « l'organisation » d'un établissement de santé – qui n'est plus, ou presque plus, un « hôpital » comme lieu d'accueil – illustre tout à fait cela. C'est dire paradoxalement que la relation n'est plus de sujet à sujet (de l'homme-chirurgien à l'homme-malade) mais beaucoup plus de sujet absolu (le chirurgien-roi) à objet (l'opéré comme pathologie-à-opérer) et plus encore de sujet chirurgien absolu à patient absolu (comme « usager d'un système de santé »). Ce qui explique sans doute les dérives relationnelles, comme *mal-entendus*, qui remplissent les tribunaux de procédures dont plus de 90% n'auraient pas eu lieu si l'on avait mieux communiqué⁷⁶⁷. Ce repli sur sa propre subjectivité se retourne contre le sujet lui-même dans une « subjectivation qui exalte le sujet, signant en même temps son arrêt de mort »⁷⁶⁸.

Les traces paradoxales de l'objectivation excessive du malade, liées à une subjectivation absolue du soignant – lui seul existe comme sujet – se retrouvent lors du processus de décision. Une décision chirurgicale, nous l'avons vu, est nécessairement un acte moral qui concerne un agent – le chirurgien –, responsable d'autrui – son patient –, motivé par l'intuition dont il a conscience qu'il s'agit toujours d'un acte grave dirigé

⁷⁶⁶J. Patočka, *Liberté et sacrifices. Ecrits politiques*, Grenoble, J. Million, 1990, p. 129.

⁷⁶⁷Témoignage du secrétaire du syndicat des assureurs en responsabilité civile professionnelle qui, en tant que tel, se place dans une logique financière plus que philanthropique (IEP-Paris, Master *Gestion et politiques de santé*, 2009). Remarquons à ce sujet que la quasi-totalité des procédures concerne la responsabilité civile et non pénale du chirurgien. Comme si le patient ne souhaitait pas tant *punir* son chirurgien qu'être *reconnu*, lui, comme ayant subi un préjudice. Ne peut-on pas considérer alors que l'amélioration de la relation soignant-soigné devrait se replacer dans le domaine de la *reconnaissance* et non dans le strict domaine financier ?

⁷⁶⁸M. Horkheimer, *Eclipse de la raison*, Paris, Payot, 1974, p. 26.

sur une personne humaine. C'est là, pour nous, tout ce qui en révèle le caractère « sacré ». Aristote met d'ailleurs la décision au-dessus même de l'action :

« Celle-ci [la décision] semble-t-il est en effet une chose très intimement liée à la vertu et c'est elle qui permet de juger des traits du caractère, mieux que ne le peuvent les actions »⁷⁶⁹.

Cela s'applique parfaitement à la chirurgie où l'acte chirurgical lui-même n'a de valeur que s'il est décidé. Quel est l'interne en chirurgie qui, durant son apprentissage de la technique chirurgicale pure n'a pas ressenti cela ? Lorsque son aîné dans la spécialité le charge de réaliser lui-même une intervention chirurgicale, quand bien même l'émotion et la fierté de pouvoir faire enfin seul une véritable opération serait grande, il n'en demeure pas moins comme une impression d'inachevé, d'incomplet, de ne l'avoir pas décidée soi-même. C'est bien souligner qu'on ne saurait se contenter de *faire* un acte⁷⁷⁰ (même si cette étape est tout à fait nécessaire durant l'apprentissage). La tendance actuelle semble pourtant aller dans ce sens qui voudrait réduire la chirurgie – et la médecine en général – à une spécialité d'exécutants. C'est bien un signe de désacralisation : nous ne sommes plus vraiment dans le domaine sacré d'une intervention qui touche à l'être même du patient, mais dans une simple procédure, dans le pur faire, détaché de toute transcendance. Nous observons cette volonté de *mécaniser* en quelque sorte la décision qui aboutit en médecine à des absurdités comme l'E.B.M.⁷⁷¹

Et cela dépasse le domaine de la santé, comme si l'homme actuel, sous le prétexte aveugle de disposer d'une plus grande liberté, en réalité ne faisait que s'en priver de plus en plus. Lorsqu'elle s'empare des corps la désacralisation correspond alors :

« Ni simple libération, ni transgression luciférienne, ni hédonisme ordinaire – le sérieux d'un devoir et la contrainte d'un labeur. Le refus de s'accommoder de ce qui vous échoit en partage en fait de force, de sexe ou de visage, le souci d'en dominer les arcanes et les fonctions, et l'effort pour en maximiser les puissances et les ressources. [...] Beauté, performances ou jouissances, une mobilisation pour épouser plus adéquatement et plus intensément cette chose par excellence reçue qu'est sa propre chair »⁷⁷².

⁷⁶⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, III, 1111, b-5.

⁷⁷⁰ Durant les guerres napoléoniennes où les blessures nécessitaient des actes chirurgicaux fréquents et nombreux, il fut créé un corps d'officiers de santé : en réalité de simples *exécutants*, certes expérimentés mais qui n'avaient pratiquement aucun pouvoir décisionnel.

⁷⁷¹ *Evidence Based Medicine* : « détermine les conditions d'efficacité maximale d'une prise en charge en soumettant la décision à une démarche épistémologique articulée autour d'un protocole prédéfini. Il s'agit là en effet d'une procédure intellectuelle qui répond à un souci rationnel de rigueur scientifique. ». Pierre Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*, op. cit., p. 13.

⁷⁷² Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 192.

La chirurgie orthopédique n'est pas une chirurgie dite « esthétique ». Pourtant, puisque nous avons vu qu'elle était fonctionnelle, elle n'a pas toujours un caractère de nécessité absolue. Et dans ce contexte la demande glisse de plus en plus vers celle d'un refus de toute limitation ou gêne articulaire – seraient-elles minimales ou atténuables par la prise d'un traitement médical. Puisqu'il devient intolérable de ressentir la moindre douleur ou de ne pas profiter complètement de toutes ses amplitudes articulaires, et puisqu'il *va de soi* que la technique et la science au service de la chirurgie ont pour mission première de remédier à cet état, et puisqu'enfin mon corps m'appartient et que *j'ai le droit* de requérir le chirurgien comme technicien-réparateur, voire *améliorateur*, d'autant qu'il n'interviendra que sur mon corps qui n'est *pas moi*, alors plus aucune contrainte ne saurait limiter ma demande. Demande dont le trait ici est à peine forcé.

Alors ne faut-il pas se demander pourquoi on observe cette tendance à une telle désacralisation ? Ce qui revient à en rechercher les fondements.

A la recherche des fondements de la désacralisation

Pour Levinas, c'est le primat de l'ontologie qui fixe l'homme à lui-même, ne lui offrant comme horizon que sa propre impuissance. De nombreux autres auteurs ont également creusé la question. Heidegger considère que « dans un monde où tout dépend ultimement de l'homme, le divin n'a plus lieu d'être ou n'apparaît que pour répondre à un besoin humain [...], idole fabriquée par l'homme, dépourvue de toute hauteur divine »⁷⁷³, alors, que « penser l'homme, c'est penser la détresse de la divinité des dieux, penser un dieu qui soit encore divin »⁷⁷⁴. Marcel Gauchet, lorsqu'il considère le christianisme comme religion de sortie de la religion, relie la désacralisation de l'homme occidental contemporain à l'influence du message chrétien qui va dépouiller le monde de Dieu. L'homme va ainsi se trouver seul, réduisant ce qu'il est à sa pure élanité, « souverain de lui-même », certes, mais par la liberté qu'il serait tentant de considérer comme une auto-production humaine, niant qu'elle lui serait donnée et qu'il a la responsabilité d'en faire bon usage. Ce qui fait dire à Jean-François Mattéi, résistant à Marcel Gauchet, que c'est le tournant subjectiviste de la Modernité, porté certes par le

⁷⁷³ Jean Grondin, Pourquoi réveiller la question de l'être ?, in J.-F. Mattéi (coord.) *Heidegger, l'énigme de l'être*, op. cit., p. 67.

⁷⁷⁴ Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Question IV et V*, op. cit.

christianisme, qui a creusé une véritable coupure entre l'homme et Dieu, allant jusqu'à une « auto-destruction du sujet » libérant la barbarie « intérieure ». Ce qui peut correspondre à « une déshumanisation totale de l'homme contemporain »⁷⁷⁵.

Mais n'est-ce pas dans le berceau grec de la rationalité philosophique qu'il conviendrait de chercher les premiers fondements de la désacralisation ?

Voyons donc tout cela.

L'influence grecque

Il semble qu'en deçà même des présocratiques, dont s'inspirera Heidegger, on note déjà une tendance à s'éloigner du religieux et du sacré : « De Parménide à Russel, la devise reste : Unité. Ce que l'on continue à exiger, c'est la destruction des dieux et des qualités »⁷⁷⁶.

Il nous faut ici commenter à nouveau la théorie de René Girard qui éclaire profondément les traces de l'influence de la pensée grecque sur le processus de désacralisation. Car le sacré chez les Grecs reste intimement lié à la violence. Chez Homère la violence désigne souvent la « démesure des phénomènes naturels ou l'excès de certaines forces »⁷⁷⁷ : démesure ou excès qui ont à voir avec une certaine transgression, donc au sacré. Empédocle évoque une violence originaire :

« ...Mais c'était pour la Terre
Le temps de la violence »⁷⁷⁸.

C'est ce lien qui, par un mécanisme de retour sur lui-même, va progressivement pousser les hommes à se détacher du sacré mais en conservant, hélas, la violence. Rappelons que la théorie girardienne donne comme origine à la violence entre les hommes la rivalité mimétique et qu'elle explique que la résolution de cette violence ne peut passer que par le sacrifice rituel. D'où la nécessité chez l'homme, du sacré – donc de la religion. Or, chez Platon comme chez tous ses successeurs, Aristote le premier, la problématique de l'imitation occulte les comportements d'appropriation, c'est-à-dire qu'elle est « amputée d'une dimension essentielle, la dimension acquisitive »⁷⁷⁹. C'est pourtant la répression de la mimésis d'appropriation, nous l'avons vu, qui est à l'origine du sacré, donc de l'interdit. Ce qu'atteste le rapport fondamental entre la violence –

⁷⁷⁵ Jean-François Mattéi, *La barbarie intérieure, Essai sur l'im-monde moderne*, op. cit., p. 13.

⁷⁷⁶ M. Horkheimer, Th. Adorno, *La dialectique de la Raison, Fragments philosophiques*, Paris, Gallimard, « Tel », 1983, p. 25.

⁷⁷⁷ Hélène Frappat, *La violence*, op. cit., p. 16.

⁷⁷⁸ Empédocle, *Poèmes*, in *Les présocratiques*, Paris, La Pléiade, 1998, p. 437.

⁷⁷⁹ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, op. cit., p. 18.

attachée à la rivalité mimétique – et le sacré. Cette mimésis d'appropriation correspond d'ailleurs pour les psychanalystes au désir, et ils reconnaissent que la répression du désir est « le phénomène humain par excellence ». Il y aurait au contraire chez Platon une « terreur de la mimésis » que Girard assimile à un oubli du religieux. C'est admettre alors que cet oubli, qui dure depuis bientôt trois millénaires, a nécessairement contribué à soutenir « l'absurdité et la gratuité du religieux » chez l'homme. Pourtant « il n'y a que le religieux, et c'est le religieux qu'il faut comprendre pour comprendre la philosophie »⁷⁸⁰. En quelque sorte cela voudrait dire que négliger la mimésis d'appropriation (la rivalité pour un même objet, à l'origine de tous les interdits, donc du sacré) reviendrait à nier l'organisation religieuse qui est à l'origine de toute la culture humaine. Et ce rejet implique, de fait, que rien ne saurait être interdit, ce qui, dans le domaine de la chirurgie, permet d'accéder à de redoutables régions, nous allons le voir.

Mais l'auteur *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, va encore plus loin et soulève le problème du *logos*, c'est-à-dire de la pensée. Il convoque alors Heidegger. Dans son interprétation de la pensée grecque (à travers le *logos* d'Héraclite) et de la pensée chrétienne (le *logos* johannique), Heidegger, selon René Girard, a bien senti que ces deux *logos* ne faisaient pas qu'un mais il ne serait pas allé au bout de son intuition. Pourtant les Grecs ne sont pas des théologiens qui s'ignorent, ni les chrétiens des imitateurs grossiers d'une philosophie antérieure. Il y a en effet une différence fondamentale : l'un est partie liée avec la violence, l'autre avec l'amour. Or Heidegger découvre bien qu'au-delà de sa stricte signification – rassembler, recueillir ensemble – le *logos* grec rassemble « des entités opposées, *non sans violence* »⁷⁸¹, c'est-à-dire qu'il a rapport avec la violence sacrificielle. Dans l'*Odyssée*, Homère ne nous présente-t-il pas Ulysse, après le massacre des prétendants, dans une scène pleine de violence et de sang ?

« Il était tout souillé de poussière et de sang. On eût dit un lion qui vient de dévorer quelques bœufs à l'enclos : son poitrail et ses deux bajoues ensanglantées en font une épouvante. Des pieds au haut des bras, c'est ainsi que le corps d'Ulysse était souillé »⁷⁸².

Mais dans le débat qu'il ouvre avec Heidegger, Girard lui conteste l'assimilation de la pensée johannique, même distinguée de la pensée grecque, à une violence du type maître-esclave. Le Dieu du Décalogue, le maître, ordonnerait à son serviteur soumis, l'esclave. Abraham s'apprête en effet à sacrifier son fils sur l'ordre de Dieu. Mais cette

⁷⁸⁰ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, op. cit., p. 27.

⁷⁸¹ *Ibid.*, p. 357. C'est nous qui soulignons.

⁷⁸² Homère, *Odyssée*, trad. V. Bérard, Chant XXII, v. 401-406.

violence n'a pourtant pas lieu : c'est dire que le *logos* chrétien se sépare du sacré violent pour dénoncer le mécanisme du bouc émissaire. Comme s'il fallait arrêter de diviniser la violence. Le philosophe de Fribourg reste cohérent lorsqu'il dénonce l'absence d'autre pensée que grecque dans le monde occidental « débarrassant la pensée occidentale de tous les résidus pseudo-chrétiens qui l'encombraient encore »⁷⁸³. Il occulte pourtant complètement le renversement qu'apporte la pensée chrétienne. Celle-ci introduit, en même temps que la notion de personne, celle de l'amour comme seul rempart contre la violence. Alors que chez les Grecs, dès le début, il y a antagonisme entre l'amour et la haine, haine comprise comme la violence, « principe séparateur et organisateur »⁷⁸⁴, qui va, hélas, l'emporter.

« Tantôt de par l'Amour ensemble [les éléments] constituent
Une unique ordonnance, tantôt chacun d'entre eux
Se trouve séparé par la Haine ennemie »⁷⁸⁵.

C'est en cela qu'il faut en effet reconnaître et dénoncer la prégnance de la pensée grecque sur notre monde occidental, qui ne parvient pas à se séparer de la violence sacrificielle, malgré le vrai message chrétien. Pour René Girard, chez Heidegger « derrière la méditation sur l'être, c'est toujours en dernière analyse, du sacré qu'il s'agit »⁷⁸⁶ :

« Interrogez l'être ! Et dans son silence, entendu comme lieu de naissance de la Parole, répond le dieu. Vous avez beau ratisser tout l'étant, nulle part ne se montre la trace du dieu »⁷⁸⁷.

La sacralité de l'être est bien cachée par le vide de l'étant, et celui-ci, *sans trace du dieu*, ne peut que créer des idoles. Pourtant, chez Platon, comme chez Aristote, « l'âme dans son rapport à elle-même découvre l'éternité »⁷⁸⁸. Or cette âme va être ramenée au seul sujet qui, livré à lui-même, abandonné, devenant la seule certitude qui puisse fonder l'existence, va remplir ce vide.

Le tournant subjectiviste de la Modernité

A partir du II^e siècle, l'influence du christianisme est patente et nous avons vu qu'il va dépouiller le monde des dieux, laissant en effet l'homme seul, dans son

⁷⁸³ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, op. cit., p. 366.

⁷⁸⁴ Hélène Frappat, *La violence*, op. cit., p. 16.

⁷⁸⁵ Empédocle, *Poèmes*, op. cit., p. 380.

⁷⁸⁶ René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, op. cit., p. 359.

⁷⁸⁷ Heidegger, *Œuvres Complètes*, t. 66, 353. Cité par Jean Grondin, Pourquoi réveiller la question de l'être ?, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, op. cit., p. 68.

⁷⁸⁸ J. Patočka, *Platon et l'Europe*, trad. E. Abrams, Lagrasse, Verdier, 1983, p. 135.

intérieurité. « C'est un sanctuaire d'une ampleur infinie. Qui en a touché le fond ? »⁷⁸⁹, s'interroge Augustin. C'est le désenchantement du monde qui est avènement de la subjectivité. Or celle-ci va identifier le sujet à la substance, l'éloignant de Dieu. Si la substance (ce qui subsiste malgré tous les accidents) correspond bien à l'essence (*ousia*) c'est-à-dire ce qui fait qu'une chose (ou un être) est ce qu'elle est et continue de l'être, c'est le substrat (*hupokeiménon*), ce qui se tient dessous, qui en est le suppôt. Or la traduction latine de Cicéron (*subjectum*), sujet, a définitivement confondu la substance, l'essence, avec le substrat. Et la Modernité, Descartes en tête, va radicalement séparer le sujet de la substance. Ainsi le *cogito* devient une expérience spirituelle qui vise immédiatement l'être et non les manières d'être. De fait l'être subjectif, le sujet déterminé, l'existant propre, va devenir seul l'essence, nous dirions l'être, scellant définitivement la confusion entre l'être et l'étant. Le sujet, celui qui doute « est radicalement désancré au regard de tous les repères spatio-temporels du corps propre »⁷⁹⁰, il est « métaphysique » : il *est* absolument.

La conséquence en chirurgie nous l'avons vu, consiste alors à ne plus considérer le sujet à opérer comme un être-en-soi, comme une essence à la manière heideggérienne, « cet étant particulier pour lequel il est dans son être question de cet être qu'il est »⁷⁹¹, mais bien comme un « simple » sujet. « Le sujet est pensé dans la plénitude de son être comme substantiel » écrit Mattéi⁷⁹². C'est dire en définitive, avec Descartes, que le sujet est la seule réalité comme une identité de la conscience à elle-même : *je = je*.

« L'instance du sujet à se poser comme autonome, à part du monde substantiel et par conséquent de l'universel, le réduit à la figure sans couleur d'un moi vide ou d'un entendement stérile qui dissocie toutes choses »⁷⁹³.

Cela consiste « à ruiner l'unité essentielle entre l'homme et la nature »⁷⁹⁴. L'homme va tirer son identité de son seul entendement, dissociant le monde et lui, l'homme et Dieu, voire l'homme lui-même. C'est « l'homme intérieur » dont parle Jean-François Mattéi. Il n'est plus « le *sub-sistant* (qui intègre en lui la substance du

⁷⁸⁹ Augustin, *Confessions*, Livre X, 8.

⁷⁹⁰ Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, « Points », 1996, p. 15.

⁷⁹¹ Pierre Aubenque, Les dérives et la garde de l'être, in J.-F. Mattéi (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, op. cit., p. 24.

⁷⁹² J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, op. cit., p. 104.

⁷⁹³ *Ibid.*, p. 107.

⁷⁹⁴ F. Schiller, *Lettres sur l'éducation esthétique de l'homme*, 1795, Lettre XVIII.

monde et la personne de Dieu) il est *l'in-sistant*, celui qui va se poser en lui-même »⁷⁹⁵. La nature, désacralisée, est à son entière disposition pour qu'il en devienne « ...comme maître et possesseur ». On observe cela par exemple, autant dans la rectitude et l'ordre du jardin à la française, que dans le faux négligé de celui à l'anglaise qui « force la nature à paraître nature et non œuvre d'art »⁷⁹⁶. Nous avons analysé cette approche maîtrisante et mécaniste à propos du corps et nous avons vu quelles pouvaient en être les conséquences en chirurgie.

Mais en outre si, avec la Modernité, la désacralisation de la nature parvient bien à son apogée, c'est l'homme lui-même, c'est-à-dire le sujet, l'individuel, qui devient un absolu : « Dieu et Roi à la fois, prenant de ses mains la couronne pour la poser sur sa tête... »⁷⁹⁷. Et ce sujet-roi ne pourra plus compter que sur sa raison. Mais non pas la Raison hégélienne, mais son seul entendement, la pure raison instrumentale, qui va alors devenir l'objet d'un culte frénétique avec les Lumières du XVIII^e siècle.

C'est bien ce que nous pouvons remarquer lorsqu'une intervention chirurgicale, désacralisée de cette manière, ne concerne alors plus qu'un chirurgien « sujet-Dieu » qui, ne se référant qu'à lui-même et à sa science chirurgicale, se considèrera comme « maître et possesseur » du corps qu'il opère, sans jamais envisager, ni qu'il effectue un geste qui en quelque sorte le dépasse lui-même, ni qu'il n'agit pas seulement sur un corps. Qu'on ne voie dans cette remarque aucun lyrisme, ni aucune position technophobe ou anti-scientifique qui critiquerait tout le savoir ou l'efficacité du chirurgien, mais bien plutôt un appel à une saine humilité, devant toute la transcendance qui se dévoile nécessairement durant une intervention chirurgicale. L'humilité est plus que la modestie. Celle-là ne se décrète pas, quand on calcule les bénéfices de celle-ci. L'humilité pour un chirurgien, c'est d'être authentiquement conscient du mystère et de la responsabilité morale que lui renvoie son opéré, la modestie, de concéder simplement qu'il n'est pas Dieu..., mais qu'il pourrait l'être.

Ainsi maintenant que nous avons établi que la désacralisation, même illusoire, était manifeste et qu'elle puisait ses racines autant dans l'Antiquité grecque que dans la Modernité des XV^e et XVI^e siècles, nous pouvons tâcher d'en repérer les conséquences.

⁷⁹⁵ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, op. cit., p. 116. C'est nous qui soulignons.

⁷⁹⁶ *Ibid.*, p. 7.

⁷⁹⁷ *Ibid.*, p. 4.

Les conséquences de la désacralisation

« Toute la question est de savoir si cette mort de Dieu et cette récusation de la transcendance laissent intact le visage de l'homme et si l'humanisme a encore un sens lorsque le divin s'est retiré de l'humain auquel il était lié »⁷⁹⁸.

C'est bien dire que les conséquences de la désacralisation nous semblent majeures en général, comme pour ce qui est de la chirurgie en particulier. Nous pouvons en repérer au moins trois : l'idolâtrie, la désymbolisation, et la démesure qui peut se confondre avec la barbarie.

Marcel Gauchet caractérise l'individualisme comme : « ...une dépendance envers l'ensemble et une dette envers l'autre se défaisant de concert »⁷⁹⁹. Il n'y plus de responsabilité envers l'autre dont je n'ai plus à tenir compte. En tant qu'individu « absolu » je suis absolument autonome. En tant qu'absolu-chirurgien, je suis chirurgien et peu m'importe ce *que* j'opère et *pourquoi* je l'opère, il me suffit de bien le faire, indépendamment de toute finalité, hormis peut-être celle qui puisse continuer de nourrir mon autonomie, comprise alors comme *mon* individualité c'est-à-dire mon *égo*-ïsme. Cela correspond à une perte du sens et par conséquent à une illusion de toute-puissance. Prenant l'exemple du Baron de Münchhausen qui se sort des sables mouvants en se tirant lui-même par les cheveux, Mattéi parle « d'hommes creux », le sujet moderne désacralisé et désacralisant devenant « étranger à tout ce qui n'est pas soi », ne fondant son être que sur lui-même. On parle trivialement en chirurgie de mégalomanie.

Tâchons alors d'analyser la première conséquence, patente en chirurgie, que semble entraîner pour nous la désacralisation de notre société : l'idolâtrie.

L'idolâtrie

On devine que la longue influence grecque, telle qu'elle est interprétée plus haut, accentuée par l'avènement du sujet-roi, amène à l'idolâtrie. Idolâtrie du corps qu'on ordonne au chirurgien de façonner en fonction de désirs incontrôlés. Idolâtrie qui est le contraire de la sacralité pensée en termes de transcendance, et qui correspond au contraire au sacré lié à la violence : il y a du sacrificiel en effet dans l'excès chirurgical. Ouvrir le corps, en faire couler le sang, pour d'autres motifs que le soin ou la santé,

⁷⁹⁸ J.-F. Mattéi, La mort du divin, la fin de l'homme et l'avènement du sujet, in *Vers la fin de l'homme*, op. cit., p. 207.

⁷⁹⁹ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 53.

c'est en quelque sorte « sacrifier » ce corps, et l'être qu'il est, à une idole, qu'elle soit la Beauté, le Sexe, la Jeunesse ou bien d'autres. La journaliste Sophie Rousseau parle ainsi, à propos des vedettes boulimiques de chirurgie esthétique, de « sacrifiées sur l'autel de la chirurgie plastique »⁸⁰⁰. Et David Le Breton a bien montré que certaines mutilations, comme le *percing*, avaient beaucoup à voir aussi avec le sacrifice rituel⁸⁰¹.

A propos du risque d'idolâtrie, il nous faut ici évoquer les questions que ne manque pas de poser la chirurgie lorsqu'elle est dite *réparatrice* ou *plastique*. La première « tente de reconstruire une partie du corps détruite » tandis que la seconde cherche à « améliorer la beauté du visage et de la silhouette »⁸⁰². Il est tout de même intéressant de remarquer que les chirurgiens de cette spécialité rechignent à utiliser l'épithète *esthétique* lui préférant celui de plastique. Comme s'il y avait – et il y a bien sûr – une certaine gêne à parler d'esthétique et comme si le terme de plastique (transformation) convenait mieux, alors que, d'évidence, il s'agit bien de pure esthétique. Henry Delmar, dans son désir de justifier à tout prix le caractère moral de cette chirurgie, note avec raison que « l'accent ne doit pas être mis sur l'adjectif *esthétique* qui prête à malentendu [...], mais sur le substantif *chirurgie* »⁸⁰³. C'est bien reconnaître que, serait-elle futile, cette action reste de la chirurgie. Et là réside le véritable problème qu'elle peut soulever et dont les débats et les tentatives de justifications à son égard en sont la preuve. Il y a bien une « inquiétude ontologique devant la toute-puissance du chirurgien »⁸⁰⁴ qui, disposant du pouvoir de transformer notre corps, pourrait changer notre être. Mais est-ce totalement faux et cette inquiétude ne traduit-elle pas une intuition beaucoup plus profonde : celle du refus – refoulé sans doute – de notre condition humaine ? Notre chirurgien plasticien ne craint pas de rajouter d'ailleurs que cette chirurgie « sauve le corps de la mort [...]. Le corps humain est un *artifice*, sinon un *artefact*, et la chirurgie plastique s'inscrit logiquement dans cette longue chaîne des apparences qui est la condition de la culture »⁸⁰⁵. C'est dire là qu'il n'y aurait plus rien de naturel en l'homme et qu'il ne serait que le *pro-duit*, l'aboutissement, de ses contingences sociales. Dans une interprétation bien contestable de Kant, Delmar écrit que « c'est à cette dignité humaine perdue que la chirurgie

⁸⁰⁰ Sophie Rousseau, « Arrêtez le massacre », *Marianne*, 18-24 juillet 2009.

⁸⁰¹ David Le Breton, *La peau et la trace*, *op. cit.*

⁸⁰² Henry Delmar, J.-F. Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique, une chirurgie nommée désirs*, *op. cit.*, p. 26.

⁸⁰³ *Ibid.*, p. 41.

⁸⁰⁴ *Ibid.*, p. 42.

⁸⁰⁵ *Ibid.*, p. 77. C'est nous qui soulignons.

esthétique doit se confronter dans chacun de ses actes pour pouvoir à son tour, la rétablir »⁸⁰⁶. Kant pourtant, affirmait de cette dignité humaine inviolable, qu'elle était « en dehors de tout prix » c'est-à-dire consubstantielle à tout homme, spécificité ontologique, et donc qu'aucune personne humaine, quelle que soit son apparence physique, mentale ou sociale, ne saurait en être – même transitoirement – privée. Invoquer une impossible perte de la dignité humaine est donc un très mauvais argument pour défendre la chirurgie plastique. C'est insister sur son côté purement esthétique, plus que sur sa dimension réparatrice et c'est bien créer des idoles : idoles de Beauté, de Jeunesse, idole du Corps en définitive qui n'est plus qu'objet, vide de toute substance⁸⁰⁷.

Le long et fastidieux débat entre le naturel et le culturel serait ainsi récupéré par la chirurgie esthétique pour « s'auto-justifier ». C'est pourtant, comme le remarque Heidegger, ne considérer que l'étant et oublier définitivement l'être qu'il cache – qu'il *cèle*. Si ce qui est dissimulé ne peut plus être pensé, n'est-ce pas parler alors de désymbolisation ?

La désymbolisation

Si l'on admet que le symbole assure la cohérence générale et l'équilibre de tous les éléments de la nature et de la culture, force est de constater que l'Occident, depuis le monothéisme, renforcé par le culte de la Raison au siècle des Lumières, s'est dégagé progressivement de « ces préalables catégoriques d'ordre sacré ». Désenchantant le monde, il s'est séparé de la symbolique.

Dans toutes les cultures, chez tous les hommes, le mal est décrit comme séparation, le bien comme union. Les cosmogonies disent étonnamment la même chose à quelques petites variations de formes. Depuis le chaos originel – le tohu-bohu –, si c'est bien la distinction qui engendre les êtres, c'est la séparation qui engendre le mal⁸⁰⁸. Ce qui *n'est pas* encore, c'est ce qui n'est pas nommé ou distingué. Or il ne peut y avoir d'*être* que différencié, nommé. Le nom distingue et engendre symboliquement l'être différencié (*sumbolos* : réunion). Le mal au contraire est *dia-bolos* (séparation). Dans

⁸⁰⁶ Henry Delmar, J.-F. Mattéi, *Philosophie de la chirurgie esthétique, une chirurgie nommée désirs*, op. cit., p. 231.

⁸⁰⁷ Nous ne critiquons pas l'utilité et le caractère *réparateur* d'une chirurgie plastique qui reste tout à fait justifiée (réparation des séquelles traumatiques ou d'exérèses chirurgicales, réparation de « ratées » de la nature comme les fentes labiales, voire réparation des délabrements excessifs de l'âge ou de l'obésité), mais nous contestons son caractère *esthétique* qui n'est soumis qu'à un désir jamais assouvi et qui reste tributaire de modes passagères.

⁸⁰⁸ Cf. Chantal Delsol, *Qu'est-ce que l'homme ?*, op. cit., p. 78-88.

l'ordre de l'être, le mal est un combat contre les différences : l'*in-différence* signe le retour au chaos ; comme la *né-gligence* (l'oubli des liens). On observe bien cela dans la vie. Le nom, en même temps qu'il nomme, donc qu'il distingue, engendre aussi la différenciation (le semblable n'est pas le même). N'y a-t-il pas une certaine forme de mal ainsi à supprimer le nom des opérés, pour les rendre indifférenciés, réduits à leur simple pathologie, comme nous l'avons vu ? La barbarie l'a compris et l'a radicalisé, qui supprime les noms (les déportés n'étaient plus que des numéros) ou les mélange pour semer confusion et *dé-différenciation* (attribuer des noms d'insectes aux opposants des régimes totalitaires par exemple). Cette antinomie essentielle qui rend proches le bien et le mal – comme si le bien n'était possible que parce qu'il y a du mal comme le dit Leibniz – se retrouve dans tous les mythes de l'humanité et jusque dans de nombreux mots. *Daimon* signifie en grec à la fois dieu (celui qui distingue pour engendrer l'être) ou démon (celui qui coupe le lien). Le mal est alors en même temps l'impossibilité de symboliser la différence et celle de créer des liens entre des différents pourtant semblables.

On peut, avec Monette Vacquin, considérer que la dé-symbolisation est ainsi « ouverture au chaos ». Or le chaos correspond au désordre, ce qui voudrait dire que le désordre tend à supprimer toute ordonnance symbolique.

« C'est seulement en *exagérant la différence* entre intérieur et extérieur, dessus et dessous, mâle et femelle, avec et contre, que l'on crée un *semblant d'ordre* »⁸⁰⁹.

Comme le remarque encore Girard : « L'origine de la connaissance est aussi celle de l'ordre, c'est-à-dire de la classification symbolique »⁸¹⁰. Nous avons repéré précédemment l'importance de la symbolique en chirurgie, qui manifeste les traces du sacré. Nous pouvons donc dire, à l'inverse, que la désymbolisation qui correspond à la désacralisation crée du désordre, lui-même source de violence. Et cela s'observe tout à fait. Dans le langage d'abord, dans la hiérarchie encore, et dans la prégnance de l'appareil techno-scientifique toujours.

L'opéré sans nom

Nous avons évoqué plus haut la novlangue des acronymes bien souvent en usage au bloc opératoire. Monsieur Dupont n'existe plus, seule sa hanche devient l'objet de l'attention du chirurgien. Entre confrères les débats sont de plus en plus techniques,

⁸⁰⁹ Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou* (1977), *op.cit.*, p. 26.

⁸¹⁰ René Girard, *Les origines de la culture*, *op. cit.*, p. 49.

centrés sur les qualités tribologiques des implants qui se dispensent de la présence de tout patient en chair et en os : « la céramique que j'ai mise en place était parfaite » ou « pour ce cal vicieux dont nous avons parlé, j'ai réalisé une ostéotomie ». Lors des congrès, rarement sont posées les vraies questions, concernant l'*existence* des opérés. Il s'agit beaucoup plus, par exemple, de discuter des possibilités de réaliser des arthroplasties de hanche chez des patients de plus en plus jeunes, afin qu'ils puissent reprendre de plus en plus facilement toutes les activités qu'ils *désireraient*, sans vraiment se poser la question, pourtant fondamentale, du pourquoi. Cette habitude souligne en outre la désymbolisation qui touche l'être de l'opéré : lui retirer son nom pour le réduire à un cas ou une technique chirurgicale, c'est lui retirer son humanité pour faire disparaître toute trace de transcendance et se rassurer de n'intervenir alors que sur un objet. La dérive est subtile et bien sûr inconsciente le plus souvent, sans aucune volonté de malveillance, mais elle est pourtant patente. Elle rentre dans le cadre de ce que l'on nomme la « maltraitance ordinaire » qui correspond à une certaine forme – certaine car il ne faudrait pas tomber dans un excès inverse – de banalisation du mal. Il est hors de question bien entendu de considérer que la chirurgie serait un mal ou que les progrès dans la qualité et la mise en place des prothèses seraient contestables. Le danger est d'oublier progressivement que tout cela s'adresse à un monsieur Dupont en particulier et qu'il n'est pas une abstraction. Oublier ce monsieur Dupont pour ne raisonner que sur une hanche, c'est imperceptiblement, nous allons y venir, ouvrir la porte de l'extra-chirurgicalité.

La perte de toute hiérarchie

La hiérarchie (de *hiéros* : sacré et *arkhè* : principe) comporte indéniablement une dimension « sacrée » comme principe de ce qui est « au-dessus », transcendant. Sa désymbolisation n'est donc pas sans danger. Il n'est pas ici question de plaider pour une hiérarchie figée où le chirurgien serait « le seul maître à bord », le patient comme le reste des membres de l'équipe chirurgicale, voire l'administration hospitalière, n'ayant jamais rien à dire. Mais à l'excès, la disparition progressive de toute différence symbolique entre celui qui intervient et ceux qui organisent cette intervention peut insidieusement amener à ce que l'on nomme pudiquement une « dilution des responsabilités » mais qui correspond en fait à une perte de toute responsabilité. Jusque dans la relation avec son opéré, le chirurgien doit apparaître comme le garant d'un ordre hiérarchique. Il doit rester symboliquement le chirurgien, faute de laisser prendre sa

« place » par le malade, sous le prétexte mal compris de respecter l'autonomie de celui-ci. Il y a risque en effet que le désir du patient prenne le dessus sur la conscience morale du chirurgien. Car si le chirurgien n'a plus aucune place symbolique et s'il est réduit au simple rôle « d'exécutant », alors il y a fort à parier qu'il deviendra un pur technicien de la chirurgie, voire un technicien du seul acte auquel il sera dédié. Il sera « dés-intéressé » complètement, et de cet acte, et de son patient, et, n'ayant alors plus aucun repère symbolique, il pourra laisser libre cours autant à la toute-puissance et à son corollaire la démesure, qu'au contraire à la médiocrité. Dans les deux cas le patient ne sera plus pris en charge.

C'est que le désordre est symbole tout à la fois de danger et de pouvoir. René Girard, fidèle à sa théorie, va encore plus loin et écrit que la désymbolisation hiérarchique est source de violence : « ...la rupture de tout *dharma*, de toute hiérarchie et de toute segmentation sociale rigide fondée sur des présupposés religieux ou sacrés, fait replonger l'homme dans la fluidité mimétique et des oscillations du désir et de la haine »⁸¹¹. Or il est incontestable qu'il existe une volonté de toute l'organisation du « Système de santé », qui, consciemment ou non, cherche à réduire le chirurgien, comme l'ensemble des soignants, à de simples exécutants. Là encore, la prudence s'impose et il n'est pas de notre propos de vouloir replacer tout intervenant sur un piédestal illégitime. Nous insistons simplement pour rappeler qu'une intervention chirurgicale – avec toute la transcendance qu'elle dégage – ne peut et ne doit être réalisée que par un chirurgien qui fasse de la chirurgie. Un technicien du bistouri ne saurait opérer, au sens où nous l'entendons.

Cette réflexion d'ailleurs peut aussi s'appliquer au patient. Vouloir le considérer banalement comme un « usager » de ce Système de santé, correspond de la même manière à le dé-symboliser. Il n'est plus patient, mais client et ça n'est plus son être-même qui est alors concerné par l'intervention, mais son simple corps-objet. D'autant que considérer le patient comme un client, c'est être dans l'illusion qu'une prétendue santé serait un bien marchand ordinaire que l'on pourrait acheter et n'en tolérer aucun défaut ni approximation. Ce qu'affirme le slogan : « le client est roi ». Or, nous l'avons vu, les rapports commerciaux habituels ne peuvent s'appliquer dans le domaine de la santé. De ce fait le patient n'est pas un client, donc ne saurait être le roi. Ce qui revient à dire qu'en matière de soin, la fermeté ne doit pas être considérée comme de la

⁸¹¹ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p. 21.

maltraitance, mais qu'au contraire elle fait partie de la responsabilité morale de tout soignant.

Elle souligne les limites à l'autonomie du patient, cette autonomie qui impose bien sûr le respect kantien dû à toute personne humaine, mais qui ne saurait être dévoyée au point de laisser le malade décider seul et de tout, absolument.

La désymbolisation comme facteur d'accroissement de la techno-science

Ce qu'il nous faut encore remarquer, à propos des dangers de la désymbolisation, c'est qu'elle semble laisser le champ libre à la prégnance de l'appareil techno-scientifique.

« L'homme s'est soustrait à la responsabilité en la qualifiant d'illusion de la subjectivité, et à tout cela il a substitué la vision d'un bien commun qui peut être déterminé par des calculs purement scientifiques et atteint par des moyens purement techniques »⁸¹².

Il y a dans nos sociétés une volonté de donner un contenu scientifique à l'interdit⁸¹³ oubliant que c'est l'interdit qui fonde – donne accès à – la raison. Dans ce nouveau « délire de la raison », le sens devient invisible. Car la symbolisation, comme sa détermination ontologique traditionnelle, semble être mise en péril par l'appareil techno-scientifique. Celui-ci entraîne d'abord une « naturalisation de la différence anthropologique » : l'être humain est ramené à un vivant aussi « naturel » que les autres et comme eux un produit de l'évolution. Ensuite une « opérationnalisation » de cette différence : on considère l'homme comme un complexe bio-physique contingent et modifiable. C'est-à-dire que cette « autoréférence objectivante et opératoire de l'homme que promeut la techno-science, relativise considérablement la symbolisation »⁸¹⁴. Nous verrons plus loin les dangers de ce déséquilibre à propos du transhumanisme, en même temps que les risques d'un excès de symbolique. D'ailleurs René Girard observe bien cette relativisation du symbolique, lorsqu'il écrit : « ...les philosophes ont du mal à croire aux faits et les scientifiques, le plus souvent, ne voient pas l'intérêt de passer du scientifique au symbolique »⁸¹⁵.

⁸¹² Vaclav Havel, *Essais politiques*, Paris, Calman-Levy, 1994, p. 230.

⁸¹³ Pierre Legendre, *Vues éparses. Entretiens avec Philippe Petit*, op. cit.

⁸¹⁴ Gilbert Hottois, La technique, in Monique Canto-Sperber (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2004, Tome II, p. 1915.

⁸¹⁵ René Girard, *Les origines de la culture*, op. cit., p.146.

Ainsi lorsque nous disons qu'il est interdit de faire n'importe quoi sur un corps humain et que nous fondons cet interdit sur le caractère sacré de ce corps, nous lui reconnaissons un caractère symbolique. Or la désymbolisation, faisant fi de cette approche, va chercher à s'appuyer au contraire sur un contenu scientifique. Écoutons ainsi nos détracteurs : « votre prétendue sacralité n'est fondée sur rien de *scientifique*, la seule chose *réelle*, au contraire, est ce que me dit la science de ce corps, qu'il n'est composé que de carbone, d'azote, d'oxygène et d'hydrogène ». C'est bien la seule rationalité scientifique qui occupe le champ libéré par la désymbolisation. Et par une sorte d'effet pervers, cette même désymbolisation, va aboutir à l'idolâtrie qui n'en est qu'une forme dépravée. Ainsi le « n'importe quoi » effectué sur un corps humain deviendra un bienfait : « la perfection corporelle peut symboliser une théocratie idéale »⁸¹⁶. Nos collègues chirurgiens plasticiens sont ici aux premières loges. Il y a en effet une certaine « compulsion chirurgicale » qui cherche pratiquement à recomposer une apparence : « le hasard d'un visage, sa beauté ou sa laideur, ses traits distinctifs, ses traits négatifs : il va falloir *réparer* tout cela et en faire quelque chose de plus beau que beau, un *visage idéal*, un *visage chirurgical* »⁸¹⁷. La chirurgie comprise ici comme création d'une *qualité* chirurgicale, remodelisant un visage, mais alors à partir de quel modèle ?

De la démesure à la barbarie

Pourquoi rapprocher ici la démesure de la barbarie ? Parce qu'il s'agit de limites. La mesure pose un cadre, symbolique bien sûr, mais hors duquel il deviendra interdit d'agir. Sortir de ce cadre symbolique c'est prendre le risque de n'être plus retenu, d'être dans la *dé*-mesure. On objectera qu'après tout il peut-être bénéfique de franchir des bornes et que donc la démesure, comprise comme une sorte de libération, n'est pas nécessairement délétère. Dans sa lutte contre le sacré sacrificiel, la pensée chrétienne par exemple, peut se percevoir comme un « affranchissement de toutes limites », mais dans la mesure seulement où cette « liberté par rapport aux règles » ne devient pas elle-même une règle, car alors « l'illimité s'emparerait de la vie humaine d'une façon absolument terrifiante »⁸¹⁸. La liberté par rapport aux limites pourrait en effet se

⁸¹⁶ Mary Douglas, *De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou* (1977), *op. cit.*, p. 26.

⁸¹⁷ Jean Baudrillard, *La transparence du mal. Essai sur les phénomènes extrêmes*, *op. cit.*, p. 52. C'est nous qui soulignons.

⁸¹⁸ David Caley, *The River North of the Future. The Testament of Ivan Illich*, Toronto, House of Anansi Press, 2005, p. 31 (trad. J.-P. Dupuy).

concevoir si l'homme n'était pas ce qu'il est, c'est-à-dire un être mû par le désir et comportant en lui, en même temps qu'une part lumineuse, une part sombre, une part violente, une tendance intrinsèque à la barbarie.

« La barbarie est constitutive de l'humanité, ou, en d'autres termes, elle lui est *intérieure* »⁸¹⁹.

Pascal, à la suite de Montaigne, l'avait repéré, qui insistait sur le piège de croire que la volonté de nier cette part obscure suffirait à l'annuler : « L'homme n'est ni ange, ni bête et le *malheur* veut que qui veut faire l'ange fait la bête »⁸²⁰. En effet il n'y a jamais *a priori* de noirs desseins dans le désir de franchir les limites de la mesure, au contraire il semble qu'il n'y ait qu'une louable volonté de « faire l'ange », de contribuer au bonheur de l'homme. Mais la bête veille. Car l'absence de limites mises au désir, ne serait-il que désir de bienfait, le transforme en fantôme. Or « le monde du fantôme décrète que tout est possible, celui de la réalité est marqué par des limites »⁸²¹. Tout n'est pas possible : la responsabilité morale de l'homme règle sa conduite.

Nous avons longuement envisagé les rapports de la violence avec le sacré, en insistant sur le caractère contraignant de ce dernier qui, en même temps qu'il l'englobe, retient aussi la violence. C'est bien la limite posée par le sacré qui empêche la violence de se répandre. Dans ce contexte la barbarie est une absolue libération de la violence que plus rien ne *contient*. Désacraliser le corps-personne à opérer, n'est-ce pas lui ôter tout *sens* ? Les Grecs d'ailleurs avaient bien compris la barbarie comme une rupture de sens, qui considéraient comme barbares ceux qui parlaient d'une manière incompréhensible (hors de tout *sens*, comme hors de tout symbolisme). Et le *barbarophonos* est ainsi « celui qui massacre sa langue avant de massacrer les autres langues, et bientôt leur culture »⁸²². Il faut donc s'en méfier et veiller sans cesse à garder du *sens*. Sens de ce que l'on dit, sens de ce que l'on fait et donc sens de ce que l'on ne doit pas faire. Si la barbarie peut consister en une absence de sens, aucun homme, s'il n'est pas sans cesse à la recherche du sens de son action, n'est exempt du risque de barbarie, serait-il le plus cultivé. Alors que « la modernité prétendait pourtant faire de l'homme un absolu et en extirper la barbarie en se nimbant de l'aura victorieuse de la civilisation »⁸²³. Or c'est le langage, comme *logos*, qui permet à la pensée de s'élever à

⁸¹⁹ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, *op. cit.*, p. 19.

⁸²⁰ Pascal, *Pensées*, in R. Auguis, *op. cit.*, art. X, XIII, p. 225. C'est nous qui soulignons.

⁸²¹ Pierre Legendre, *Vues éparses*, *op. cit.*, p. 21.

⁸²² J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, *op. cit.*, p. 39.

⁸²³ *Ibid.*, p. 2.

l'universalité – lui donnant du sens –, dépassant les simples contingences géographiques, ethniques ou culturelles. La chirurgie, comme de nombreux autres domaines de nos sociétés occidentales modernes, n'échappe pas à certaines contingences culturelles, comme celles induites par la réduction de tout réel à celui de la techno-science. Puisque celle-ci devient l'*alpha* et l'*oméga* de toute vérité, plus ou moins consciemment le chirurgien risque de s'y soumettre, tombant alors dans cette forme de barbarie que Mattéi appelle *vanitas*, comme la « stérilité du vide »⁸²⁴.

Si l'on suit l'auteur de *La barbarie intérieure*, on peut considérer les interventions criminelles des médecins nazis comme une barbarie expéditive et visible, tant leurs crimes étaient monstrueux et évidents, ce que, à l'instar des Romains, il nomme *féritas*. La *vanitas* au contraire est une barbarie de soumission, beaucoup plus insidieuse, plus lente, mais sans doute beaucoup plus efficace au long terme. N'est-ce pas cette barbarie sournoise – tellement sournoise que la qualifier de barbarie risque d'être entendu comme une exagération ridicule – à laquelle peut conduire la démesure chirurgicale ? N'y a-t-il pas en effet une *vanité barbare* dans l'œuvre du chirurgien qui effectue une double mastectomie et une double ovariectomie⁸²⁵ préventives chez une jeune femme de 25 ans, au prétexte fou qu'elle est porteuse d'un gène particulier (BCRA), l'exposant *a priori* à un risque élevé de cancers de ces deux organes ? Cela correspond tout à fait à une « barbarie de soumission » – soumission à une certitude qui n'est *que* scientifique, sans rapport avec la vérité de la vie de cette jeune femme – d'autant plus insidieuse qu'elle pourrait exonérer le chirurgien de toute responsabilité morale, honteusement protégé tel qu'il voudrait le croire, par une « culture » médicale dérisoirement vêtue d'oripeaux techno-scientifiques. Cette barbarie – car c'est en bien une – correspond ainsi à l'enfermement de l'homme sur soi-même, dans l'*idion*⁸²⁶, le champ clos du particulier, et limite le champ de la vie humaine, comme le disait Héraclite, à « une pensée en propre »⁸²⁷. Pourtant, prendre conscience de la démesure

⁸²⁴ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, *op. cit.*, p. 27.

⁸²⁵ Exérèse des deux seins et des deux ovaires qui se pratique régulièrement aux USA. Le risque de cancer du sein serait de huit à dix fois supérieur par rapport à une population de femmes non porteuses du gène BCRA et quarante fois pour le cancer de l'ovaire. C'est considérer une probabilité comme une certitude et occulter le risque de mort en dehors du cancer (se faire écraser par un camion par exemple en sortant de la consultation !), c'est-à-dire de *l'imprévisibilité objective* de la vie. Karl Popper, contestant cette manière de raisonner sur les probabilités, parle de la notion plus subtile, de « propensions » (Karl Popper, *Un univers de propensions*, Cahors, Edition de l'éclat, coll. « tiré à part », 1992).

⁸²⁶ Qui nous donnera « idiot » et « idiotie ».

⁸²⁷ Héraclite, *Fragments II*.

induite par une conduite ainsi banalisée, ce serait abandonner les armes devant cette tension « humaine, trop humaine », entre la civilisation et la barbarie :

« Penser l'homme [...], c'est penser au-delà de l'homme, vers la transcendance de l'idée qui, seule, peut trancher cette opposition problématique dans le même être, du civilisé et du barbare »⁸²⁸.

Plus que la culture comprise comme connaissance, et on parle bien en médecine de « culture médicale », c'est la civilisation qui, difficilement, demeure le rempart contre la barbarie. La civilisation est sœur – ou fille ? – de la mesure. Les Grecs, on le sait, évoquaient l'*hubris* pour parler de la démesure, comme transgression de l'ordre des choses qui amenait le châtement des dieux, jaloux, sous la forme de *Némésis*, la déesse de la vengeance. Comme s'il était en effet dangereux de tomber dans la démesure. On évoque, en médecine, « le tact et la mesure », autant lorsqu'il est question des honoraires, que, plus dramatiquement, lorsqu'il est question d'annonce de diagnostic, ou plus quotidiennement lorsqu'il s'agit de décider des moyens médicaux ou chirurgicaux à mettre en œuvre pour soulager un patient. Cette attitude « mesurée » correspond en quelque sorte au *phronésis* d'Aristote, la sagesse pratique. N'est-ce pas alors admettre que l'absence de mesure n'est pas souhaitable ? Car il y a dans la démesure qui appelle la barbarie, comme un mépris de l'autre. Or la reconnaissance de l'autre est reconnaissance de moi-même, lutte contre ma violence intérieure, qui va me permettre de devenir ce que j'ai à être. Comment un chirurgien pourrait-il l'oublier ? Il a à être chirurgien et non « extirpeur » d'organes sains. Il a, nous l'avons développé plus haut, à prendre charge d'une *personne*, c'est-à-dire d'un être, faute de tomber dans une sorte de barbarie.

« Les explosions de barbarie sont donc des conflits de l'âme qui proviennent de son enfermement en elle-même [...], là où elle se condamne à l'esclavage de ses désirs »⁸²⁹.

Si donc la désacralisation risque de conduire à la démesure, celle des désirs non contrôlés, et celle-ci à une forme insidieuse de barbarie, ne faut-il pas se poser crûment la question de savoir si la transformation de l'homme ne pourrait pas se comprendre elle aussi comme une sorte de barbarie ?

⁸²⁸ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, op. cit., p. 20

⁸²⁹ *Ibid.*, p. 60.

De la désacralisation à la transformation de l'homme

Nous avons vu que la perte de toute limite semble concomitante du tournant subjectiviste, où le sujet du *cogito* n'est que pensée pure, entendement, et dont la certitude « donne de la vérité une version purement subjective »⁸³⁰. Toute transcendance évacuée, il ne reste bien que ce sujet absolu qui cherche à satisfaire son plus grand désir : être sa propre cause, manifestant « une insurrection du désir contre l'irruption de la transcendance »⁸³¹. Ne s'agit-il pas d'une révolte de l'homme contre sa propre nature, refusant qu'elle lui ait été donnée, pour envisager de la transformer ?

Mais aussitôt apparaissent des questions auxquelles il devient difficile de répondre simplement : quelles transformations ? Pour qui ? Et surtout, pourquoi ?

Des moyens chirurgicaux de « transformation » de l'homme

Avec François Mouttet⁸³² nous ferons d'emblée une distinction entre la réparation simple et la reconstruction, et dans ce cas entre pallier à une insuffisance ou amplifier une fonction. Nous n'évoquerons que les problèmes que pose la reconstruction puisque lorsque le chirurgien se contente de réparer il n'ouvre pas la porte d'une véritable « transformation » de l'homme.

Pratiquement tous les organes (sauf pour l'instant le cerveau) peuvent être reconstruits par le moyen d'implants naturels ou artificiels. Il peut s'agir de prothèses, toujours internes, d'épithèses externes ou d'allogreffes. Mais nous avons vu plus haut⁸³³ que la stricte localisation spatiale à l'intérieur ou à l'extérieur du corps ne suffit pas vraiment à identifier une prothèse ou un implant. Il faudrait encore insister sur l'autre forme d'intériorité, l'intériorité substantielle, c'est-à-dire celle où le corps naturel sera modifié par l'implant. Ce qui permettra de le différencier encore d'un « accessoire », celui-ci cherchant à augmenter les capacités naturelles ou en ajouter de nouvelles.

Les techniques chirurgicales utilisées consistent en transplantations pour les allogreffes ou en implantations de biomatériaux pour les prothèses. Aujourd'hui, mise à part la chirurgie esthétique que l'on peut concevoir comme une « amplification » esthétique du corps, la reconstruction ne fait que pallier à l'insuffisance d'un organe.

⁸³⁰ Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 19.

⁸³¹ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, op. cit., p. 197.

⁸³² François Mouttet, *L'homme reconstruit, bilan et perspectives*, in Office de prospection en Santé, Les Presses de Sciences-Po, Paris, Rapport 2008.

⁸³³ Cf. *supra*, p. 74.

Ainsi l'arthroplastie de hanche – qui augmente pourtant l'amplitude de certains mouvements – ne fait que remplacer l'articulation grâce à une prothèse faite d'un biomatériau optimum. Il reste que, en dehors des procédés de cultures cellulaires qui sont hors de notre propos, les techniques faisant appel à la bionique (prothèses myoélectriques ou prothèses sensibles à commande volontaire) ou aux nanotechnologies (déjà plus de trois cents objets de 10^{-9} m) laissent entrevoir la possibilité de robots androïdes (cyborgs) surpuissants, bien au-delà de la condition humaine telle qu'elle existe aujourd'hui.

Un chercheur⁸³⁴ s'est déjà fait implanter une nano puce sur son nerf médian, ce qui lui permet d'actionner son ouvre-portail en « voulant » simplement fléchir son doigt. En dehors de la question de son intérêt, cette implantation soulève celle de *l'extra-chirurgicalité*. En effet, il a bien fallu qu'un véritable chirurgien intervienne sur le poignet de ce professeur pour le moins original. Il a fallu que ce chirurgien fasse bien son travail de chirurgien (pour qu'il ne lèse par le nerf médian, pour qu'il n'y ait ni hémorragie, ni infection, etc.). Et pourtant il ne s'agit en aucun cas de *chirurgicalité* : nous dirions que l'essence de la chirurgie – comme l'entéléchie du chirurgien – n'a rien à voir avec une opération de ce type : il manque la *finalité*. La question la plus candide mais pourtant cruciale est bien : à quoi ça sert ?

Ce qui pose la question du *sens* de telles transformations.

Quelles transformations ? Ou les limites de la chirurgicalité

Nous avons précédemment vu que la finalité du soin en médecine, consistait à faire du bien au patient mais qu'il était important de clarifier cette notion de bien médical, d'autant que la notion même de santé restait très délicate à cerner. Tout cela, lié à l'influence de la Modernité et au dualisme radical qu'elle implique, réduit plus que jamais la personne humaine à son corps et focalise alors sur celui-ci toutes les tentatives de sa modification, considérant dans un raccourci contestable qu'en modifiant le corps, c'est, *idéalement*, l'être de l'homme que l'on pourra transformer.

« Ce qui est recherché aujourd'hui n'est plus tellement la santé [...] mais un rayonnement éphémère, hygiénique et publicitaire du corps – beaucoup plus une *performance* qu'un *idéal* »⁸³⁵.

⁸³⁴ Kevin Warkik, professeur de cybernétique à Reading University, Berkshire, U.K.

⁸³⁵ Jean Baudrillard, *La transparence du mal*, op. cit., p. 31. C'est nous qui soulignons.

Les manifestations les plus évidentes sont attestées par la vogue d'une chirurgie « esthétique » de plus en plus débridée. Aux USA, les interventions de ce type augmentent régulièrement : de 8% en 2007 à plus de 457% actuellement !⁸³⁶ et au Brésil il est maintenant courant pour de très jeunes filles de faire modifier leurs seins, leurs fesses ou leur visage, de même qu'on assiste en Chine à une mode visant à une « occidentalisation » de l'apparence. Dans une moindre mesure la chirurgie orthopédique est elle aussi concernée, en particulier lors des arthroplasties. Il est bien sûr souhaitable de soulager les patients arthrosiques en remplaçant l'articulation défaillante par une prothèse, et personne ne pourrait contester que la qualité de celle-ci doive bénéficier des plus récents progrès en matière de science et de technique. C'est rester ici dans la *réparation*. La question se pose lorsqu'on entre imperceptiblement dans le domaine de la *transformation*. Faut-il nécessairement réaliser des arthroplasties à la première et moindre manifestation de l'arthrose, au prétexte qu'on en a la possibilité, ou est-il plus raisonnable d'attendre que les lésions soient plus pérennes ? Mais surtout, faut-il envisager des procédés d'arthroplastie qui permettent « d'augmenter » les amplitudes des articulations remplacées voire la force des membres qu'elles mobilisent ? C'est parler ici, pour reprendre la notion de médicalité chère à Von Weizsäcker⁸³⁷, d'*extra-chirurgicalité*.

Plagiant la question que Nietzsche posait à propos de la science, nous pourrions dire : que veut la médecine ? Tant qu'elle consiste à satisfaire des besoins, c'est-à-dire qu'elle vise à réparer les défauts – les accidents – de la nature ou les désagréments occasionnés par des maladies, elle reste dans ses limites. Elle les quitte au contraire, tombant dans la démesure – l'*hubris* grecque ou l'extra-médicalité selon Von Weizäcker –, lorsqu'elle cherche à assouvir des désirs. Alors il y a danger parce que le désir, toujours présent dans l'imaginaire humain, se transforme en possibilité *possible* du fait des progrès technoscientifiques⁸³⁸. Il se confond alors avec la démesure :

« Quand le discours du désir fusionne avec celui de la techno-science, on tend à prendre cette dernière pour le moteur, alors qu'elle est mue. On perd alors de vue le processus constitutif de l'*hubris* qui doit tout au désir »⁸³⁹.

Et les choses étant liées, on assiste de plus en plus à une médicalisation de toute la société, sous-tendue par cette question du désir, chargeant la médecine de répondre à

⁸³⁶ Source : American Society For Anesthésic Plastic Surgery (ASFAPS).

⁸³⁷ Victor Von Weizäcker, *Pathosophie, op. cit.*

⁸³⁸ Dominique Folscheid, « La médecine et ses mythes », *Ethique et santé*, 2008, N° 5, p. 217-226.

⁸³⁹ *Ibid.*, p. 219.

des problèmes qui ne sont pas toujours les siens. Il faut donc se poser la question de la *médicalité* de cette médicalisation croissante de la société, et en chirurgie de la *chirurgicalité*. La chirurgie pourrait ne devenir qu'un des nombreux accessoires participant en quelque sorte à ce nouvel hédonisme social. Ainsi en est-il du culte de la performance physique, du changement d'apparence – y compris de sexe –, de la chirurgicalisation du vieillissement, etc.

« Voilà en tous cas la douleur lancinante, journalière, que nul opium sacré ne nous permettra plus d'oublier : l'inexpiable contradiction du *désir*, inhérente au fait même d'être *sujet* »⁸⁴⁰.

Le tournant subjectiviste semble en effet avoir laissé libre cours au désir. Trois exemples de faits authentiques vont nous permettre d'illustrer notre réflexion quant aux limites de la chirurgicalité, face au désir du sujet-patient, voire du sujet-chirurgien.

Celui d'Oscar Pistorius en premier. Il s'agit d'un jeune Sud africain qui est né sans jambes (agénésie congénitale sous le genou). Pour remédier à ce handicap il a bénéficié de la mise en place de prothèses qui lui permettent de se verticaliser, de marcher et, mieux, de pratiquer de l'athlétisme de haut niveau. Ce sont plus que de simples orthèses que l'on pourrait mettre et enlever comme des chaussures : en quelque sorte, elles font partie de lui. La question n'est donc pas qu'Oscar puisse courir avec des sportifs « valides », mais qu'il puisse courir « trop » vite ! Au passage remarquons l'indécence du mot même de *valide*, comme si les handicapés étaient « in-valides » : ils sont pourtant bien vivants et tout aussi capables. On se souvient qu'Oscar Pistorius n'avait pas été autorisé à participer aux jeux olympiques de Pékin en 2008 au prétexte que ses prothèses lui permettaient des performances inatteignables par ses concurrents⁸⁴¹. En quelque sorte c'était lui infliger une double peine : son handicap et sa disqualification.

Il faut donc questionner sur la pertinence et les conséquences d'une *augmentation* des capacités humaines grâce à la science et à la technique couplées à la médecine. Tant que celles-ci réparent (en remplaçant s'il le faut) des organes défaillants, c'est tant mieux : la médecine utilise la technique à des fins médicales. Mais lorsqu'il y a subtilement une dérive vers une transformation avec augmentation des possibilités, se pose alors le problème de l'utilité d'une telle transformation (est-ce une

⁸⁴⁰ Marcel Gauchet, *Le désenchantement du monde*, op. cit., p. 407. C'est nous qui soulignons.

⁸⁴¹ Après une longue procédure, il a été enfin autorisé à participer « normalement » aux derniers jeux de Londres (2012).

« amélioration » ?) et de son évaluation (qui – et de quel droit – serait l'évaluateur pour décider qu'il serait « mieux », par exemple, d'avoir trois jambes ?). Le risque est bien de se servir de la technique pour des fins non médicales. Le cas de Pistorius est à la frontière et il y aurait de l'indécence à ne pas approuver la mise en place de ses prothèses. Mais serait-il souhaitable par exemple – et en théorie la technique le permettrait – de greffer un bras bionique à un nageur pour qu'il surpasse tout être humain ? Serait-ce une amélioration que de permettre à des coureurs cyclistes, grâce à des transformations de leur corps, de parvenir à des vitesses faramineuses ? Et nous ne parlons que des possibilités offertes par la chirurgie, laissant de côté celles permises par la chimie ou les manipulations génétiques. C'est un grand débat éthique qui concerne ce que l'on appelle le « transhumanisme » et dont on voit bien qu'il est essentiellement en rapport avec la question du désir. Ce désir si proche de la barbarie.

L'exemple de Claudia Mitchell ne pose pas de questions éthiques pour elle-même mais soulève le problème identique des possibilités offertes par les prothèses myo-neuro-électriques (bioniques). C'est une jeune femme de 25 ans, amputée de la totalité du membre supérieur gauche à la suite d'un accident de moto. Elle a bénéficié⁸⁴² de la mise en place d'une prothèse fixe, solidement rivée sur le squelette de son épaule et connectée aux moignons des nerfs du plexus brachial⁸⁴³, au dessus de leur section traumatique. D'autre part cette prothèse « cybernétique » est reliée aux zones centrales de son cerveau, ce qui lui permet de recevoir des informations sensibles. Elle parvient ainsi à serrer correctement une main amie, à se servir à boire et à manipuler un œuf sans le casser. Rien à dire bien sûr quant à l'utilisation ici des progrès techno-scientifiques à des fins médicales, et c'est tant mieux pour Claudia Mitchell. La prothèse est bien artificielle, mais elle ne « dénature » pas l'être sur lequel elle est fixée : « si la prothèse ne devient pas aussi organique que le membre du corps, son interaction avec le système nerveux la rend suffisamment sensible au monde pour le vécu corporel du sujet qui l'aura incorporée »⁸⁴⁴. Le fauteuil roulant du paraplégique, de la même manière peut être considéré comme une exo-prothèse, partie presque intégrante de la personne paralysée. Mais qu'en serait-il d'une demande totalement extra-médicale, d'amputation

⁸⁴² *Rehabilitation Insitute of Chicago*, en 2004, dans le cadre d'un programme de recherches intitulé : "Réinnervation Motrice Ciblée Sensitive".

⁸⁴³ Le plexus brachial correspond en anatomie à l'ensemble des racines et des troncs nerveux qui, issus de la moelle épinière cervicale, innervent l'ensemble du membre supérieur.

⁸⁴⁴ Bernard Andrieu, « Se "transcorpore", vers une auto-transformation de l'humain ? », *De l'humain, nature et artifice*, Arles, Actes Sud, « La pensée de midi », 2010, p. 38.

d'un bras sain par exemple, pour bénéficier d'un implant bionique aux performances dix fois plus grandes ? Quels seraient les états d'âme de notre chirurgien face à une telle demande et, s'il acceptait, serait-ce encore de la chirurgie ? Evoquons à peine la dénaturation tragique et criminelle de cette chirurgie lorsqu'elle se prête de nos jours (et cela n'est plus de la science-fiction) à implanter des prothèses mammaires explosives sur des femmes kamikazes !

Enfin le cas pathétique de Mark Dolan, aux Etats-Unis, illustre tristement les dérives que nous cherchons à mettre en évidence, lorsque le *sujet* seul est considéré comme l'être de l'homme et que le chirurgien n'est que l'exécutant de ses désirs incontrôlés. Cet homme rêvait de devenir un chat – *catman* – et il y est pratiquement parvenu. Son visage a été transformé par chirurgie « plastique », il s'est fait greffer des dents de fêlin, et les phalanges de ses doigts ont été rallongées et affinées, comme ses ongles. Enfin, il serait question qu'il modifie l'iris de ses yeux. Nous ne sommes plus aux portes de l'extra-chirurgicalité, mais au plus profond de ses dérives. Pourtant là-encore il a fallu que M. Dolan fasse appel à un *vrai* chirurgien. Toute préoccupation éthique quant à la sacralité de l'*être* de cet homme ou du *sens* des interventions sur lui pratiquées, n'a sans doute pas même effleuré notre opérateur (quoique ?), prisonnier qu'il s'est rendu de sa pure technicité, de son absolue subjectivité ainsi que de celle de son « client »⁸⁴⁵. Ne sommes-nous pas ici dans la barbarie, la *vanitas*, cette barbarie de soumission où l'être de l'homme disparaît ? L'éthique, comme sens de l'action humaine, comprise comme la liberté qu'a l'être humain d'évaluer ses actions, devient encore plus indispensable pour que les limites entre la médecine et la technique soient clairement définies :

« *L'impératif éthique* que la médecine soit vraiment de la médecine est indissociable de *l'impératif médical* que l'éthique de la médecine soit vraiment éthique »⁸⁴⁶.

Ce qui revient clairement à bien faire la distinction entre la *médicalisation* de la technique qui est salutaire et bénéfique (les prothèses articulaires seront de plus en plus fiables) au contraire de la *technicisation* de la médecine où les progrès technologiques sont utilisés à des fins non médicales (le troisième avant-bras de Sterlac ou les nano puces de Warwick). Tout cela n'illustre-t-il pas jusqu'à l'excès une certaine

⁸⁴⁵ Le montant de l'ensemble des interventions aurait dépassé les quatre millions de dollars (*Mail online*, 13 août 2012).

⁸⁴⁶ Dominique Folscheid, Science, technique et médecine, in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.*, Chap. XVIII. C'est nous qui soulignons.

forme d'autonomisation de la médecine en général et de la chirurgie en particulier, qui en ferait complètement perdre le sens originel qui reste avant tout de faire du bien au patient ? Et au prétexte subtilement perverti de la primauté de cette bienfaisance, couplé au respect absolu de l'autonomie du « patient » – comme s'il était *absolument* propriétaire de son corps –, la chirurgie ne chercherait-elle pas à participer à cette volonté démiurgique du changement de la nature de l'homme ? Il ne s'agirait plus alors d'amélioration de la condition de l'homme (ce qui reste un but louable) mais bien de modifications de sa nature. Lorsqu'Aristote nous dit que « l'art achève ce qu'elle [la nature] n'a pu mener à bien »⁸⁴⁷, il faut comprendre l'art comme *tekhne*, nous l'avons vu, c'est-à-dire restant « naturant », tandis que la Technique, comprise comme un *Gestell* heideggérien ou un *Système* ellulien, est « dénaturante » puisqu'elle artificialise la nature. Il convient en réalité de différencier la nature « naturelle », toujours améliorable au profit de l'homme, de la nature « essence » de l'homme qui est peut-être un optimum.

Le domaine de l'extra-médicalité soulève un autre problème, celui de l'agent. Car même dans cette possible « dénaturation » de son rôle, dans ce champ non médical où elle interviendrait, la chirurgie reste de la chirurgie et peut-elle échapper à son essence même ? La « Créature » n'aurait pu exister sans que Frankenstein fût médecin ni qu'il maîtrisât la technique médico-chirurgicale. Qu'en est-il de l'homme-chirurgien qui se perd dans une chirurgie non chirurgicale ? Il s'agit toujours d'un autre-corps humain avec qui il a affaire. Il n'est alors pas inutile de se rappeler la maxime d'Emmanuel Kant :

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen »⁸⁴⁸.

D'autant qu'un autre grand Emmanuel, Levinas, dénonce l'absolutisation du sujet, sujet-chirurgien ou sujet-patient, qui met la responsabilité pour autrui en grand danger :

« La responsabilité pour autrui ne peut avoir commencé dans mon engagement, dans ma décision [...]. La responsabilité pour autrui est le lieu où se place *le non-lieu de la subjectivité* »⁸⁴⁹.

⁸⁴⁷ Aristote, *Physique*, II, 8, 199, a 15-17.

⁸⁴⁸ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 104.

⁸⁴⁹ Emmanuel Levinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op. cit., p. 24. Il rajoute que « le dés-intéressement suspend l'essence » (p. 29).

Magnifique réflexion, qu'il serait tentant de récuser au prétexte que cette responsabilité concerne les saints et, qu'hélas, les hommes – dont les chirurgiens – ne peuvent en être à la hauteur. Certes, mais se peut-il, au fond du fond, qu'un chirurgien puisse l'oublier ? Seulement alors, ou bien en prenant le risque d'être *barbare* – humain, trop humain ? – ou au contraire en ayant la prétention de se prendre pour Dieu.

Car cela nous ramène encore à la dimension sacrée de la chirurgie dans notre société. Le chirurgien en effet peut, certes, être instrumentalisé par le désir du patient (qui n'est plus un malade) mais aussi – surtout ? – par son propre désir de toute-puissance. Autant il semble encore possible, même sans être « levinassien », de refuser un geste excessif à un homme, fût-il demandeur, autant se prendre pour Dieu, « comme maître et possesseur du corps humain », pourrait plus facilement flatter la vanité du chirurgien. Car il s'agit d'un tout autre enjeu : Dieu *peut* tout. Comment ne pas rêver d'une telle puissance ? Mais Dieu précisément, *n'est pas* chirurgien ! Il a « déjà fait son travail », nous dit Karl Popper⁸⁵⁰.

Alors quel est ce « travail », cette nature humaine, que notre désir nous pousserait à vouloir transformer, ce qui semble dérisoire d'abord, mais dangereux surtout si l'on convient qu'un désir incontrôlé peut amener à la barbarie ?

Peut-être faudrait-il alors questionner sur la notion de progrès ?

La notion de progrès est-elle relative ?

De même qu'il existe en politique un discours dit « correct », on pourrait, en énonçant une critique possible de la notion de progrès, être taxé de technophobie. Evitons ce piège. Interroger sur les risques d'une fuite en avant incontrôlée d'un appareil techno-scientifique débridé et sur ses conséquences en chirurgie, ne signifie nullement qu'il faudrait en revenir à l'éclairage à la bougie ou aux interventions chirurgicales sur la table de la cuisine.

Si l'on considère que toute innovation implique des applications concrètes mais aussi des conséquences axiologiques⁸⁵¹, on doit se poser la question de savoir si toute innovation est réellement un progrès ? L'exemple de la bombe atomique peut faire réfléchir. Sartre dit que « le progrès est une ascension qui rapproche indéfiniment d'un terme idéal »⁸⁵². Soit. Mais quel est exactement ce terme ? Et en quoi serait-il idéal ? Il

⁸⁵⁰ Karl Popper, *Un univers de propensions*, op. cit., p. 28.

⁸⁵¹ J.-L. Husson, « Toute innovation technologique en chirurgie est-elle source de progrès pour l'homme ? », Cahiers du Cercle Nicolas Andry, N° 2, Montpellier, Sauramps médical, 2009.

⁸⁵² J.-P. Sartre, *Situations III*, Paris, Gallimard, 1949, p. 53.

y a beaucoup de positivisme à refuser, plus que la condition humaine, sa nature. Peut-être est-ce la tentation de l'orgueil – la *vanitas* ? – qui est la plus forte pour soutenir l'optimisme scientifique ? Celui-ci veut croire que la technique – comme Système quasi autonome d'action plus que de fabrication – saura nous sortir des éventuelles impasses où elle nous a mis. Déjà Jacques Ellul avait bien souligné l'autonomie totale du Système Technicien par rapport à la morale et aux valeurs⁸⁵³ : il ne cherche pas à réaliser des valeurs, il n'accepte aucun jugement moral ni ne s'arrête du fait d'un problème moral, il légitime encore tout ce qui est scientifique et il génère enfin sa propre éthique (une éthique technique). Dans le fond cela souligne l'impossibilité pour la science de sortir de son processus qui est un processus sans sujet, « la science ne pense pas »⁸⁵⁴, mais qui, pour autant, ne la rend pas neutre : « la science et la technique ne peuvent donc se défaire sur la société de leur responsabilité »⁸⁵⁵. Ce qui remet complètement en cause l'aphorisme naïf de Condorcet, fidèle à son époque positiviste : la science crée le progrès, le progrès le bonheur, donc la science crée le bonheur. Et de rajouter : « serait-il absurde maintenant de supposer que ce perfectionnement de l'espèce humaine doit être regardé comme susceptible d'un progrès indéfini ? »⁸⁵⁶. La chirurgie – et les chirurgiens – ne sont pas indemnes de cette naïve croyance en un progrès sans fin qui impliquerait une parfaite maîtrise de leur art. En 1822, le Baron Boyer pouvait ainsi écrire :

« La chirurgie a fait de nos jours les *plus grands progrès* et semble avoir atteint, ou peu s'en faut, *le plus haut degré de perfection* dont elle paraisse susceptible »⁸⁵⁷.

Un peu plus tard, Jean-Louis Faure, n'hésitera pas lui non plus, à faire l'apologie des progrès chirurgicaux :

« Le XIX^e siècle, si grand par tant de côtés et qui a transformé le monde, a vu se produire dans la chirurgie des bouleversements inouïs. Il l'a prise à ses débuts, cruelle, meurtrière et presque encore dans l'enfance. Il l'a laissée, à sa fin, bienfaisante et *salutaire*, dans un état de *perfection presque absolue* qu'elle ne dépassera plus [...]. Nous sommes arrivés à l'*apogée* de la chirurgie opératoire »⁸⁵⁸.

⁸⁵³ Jacques Ellul, *Le Système technicien*, op. cit., p. 152-156.

⁸⁵⁴ Martin Heidegger, Qu'est-ce que penser ?, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 157.

⁸⁵⁵ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 78.

⁸⁵⁶ Condorcet, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Paris, Flammarion, 1988, p. 224.

⁸⁵⁷ Baron Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, Paris, Migneret, 1821. C'est nous qui soulignons.

⁸⁵⁸ J.-L. Faure, préface, in Jacques de Fourmestreaux, *Histoire de la chirurgie française (1790-1920)*, Paris, Masson, 1934. C'est nous qui soulignons.

Que d'emphases ! Et ne voit-on pas que ces chirurgiens avaient une forte tendance, si ce n'est à se prendre pour Dieu, du moins à vouloir déifier la chirurgie ? Ce culte aveugle en une marche en avant du progrès, faisant perdre toute humilité, est une des causes majeures pouvant expliquer bien des dérives. Celles-ci semblent déjà apparaître à propos de l'extension extra-médicale du domaine de la chirurgie. Nous avons vu qu'elle permet, en agressant le corps humain, de transgresser un interdit profond, ce qui n'est pas sans rapport avec la violence, ce qui atteste du caractère sacré de ce corps *humain* et du geste qu'on pourrait y pratiquer.

Mais faisons-nous un instant l'avocat de nos contradicteurs et imaginons que tout ceci ne soit que considérations « métaphysiques » sans grand intérêt et que, tout compte fait, on puisse sans conséquence morale, envisager une transformation de l'homme en grande partie au moyen de la chirurgie, dans ses performances d'abord physiques, voire même psychiques. « Il n'y a aucune raison pour que cette nature [humaine], avec de bonnes raisons et de bonnes précautions, ne puisse être radicalement changée », affirme ainsi Engelhardt⁸⁵⁹.

Notons que dans les termes, il est question de changement *radical*, véritablement « à la racine ». Comme s'il fallait absolument se débarrasser de cette nature humaine. Mais peut-on y parvenir ? S'il s'agit de « l'augmenter » grâce à toute sorte d'outils surajoutés, modifiera-t-on pour autant la nature de l'homme ? Tout au plus, bien au contraire, n'y aurait-il pas un véritable risque de la rendre encore plus difficile à supporter ? Prenant l'exemple du marteau et des jambes, Hans Jonas considère que tant que la finalité réside dans l'utilisateur de l'outil (le marteau pour marteler ou les jambes pour marcher) il n'y a pas de problème, tandis que la question reste ouverte « de savoir si dans le cas de l'outil naturel, comme dans celui de *l'outil artificiel*, indépendamment de son utilisation, la fin se trouve *déjà* dans son origine et dans son existence »⁸⁶⁰. Il souligne là le danger de l'autonomisation de l'artifice, qui exclut la volonté humaine. Le progrès, dans une telle direction, est alors appelé « méliorisme » pour bien signifier l'utopie qu'il pourrait y avoir à posséder par exemple des jambes « sur-humaines » dans un idéal de perfectionnement absolu. C'est que la notion de progrès ne peut s'exonérer de celle de la valeur. Or, lorsque les choses sont débarrassées de toute valeur, elles

⁸⁵⁹ Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, op. cit., p. 377.

⁸⁶⁰ Hans Jonas, *Le principe Responsabilité*, Paris, Flammarion, « Champs », 1990, p. 120. C'est nous qui soulignons.

continuent de fonctionner alors que l'idée en a depuis longtemps disparu : « Ainsi l'idée de progrès a disparu, mais le progrès continue »⁸⁶¹.

Car toute conception « mélioriste » – on transforme pour transformer – se heurte inévitablement à deux problèmes. Le premier est celui de l'évaluation : où serait la norme ? C'est-à-dire quelle transformation plutôt que telle autre ? Et qui – et de quel droit ? – désirerait cette transformation, et serait-elle réservée à qui ? Le tragique triangle de la rivalité mimétique resurgit, et avec lui la violence, à travers le caractère désirable d'une transformation, alors désirée pour – ou parce que – qu'elle devient désirable par un autre. Le second problème, le plus fondamental, est celui de l'impasse complète qu'elle suppose de l'essence de l'homme, pour le dire comme Heidegger : de la vérité de l'Être.

Ce qui souligne bien que la question de toute transformation du corps par la technique – et pour ce qui concerne notre travail, par la chirurgie – est inséparable de l'éthique, quand bien même serait grand le désir des transhumanistes de l'occulter. Car l'éthique est en charge de « l'humanité de l'homme en son corps, qui est la réalité de la personne »⁸⁶². Le transhumanisme joue seulement sur le désir, la rationalité dont il se prétend n'étant que secondairement rajoutée. Il correspond ainsi à cet éternel fantasme d'ultra-puissance – comme Dieu.

« A la différence de l'éthique qui cultive la fiction *in-croyable* d'un humain qui devrait être digne de rester humain tout en n'étant qu'un morceau de chair corruptible, le transhumanisme propose à l'homme de transformer cette même chair, de l'améliorer, de la dépasser technologiquement. C'est une trans-substantiation par la technique ! »⁸⁶³.

Transhumanisme et chirurgie

La notion de transhumanisme – *au-delà* de l'humain – est née aux Etats-Unis dans le courant des années 2000 et part du principe que les progrès des sciences et des techniques peuvent permettre d'envisager une étape « post-humaine » de l'évolution où l'homme tel qu'il existe serait – fort heureusement – remplacé par un *cyborg*, mixte d'organisme humain transformé – augmenté – grâce à des machines bioniques. Le bras de Claudia Mitchell s'inscrit dans cet espoir, à la nuance près, tout de même

⁸⁶¹ Jean Baudrillard, *La transparence du mal*, op. cit., p. 14.

⁸⁶² Dominique Folscheid, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit.

⁸⁶³ Raphaël Liogier, « La vie rêvée de l'homme », *De l'humain, nature et artifice*, op. cit., p. 25. C'est nous qui soulignons. Au terme *in-croyable* nous préférons celui d'*inconnaissable* qui marque mieux les limites de toute approche scientifique du corps d'une personne humaine qui a à voir avec le mystère.

fondamentale, qu'il s'agissait pour cette jeune femme de *remédier* aux séquelles d'un accident et non de la *transformer*. En juin 2002 a été ainsi créé le programme NBIC visant à faire converger plusieurs types de techniques : Nanotechnologies, Biotechnologies, technologie de l'Information et des sciences Cognitives⁸⁶⁴. La chirurgie, nous l'avons vu, n'y est pas indemne de toute participation. Or ce qui est particulièrement intéressant dans ce programme – et d'autant plus dangereux – c'est que les soubassements sont véritablement religieux. Écoutons Ray Kurzweil, penseur du transhumanisme, s'emporter dans une tirade lyrique mais inquiétante, sur les bienfaits qu'il faut en attendre :

« Nous voulons devenir l'origine du futur, changer la vie au sens propre et non au sens figuré, créer de nouvelles espèces, adopter des clones humains, sélectionner nos gamètes, sculpter notre corps et nos esprits, apprivoiser nos gènes, dévorer des festins transgéniques, faire don de nos cellules souches, voir les infrarouges, écouter les ultrasons, sentir les phéromones, cultiver nos gènes, remplacer nos neurones, faire l'amour dans l'espace [...], vivre vingt ans ou deux siècles... »⁸⁶⁵.

Il s'agit bien d'une idéologie, c'est-à-dire d'une véritable « croyance » en un pouvoir illimité de la science et de la technique, mue par le désir humain. Le religieux n'a pas disparu : il s'est déplacé, il est devenu « celui de la sortie progressive du sacré »⁸⁶⁶. Le sacré et les systèmes symboliques, remparts humains contre la perte du sens sans cesse menacé par notre « barbarie intérieure », ont été remplacés par un nouveau culte – une nouvelle religion – celui de la raison, l'*entendement*, et de la science moderne. La foi « somnambulique » dans le progrès espère que « l'avenir de la science établisse la religion de l'humanité »⁸⁶⁷. Descartes, grand respectueux de cet « entendement », lui trouvait cependant des limites : « car notre volonté ne se portant naturellement à désirer *que* les choses que notre entendement lui représente en quelque façon comme possibles » et plus loin, admiratif des Stoïciens : « car, s'occupant sans cesse à considérer les *bornes* qui leur étaient prescrites par la nature »⁸⁶⁸. Il semble que dans l'esprit de nos transhumanistes il n'y ait aucune borne fixée par qui que ce soit, et

⁸⁶⁴ A partir du programme fédéral américain : *Converging Technologies for Improving Human Performance* (« Les technologies convergentes pour améliorer les performances de l'homme »). Tout est clairement annoncé ! (in J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, *op. cit.*, p. 85).

⁸⁶⁵ Ray Kurzweil, *The Singularity is Near: When Humans Transcend Biology*, Viking Press, 2005 (trad. J.-D. Vincent, «Hypothèses sur l'avenir de l'homme», in *De l'humain, nature et artifice*, Arles, Actes Sud, La pensée de midi, 2010, p. 47).

⁸⁶⁶ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, *op. cit.*, p. 97.

⁸⁶⁷ J.-F. Mattéi, *La barbarie intérieure*, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁶⁸ René Descartes, *Discours de la méthode*, *op. cit.*, p. 48.

qu'ils considèrent sans retenue que tout est possible d'une part, et que la réalisation de tous ces possibles sera *nécessairement* un bienfait.

Or cette croyance, démiurgique, qui pose qu'il *faut* faire tout ce que l'on *peut* faire, enfermant toute éthique dans une pure technologie, est d'autant plus dangereuse que le principe de la convergence de différentes technologies « vise à leur non-maîtrise. L'ingénieur de demain ne sera pas un apprenti sorcier par négligence ou incompetence, *mais par finalité* »⁸⁶⁹. Il n'y a plus anticipation d'une finalité mais nécessité immanente au Système : la technique s'accroît sans souci de finalité extérieure, elle expérimente tout le possible. On l'observe bien en constatant que, très souvent, les besoins apparaissent après les moyens de les satisfaire : comme si, insidieusement le désir devenait besoin. « Puisqu'on peut maintenant mettre en place de plus en plus facilement une prothèse de hanche et puisque je ne *désire* plus ressentir la moindre gêne lorsque je cours mes quinze kilomètres par jour, c'est donc, Docteur, que j'ai *besoin* de cette opération », affirme un peu naïvement le malade refusant d'accepter tout à la fois de diminuer sa course et d'envisager qu'une prothèse de hanche n'est au mieux qu'un pis-aller. Et qu'en serait-il de demandes tout à fait démesurées comme celle de l'implantation d'une jambe ionique ou, pourquoi pas, d'un troisième œil dans le dos ? On est alors dans l'illusion : « l'artifice n'a rien à voir avec ce qui *génère*, mais avec ce qui *altère* la réalité. Il est la puissance de l'illusion »⁸⁷⁰. Lorsque Hans Jonas nous rappelle à la responsabilité que nous renvoie notre humanité, il insiste sur cette nouvelle réalité qui fait qu'aujourd'hui nous ne pouvons plus nous retrancher derrière notre ignorance : « nous savons, mais nous n'arrivons pas à croire ce que nous savons »⁸⁷¹.

Il est d'ailleurs significatif que le fondateur de l'épistémologie moderne, Descartes, ait déjà rêvé à semblables utopies que permettrait la science, grâce :

« ...à des connaissances qui soient fort utiles à la vie, et qu'au lieu de cette philosophie spéculative qu'on enseigne dans les écoles, on peut en trouver une pratique [...] et ainsi nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature. Ce qui n'est pas seulement à désirer pour l'invention d'une *infinité d'artifices* [...] mais principalement aussi pour la conservation de la *santé* »⁸⁷².

Liant l'avenir de la santé à l'artifice, l'ancien élève de la Flèche, évoquant avant l'heure certaines idées transhumanistes, insiste encore sur l'apport de la science à la médecine, et sur l'espoir qu'on pourra alors y mettre : « tout ce qu'on y sait n'est

⁸⁶⁹ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 83.

⁸⁷⁰ Jean Baudrillard, *La transparence du mal*, op. cit., p. 59. C'est nous qui soulignons.

⁸⁷¹ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 77.

⁸⁷² René Descartes, *Le discours de la méthode, VI partie*, op. cit., p. 81. C'est nous qui soulignons.

presque rien à comparaison de ce qui reste à y savoir et qu'on se pourrait exempter d'une *infinité de maladies*, tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la *vieillesse* »⁸⁷³. Dans sa *Nouvelle Atlantide*, Francis Bacon avait auparavant établi le programme des « merveilles naturelles, surtout celles qui sont destinées à l'usage humain »⁸⁷⁴, où dans une liste à la Prévert il est question de prolonger la vie, de rendre la jeunesse, de guérir des maladies incurables, de transformer les traits, de fabriquer de nouvelles espèces, de produire des aliments nouveaux, jusqu'à de plus grands plaisirs pour les sens, etc.

Rien de nouveau sous le soleil. Les tenants du transhumanisme sont au même diapason. L'enjeu est pourtant l'existence même d'une nature humaine. Ainsi Jean-Pierre Dupuy⁸⁷⁵, plutôt que de risques, y voit cinq types d'effets : ontologiques, épistémiques, éthiques, métaphysiques et anthropologiques.

Les effets induits par le transhumanisme

Les effets sur le rapport à la nature consistent à « naturaliser l'esprit » ce qui se confond avec sa mécanisation, puisqu'il est établi une fois pour toutes que « les principes d'organisation supposés être communs à tout ce qui existe dans l'univers sont des principes mécanistes »⁸⁷⁶. La chirurgie orthopédique n'y échappe pas. Elle a toujours été très friande de mots qui, en voulant rappeler les lois physiques de la mécanique, sont toujours enrobés d'une connotation biologique, tel celui de « biomécanique articulaire ». C'est ici surprenant car de deux choses l'une. Soit les lois de la mécanique ne peuvent s'appliquer au fonctionnement des articulations et autant supprimer le terme, soit elles le peuvent et le préfixe « bio » n'a aucun sens. En réalité ces lois n'ont rien de mécaniques⁸⁷⁷, ce ne sont que des approximations et penser l'orthopédie comme une science exacte est une double ineptie parce que ce n'est pas une science et qu'elle n'est pas exacte (comme reproductible et vérifiable). Le corps humain n'est décidément pas une machine.

Les effets de l'approche transhumaniste sur la connaissance renversent le postulat formulé par Jean-Baptiste Vico au XVII^e siècle : « nous ne pouvons connaître

⁸⁷³ René Descartes, *Le discours de la méthode*, VI partie, *op. cit.*, p. 81.

⁸⁷⁴ Francis Bacon, *La nouvelle Atlantide*, (1628), Paris, Payot, 1983.

⁸⁷⁵ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, *op. cit.*, p. 88-104.

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 88.

⁸⁷⁷ Ni même aucun caractère véritablement scientifique. Ainsi de la balance de Pauwels qui est sensée modéliser l'équilibre du bassin et des membres inférieurs lors de la marche, à partir d'équations mathématiques. Il s'agit beaucoup plus de déductions médicales à partir d'observations cliniques (de boiteries) avec tout leur côté relatif, que d'une véritable construction scientifique.

pour vrai que ce que nous avons fait » (*verum et factum convertum*), qui rendait l'homme humble devant Dieu, pour décréter que la nature connaissable est celle que nous avons – que nous *aurons* – faite. *Idem* pour le corps de l'homme dont ne sera vrai que ce que nous y aurions rajouté ou modifié. Autant alors tout refaire pour avoir un *vrai* homme. C'est le double épistémologique de Descartes.

Les effets éthiques sont la conséquence du traitement de la nature comme un artefact. Dans cette nature artificielle, totalement désacralisée, il n'existe plus de limite morale, puisque le concept même de transgression n'a plus de sens : « c'est l'idée même d'une extériorité, d'une altérité qui perd tout sens »⁸⁷⁸. L'autonomie kantienne elle-même semble battue en brèche puisque l'absence de limite est absolue : l'homme de l'avenir n'a pas à se contraindre par quelque loi, serait-elle celle qu'il se donne à lui-même. En chirurgie, il n'y a plus à tenir compte d'aucune limite *morale* à la transformation de l'homme selon son désir. L'homme pourtant n'échappe pas à l'extériorité, d'où le caractère quasi religieux du transhumanisme et dans le fond l'excuse que pourrait donner de ses excès un chirurgien sans conscience morale – se peut-il ? – : « Je *crois* en la modification possible et salutaire de ce patient, selon ses désirs. Je suis un fervent *adepte* de la transformation de l'homme qui contribuera à son bien-être ». Faute de l'Etre suprême, c'est de l'Homme suprême qu'on honore le culte.

Les effets métaphysiques sont la conséquence des « métaphores mécanistes et informationnelles »⁸⁷⁹ sur laquelle sont bâties nombre de sciences actuelles. Or leur efficacité brouille le caractère non scientifique de ces métaphores et finit par les faire croire vraies. On peut ainsi croire fermement, nous l'avons longuement vu, que le corps n'est qu'un amas d'organes, puis une machine, comme le cerveau un ordinateur et l'ensemble des membres et des articulations un « complexe biomécanique équilibré ». Et progressivement on finit par « réduire à néant la *différence* que le phénomène vivant introduit dans le monde matériel »⁸⁸⁰. Puisque nous ne sommes constitués que d'azote, de carbone, d'oxygène et d'hydrogène, il n'y a pas réellement de différence entre un homme et une matière : remplaçons donc progressivement ce qui nous constitue par des machines cybernétiques beaucoup plus efficaces. Quant à la création d'une cellule artificielle vivante, grâce à un ADN artificiellement fabriqué, il ne s'agit plus de science-fiction. La distinction entre la vie et la mort semble s'estomper puisque la vie

⁸⁷⁸ J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 96.

⁸⁷⁹ *Ibid.*, p. 97.

⁸⁸⁰ *Ibid.*, p. 98.

n'est conçue qu'à partir de ses manifestations connaissables scientifiquement. Oubliant que « ce qui distinguera toujours le fonctionnement de l'homme et de celui des machines, même les plus intelligentes, c'est l'ivresse de fonctionner, le plaisir [...], le plaisir d'être homme »⁸⁸¹. Aucune machine ne saurait être *vivante*.

Enfin les derniers et plus dangereux effets de l'idéologie transhumaniste portent sur la condition humaine elle-même.

« Cet homme du futur que les savants produiront [...] paraît en proie à la révolte contre l'existence humaine telle qu'elle est donnée, cadeau venu de nulle part (laïquement parlant) et qu'il veut pour ainsi dire échanger contre un ouvrage de ses propres mains »⁸⁸².

Dans cette vision futuriste de l'avenir de l'homme, Hannah Arendt résume l'essentiel : le refus de sa condition. Kurzweil écrit lui, de nos jours : « Je vois la maladie et la mort à n'importe quel âge, comme des problèmes à résoudre »⁸⁸³. Or nier, ici de manière aussi radicale, toute contingence et toute condition véritablement humaine, c'est, comme le dit Camus, refuser de chercher à donner du *sens* à une vie *a priori* – mais seulement *a priori* – absurde. C'est la quête du sens, nous l'avons vu à propos de la démesure et de la barbarie, qui fait de la vie d'un homme une vie humaine. Chercher – vainement sans doute – à régler tous ces problèmes dans une grande machinerie techno-scientifique qui deviendrait le salut d'une humanité rétrograde, c'est prendre le risque de la perte de tout *sens*. Nous avons montré comme ce risque existe en chirurgie, d'autant que tous les ingrédients y sont réunis pour permettre au chirurgien de se prendre pour Dieu. Or aucune modification corporelle de l'homme ne pourra changer sa caractéristique *essentielle* qui est d'être le seul être moral sur terre.

Dans ces conditions on peut dire que la modification de l'homme par voie technoscientifique ne peut en rien changer sa nature. Comme si les transformations physiques ne sauraient aboutir à des transformations morales.

« Evitons tout malentendu : la *condition* humaine ne s'identifie pas à la *nature* humaine, et la somme des activités et des facultés humaines qui correspondent à la condition humaine, ne constitue rien de ce qu'on peut appeler nature humaine »⁸⁸⁴.

⁸⁸¹ Jean Baudrillard, *La transparence du mal*, op. cit., p. 60. C'est nous qui soulignons.

⁸⁸² Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, Agora, 1994, p. 35.

⁸⁸³ Ray Kurzweil, Terry Grossman, *Fantastic Voyage. Life Long Enough To Live Forever*, Rodale Press, 2004, 4^e de couverture, (trad. J.-P. Dupuy, *La marque du sacré*, op. cit., p. 103).

⁸⁸⁴ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p.44.

Mais il demeure un risque majeur : celui de légitimer des pratiques attentatoires à la dignité humaine dont l'oubli du caractère sacré de l'homme et, pour ce qui nous concerne ici, de la chirurgie, font le lit d'une « imagination gorgée de désir ». C'est alors beaucoup plus le danger de l'extra médicalité qui guette le chirurgien. Son éthique doit lui rendre le corps humain inviolable en dehors d'une nécessité médicale que la société moderne « désacralisée » peut rendre de plus en plus floue. Il doit encore rester conscient du caractère sacré de son geste qui ne saurait être une fin en soi, mais seulement un moyen – parmi bien d'autres – de « remédier » à la nature lorsqu'elle est défaillante. L'homme n'est pas une « simple créature terrestre » et le besoin d'extériorité, de transcendance, n'est pas une construction humaine pour se protéger d'on ne sait quoi, c'est une réalité en même temps qu'une nécessité :

« La science moderne doit ses plus grandes victoires à sa décision de considérer et de traiter la *nature terrestre* d'un point de vue véritablement universel, c'est-à-dire d'un point d'appui digne d'Archimède, choisi volontairement et explicitement *hors de la Terre* »⁸⁸⁵.

⁸⁸⁵ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p.46. C'est nous qui soulignons.

CONCLUSION

« Ce n'est qu'à partir de l'essence du sacré qu'est à penser l'essence de la divinité [...]. Comment l'homme de l'histoire présente du monde peut-il seulement se demander avec sérieux et rigueur si le dieu s'approche ou s'il se retire, quand cet homme omet d'engager d'abord sa pensée dans la dimension en laquelle seule cette question peut être posée ? Cette *dimension est celle du sacré*, qui déjà même comme dimension reste fermée, tant que l'ouvert de l'Être n'est pas éclairci et n'est pas proche de *l'homme dans son éclaircie* »⁸⁸⁶.

Nier la dimension du sacré à propos de l'homme, c'est passer à côté de l'essentiel et risquer de se perdre dans le superficiel. C'est nier toute idée de transcendance, et par rebond s'éloigner de l'homme pour rester dans l'ontique. C'est pourtant bien fréquent. Ainsi lors d'un débat organisé à propos de l'importance du questionnement éthique en chirurgie, avec des participants qui tous n'avaient pas une activité de soin, un intervenant non médecin interrompit brutalement la séance. Il fit remarquer que la réflexion éthique était un vœu pieux puisque les choses n'étaient pas telles qu'on voudrait qu'elles fussent et que Don Quichotte lui-même n'y pourrait rien changer. Les chirurgiens, selon lui, n'avaient que faire de transcendance, de sacralité ou de responsabilité morale : ils n'étaient motivés que par la performance technique, leur réputation, voire le profit, ou les trois réunis. D'autant que réputation ou profit, selon lui, étaient directement, et de plus en plus, proportionnels à la seule qualité technique du geste chirurgical. Tout le reste n'était que littérature et *bien faire* devrait donc suffire et permettre de régler tous les problèmes, naïvement considérés comme éthiques, y compris la question de la relation avec le patient. Il contestait même l'importance exagérée que l'on attachait à cette relation : il n'attendait d'un praticien que la

⁸⁸⁶ Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV, op. cit.*, p. 112. C'est nous qui soulignons.

performance et rien d'autre. Quand à évoquer ici une quelconque notion de sacré, cela, affirmait-il, devenait pure spéculation sans *intérêt*.

Voilà clairement admettre que sans une cause efficiente valide – un *intérêt* au sens d'une simple utilité – aucun débat ne pouvait servir à quoique ce soit et qu'ici, en matière de chirurgie, il ne saurait y avoir d'autre finalité que la pure technicité.

Il n'est bien sûr pas question, nous l'avons dit, de moralisation, mais persuadés du contraire il nous fallut reprendre l'argumentation et creuser encore plus profond les raisons qui permettent de contester de telles affirmations. Non pas que pour un chirurgien il faille *mal faire*, tout au contraire, mais que le bien faire technique pur est insuffisant à faire du bien au patient – y compris à notre contradicteur, ne lui déplaise –, c'est-à-dire en conséquence, insuffisant à établir une relation apaisée d'abord, mais surtout insuffisant à rendre compte de la spécificité de l'action chirurgicale.

L'action chirurgicale est spécifique

Alors quelles sont ces raisons ? Qu'est-ce qui, au terme de notre réflexion, puisse nous conforter dans cette idée que la chirurgie est plus que l'acte chirurgical lui-même – acte qui pourtant recèle déjà une dimension sacrée – et que son champ d'application est véritablement une personne humaine – personne humaine liée à son corps comme la vue l'est à l'œil – dont le caractère sacré, là encore, permet de donner à cette action les limites qui, seules, peuvent la préserver de toute atteinte « profanatoire » ?

D'évidence il faut convenir qu'il y a un enchevêtrement complexe de causes, de conséquences, de valeurs et d'intuitions, qui apparaissent lorsque l'on questionne ainsi sur l'action chirurgicale. Trois éléments au moins nous ont pourtant semblés incontestables à l'issue de notre questionnement.

Tout d'abord la relation intime, nécessaire, que cette action entretient avec une *personne humaine*, ce qui la caractérise fondamentalement comme une action morale. Et c'est bien parce qu'elle est morale que l'action chirurgicale implique, pour le chirurgien, une responsabilité qui va bien au-delà de son geste sur un corps, puisque ce corps est *humain* et qu'il impose le respect de la personne qu'il *est*. D'ailleurs, bien plus qu'humain, ce qui reviendrait à rajouter une caractéristique à un corps déjà-là, il faut

convenir que le corps est « nécessairement quelque chose de transcendant »⁸⁸⁷ et qu'il est véritablement subjectif, consubstantiel à la personne humaine.

La cause efficiente ensuite de l'action chirurgicale est, parmi toutes les « opérations » de la médecine en général, celle de l'acte *d'inter-venir*, dont nous avons longuement vu qu'il est en relation immédiate avec le corps humain lui aussi – dans sa *chair* – et avec le *sang*, réalités qui en font un acte profondément sacré dans les deux sens du terme : transcendant et sacrificiel. Toutes les tentatives pour banaliser ce geste – et elles sont nombreuses – se heurteront toujours à la dimension transgressive de l'acte chirurgical, en même temps qu'à l'agression qui lui est intrinsèquement attachée. Le refus de ces deux évidences va de pair avec la banalisation du champ de cet acte, c'est-à-dire le corps d'un homme. Corps *de* l'homme qu'on ne parvient donc qu'avec grande difficulté, à ne pas dissocier véritablement de *qui* il serait le corps puisque notre entendement cherche sans cesse à le ramener à une pure matérialité.

« Le corps est généralement un concept négatif qui fait obstacle au discours philosophique en ceci qu'il trouble la rationalité du *logos* »⁸⁸⁸.

Claude Bruaire évoquait ici une menace, nichée dans l'affirmation du principe que « ce qui ne se manifeste pas n'existe pas »⁸⁸⁹, menace qui se fonde sur le refus d'admettre « qu'il y a en l'homme, *réellement, ontologiquement*, quelque chose de tout autre que le "paquet de chair et d'os" »⁸⁹⁰. Or la manifestation première d'un corps est d'abord bien celle d'un amas d'organes, de peau, de muscles et d'os. Les conséquences pourtant, qu'implique le refus de dépasser cette impression trompeuse, sont majeures pour un chirurgien puisqu'elles vont contribuer à le dissocier totalement, et de son acte, et du champ de celui-ci, c'est-à-dire à faire perdre tout *sens* à son action⁸⁹¹.

D'autant que le troisième élément de cette action, sa véritable finalité, comme dans un retour sur elle-même, semble consister à *faire du bien* à cette personne humaine, plus que d'en sacraliser à l'excès la vie. Sacralisation de la vie qui alors, idéalisée, lissée de toutes les contingences qui en font une vie véritablement humaine, se transformerait en un culte « idolâtre ». Et c'est en définitive la prise en charge de cette

⁸⁸⁷ Michel Henry, *Philosophie et phénoménologie du corps*, op. cit., p. 43. (Cf. supra, p. 213).

⁸⁸⁸ Jean-Marie Brohm, *Philosophies du corps : quel corps ?*, in *Encyclopédie Philosophique Universelle*, op. cit., p. 397.

⁸⁸⁹ Claude Bruaire, *L'être et l'esprit*, Paris, PUF, 1983, p.35.

⁸⁹⁰ Gildas Richard, « Le don de l'être. Aperçu de la pensée de Claude Bruaire », in *Invitation à la philosophie*, Paris, en ligne, 2010.

⁸⁹¹ Tout le long de ce travail nous avons considéré l'acte chirurgical – « l'intervention » – comme une des parties de l'action chirurgicale (à côté du choix de l'indication chirurgicale et du suivi du patient).

personne dans son *pouvoir-être* au monde qui fait l'indispensable liaison entre le caractère moral de l'action chirurgicale et sa sacralité, puisque c'est bien le champ de l'acte chirurgical – le corps de l'homme, « l'homme-corps » – plus que sa vie, qui apparaît comme sacré. Là encore il faut dénoncer les dérives qu'entraînerait l'oubli de cette finalité. En particulier le risque de toute-puissance qui guette le chirurgien focalisé sur la réparation « à tout prix » de la moindre déformation, anomalie, *anormalité*, qui s'exposerait à l'efficacité de son bistouri. Tel Dieu, il pourrait alors se croire créateur de son opéré jusqu'à s'abandonner au désir de le faire *mieux* qu'un homme, apportant la pierre chirurgicale au temple du transhumanisme.

« Les dons que nous n'avons pas, les handicaps, les infirmités, les déficiences et les limites de tous ordres qui sont les nôtres, comment pourrions nous les accepter, en nous et chez les autres, avec humilité, s'ils auraient dû ne pas être, s'ils devaient un jour être perçus comme le résultat d'un programme défaillant ? »⁸⁹².

Les critiques qu'amène cette spécificité

Car en effet ces deux constatations : l'action chirurgicale est nécessairement une action morale d'une part, et elle recèle un caractère sacré d'autre part, vont tout naturellement susciter les plus grandes critiques. Mais du même coup ces critiques doivent permettre une saine réaction.

Nier sa dimension morale, ce serait considérer, nous l'avons établi, que seule la technicité de l'acte chirurgical compterait et qu'en outre – puisque le chirurgien ne serait concerné *que* par la technique – il perdrait toute sa liberté, n'ayant d'autre responsabilité que d'appliquer des recettes. Serait-il alors concevable pour nos détracteurs, qu'un chirurgien, se placerait-il hors de toute considération morale, puisse ne pas être libre ? D'autant que dès lors qu'il choisirait de s'exonérer de sa responsabilité morale, à l'instant même qu'il ferait ce choix, il s'affirmerait libre puisque « la liberté n'est rien d'autre qu'un choix qui se crée ses propres possibilités »⁸⁹³. C'est dire que s'il l'est – ou du moins s'il vise à l'être –, il sera nécessairement concerné par cette dimension morale, d'autant plus qu'être libre est la

⁸⁹² Michel Terestchenko, « Accepter le donné, maîtriser le vivant ? Brèves réflexions sur l'esprit de la biotechnologie », in *L'humain, nature et artifices*, op. cit., p. 97.

⁸⁹³ J.-P. Sartre, *L'être et le néant*, op. cit., p. 612. Encore que nous pouvons contester l'idée sartrienne que c'est l'homme qui « se crée ses propres possibilités » puisque alors il pourrait s'affirmer sans limite et en effet se prendre pour Dieu « valeur et but suprême de la transcendance [...], limite permanente à partir de laquelle l'homme se fait annoncer ce qu'il est » (*Ibid.*, p. 612). Cf. infra p. 356.

seule possibilité d'agir moralement. Il faut donc admettre que le chirurgien doit impérativement veiller à rester toujours libre, autant dans sa possibilité et sa volonté de faire, que dans l'aboutissement de sa délibération, c'est-à-dire dans sa décision, puisque nécessairement celles-ci – possibilité, volonté et décision – concernent un autre être humain. Mais cette liberté qui ne consiste précisément pas à faire n'importe quoi, est contrainte. Castoriadis, citant la phrase de Thucydide « Il faut choisir : se reposer ou être libre »⁸⁹⁴, affirmait que la liberté « est une activité, qui, en même temps, s'autolimité, c'est-à-dire sait qu'elle *peut* tout faire, mais qu'elle ne *doit* pas tout faire »⁸⁹⁵.

Là est la véritable autonomie du chirurgien, comme loi qu'il se donne à lui-même, appuyée sur une raison qui parvienne à se détacher de la pure raison scientifique pour s'ouvrir à la raison pratique. Cette dimension est totalement étrangère au garagiste qui ne s'occupe que d'un moteur, comme au vétérinaire qui ne traite que des animaux⁸⁹⁶. C'est encore et toujours insister sur l'irréductible responsabilité du chirurgien, cette responsabilité morale dont nous avons essayé de retrouver la spécificité, plus lourde sans doute que celle de son confrère clinicien, puisqu'à l'obligation de soulager son patient, se rajoute chez lui, la « violence » inhérente à son geste et la transgression qu'il véhicule. Cette responsabilité qui est « obligation », quoiqu'on en dise, reste souvent si lourde à porter qu'il semble paradoxalement tentant de s'en débarrasser. Or il n'y a, pour s'alléger d'un tel fardeau, que deux manières. La première, radicale, consiste à supprimer l'objet de cette responsabilité : Levinas parle ici du meurtre, nous parlerions plus prosaïquement en chirurgie du mépris, de l'indifférence, comme la négation de toute transcendance chez le patient, de tout mystère, et donc de l'exonération – illusoire pourtant – de tout le respect « chirurgical » qu'implique sa personne. La seconde, qui dans le fond consiste pareillement à vouloir « supprimer »⁸⁹⁷ le patient comme Abel le ferait de l'œil de son frère, cherche à ne plus

⁸⁹⁴ Thucydide, *La guerre du Péloponèse*, Paris, Charpentier, trad. C. Zevort, 1883, (BNF – Gallica – Ed. numérisées).

⁸⁹⁵ Cornélius Castoriadis, *Post-scriptum sur l'insignifiance*, (entretiens recueillis par D. Mermet), La Tour d'Aigues, Ed. de l'Aube, 1998.

⁸⁹⁶ Ce qui ne veut pas dire qu'aucun vétérinaire ne ressentirait jamais la moindre responsabilité vis-à-vis de l'animal qu'il soigne, mais que cette responsabilité ne peut pas être du même ordre que celle qui « oblige » devant un être humain. Cela sans cautionner, en aucune manière, la maltraitance envers les animaux, avec lesquels nous avons une *communauté* de vie, mais communauté seule et non *identité* : « Il y a des êtres transcendants à d'autres, ce qui n'empêche pas une forme de communauté » (Frédérique Ildefonse, in « Un sillage sans bateau : une rencontre avec E. de Fontenay », Vacarme 11, Paris, printemps 2010).

⁸⁹⁷ Il s'agit bien sûr d'une volonté de suppression « morale » et non physique.

avoir de comptes à rendre à son malade – à ne plus avoir de comptes à rendre à *personne* – ce qui consiste de fait à se prendre pour Dieu⁸⁹⁸. Plus fréquente, parce que peut-être plus facile, cette seconde attitude d'évitement de toute responsabilité morale est encore plus subtile, moins visible, mais tout autant dangereuse en ce qu'elle aboutit à perdre toute limite.

« On est entrés dans une époque d'illimitation dans tous les domaines et c'est en cela que nous avons un désir d'infini [...]. Une société montre son degré de civilisation par sa capacité de s'autolimiter »⁸⁹⁹.

D'autant que ne pas reconnaître ensuite la dimension sacrée qui accompagne l'action chirurgicale, c'est d'abord désacraliser la personne humaine, donc son corps, et la *dés-humaniser* dans une objectivation permanente et coupable, mais c'est encore désacraliser le geste même d'intervenir sur cette personne et s'abandonner là aussi à la démesure. Il est bien sûr difficile, dans une pure rationalité scientifique, d'admettre que le corps qui est la personne recèle du sacré, mais c'est précisément cette difficulté qui l'atteste : le sacré ne se donne à voir que si l'on engage « d'abord sa pensée dans la dimension en laquelle seule cette question peut être posée »⁹⁰⁰.

Ne faut-il pas admettre enfin que ces deux impératifs – l'action chirurgicale est nécessairement morale et l'acte chirurgical est imprégné de sacralité – sont intriqués et complémentaires ? Ainsi tout discours qui ne poserait que la sempiternelle alternative : n'être que techniquement performant ou bien n'être qu'humain, serait profondément réducteur et conforterait nos détracteurs dans un manichéisme simpliste mais, hélas, tragiquement efficace. Car d'évidence la cause efficiente seule l'emporterait, faisant fi de toute finalité et enfermerait alors la chirurgie – et par nature elle s'y prête fort bien – dans le Système techno-scientifique. Débarrassant cette action de tous les oripeaux d'une moralité alors considérée comme rétrograde et dépassée, ne risquerait-elle pas de justifier et de pérenniser son passage vers l'extra-chirurgicalité où elle retrouverait un ersatz de finalité dans sa propre technicité ? Jacques Ellul, on s'en souvient, l'avait prédit qui annonçait que la Technique n'a d'autre finalité qu'elle-même. Et, comme par une étonnante « ruse de la raison », une nouvelle religiosité apparaîtrait qui déifierait

⁸⁹⁸ Lorsque J.-P. Sartre écrit : « Etre homme c'est tendre à être Dieu ; ou si l'on préfère, l'homme est fondamentalement désir d'être Dieu » (*L'Etre et le néant, op. cit.*, p. 612), il reprend en quelque sorte la thèse de Feuerbach proclamant qu'il y a en l'homme une puissance telle que son désir d'être Dieu ne serait qu'une objectivation de sa subjectivité dans une « auto-transcendance ». Mais c'est considérer que l'homme serait sans limite et qu'il pourrait tout faire : nous en avons évoqué les conséquences en matière de chirurgie.

⁸⁹⁹ Cornelius Castoriadis, *Post-scriptum sur l'insignifiance, op. cit.*

⁹⁰⁰ Martin Heidegger, Lettre sur l'humanisme, in *Questions III et IV, op. cit.*, p. 112. Cf. supra, p. 352.

l'agent technique – ici le chirurgien – en idolâtrant la vie, comme nous l'avons vu, mais dans son unique dimension hédoniste, seule accessible à la connaissance et aux prises de la technique⁹⁰¹. C'est-à-dire ici que seules compteraient les possibilités offertes par les progrès techniques au geste chirurgical sur un corps (qui n'aurait bientôt plus rien d'*humain*) et qu'il faudrait occulter de la vie toute sa dimension de mystère en refusant de chercher à la comprendre. Ce qui signifie qu'il y a en l'homme une dimension « toute autre » qui empêche de réduire sa réalité effective aux caractéristiques ou aux capacités qui ne sont que de l'ordre du relatif, du variable, du contingent. Or cette dimension, qui concerne totalement le chirurgien et son bistouri, est *spirituelle*.

« Seule la présence en l'homme de la réalité ontologique d'une *dimension spirituelle*, irréductible à ses manifestations comme à toute particularité physique, psychologique ou sociale, appelle et justifie la formulation de prescriptions et d'interdictions radicales, absolues »⁹⁰².

La chirurgie est concernée par la dimension spirituelle de l'homme

En définitive il faut affirmer que le chirurgien, de par son rôle au sein de tout « l'arsenal thérapeutique » visant à soulager l'homme des maux physiques qui peuvent l'atteindre, et de par la spécificité même de son « opérer », est en toute première ligne pour constater « l'incommensurabilité de l'homme à la simple vie matérielle ou psychologique »⁹⁰³. Il a donc mission de protéger cet être, inaccessible à la mesure, des dérives de son *opérer* de chirurgien puisque la spécificité de cette action – sanglante – peut la rendre dangereuse. On voit ici combien la chirurgie elle-même ne peut pas ne pas être concernée par la réflexion philosophique, puisqu'il s'agit bien de la question de « la théorie du réel »⁹⁰⁴. Si, en tant que chirurgien, je ne me pose pas cette triple question de chercher à comprendre d'abord quelle est l'essence de mon *opérer*, en quoi consiste vraiment ce corps humain, ensuite, que je vais ouvrir, et que représente enfin mon geste « chirurgical », alors je risque de rester dans l'objectivation de ce réel et, passant à côté de l'essentiel, de me considérer exempt de toute limite et de toute responsabilité. La chirurgie ne saurait être considérée comme une simple fabrication.

⁹⁰¹ Ce que remarquait Heidegger lorsqu'il dénonçait l'importance prise par la causalité dans notre monde trop technique : « Dieu lui-même est représenté dans la théologie, non dans la foi, comme *causa prima*, comme la première cause » (Science et méditation, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 50).

⁹⁰² Gildas Richard, op. cit. C'est nous qui soulignons.

⁹⁰³ *Ibid.*

⁹⁰⁴ Martin Heidegger, Science et méditation, in *Essais et conférences*, op. cit., p. 51.

Le sacré rend son objet inviolable, c'est-à-dire qu'il fixe des limites à ce que l'on peut en faire, nonobstant les possibilités qui s'offrent. Dépasser ces limites correspond à la tentation de la démesure, qui ouvre imperceptiblement à la barbarie. Il y a du sacré dans la chirurgie, le nier – se *prendre* pour Dieu – n'est-ce pas obéir qu'aux seules possibilités offertes par le développement de l'appareil techno-scientifique technique au service de l'*acte* opératoire et risquer la perte du sens de l'*action* chirurgicale – comme une sorte de barbarie ?

Nul besoin de se prendre pour Dieu pour continuer d'essayer de soulager et de guérir grâce à ce prodigieux moyen que représente la chirurgie : la tâche reste grande.

« Notre monde si complètement "détabouisé" doit dresser volontairement de nouveaux tabous eu égard à ses nouveaux types de pouvoir. Nous devons savoir que nous avons osé nous avancer loin, et apprendre de nouveau à savoir qu'il y a une *limite*. Cette limite commence par l'intégrité de l'image de l'homme qui devrait être pour nous *inviolable*. [...] Nous devons de nouveau apprendre la crainte et le tremblement et, même sans Dieu, la crainte du *sacré*. De ce côté de la limite que le sacré fixe, il reste suffisamment de tâches »⁹⁰⁵.

⁹⁰⁵ Hans Jonas, *L'art médical et la responsabilité humaine*, trad. E. Pommier, Paris, Editions du cerf, 2012, p. 76. C'est nous qui soulignons.

BIBLIOGRAPHIE

I – OUVRAGES CITES

(Seul le nom de l'auteur principal est écrit en caractères gras)

Ameisen Jean-Claude, Berche P., Brohard Y., *Une histoire de la médecine ou le souffle d'Hippocrate*, Paris, Editions de la Martinière, Université Paris-Descartes, 2011.

Andrieu Bernard :

- *L'invention du cerveau*, Paris, Press Pocket, 2002.
- *Philosophie du corps*, (textes réunis par), Paris, Vrin, 2010.

Arasse Daniel, *L'homme en perspective*, Paris, Ed. Hazan, 2008.

Arendt Hannah :

- *Condition de l'homme moderne*, Paris, Pocket, "Agora", 1994.
- *Eichmann à Jérusalem, rapport sur la banalité du mal*, Paris, Gallimard, "Folio histoire", 1991.
- *La crise de la culture*, Paris, "Folio Essais", 2006.

Pindare, *Aristote, Œuvres complètes*, trad.Savignac, Paris, Minos, "La différence", 2004.

Aristote

- *De l'âme*, Paris, Garnier Flammarion, trad. R. Bodéüs, 1993.
- *Ethique à Nicomaque*, Paris, Garnier-Flammarion, trad. R. Bodéüs, 2004.
- *Métaphysique*, Paris, Vrin, trad. Tricot, 1974.
- *Parties des animaux*, Paris, Les belles lettres, trad. P. Louis.

Aubenque Pierre :

- *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, "Quadrige", 2004.

Augustin :

- *Confessions*, (Livre VI), trad. Moreau (1864).
- *La Cité de Dieu*, (Livre XX).

Bacon Francis, *La Nouvelle Atlantide (1628)*, Paris, Payot, 1983.

Balmary Marie (dir.), *Le sacré, cet obscur objet du désir ?*, Paris, Albin Michel, 2009.

Bauby Jean-Dominique, *Le scaphandre et le papillon*, Paris, Robert Laffont, 1997.

Baud Jean-Pierre, *L'affaire de la main volée, une histoire juridique du corps*, Paris, Seuil, 1993.

Baudrillard Jean, *La transparence du mal, Essai sur les phénomènes extrêmes*, Paris, Galilée, 1994.

Bergson Henri :

- *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Paris, PUF, "Quadrige", 2007.

- *La pensée et le mouvant (1934)*, Paris, PUF, 1975.

- *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF, 1948.

Berkeley, *Principes de la connaissance humaine*, Paris, Garnier-Flammarion, 1991.

Bernard Claude, *Introduction à la médecine expérimentale*, Paris, 1865.

Bichat Xavier :

- *Anatomie générale*, Paris, Brosson, 1812.

- *Recherches sur la vie et la mort*, I, Paris, 1800.

Boch Anne-Laure, *Médecine technique, médecine tragique*, Paris, Seli Arslan, 2009.

Bossuet Jean-Baptiste, *Sermon sur la mort*, Paris, 1662.

Boustani François, *La circulation du sang*, Paris, Ph. Rey Ed., 2007.

Boyer (Baron de), *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, Migneret, 1821.

Bruaire Claude :

- *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968.

- *L'être et l'esprit*, Paris, PUF, 1983.

Buitenjick F.-J.-J., *De la douleur*, Paris, PUF, 1951.

Caley David, *The River North of the Future. Testament of Ivan Illich*, Toronto, House of Anansi Press, trad. J.-P. Dupuy, 2005.

Camus Albert, *Le mythe de Sisyphe*, Paris, Folio, "Essais", 2007.

Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, "Quadrige", 2007.

Canto-Sperber Monique (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2004.

Castoriadis, Cornelius, *Post-scriptum sur l'insignifiance*, (entretiens recueillis par D. Mermet), La Tour d'Aigues, Ed. de l'Aube, 1998.

Celse, *De re medica*, VII.

Charbonneau Bernard, *Le Système et le chaos*, Paris, Economica, « Les classiques des sciences sociales », 2001.

Chastel Claude, Cénac A., *Histoire de la médecine, introduction à l'épistémologie*, Paris, Ellipse, "Sciences humaines", 1998.

Clowes William, *A Proved Practise For All Young Chirurgians*, Londres, 1591.

Hervé Christian, **Rosenberg Jacques** (dir.), *Vers la fin de l'homme*, Bruxelles, Ed. De Boeck, 2006.

Condorcet, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Paris, Flammarion, 1988.

Courtine Jean-Jacques, *Déchiffrer le corps, penser avec Foucault*, Paris, J. Million, 2011.

Debray Régis, *La genèse du sacré*, Paris, Gallimard, "Hors série connaissance", 2012.

De Chauliac Guy, *Chirurgia Magna*, Avignon, 1363.

De Fontenay Elisabeth, *Le silence des bêtes*, Paris, 1998.

De Fourmestreaux, *Histoire de la chirurgie française (1790-1920)*, Paris, Masson, Préface de J.-L. Faure, 1934.

De Mondeville Henri, *La Chirurgie*, Berlin, J.-L. Pagel, 1892.

Dejours Christophe, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA, "Science en question", 2008.

Delmar Henry, **Mattéi J.-F.**, *Philosophie de la chirurgie esthétique, une chirurgie nommée désirs*, Paris, Odile Jacob, 2011.

Delsol Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ?*, Paris, Cerf, "La nuit surveillée", 2008.

Descartes René :

- *Discours de la méthode (1637)*, Paris, Hatier, "Les classiques de la philosophie", 2004.
- *Œuvres de Descartes*, Paris, Ed. Adam et Tanery.
- *Méditations métaphysiques*, Paris, Nathan, 2006.
- *Règles pour la direction de l'esprit*, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 1997.

Dostoïevski, *Les frères Karamazov*, Paris, La pléiade, 1972.

Douglas Marie, *De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou* (1967), Paris, La découverte, "Poche", 2001.

Dupuy Jean-Pierre, *La marque du sacré*, Paris, Carnets Nord, 2009.

Durkheim Emile, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 6° Ed., 1979.

Edelman Bernard, *La personne en danger*, Paris, PUF, 1999.

Eliade Mircea :

- *Le sacré et le profane*, Paris, Gallimard, "Folio Essais", 2009.

- *Mythes, rêves et mystères* (1959), Paris, Gallimard, "Essais", 1972.

Ellul Jacques, *Le Système Technicien*, Paris, Le Cherche-midi, 1977.

Emerson Ralph Waldo, *Essai de philosophie américaine*, Paris, Charpentier, (N.-Y. Library), 1851.

Empédocle, *Poèmes*, in *Les présocratiques*, Paris, La Pléiade, 1998.

Engelhardt Tristram, *Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1986).

Eschyle, *Prométhée enchaîné*, trad. A. Pierron, Paris, Charpentier, 1870.

Faraboeuf, *La médecine opératoire*, Paris, 1881.

De Fourmestreaux, Jacques *Histoire de la chirurgie française (1790-1920)*, Paris, Masson, 1934.

Feuerbach Ludwig :

- *L'essence du christianisme*, Paris, Gallimard, "Tel", 2011.

- *Pensées sur la mort et l'immortalité* (1830), Paris, Cerf, 1991.

- *Pierre Bayle*, Berlin, Akademie Verlag, 1967.

Fiat Eric :

- *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*, Paris, Larousse, 2010.

Folscheid Dominique, B. Feuillet-Le Mintier, J.-F. Mattéi, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, "Thémis philosophie", 1997.

Foucault Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, "Quadrige", 2005.

Mattéi Jean-François (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, Paris, PUF, 2004.

Frappat Hélène, *La violence*, Paris, Garnier-Flammarion, "Corpus", 2000.

Froment A., *Maladie, donner un sens*, Paris, Archives contemporaines, 2001.

Gadamer Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, "La grande raison", 1998.

Gaius, *Institute, Livre II*, an 160.

Galilée, *L'Essayeur*, Paris, 1623.

Gambetta Diego (dir.), *Trust Making and Breaking Cooperative Relations*, New York, Blackwell, 1998.

Gauchet Marcel, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard, Folio "Essais", 2005.

Geoffroy Michel, *Patience et inquiétude*, Paris, Romillat, 2008.

Giono Jean, *Les cavaliers de l'orage*, Paris, Gallimard, Folio, 2007.

Girard René :

- *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, Paris, Grasset, Livre de poche, 2004.

- *La violence et le sacré*, Paris, Hachette, "Pluriels", 1998.

- *Les origines de la culture*, Paris, Hachette, "Pluriels", 2009.

Godart Elsa, *Edith Stein, ou l'amour de l'autre*, Paris, Editions de l'Œuvre, 2011.

Graftieux Jean-Pierre, *Le soignant et sa conscience*, Paris, Seli Arslan, 2011.

Halioua Bruno, *La médecine au temps des Hébreux*, Paris, Ed. Liana Levi, 2008

Harvey William, *De motu cordis et sanguinis*, Londres, 1616.

Havel Vaclav, *Essais politiques*, Paris, Calman-Levy, 1994.

Hegel :

- *Encyclopédie, I, Logique*, Paris, Vrin, trad. B. Bourgeois, 1979.

- *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Vrin, "Bibliothèque des textes philosophiques », 2006.

- *Principes de la philosophie du droit*, Paris, PUF, trad. J.-F. Kervéjan, "Quadrige", 1998.

Heidegger Martin :

- *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, "Tel", 2006.

- *Questions III et IV*, Paris, Gallimard, "Tel", 2008.

- *Œuvres complètes*, Francfort, Klostermann, 1988, t. 63.

Henry Michel :

- *L'incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.

- *Philosophie et phénoménologie du corps*, Paris, PUF, "Epithémée", 2001.

Héraclite, Fragments II.

Hersch Jeanne, *L'étonnement philosophique*, Paris, Gallimard, "Folio Essais", 1993.

Hervé C., *Ethique des pratiques en chirurgie*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Hésiode, *La Théogonie, Les travaux et les jours, et Fragments*, Paris, Livre de poche, 2009.

Hippocrate, *Les épidémies, I., Traité de la maladie sacrée*, Trad. Charles Daremberg, 1894.

Hobbes, *Elements of Law Natural and Politic*, Londres.

Homère, *Odyssée*, (Bruno Rémy dir.), Paris, Poche, 1987.

Horkheimer M., *Eclipse de la raison*, Paris, Payot, 1974.

Horkheimer M., Adorno Th., *La dialectique de la raison. Fragments philosophiques*, Paris, Gallimard, "Tel", 1983.

Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie*, Paris, Michalon, "Encre marine", 2006.

Hurtaut D., *Dictionnaire historique de la ville de Paris et ses environs, Tome I*, Paris, 1779.

Husserl Edmund, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, Paris, Gallimard, "Tel", 2004.

Illich Ivan, *La convivialité*, Paris, Seuil, "Essais points", 1973.

Jaspers Karl, *Origine et sens de l'histoire*, Paris, Plon, 1954.

Jerphagnon Lucien, *Les Dieux et les mots*, Paris, Tallandier, 2004.

Jonas Hans :

- *Le principe Responsabilité*, Paris, Flammarion, "Champs", 1990.

- *L'art médical et la responsabilité humaine*, trad. E. Pommier, Paris, Ed. du cerf, 2012.

Jonquet Thierry, *Mygale*, Paris, Poche, "Folio policier", 1999.

Kant Emmanuel :

- *Critique de la faculté de juger*, Paris, Vrin, trad. A. Philonenko, 1986.

- *Critique de la raison pratique*, Paris, PUF, "Quadrige", 7^e Ed., trad. F. Picavet, 2007.

- *Critique de la raison pure*, Paris, Garnier-Flammarion, trad. J. Barni, 1976.

- *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Livre de poche, 2007.

Kapp Ernest, *Principes d'une philosophie de la technique*, Paris, Vrin, 2007.

Keith Thomas, *Religion and Decline of magic*, Oxford University Press, 1971.

Kurzweill Ray, Terry Grossman, *Fantastic Voyage. Life Long Enough To Live Forever*, Rodale Press, trad. J.-P. Dupuy, 2004.

Kurzweill Ray, *The Singularity is Near: When Humans Transcend Biology*, Viking Press, trad. J.-D. Vincent, 2005.

Le Breton David :

- *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

- *La chair à vif*, Paris, Métailié, 1993.

- *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié, 2003.

Le Coz Pierre, *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007.

Le Goff Jacques, *Métiers licites et illicites dans l'occident médiéval*, Paris, Gallimard, 1977.

Legendre Pierre, *Vues éparses. Entretiens avec Philippe Petit*, Paris, Fayard, 2009.

Leriche René :

- *La chirurgie à l'ordre de la vie*, Paris, La presse française et étrangère, 1944.

- *Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951.

Levinas Emmanuel :

- *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Livre de poche, "Essais", 2006.

- *De l'évasion*, Montpellier, Fata Morgana, 1982.

- *Entre nous*, Paris, Grasset, Poche, 1993.

- *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, "Essai", 2002.

- *Totalité et infini, Essai sur l'extériorité*, Paris, Livre de poche, 1992.

Liogier Raphaël (dir.), *L'humain, nature et artifices*, Arles, Actes Sud, "La pensée de midi", 2010.

Locke, *Deuxième traité du gouvernement civil*, Paris, Vrin,.

Lodge David, *Un tout petit monde*, Paris, Rivages, Poche, 1992.

Lorenz Konrad, *L'agression*, Paris, Flammarion, trad. Fritsch, "Champs", 1969.

Lyotard Jean-François, *Phénoménologie*, Paris, PUF, 1974.

Maltz Maxwell, *New Faces, newFutures. Rebuilding Character with Plastic Surgery*, New York, R. R. Smith, 1936.

Marcel Gabriel, *Journal métaphysique (1927)*, Paris, Gallimard, 1997.

Marion Jean-Luc, *Etant donné, Essai d'une phénoménologie de la donation*, Paris, PUF, "Epithémée", 1997.

Marivaux, *Les fausses confidences*, Paris, Gallimard, "Folio théâtre", 2005.

Marzano Michela, *Penser le corps*, Paris, PUF, "Questions d'éthique", 2008.

Masquelet Alain-Charles (dir.), *Le corps relégué*, Paris, PUF, Cahiers du centre Canguilhem, 2007.

Mattéi Jean-François, *La barbarie intérieure, Essai sur l'im-monde moderne*, Paris, PUF, 1999.

Mattéi Jean-François (coord.), *Heidegger, l'énigme de l'être*, Paris, PUF, Débats, 2004.

Merleau-Ponty Maurice :

- *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.

- *Signes*, Paris, Gallimard, NRF, 1960.

Mouttet François, L'homme reconstruit, bilan et perspectives, in *Office de prospection en santé*, Paris, Les presses de Sciences-Po, Rapport 2008.

Naccache Lionel, *Le nouvel inconscient*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Nietzsche Frederich :

- *Généalogie de la morale*, Paris, Garnier-Flammarion, trad. E. Blondel, O. Hansen-Love, Th. Leydenhach, P. Péniisson, 1996.

- *Œuvres complètes*, trad. P. Klossowski, vol V, Paris, Gallimard, 1982.

Noël-Bourgois Soizic, *Le sens du sang: magie et rites au pays de la biotechnologie. Approche anthropologique à propos du don du sang dans le Gard*, Thèse sous dir. Daniel Vazeilles, Université Paul Valéry, Montpellier II, 2008.

Otto Rudolf, *Das Heilige*, Berlin, 1917.

Panofsky Erwin, *La perspective comme forme symbolique*, (1925), Paris, Ed. de minuit, 1975.

Parménide, *Fragments, (Les présocratiques)*, Paris, NRF, La Pléiade, 1988.

Anguis R., *Les pensées de Blaise Pascal*, Paris, Froment, 1823.

Pasquier Etienne, *Les recherches de la France*, Paris, 1560.

Patočka J. :

- *Liberté et sacrifices, Ecrits politiques*, Grenoble, J. Million, 1990.

- *Platon et l'Europe*, Lagrasse, Verdier, trad. E. Abrams, 1983.

Platon, *Œuvres complètes*, Luc Brisson, dir., Paris, Flammarion, 2008.

Popper Karl, *Un univers de propensions*, Cahors, Ed. de l'Eclat, "Tiré à part", 1992.

Portes Louis, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1964.

Pouchelle Marie-Christine, *L'hôpital corps et âme*, Paris, Seli Arslan, 2007.

Pouliquen Yves, *Le geste et l'esprit*, Paris, Odile Jacob, 2003.

Quesnay François, *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France*, Paris, C. Osmont, 1744.

Rameix Suzanne, *Les fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipse, 2007.

Regnault, J.-B., *Considérations sur l'état de la médecine*, Paris, 1818.

Revel Jean-François, *Histoire de la philosophie occidentale, de Thalès à Kant*, Paris, Agora, « Pocket », 2003.

Ricœur Paul :

- *A l'école de la phénoménologie*, Paris, Vrin, « Histoire de la philosophie – Poche », 2004.

- *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Gallimard, "Folios Essais", 2004.

- *Le conflit des interprétations, Essai d'herméneutique*, Paris, Seuil, 1969.

- *Lectures I, Autour du politique*, Paris, Seuil, "Points", 1999.

- *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, "Points", 1996.

- *Médecins tortionnaires, médecins résistants* (préface), Paris, La découverte, « Documents », Amnesty international, 1989.

Roudinesco Elisabeth, *Le patient, le thérapeute et l'Etat*, Paris, Fayard, 2004.

Sade (Marquis de), *La vérité*, Numérisation de T. Selva, en ligne.

Sapir E., *Anthropologie*, Paris, Ed. de minuit, 1967.

Sartre Jean-Paul :

- *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, "Tel", 1976.

- *Situations III*, Paris, Gallimard, 1949.

Scheller Max, *La pudeur*, Paris, Aubier, 1952.

Schiller F., *Lettres sur l'éducation esthétique de l'homme*, Paris, Lettre XVIII, 1795.

Schlogel Gilbert, *Les princes du sang*, Paris, Livre de poche, 1997.

Singer Peter, *Question d'éthique pratique*, Paris, Bayard, trad. fr., 1997.

Sofsky Wolfgang, *Traité de la violence*, Paris, Gallimard, trad. B. Lotholary, 1998.

Testart Jacques, *Des hommes probables*, Paris, Seuil, 1999.

Thucydide, *La guerre du Péloponèse*, Paris, Charpentier, trad. C. Zevort, 1883, BNF – Gallica – Ed. numérisées, 2010.

Tresmontant Claude, *Le problème de l'âme*, Paris, Seuil, 1971.

Valéry Paul, *Œuvres I*, Paris, Gallimard, "La Pléiade", 1957.

Vésale, *De corporis humani fabrica*, Bâle, 1543.

Vignaux Georges, *L'aventure du corps*, Paris, Pygmalion, 2008.

Von Weizäcker Victor, *Pathosophie*, Grenoble, Editions Jérôme Million, 2008.

Vons Jacqueline, *Mythologie et médecine*, Paris, Ellipse, 2001.

Wahl Jean, *Etudes kierkegaardiennes*, Paris, Aubier, 1938.

Weber Max, *Le savant et le politique (1919)*, Paris, UG Editions, "Le monde", 1963.

Ziskind Bernard, **Hallioua Bruno**, *La médecine au temps des Pharaons*, Paris, Ed. Liana Levi, 2008.

II - ARTICLES DE REVUES, PERIODIQUES

Bachoffner Pierre, "Médicaments humains, la loi, le droit et l'histoire", *in* Revue d'histoire de la pharmacie, 1994, N° 303, p. 485-488

Cortinovis Odile, "Le statut juridique du corps humain, entre personne et chose parmi les choses", *Lampe-tempête*, N° 2, Mars 2007.

Folscheid Dominique :

- "La médecine et ses mythes", *Ethique et santé*, 2008, N° 5.

- "L'homme et son corps", *Ethique, la vie en question*, Editions universitaires, N° 2, 1991.

Husson Jean-Louis, "Toute innovation en chirurgie est-elle source de progrès pour l'homme ?", Montpellier, Sauramps médical, *in* Cahiers du cercle Nicolas Andry, 2009.

Ildefonse Frédérique, "Un sillage sans bateau, Entretien avec E. de Fontenay", Paris, *Vacarmes* 11, 201.

La Lee (et coll.), "Autopsy utilization in medicolegal defense of Anaesthesiologists anaesthesiology", *in* Béatrice Jourdain, *JIM.fr*, 115:713-7, 2011.

Labbé Xavier, "La valeur de la dépouille mortelle, chose sacrée", in *Etudes sur la mort*, Paris, N° 129, (DOI: 10.3917,eslm 129.0069), 2006.

Le Breton David :

"Le corps mutant", in Préface du catalogue de l'exposition, galerie Enrico Navarra, Paris, 2000.

Le Coz Pierre, "Main basse sur les cadavres à Marseille", *Le Monde*, 4 décembre 2008.

Legendre Pierre :

"L'esclavage de l'obscurantisme", entretien avec Antoine Spire, *Le Monde*, 23 octobre 2011.

Lister, "Les principes antiseptiques dans la pratique chirurgicale", *The Lancet*, Londres, 1867.

Perrin André, "L'âme et le corps", in *Invitation à la philosophie*, Paris, en ligne, 2010.

Pinelli Pierre-Olivier, "Comment se transmet l'art chirurgical : du barbier à internet", in *Cahiers du Cercle Nicolas Andry*, N°2, Montpellier, Sauramps médical, 2008.

Planck Max, "Causalité et libre arbitre", in *The New Science*, New-York, 1959.

Pucci Pietro, "L'idéal prométhéen; Prométhée, d'Hésiode à Platon", in *Communication*, Cornell University, 2005.

Renaud Michel, "La philosophie du corps selon M. Claude Bruaire", in *Revue Philosophique de Louvain*, Bruxelles, troisième série, tome 67, N° 93, 1969.

Ricœur Paul, "Expliquer et comprendre", in *Revue philosophique de Louvain*, 1977, vol. 75, N° 25, p. 126-147.

Richard, Gildas, "Le don de l'être. Aperçu de la pensée de Claude Bruaire", in *Invitation à la philosophie*, Paris, en ligne, 2010.

Rongières Michel, "Chirurgiens : entre savoir théorique et savoir pratique", in *Cahiers du Cercle Nicolas Andry*, N°3, Montpellier, Sauramps médical, 2009.

III - MEMOIRES

Fiat Eric, *La notion d'âme animale dans la philosophie d'Aristote à Hegel*, Mémoire de DEA, Université de Marne-la-Vallée, 1995.

Garrigue-Abgrall Marie, *Présence du jeune enfant, évènement philosophique source de questionnement éthique*, Thèse de doctorat de philosophie, Paris-Est, 2009.

Noël-Bourgeois Soizic, *Le sens du sang: magie et rites au pays de la biotechnologie. Approche anthropologique à propos du don du sang dans le Gard*, Thèse sous dir. Daniel Vazeilles, Université Paul Valéry, Montpellier II, 2008.

Revest Clémence, *L'invention de la perspective*, travail doctorat d'histoire, Paris-Sorbonne, 2008.

Ruaux Nathalie, *Le corps obsolète*, Mémoire DESS de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2004.

IV - ENCYCLOPEDIES, DICTIONNAIRES

Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Petit Robert, Paris, 1997

Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, (Canto-Sperber Monique, dir.), Paris, PUF, 2004.

Encyclopédie Philosophique Universelle, (Ricoeur Paul, dir.), Paris, PUF, 2000.

Encyclopédia Universalis, Paris, EU Ed., 1990.

Histoire de la médecine, Vol. I à VIII, Milan, Albin Michel, Robert Laffont, Tchou, 1978.

Génèse, trad. Vaux, Paris, Ed. du Cerf, 1951.

V - COMMUNICATIONS ORALES

Dijon Xavier, Séminaire « Vie handicapée, vie parfaite, vie normale », réflexion éthique, 1 et 2 octobre 2011, Chevilly-Larue.

Emmanuelli Xavier, « Contraintes économiques et justice dans l'accès aux soins », Séminaire, Collège des Bernardins, Paris, 15-16 octobre 2010.

Fiat Eric, "*De la dignité*", Conférence, séminaire "Vie parfaite, vie normale, vie handicapée", Paris, Collège des Bernardins, 24 novembre 2010.

Folscheid Dominique :

- « Médecine et religion, une circularité historique », argumentaire pour séminaire « Religion, éthique et médecine bio-tech », Collège des Bernardins, département recherche éthique biomédicale, mai 2012.

- « Le problèmes des implants », intervention orale, Paris, 15 juin 2004.

- « La place du corps dans l'anthropologie judéo-chrétienne », communication orale, Paris, 6 octobre 2010.

Perez-Soba, "Sacralité ou idolâtrie de la vie", in séminaire "Vie normale, vie handicapée, vie parfaite", Paris, Collège des Bernardins, 4 mai 2011.

Pinelli Pierre-Olivier, "XXV siècles de chirurgie", Conférence, Aix-en-Provence, Château de la Pioline, 6 octobre 2011.

Du Code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine, Séminaire des 25 et 26 octobre 2011, Institut Goethe, 75016 – Paris (283).

VI - TEXTES DE LOI

Loi N° 76-1181, du 22 décembre 1976, relative aux prélèvements d'organes (prélèvements sur personnes vivantes et sur des cadavres à des fins thérapeutiques ou scientifiques), dite loi Caillavet.

Loi N° 202-303, du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner ;

Code Civil, (1998), **article 16-3** et **article 1128**.

FILMOGRAPHIE :

Almodovar Pédro, *La Piel que habito*, El Deseo, S.A., 2011.

Barrère Igor, *Cinq colonnes à la Une*, RTF-1^{ère} Chaîne, 1968.

Cronenberg David, *Dead Ringers (Faux-semblants)*, MGM, 1997.

Mc Queen Steeve, *Shame*, MK 2 Production, 2011.

Schnabel Julian, *Le scaphandre et le papillon*, Pathé-Distribution, 2005.

PEINTURES :

Braque Georges, *La table de billard*, Tate Modern, Londres, 1944-1952.

Rembrandt, *La leçon d'anatomie du Docteur Tulp*, Marithuis, La Haye, Pays-Bas, 1632.

INDEX NOMINUM

- Abel** : 356.
Abraham :320.
Ambroise Paré : 117.
Asclépios (Esculape) : 29, 43.
Achagatos : 39.
Akhénaton : 138
Alexandre le Grand : 145.
Al –Rhazi (Rhazès) : 146.
Alain : 63.
Alcibiade : 164.
Alcméon de Crotone : 36, 38.
Ameisen Jean-Claude : 145.
Amon-Râ : 138.
André Nicolas (dit Andry) : 93.
Andrieu Bernard : 188, 202, 205, 339
Antigone : 146
Apollon : 29.
Arasse Daniel : 226, 227.
Arendt Hannah : 70, 84, 85, 189, 217, 228, 350, 351.
Aristote : 38, 44, 53, 54, 62, 70, 78, 79, 85, 89, 93, 97, 116, 117, 118, 120, 124, 142, 165, 171, 175, 181, 182, 183, 184, 185, 203, 233, 241, 246, 247, 250, 251, 252, 263, 298, 317, 334, 341.
Athéna : 29.
Aubenque Pierre : 70, 241, 305, 306, 308, 322.
Augustin : 146, 275, 322.
Avicenne (Ibn –Sina) : 146.
Bachoffner Pierre : 218.
Bacon Francis : 34103, 152.
Barnard Chris (Dr) : 293.
Barrier Ricet : 98.
Balmary Marie : 19, 310, 311.
Bauby Jean-Dominique : 100.
Baud Jean-Pierre : 218.
Baudrillard Jean : 155, 156, 331, 336, 345, 347, 350.
Bergson Henri : 19, 56, 212, 228.
Berkeley : 179.
Bernard Claude : 154.
Bichat Xavier : 51, 153, 154..
Boch Anne-Laure : 36, 71, 80, 233, 246, 266, 268, 277, 282, 284, 313.
Boédüs Richard : 182, 183, 252.
Boniface VIII : 146.
Bossuet Jean-Baptiste : 159.

Boudon Raymond : 258.
Bourricaud François : 30.
Boustani François : 153, 186.
Boyer (Baron de) : 343.
Brancusi : 200.
Brohm, Jean-Marie : 354.
Bruaire Claude : 92, 111, 161, 166, 180, 229, 305, 314, 315, 354.
Buitenjick F.-J.-J. : 92.
Cabanis : 169.
Caley David: 331.
Camus Albert : 114, 209, 211, 259, 303..
Canguilhem Georges : 101, 99.
Canto-Sperber Monique : 110.
Carthage : 73.
Castoriadis, Cornelius : 356, 357.
Caton l' Ancien : 39.
Caillavet, Henri : 43, 216.
Celse : 40, 52, 53.
Charbonneau Bernard : 125.
Chastel Claude : 147.
Chestov Léon : 259.
Chiron : 29.
Christ : 141, 157, 299.
Cicéron : 322.
Clowes William: 46.
Cohen Richard : 210, 212, 213.
Colomb Christophe : 226.
Condillac : 82.
Condorcet : 343.
Constantin l'Africain : 146.
Cortinovis Odile : 213, 216, 217.
Courtine Jean-Jacques : 149, 157.
Cronos (Saturne) : 288.
D'Aquapente Fabrice : 147.
D'Aquin Thomas : 185.
Debray Régis : 20.
De Chauliac Guy : 49, 50, 147, 148, 279.
De Fontenay Elisabeth : 21, 33, 147, 148, 207, 356.
De Fourmestreaux : 343.
De Mondeville Henri : 47, 49.
Dejours Christophe : 79, 285.
Delmar Henry, : 55, 120, 149, 269, 325, 326.
Delsol Chantal : 32, 169, 297, 303, 326.
Derrida : 33.
Descartes René : 76, 152, 154, 162, 164, 167, 168, 169, 170 172, 173, 176, 177, 187, 224, 226, 230, 231, 235, 236, 244, 245, 307, 322, 346, 347, 348.
Desproges : 240.
De Vinci Léonard : 150.
Dijon Xavier : 206.
Dinoire Isabelle : 295.

Dolan Mark : 340.
Dostoïevski : 301.
Douglas Marie : 22, 34, 140, 275, 277, 280, 289, 290, 291, 292, 296, 326, 331.
Dubernard J.-M. : 293
Dufour Dany-Robert : 19
Dumas André : 18, 313.
Dupuy Jean-Pierre : 20, 262, 265, 343, 346, 347, 349.
Durand Anne : .
Durkheim Emile :257, 258, 260.
Duvauchelle Bernard : 294.
Ebers : 28.
Edelman Bernard : 200, 227.
Edwin : 28, 145.
Eliade Mircea : 19, 22, 258, 260, 261, 266, 281, 282, 284, 287, 288, 313.
Ellul Jacques : 65, 66, 103, 117, 123, 124, 125, 127, 129, 251, 343.
Emmanuelli Xavier : 300.
Emerson Ralph Waldo : 194.
Empédocle : 319, 321.
Engelhardt Tristram: 58, 59, 304, 344.
Epiméthée : 33.
Erasistrate de Cos : 145.
Eschyle : 32.
Faraboeuf : 286.
Faure Jean-Louis : 343.
Feydeau Georges : 237, 240.
Félix : 47.
Feuerbach Ludwig : 21.
Fiat Eric : 17, 58, 164, 181, 197.
Fichte : 21.
Folscheid Dominique : 29, 26, 35, 54, 56, 85, 86, 90, 138, 160, 170, 188, 190, 218, 235, 246, 285, 310, 337, 340, 345.
Foucault Michel : 63, 68, 67, 71.
Frank Didier : 308.
Frankenstein : 341.
Frappat Hélène : 266, 319, 321.
Froment A. : 109.
Gadamer Hans-Georg : 43, 44, 52, 93, 97, 105, 116, 160.
Gaius : 216.
Galien : 50, 146.
Galilée: 152, 170, 171, 173, 226.
Gambetta Diego: 110.
Garrigue-Abgrall Marie : 154.
Gauchet Marcel : 31, 34, 35, 39, 41, 77, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 157, 168, 259, 261, 288, 312, 313, 314, 317, 318, 324, 338.
Gauss : 110.
Geoffroy Michel : 68.
Giono Jean : 48, 275, 278.
Giotto : 226.
Girard René : 15, 23, 140, 188, 255, 263, 265, 273, 280, 289, 301, 314, 319, 320, 321, 326, 329, 330 ;

Godart Elsa : 56.
Graal : 169.
Graftieaux Jean-Pierre : 309.
Greisch Jean : 19.
Grondin Jean : 308, 318.
Guillebaud Jean-Claude : 311.
Halioua Bruno : 144.
Harvey William : 153.
Havel Vaclav :330.
Head Henry: 202.
Hegel : 16, 108, 138, 142, 194, 315.
Heidegger Martin : 24, 55, 66, 72, 91, 122, 176, 187, 207, 250, 304, 305, 307, 308, 315, 318, 320, 321, 343, 353, 357, 358.
Henry Michel : 25, 77, 82, 91, 139, 141, 142, 177, 186, 194, 195, 203, 230, 310, 311, 354.
Héphaïstos : 32.
Héraclite : 333.
Hermes : 32.
Hérophile de Chalcédoine : 145.
Hersch Jeanne : 158.
Hervé C. : 294.
Hésiode : 31, 35.
Hippocrate : 37, 39, 40, 44, 62, 65, 145, 165.
Hirst Damien : 157.
Hobbes: 110.
Homère : 319, 320.
Horkheimer M. : 316, 319.
Horus : 144.
Hottois Gilbert : 118, 127, 298, 330.
Hubinois Philippe : 81, 93, 114, 119, 126, 146, 147, 149, 245, 281.
Hume : 188, 192.
Hurtaut D : 45.
Husserl Edmund : 25, 60, 76, 122, 171, 172, 192, 193, 208, 209, 224, 228, 229, 232, 236, 286.
Husson Jean-Louis : 342.
Hygie : 40.
Ildefonse Frédérique : 147, 356.
Illich Ivan : 61, 90, 104, 107, 122, 125, 253
Imhotep : 29.
Jankélévitch : 43.
Jaspers Karl : 30, 35, 137.
Jerphagnon Lucien : 235.
Jonas Hans : 344, 359.
Jonquet Thierry : 73.
Judet (Jean et Robert) : 284.
Kant Emmanuel : 21, 22, 39, 54, 57, 58, 153, 167, 188, 189, 217, 221, 222, 256, 260, 267, 326, 341.
Kapp Ernest : 80.
Karamazov Ivan : 15.
Keith Thomas :30.

Kerharo Joseph : 41, 42.
Klein Alexandre : 205.
Kouchner : 115, 315.
Kurzweill Ray : 346, 350.
La Lee: 200.
Labbée Xavier : 200, 216.
Lacan : 18.
Lamarck : 159.
Le Breton David : 91, 92, 135, 147, 156, 160, 273, 325.
Leibniz : 161.
Le Coz Pierre : 199, 250, 317.
Le Goff Jacques : 276.
Legendre Pierre : 31, 295, 297, 330, 332.
Lepicard Etienne : 25.
Leriche René : 65, 76.
Le Titien : 151.
Levinas Emmanuel : 55, 60, 102, 113, 190, 194, 196, 206, 210, 212, 231, 232, 233, 234, 259, 296, 301, 305, 312, 315, 318, 341.
Liogier Raphaël : 345.
Lister : 120, 289.
Locke : 215, 217.
Lodge David : 267.
Louis IX : 45.
Louis XII : 279.
Louis XIV : 47.
Lorenz Konrad : 265.
Lucifer : 59.
Lytard Jean-François : 190, 192, 208.
Machaon : 29.
Maltz Maxwell: 150.
Marcel Gabriel : 309.
Maresceaux : 242.
Marion Jean-Luc : 25, 131.
Marivaux : 240.
Marzano Michela : 155, 160, 162, 166, 168, 182.
Masquelet Alain-Charles : 74, 81.
Mattéi Jean-François : 17, 18, 19, 36, 38, 55, 120, 141, 149, 150, 187, 269, 309, 315, 319, 322, 323, 324, 325, 326, 332, 333, 334, 335, 346.
Ménon : 129.
Merleau-Ponty Maurice : 79, 202, 204, 205, 206, 262.
Michener Diana : 157.
Michel-Ange : 150.
Mitchell Claudia : 339, 345.
Monteverdi : 151.
Morton : 120.
Mouttet François : 335.
Münch : 79.
Münchhausen (Baron de) : 324.
Naccache Lionel : 169.
Nietzsche Frederich : 24, 43, 92, 280, 314, 337.

Noël-Bourgeois Soizic : 299.
Offray de La Mettrie Julien : 169.
Orlan : 156.
Osiris : 144.
Otto Rudolf : 19.
Ouranos : 288.
Panacée : 40.
Pandore : 33.
Panofsky Erwin : 227.
Parménide : 158, 307.
Pascal Blaise : 72, 105, 167, 180, 193, 196, 201, 226, 256, 305, 332.
Pasquier Etienne : 276, 279.
Patel : 169.
Pasteur : 120, 289, 290.
Patočka J. : 316, 321.
Paul (saint) : 141.
Pauwels : 348.
Perez-Soba : 98, 99, 187.
Perrin André : 139, 162, 184, 185.
Petit Jean-Baptiste : 50.
Phédon : 163.
Phèdre : 38, 165.
Pie II : 299.
Pinelli Pierre-Olivier : 145, 148.
Pistorius Oscar : 338.
Planck Max : 70.
Platon : 27, 30, 32, 35, 38, 78, 129, 134, 163, 164, 165, 166, 170, 182, 185, 296, 320.
Podalire : 29.
Popper Karl : 212, 342.
Portes Louis : 109.
Pouchelle Marie-Christine : 178, 179, 242, 268, 283, 285, 288, 298.
Pouliquen Yves : 80, 268.
Procuste : 101.
Prométhée : 32, 78.
Protagoras : 78.
Ptolémée Soler : 145.
Pucci Pietro : 33.
Quesnay François : 276.
Raphael : 186.
Rameix Suzanne : 57, 151.
Regnault, J.-B. : 71.
Renaud Michel : 166.
Revel Jean-François : 186.
Revest Clémence : 227.
Ricœur Paul : 17, 85, 99, 171, 172, 173, 175, 192, 195, 222, 223, 297, 298, 322, 335.
Richard, Gildas : 354, 358.
Rongièrès Michel : 47, 274.
Roudinesco Elisabeth : 108.
Ruaux Nathalie : 157.
Sade (Marquis de) : 302.

Salerne (Ecole de) : 44.
Sapir E. : 297.
Sartre Jean-Paul : 11, 143, 197, 205, 220, 342, 355, 357.
Scheller Max : 151.
Schiller F. : 322.
Schlogel Gilbert : 278.
Semmelweis : 289.
Singer Peter : 59.
Sixte IV : 148.
Sixtine (Chapelle) : 150.
Smith : 28, 145.
Socrate : 35, 43, 142, 274.
Sofsky Wolfgang : 275.
Sterlac : 156.
Talmud: 146.
Terestchenko, Michel : 355.
Tertullien : 145.
Testart Jacques : 154.
Théétète : 164.
Théodore (Evêque de Canterbury) : 277.
Thucydide : 356.
Timée : 27, 134, 163.
Tours (Concile 1163) : 45.
Tresmontant Claude : 139.
Upanishad : 162.
Vacquin Monette : 327.
Valéry Paul : 74, 78, 79, 273, 281.
Vander Elst E. :28, 176.
Vésale : 50, 76, 148, 151, 278.
Vico Jean-Baptiste : 348.
Vignaux Georges : 145, 152, 155, 159.
Villey Raymond : 36, 39, 51, 77.
Vincent Jean-Daniel : 345.
Vishpa : 27.
Vitruve : 150.
Voltaire : 100.
Von Hägens Günthe : 157
Von Weizäcker Victor: 38, 59, 85, 337.
Vons Jacqueline : 33.
Wahl Jean : 230.
Warkik Kevin : 336.
Weber Max : 157, 272.
Wunenburger J.-J. : 86, 90, 218.
Yahvé : 138.
Zénon d'Elée : 158.
Zeus : 29, 32.
Ziskind Bernard : 144.

DIEU N'EST PAS CHIRURGIEN,

4° Couverture

Un cheminement à la recherche des traces du sacré en chirurgie

La différence entre Dieu et un chirurgien, réplique-t-on classiquement à celui-ci lorsque il s'estime *comme* créateur de son opéré, c'est que Dieu, lui, ne *se prend* pas pour un chirurgien. Qu'y a-t-il dans cette action qui soit si spécifique que son agent, le chirurgien, puisse à ce point risquer de s'idolâtrer ?

Il semble bien, tout d'abord, qu'il y ait dans la chirurgie une réelle dimension religieuse c'est-à-dire un rapport certain avec le sacré – *l'interdit* –, ce que l'on ne doit pas *profaner*. Le questionnement sur le chirurgien et la chirurgie éclaire cet aspect. Si tout chirurgien est d'abord un médecin, et comme tel s'il a bien pour mission de soulager une personne humaine lorsqu'elle est affectée par la maladie ou le traumatisme, pour autant son mode « opératoire » est particulier. La chirurgie, malgré la prégnance de plus en plus forte de l'appareil techno-scientifique à son service, reste encore une activité manuelle et particulièrement immédiate. Elle nécessite certes une connaissance scientifique, mais sa technicité se nourrit de l'expérience pratique. C'est ici qu'elle recèle l'autre dimension sacrée que représente le *sacrifice*, de manière sans doute plus aboutie que la médecine purement clinique. Mais elle est surtout *agressive*, parce que douloureuse et sanglante, et *transgressive*, parce qu'elle autorise son agent à *inter-venir*, à rentrer dans un corps humain. Cette intervention ne se fait jamais sans un rituel quasi religieux qui semble attester de la sacralité de son champ : le corps-personne de l'opéré. Malgré la profonde influence de la Modernité qui, avec Descartes en particulier, vise à dissocier radicalement le corps de l'esprit, une analyse rigoureuse de la pratique chirurgicale tend à infirmer cette illusion, même s'il y a nécessité d'objectivation pour parvenir à assumer la transgression qui consiste à ouvrir un corps. La phénoménologie nous éclaire sur la subjectivité transcendante du chirurgien qui, en même temps qu'il vise son opéré comme l'objet de son faire, ne peut pas être complètement extérieur à cet opéré et à son intervention. Le chirurgien ne saurait être le simple réparateur d'un objet, ni même un vétérinaire, obligé qu'il est de par la spécificité morale de l'être humain qu'il prend en charge. Il devient alors plus que la cause efficiente de l'opération chirurgicale, pour être nécessairement concerné par sa finalité. Cette obligation de viser à la restauration du *pouvoir-être* au monde de son opéré, plus que de le re-mettre dans une norme arbitraire, fait en effet de la chirurgie une action *morale*. Car oublier cette finalité, cherchant à s'exonérer de cette responsabilité qui dépasse le pur faire, ce serait réduire la chirurgie à une simple fabrication. La démesure alors guetterait celui qui pourrait se prendre pour Dieu, mais au mauvais sens du concept, puisque s'ouvriraient subrepticement les portes de la barbarie. Etre instrumentalisé par le désir jamais assouvi de son patient, comme être prisonnier de sa pure technicité, sont alors les deux écueils, intimement liés, qui empêchant le chirurgien de *décider*, ferait perdre toute dimension morale à son action. D'autant que le lent « désenchantement du corps » présent dans nos sociétés occidentales contemporaines, semble participer de ce déni. La question de la contribution de la chirurgie au vaste désir de transformation de l'homme, véhiculé par le transhumanisme, s'abreuve peut-être à la source d'une insidieuse barbarie.

Retrouver la nature spirituelle de l'homme reste alors sans doute le point d'appui le plus sûr pour parer à une telle dérive, en sacralisant ainsi, et la personne de l'opéré, et le geste d'y intervenir, lui rendant peut-être son véritable *sens*.
