

L'éthique médicale et clinique de Viktor von Weizsäcker.

Auteur : Pr. Raphaël Célis , Université de Lausanne

Résumé :

Le présent article se propose d'exposer l'éthique médicale de Viktor von Weizsäcker en s'appuyant sur le renversement épistémologique opéré par ce dernier pour définir le statut de l'activité clinique. Ce renversement ne vise pas à nier la nécessité pour la médecine de puiser ses ressources opératoires dans les sciences dites fondamentales (biologie, physiologie, physique...). Il a pour fin de resituer le patient au cœur de l'activité thérapeutique en mettant l'accent sur les éventuels déséquilibres qui s'installent entre son environnement et lui, et qui agissent en sous-œuvre dans la maladie. Par ce processus de recentrement, privilégiant le « qui » sur le « quoi » de l'entité morbide, Weizsäcker entend montrer qu'il importe au médecin de prendre en compte, voir d'élucider par un travail d'anamnèse, la signification que la maladie revêt pour le malade. Grâce à cette prise en compte du sens, qui déborde sur le simple diagnostic suivi des interventions techniques adéquates, le médecin peut alors agir en sorte que le patient devienne aussi l'agent de sa guérison et restaurer par-là même le pouvoir-être de ce dernier.

Mots clefs : anthropologie clinique, corporéité vécue, épistémologie, normativité, relation thérapeutique

Abstract :

The present article proposes to expound Viktor von Weizsäcker's medical ethics starting from the epistemological reversal he operates to define the status of clinical activity. This reversal does not aim to deny the necessity for medicine to draw its operational resources from the so-called fundamental sciences (biology, physiology, physics...). Its purpose is to put the patient back at the centre of therapeutic activity by emphasising the possible imbalances between his environment and himself, which have a subterranean influence on the illness. Through this recentring process, focusing on the 'who' rather than the 'what' of the morbid entity, Weizsäcker means to show that it is important for the physician to take into account the meaning of the illness for the patient, or even elucidate it through associative anamnesis. Thanks to this taking into account of the meaning, which goes beyond the mere diagnosis and ensuing technical interventions, the physician can act in such a way that the patient also becomes an agent of his recovery, and can thus restore the latter's being-able-to-be.

Key-words : clinical anthropology, epistemology, lived corporeality, normativity, therapeutic relation.

La contribution de Viktor von Weizsäcker¹ à l'éthique médicale ne peut se comprendre que si l'on a préalablement rendu justice au renversement épistémologique complet que cet auteur intempestif a fait subir au paradigme médical qui s'est institué et consolidé depuis Claude Bernard et dont nous sommes aujourd'hui *nolens volens* les héritiers. La dimension éthique

de la pratique médicale, chez Viktor von Weizsäcker, ne peut en effet intervenir après coup, comme une instance moralisatrice externe à cette pratique, mais l'enjeu de la démarche de cet auteur consiste bien plutôt à retrouver et à élucider la *normativité interne* de la relation de soin. A ce niveau, l'œuvre de Weizsäcker se situe dans un rapport de proximité évident avec les cliniciens et les philosophes de la médecine qui, tels Thomasma et Pellegrino aux Etats-Unis, Dominique Folscheid et Jean-Jacques Wunenburger en France, ou Lazare Benaroyo en Suisse, ont pour principe de recentrer la visée thérapeutique, et les techniques qui en assurent l'efficacité, sur l'homme malade saisi dans son intégrité, plutôt que sur la seule entité morbide, ou, dans le meilleur des cas, sur les organes malades qui sont traités selon le savoir-faire spécifique aux diverses spécialités reconnues par la corporation des médecins formés dans nos Facultés universitaires.

Première partie : prolégomènes épistémologiques

En effet, si l'on devait caractériser par un trait dominant le paradigme de la médecine telle qu'elle se pratique aujourd'hui, il faudrait préalablement l'évaluer à la lumière de la distinction que les philosophes de l'Antiquité, et Aristote en premier, avaient coutume d'opérer entre *theoria*, *poiesis* et *praxis*. La *theoria* nomme le savoir conquis par l'observation, du moins lorsque ce savoir a trait à une réalité empirique, comme c'est le cas en physique ou en biologie. La *poiesis* concerne la production d'objets, instruite par un savoir-faire. La *praxis* concerne l'action humaine en tant qu'elle se rapporte à d'autres êtres humains. S'il fallait distinguer la médecine contemporaine de la médecine antique, laquelle se concevait prioritairement comme un art (*technè*), il convient d'insister avant tout sur le lien que la seconde institue entre la connaissance théorique visant le corps humain comme objet, avec la dimension poïétique du travail thérapeutique conçu comme application des sciences naturelles qui composent cette connaissance théorique. En effet, pour des raisons qui sont essentiellement dictées par un souci d'efficacité, par ailleurs tout à fait légitime, l'agir médical, exercé tantôt par voie médicamenteuse tantôt par l'usage d'autres instruments, pareils à ceux qu'utilisent la chirurgie ou la radiothérapie, est le plus souvent testé en laboratoire avant que d'être mis en œuvre dans le champ de la clinique proprement dit. C'est pourquoi, à la différence de la médecine hippocratique, dont les connaissances étaient directement puisées dans l'observation clinique elle-même, et qui ne s'appuyait donc sur aucune hypothèse extérieure à celle-ci², le paradigme de notre médecine moderne peut être qualifié de

théorético-poiétique : son agir se fonde sur un savoir validé par une méthode expérimentale qui n'a pas d'abord l'homme lui-même comme objet.

La réduction théorético-poiétique du savoir médical

Or, sur le plan épistémologique, l'efficacité de ce modèle présuppose que l'objet à connaître et à traiter soit appréhendé dans une situation de relative invariance. Elle a donc pour condition de possibilité une certaine standardisation des normes de la santé et de la maladie. Cette standardisation paraît d'ailleurs assurée par l'objectivation partielle de l'homme malade, aujourd'hui médiatisée par les analyses en laboratoire, les examens histologiques, l'imagerie médicale, ainsi que par d'autres outils de mensuration ou de détection dont disposent aujourd'hui les hôpitaux et les centres d'expertise auxquels les médecins ont de plus en plus souvent recours pour établir leur diagnostic et leur pronostic. L'exercice du principe bioéthique de prudence (*phronesis*), parfois aussi appelé principe de précaution, qui doit néanmoins orienter l'interprétation de ces normes, concerne prioritairement les situations où la reproductibilité des données et de leur mensuration rigoureuse s'avère troublée par facteurs individuels, autrement dit par la contingence et l'historicité qui affectent la pathologie du patient. En effet, les lois, en principe immuables, sur lesquelles s'appuie le raisonnement théorético-poiétique sont dans la plupart des cas contredites ou contrariées par toute une série de données jugées accidentelles, et que les sciences dites fondamentales mettent précisément hors circuit. Ce sont par exemple des phénomènes liés à la sensibilité particulière du malade, à ses habitudes, à son régime, à son économie psychique, à la manière dont il comprend et assume sa maladie dans son itinéraire biographique, mais aussi à la manière dont cette maladie est perçue par son entourage. Pour le dire en un mot, il s'agit de l'ensemble de ces données singulières qui procèdent de la temporalité historique dans laquelle s'inscrit l'événement de la maladie et dans laquelle cet événement prend tout son sens, ou au contraire fait obstacle à tout avenir imaginable à la manière d'une contrariété absurde. Tout ce dont la *phronesis* médicale doit tenir compte pour concevoir une réponse adaptée à l'unicité ou à l'individualité du malade constitue pour le modèle théorético-poiétique, dont le mode de pensée est atemporel et anhistorique, une véritable pierre d'achoppement : non seulement parce que la temporalité historique ainsi nommée contient toujours la possibilité latente de la mort, vécue a priori comme un échec par les experts de ce modèle, mais aussi parce qu'elle introduit l'incertitude qui découle du comportement du malade face à sa propre souffrance, de la finitude de sa condition et des ressources limitées dont il dispose en conséquence.

Or, pour Viktor von Weizsäcker, c'est précisément l'écart épistémologique qui se creuse toujours davantage entre la réalité contingente de l'homme malade et les certitudes théorético-poïétiques où le corps médical puise sa compétence, qui explique tout à la fois l'abandon d'un *éthos* spécifiquement clinique et la nécessité de faire appel, en guise de compensation, à une éthique palliative censée gérer les conflits que cet écart engendre inévitablement. Dans son optique, ce n'est donc pas un hasard si l'activité médicale ne semble ne pouvoir articuler qu'après-coup la *phronesis* dans son mode d'agir et de penser, et que les questions éthiques soient quasi exclusivement concentrées sur des situations-limites pareilles à celles qu'engendrent l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie, l'avortement, le clonage reproductif, ou encore la prescription de traitements lourds à des patients en position d'irresponsabilité. Car toutes ces questions ont en commun de faire apparaître la contradiction de principe qui se développe de façon toujours plus aiguë entre une médecine quasi démiurgique et la condition humaine incarnée, caractérisée par la natalité, la mortalité, la vulnérabilité et la souffrance vécue à la première personne. Dans un essai de 1926 intitulé *Le médecin et son patient*, Weizsäcker inaugure sa réflexion par cette remarque pour le moins provocante: « *Il est étonnant certes, mais c'est là un état de fait que l'on ne peut nier, que la médecine contemporaine ne possède aucune doctrine concernant l'homme malade. Elle étudie certes les phénomènes que provoquent les maladies, elle en discerne les causes, les suites et préconise des remèdes à leur endroit, mais elle n'enseigne rien sur l'homme malade en tant que tel. Son savoir scientifique ne lui permet pas d'aborder un mystère d'une telle ampleur, et c'est donc sous le poids de ce savoir, ou en raison du découragement de la conscience morale qu'il suscite, que je vais moi-même tenter de dire et d'enseigner quelque chose qui a valeur scientifique à propos de l'homme malade. Après tout, au chevet du patient, c'est-à-dire dans sa pratique clinique, le médecin parle à un homme malade et d'un homme malade* »³.

Mais de quelles difficultés s'agit-il ? Viktor von Weizsäcker, qui fut un homme de laboratoire avant que d'être avant toute chose un clinicien, ne sous-estimait en aucune façon la contribution thérapeutique due au progrès de sciences rigoureuses comme la physiologie ou la biologie moléculaire. Mais cette contribution a un prix : c'est que le malade court à tout moment le risque de n'être plus qu'un organisme naturel comparable à bien d'autres, un animal d'une espèce particulière sans doute, mais un animal quand même puisqu'il obéit, dans son corps tout au moins, à des lois qui valent pour la plupart des mammifères. Autrement dit, la « réduction » exigée par ces sciences met d'emblée la personne du patient hors circuit au moment de le soumettre à leurs expertises. Certes, objectera-t-on, cette objectivation n'est que l'une des faces de la structure interpersonnelle qui sous-tend la relation du patient au

personnel soignant, et la bioéthique a précisément pour tâche d'édicter des normes qui excèdent de loin la réduction opérée pour diagnostiquer et traiter. L'on peut même affirmer que cette éthique s'avère foncièrement indifférente à la méthode utilisée laquelle, en elle-même, pourrait être qualifiée d'amorale. La moralité de la bioéthique évite soigneusement d'interroger ce que sont au fond la santé et la maladie, malgré le fait que la première soit la finalité la plus évidente de la médecine.

Mais cette stratégie d'évitement est épistémologiquement fondée : car pour la connaissance d'allure naturaliste, ce ne sont pas les hommes tels qu'ils se perçoivent culturellement qui sont malades, mais ce que les sciences médicales désignent comme étant sain ou malade dans l'organisme des hommes. Autrement dit, ce n'est pas d'abord un « qui » mais d'abord un « quoi » qui souffre et s'avère indisposé. L'on se préoccupe d'abord du second pour se soucier ensuite du premier : l'objet de science une fois expertisé est pudiquement revêtu après coup du vêtement imaginaire ou symbolique de son humanité envers laquelle il convient, eu égard à l'indétermination qui la caractérise, de se comporter selon un certain nombre de règles formelles.

L'exercice de la médecine ainsi conçue paraît au plus haut point raisonnable. Mais la raison ainsi convoquée résiste-t-elle à sa mise en question critique ? Peut-on véritablement abstraire l'objet de science, dans une intention purement cognitive, de l'individu et du contexte de son histoire lesquels possèdent a priori une valeur morale ? Rien n'est moins sûr. Car l'art de soigner, semblable en cela aux autres arts, implique une prise de risques et une confrontation à l'immaîtrisable. Au moment où le chirurgien suture la fissuration qui lui a permis d'opérer, il ne peut affirmer avec certitude que son intervention va produire les résultats espérés. Car le terrain sur lequel il s'est aventuré n'est pas celui d'un laboratoire où l'on peut à l'envi répéter la même expérience, mais il est celui du possible dont ses représentations ou son imagerie ne peuvent en ultime instance décider. L'on en arrive alors à ce paradoxe, souligne notre auteur, où une théorie lucide se règle sur une fiction, et à une raison pratique aveugle qui ignore tout de la réalité qu'elle est censée respecter.

Mais est-il possible de procéder autrement ? Et la philosophie morale ne nous met-elle pas précisément en garde contre toute prétention à connaître l'individuel ? Peut-être, mais il n'est indispensable de séparer ainsi la connaissance objective de l'agir moral que si l'on suppose que l'univers de la première est forcément logique et donc de part en part prédictible, alors que l'univers du second serait par essence nocturne et par conséquent totalement indécidable. Dans l'hypothèse inverse, où la réalité anthropologique saisie d'un seul tenant ne serait ni entièrement rationnelle, ni entièrement irrationnelle, ni tout à fait logique ni tout à fait

antilogique, l'on serait en mesure de comprendre la déception des cliniciens débutants dont les connaissances acquises ne sont que rarement confirmées à la manière dont elles le sont en laboratoire. L'on serait également en mesure de partager leur perplexité lorsqu'ils se trouvent contraints de tenir compte des aléas, des révolutions et des complications qui marquent le devenir de la plus grande partie de leurs malades. Car les modèles qui servent, dans les divers domaines de la pathologie, à baliser le cours d'une affection et son traitement, ne sont véritablement opératoires que s'ils sont corrigés par une observation empirique soutenue et par la prise en compte de données biographiques qui interfèrent avec les processus organiques que la médecine s'assigne pour tâche de redresser. En un mot, il est impérieux, nous dit Weizsäcker, d'intégrer la subjectivité du patient à même la réalité objective à traiter, en place de paresseusement en faire l'économie.

Certes, la question se pose alors de savoir comment il est possible de prospecter une réalité aussi complexe. L'on serait tenté d'y répondre en soulignant le fait que la médecine hippocratique se pratiquait d'entrée de jeu comme un savoir multifactoriels : le climat, l'alimentation, l'entourage, les habitudes et les activités les plus régulières du patient, auxquelles venaient s'ajouter les données biographiques essentielles, cet ensemble de déterminations obligeait le médecin antique, non seulement à pratiquer une forme de savoir encyclopédique, mais aussi à faire preuve d'une acuité de réflexion qui s'avérait d'autant plus décisive qu'il n'avait pas à sa disposition le dixième des moyens thérapeutiques que le clinicien du XXI^e siècle a sous la main. Mais aujourd'hui, les outils dont dispose notre médecine offrent à ses praticiens la possibilité de poser un diagnostic précis sur la base d'examens de routine qui le dispensent de faire montre de perspicacité dans ses propres observations. De surcroît, ils ont la chance de pouvoir se spécialiser avant que d'accepter le traitement des pathologies exigeant de longues années de formation. Le règne du médecin encyclopédiste et fin limier est donc révolu une fois pour toutes.

Cependant, bien qu'il ait été un médecin de son temps, et qu'il se soit bien gardé de tomber dans le piège du psychologisme, Weizsäcker estimait qu'une anamnèse approfondie demeurait toujours, dans les cas les plus graves, la meilleure garantie d'efficacité pour tout agir clinique. Non pas seulement en raison du fait que l'étiologie de certaines maladies n'est accessible que par elle, mais surtout parce qu'elle permet de construire un projet thérapeutique dans lequel le patient joue lui-même un rôle actif. Weizsäcker part en effet d'un axiome que l'on retrouve quasi intact dans la pensée d'un Georges Canguilhem : à savoir que toute maladie aiguë met fondamentalement en cause le pouvoir-être du patient, la continuité jusqu'alors évidente de son histoire, et les invariants comportementaux dont cette histoire est

tissée. Elle le somme de ce fait à modifier le monde où il avait pris contenance et à se transformer lui-même, jusqu'à l'obliger à découvrir un nouvel équilibre et de nouvelles normes d'existence. En s'interrogeant de concert avec son médecin traitant sur les finalités de sa traversée par telle ou telle pathologie, le malade sera spontanément encouragé à se mettre en quête de ces normes nouvelles et à frayer ainsi la voie de sa guérison. En aval de la phase critique de son existence qui a exigé son alitement ou l'interruption de ses activités, il trouvera l'accès à cette « re-possibilisation » qui constitue la clef de tout travail clinique véritable, lorsque celui-ci n'est pas contraint de se limiter à soulager la douleur. Par-delà l'opposition entre le vécu subjectif de l'un et le savoir objectif de l'autre, médecin et patient sont requis par la création d'un horizon de sens trans-subjectif, comme l'appelle notre auteur, où le raisonnement qui enchaîne causes et effets est assumé par un acte intentionnel de compréhension axée sur des fins. Car c'est la direction de sens ainsi tracée par cette compréhension des causes finales qui permet de privilégier l'usage de telle technique ou d'emprunter telle stratégie d'intervention plutôt que telle autre.

La maladie comme signification

Pour Weizsäcker en effet, - et c'est l'une des thèses majeures du *Gestaltkreis* de 1940 - , l'homme n'est pas, à la manière des choses inertes, l'objet passif d'un monde de forces et d'énergies qui le façonnent dans un espace et dans un temps a priori. Mais il se temporalise et se spatialise à travers lui et se positionne dans son horizon en puisant dans ces forces et dans ces énergies. Pour emprunter au langage de Husserl, la subjectivité humaine est le lieu d'une autoconstitution permanente, faite d'improvisations et de décisions imprédictibles, à telle enseigne que les lois des sciences naturelles auxquelles elle est pourtant soumise en viennent à perdre leur stabilité et leur invariance. Cette subjectivité se crée en quelque sorte dans un entre-deux : celui de la concordance ou de la discordance entre les impératifs qui émanent à proprement parler de soi, de ce qui lui appartient au plus intime, et les exigences que lui impose ou du moins s'efforce de lui imposer le milieu dans lequel elle doit bon gré mal gré prendre chair. L'on comprend dès lors que cette autoconstitution ne soit pas exempte d'hésitations, de revirements, de précipitations qui la rendent réfractaire à toute forme de déterminisme conçu en dehors de son devenir propre. Car au regard d'un raisonnement déterministe abstrait, la maladie ne peut apparaître que comme un accident ou comme un dysfonctionnement résultant d'une déficience congénitale ou alors d'un écart par rapport au comportement dit normal. De même, l'*ethos* de l'homme ne peut y apparaître, avec ses

composantes familiales, institutionnelles et socioculturelles, que sur le mode d'un ensemble de facteurs auxiliaires, alors que c'est paradoxalement dans son interaction malheureuse avec lui que le corps de cet homme se fragilise et s'expose à la perte de l'équilibre conquis jusqu'alors.

Or, le schéma cartésien auquel obéit encore fidèlement la médecine contemporaine aurait spontanément tendance à confier les impasses vécues dans cette interaction à la psychologie, à la science de l'âme et non à celle du corps, même si elle s'avère incapable, tout comme Descartes en fait lui-même l'aveu, de nous expliquer comment les deux substances ainsi dissociées n'en font réellement qu'une. Et si la psychologie n'était, comme l'affirme ailleurs notre auteur, que la maladie déficitaire de la médecine elle-même ? Le traité du *Gestaltkreis*, nourri par une expérience de clinicien, oppose à ce dualisme un schéma de compréhension plus subtil. Le mouvement par lequel se déploie et s'exhibe l'existence humaine est en effet caractérisé, comme l'indique le titre de cet ouvrage, par un cercle – appelé métaphoriquement « principe de la porte tournante »⁴. Lorsque le corps se met en avant, comme c'est le cas dans les maladies fonctionnelles chroniques, le caractère psychique du conflit rencontré dans l'interaction du patient avec son entourage est refoulé à l'arrière-plan, lequel n'est pas sans parenté explicite avec l'inconscient freudien. À l'inverse, lorsque ce conflit psychique est problématisé, que ce soit dans le dialogue que le patient entretient avec lui-même ou dans le suivi d'une psychothérapie, le corps a tendance à se taire et même à faire montre d'une résistance inaccoutumée. C'est pourquoi, explique Weizsäcker, les dimensions psychiques et somatiques d'une seule et même maladie peuvent alterner et prendre successivement la relève l'une de l'autre. Pour un clinicien, aucune anomalie perçue au niveau somatique n'est à séparer de son arrière-plan psychique et vice-versa. En un certain sens, c'est le malade qui décide, fût-ce de manière obscure, du mode de manifestation qu'il va privilégier dans sa demande de soin, et le médecin ne commet aucune erreur en respectant la préséance d'un ordre de réalité sur un autre – dans la mesure tout au moins où il ne feint pas d'en ignorer la face cachée. Weizsäcker ne part en effet pas du principe d'une vulgate psychanalytique malheureusement fort répandue, selon lequel toute maladie d'organe ne serait que l'épiphénomène d'un processus psychique inconscient et que le véritable travail thérapeutique consisterait à faire apparaître ce processus à la surface. Il n'ignore pas en effet que l'homme peut aussi bien s'expliquer avec lui-même et avec ses entours dans un combat mené à travers une maladie d'organe plutôt que par la crise d'un tourment intérieur. Nul ne peut mesurer en effet jusqu'où le psychisme s'enracine dans les modes de régulation organiques et ni à partir

de quand le fonctionnement d'un organisme humain peut dépendre d'un dilemme intrapsychique. Il en résulte qu'un tel dilemme peut fort bien se résoudre, sans que l'on ait à y prendre garde, au terme d'une convalescence faisant suite à une maladie infectieuse, à un ulcère ou à une angine de poitrine. En revanche, lorsque de telles maladies en viennent à se répéter, le recours à un travail psychothérapeutique peut s'imposer avec évidence comme la seule voie praticable vers la guérison définitive. Dans un cas comme dans l'autre, ce qu'il importe de souligner, c'est que le commerce (*Umgang*) du médecin avec son patient est un événement qui à lui seul peut amorcer une transformation dans l'auto-organisation de la subjectivité, et qu'il importe d'en tenir compte au cœur de la pratique clinique. Il suffit parfois au médecin d'interroger son patient sur tel ou tel aspect particulièrement douloureux de son histoire pour en modifier spontanément le profil, ou du moins pour agir en sorte que ce dernier s'offre au savoir expert d'une manière plus favorable.

Si l'on considère l'évolution de la médecine sous cet angle, l'inflation de la bioéthique à laquelle nous assistons aujourd'hui, pour pallier à ce que le naturalisme ne peut imposer aussi brutalement au public, a dès lors valeur de symptôme. Elle fait signe vers la crise que la médecine moderne est nécessairement contrainte de traverser, dès le moment où elle perd la mesure de ses fondements épistémologiques les plus propres et, conjointement à ceux-ci, la normativité interne de sa pratique. Pour ne retenir qu'un seul critère susceptible de compromettre le naturalisme ainsi dénoncé, insistons sur le fait que ni la maladie ni la santé ne peuvent être évaluées en termes de performance ou d'aptitude à effectuer une ou plusieurs tâches déterminées. À son époque déjà, Weizsäcker voyait planer sur la médecine la menace d'une économicisme contraire à sa vocation, et redoutait que les critères de la productivité et de rentabilité, formulés sous diverses formes (professionnelle, physique ou intellectuelle, sexuelle...) n'en arrivent à surdéterminer la classification des états morbides et leur degré de gravité. Or une telle menace n'a de chance d'être exécutée que si le médecin conçoit son intervention, non plus en fonction de la souffrance du malade, mais en fonction de ses insuffisances présumées. Car, lorsque la maladie est confondue avec un écart relatif à une norme statistique, et la santé identifiée avec la normalité, le médecin se prive ainsi des moyens de comprendre que la normalité, qui lui sert de référence, n'est pas nécessairement un signe de vitalité, mais qu'elle peut masquer l'engourdissement, la pétrification et la sclérose de tous ceux et celles qui ne sont plus en mesure de s'imposer d'autre norme que celle de l'adaptation à outrance. Et il ne lui viendra pas davantage à l'esprit que la maladie et l'anormalité ne sont pas seulement des valeurs négatives, mais qu'elles peuvent devenir le tremplin sur lequel faire rebondir l'histoire du sujet et s'affranchir de contraintes contraires à

la vie. Si le médecin succombe à cette chausse-trape méthodologique, il n'est plus fondé de se plaindre, comme il le fait si souvent, de ce que les patients projettent sur lui des phantasmes de toute puissance. Car ces patients qui se perçoivent moins comme malades que comme limités dans leurs tâches, et qui érigent la limite ainsi atteinte au rang d'exception économique, sont enclins à attendre du médecin, moins la proposition d'une transformation de soi dont ils sont les co-partenaires, qu'une action énergétique quasi magique, qu'ils sont en droit d'attendre sans aucune participation effective de leur part. Contrer ce type de comportement par un discours moralisateur sur la responsabilité individuelle qui pèse sur chacun dans sa lutte pour la santé ne contribue que de manière unilatérale à éclairer le patient sur sa situation. Car celle-ci n'implique pas seulement l'exercice de sa volonté, mais met aussi en jeu les ressources de son pouvoir et les contraintes liées à sa complexion. Or c'est bien de cette conversion perverse de la norme de la santé en adéquation à la normalité que découle la dégradation la plus courante de la relation médecin-malade, où celui-ci n'est plus tant en demande de soins véritables que porteur de revendications quant à ses droits à la santé, lesquels lui signifient entre autres que son corps est avant tout un instrument de réussite économique et sociale qu'il serait inhumain de lui refuser. Pour contrer cette perversion sournoise, Weizsäcker préconise de substituer au comportement réflexe qui consiste à dire « qu'on en soit débarrassé (de la maladie et de ses symptômes) » une offre d'une autre nature, et qui peut être énoncée comme suit : « oui, je souscris à ce que le corps vous enseigne, mais pas à la manière dont il vous le signifie, à savoir sous la forme d'une impasse qui hypothèque vos possibilités à venir »⁵.

La question se pose alors de savoir si une telle offre de soins est possible, dès lors qu'elle doit tenir compte de l'explication réussie ou malheureuse que l'individu développe avec son milieu. Weizsäcker part en effet d'un axiome que l'on retrouve quasi intact dans la pensée d'un Georges Canguilhem : à savoir que toute maladie un tant soit peu sévère met fondamentalement en cause le pouvoir-être du patient, la continuité jusqu'alors évidente de son histoire, avec ses invariants comportementaux ; elle le somme de ce fait à se transformer et à modifier le monde où il avait pris contenance, pour l'obliger à découvrir un nouvel équilibre, c'est-à-dire de nouvelles normes d'existence. En s'interrogeant de concert avec son médecin traitant sur les finalités de cette transition qui l'oblige à endurer telle ou telle pathologie, le patient sera spontanément encouragé à se mettre en quête de ces normes nouvelles et à frayer ainsi la voie de sa guérison. En aval de la phase critique de son existence qu'est la maladie, il trouvera l'accès à cette « re-possibilisation »⁶ qui constitue la clef de tout travail clinique véritable, lorsque celui-ci n'est pas contraint de se limiter à soulager la

douleur. Par-delà l'opposition entre le vécu subjectif de l'un et le savoir objectif de l'autre, médecin et patient sont requis par la création d'un horizon de sens trans-subjectif⁷, comme l'appelle notre auteur, où le raisonnement qui enchaîne causes et effets est assumé par un acte de compréhension intentionnelle axée sur des fins. Car c'est la direction de sens ainsi tracée qui permet de choisir l'usage d'un procédé thérapeutique plutôt qu'un autre ou de privilégier telle ou telle stratégie d'intervention.

Plaidoyer pour une nouvelle épistémè

L'épistémologie de Viktor von Weizsäcker consiste dès lors à reconstruire cet *ethos* médical spécifique sur la base d'une réflexion dont la radicalité n'est pas sans rappeler, nous l'avons dit, l'œuvre de Georges Canguilhem. Il s'agit d'une part de restituer à la médecine son véritable objet en décidant de son statut, c'est-à-dire de réfléchir sur les concepts de santé et de maladie en tant que modes d'existence proprement humains, en tant que relatifs à ce qu'il y a de plus humain en l'homme, plutôt que de les concevoir comme des normes statistiques intemporelles et anonymes. Il s'agit d'autre part de repenser la situation clinique de départ, c'est-à-dire la manière dont le patient est rencontré par le représentant du corps médical, de même que l'implication de ce représentant dans le projet thérapeutique lui-même.

C'est après avoir pris conscience de l'ampleur de cette tâche, que Viktor von Weizsäcker prit part, entre 1926 et 1930 à l'édition de la revue fondée par Martin Buber, revue intitulée *Die Kreatur*. C'est dans cette revue qu'il publia dès 1926 ses *Fragments d'une anthropologie médicale* dont l'intention était selon les dires de l'auteur de développer une « doctrine générale de l'être humain comme science fondamentale de la pratique de soin ».

L'objectivité de l'art médical doit en effet être repensée dès lors que l'on s'assigne pour tâche de ne pas mettre le sujet hors circuit. Je cite en effet notre auteur: De cette prise en compte du sujet, « *il s'ensuit nécessairement que certaines parties de l'anthropologie médicale ne peuvent être présentées comme obéissant au critère de l'objectivité présumée par les sciences expérimentales, mais qu'elles doivent revêtir un caractère normatif. Elles ne comprendront pas seulement des énoncés quant aux états de fait à traiter, ni seulement à ce qui doit s'ensuivre selon des lois immuables, mais elles comprennent aussi la présentation de ce qui doit être, de ce que le patient et le médecin veulent de concert ou, comme le dit l'auteur, « la présentation de ce que vers quoi nous nous efforçons, c'est-à-dire des possibles qui nous sont laissés ouverts. Et à cet endroit, les chemins vont à nouveau bifurquer entre les processus que le médecin croit pouvoir déduire de sa compétence d'homme de science,*

processus qui correspondent à ce qui se produit de manière générale, selon ce que lui enseignent les statistiques, et les processus qui procèdent d'une entente sur des normes intersubjectives et qui en ce sens sont à l'origine d'une objectivité d'une espèce nouvelle »⁸.

Cette objectivité d'une espèce nouvelle censée orienter le savoir clinique proprement dit ne procède pas d'une idée préconçue ; il ne porte pas davantage sur un objet isolé, et il ne repose sur aucune expérimentation préalable. Il s'enracine plutôt dans une situation que von Weizsäcker considère comme le phénomène originaire (*Urphänomen*) de toute anthropologie médicale: à savoir la rencontre de l'homme malade, qui se trouve dans l'urgence, auquel la maladie inflige une perte d'autonomie, encore aggravée par la souffrance, et qui pour cette raison en appelle à l'aide d'un autrui. C'est ce qui manque à l'homme malade qui doit servir de point archimédien au savoir proprement médical. Il s'amorce dès lors non pas le « je pense » qui sous-tend le jugement que le médecin pose sur le patient après l'écoute attentive de sa plainte. Car cet autre dit d'abord de lui-même: « Je suis malade ». Et, si, à la suite de cette déclaration, le médecin procède immédiatement à des investigations et à des expertises, il substitue à ce Je (ou à ce « qui ») qui parle de lui-même un cela (un quoi) – ce qui engendre d'emblée une dénaturation de l'observation, une attitude qui se détourne erronément du donné et de l'expérience première. Ce n'est qu'en prenant au sérieux la parole de ce Je, du Je qui se plaint que le clinicien peut intégrer à son diagnostic les circonstances dans lesquelles la maladie s'est déclarée, avec ses aspects sociaux et culturels. La question du sens de la maladie, de la signification qu'elle revêt pour le patient, avec son potentiel d'anticipation sur une amélioration globale de sa situation, cette question n'apparaîtra nullement surajoutée à celles que pose le savoir expert. Car, une fois la maladie réinscrite dans la temporalité d'une histoire agie et subie, le médecin pourra non seulement être plus au clair sur le pourquoi du « ici » et « maintenant » de cette maladie (avec tout ce qu'une telle clarification peut revêtir de prophylactique), mais il pourra inscrire sa rencontre avec le malade dans le prolongement de cette histoire et faire apparaître le projet de soin comme la prospection des possibles que celle-ci contient. Ainsi la gerbe du passé, décliné à l'accusatif, et du futur décliné au vocatif par la question « *wozu ?* » (en vue de quoi) pourra être nouée avec le présent de la plainte déclinée au datif, en la forme d'une requête ou d'un appel à l'aide. La préséance ainsi accordée à l'expérience de la rencontre du malade en chair et en os, plutôt qu'à l'objectivation de l'un de ses organes malades, n'a pas seulement pour mobile de maintenir le patient en position d'agent, si faible soit-il, de sa guérison. Elle est motivée, chez von Weizsäcker, par la conviction que la réalité de l'homme malade n'est fondamentalement pas accessible via les concepts de cause et d'effet qui s'appliquent à la matérialité de l'espace-temps

mathématisable, mais que cette réalité se décide en deçà des lois auxquels obéissent de tels concepts. Comment cette conviction est-elle fondée? Par ceci que le phénomène originaire de la détresse du malade contraint à suspendre toute forme d'intérêt ou de valeur autre que le souci pour l'état où il se trouve piégé et par là même en demande de possibles qu'il ne peut produire à lui tout seul. De plus, ce phénomène originaire par quoi l'individu est affaibli s'avère en conflit, temporairement sans solution, avec un ordre de réalité (familial, professionnel, économique, culturel) qu'il lui faudra bien surmonter ou réformer d'une manière ou d'une autre.

A l'inverse de cet horizon qui est ainsi ouvert par la rencontre, l'objectivation hâtive du malade, devenu pure *res extensa*, soumise à des forces qui le traversent sans être assumées à la première personne, revient nécessairement, comme l'écrit von Weizsäcker, à faire « *comme si l'être humain était un être qui se conformait à la loi du nombre, comme s'il ne participait point à l'édification de ses entours, comme s'il ne produisait rien, comme s'il ne croissait ni ne déclinait, comme s'il ne se transformait pas. Or, il existe comme la mouette qui vit entre deux éléments, tantôt s'élevant dans le ciel, tantôt plongeant dans la mer, n'effleurant entre les deux que leur reflet mutuel. Comme elle aussi peut-être, l'homme est chair et esprit, n'existant que par l'un et l'autre, mais fixé en aucun d'eux. Il s'en dégage une doctrine de l'expérience, dont le commencement se doit de persévérer dans le toucher de l'œil et de la main, de l'oreille et de l'âme, une doctrine du cheminement partagé entre médecin et malade qui ne se construit pas en dépit ou à l'encontre de la technique et de la rationalisation, mais avec elles et à travers elles.* »⁹. Nous sommes ainsi au seuil d'une anthropologie médicale qui, sans renoncer à ses acquis théoriques et technologiques, cherche avant toute chose à fonder l'exigence éthique dans une réévaluation de la *praxis* soignante considérée pour elle-même.

Deuxième partie : Les fondements anthropologiques de l'éthique médicale

Pour édifier cette anthropologie médicale qui vise à subsumer le savoir théorético-poïétique, dont nous avons parlé dans la première partie de cet article, sous un savoir qui relève davantage de cette vertu qu'est la *phronesis* (que l'on pourrait traduire plus justement par sagesse pratique), Weizsäcker s'appuie essentiellement sur les méditations de son ami Franz Rosenzweig dont il avait lu et annoté l'ouvrage intitulé *L'étoile de la Rédemption*¹⁰. Rosenzweig qui fut avec Martin Buber l'un des premiers philosophes allemands à prendre ses

distances par rapport à l'héritage de l'idéalisme allemand et de son apriorisme transcendantal, fut aussi à l'origine d'une conception nouvelle de la subjectivité, laquelle plutôt que d'opposer d'emblée celle-ci à un objet, à un non-moi, s'efforce de la penser, comme le fit, plus tard E. Levinas en France, comme un être avec et pour autrui. De ce fait, en place de se présenter comme une instance identique avec elle-même qui, pareille à l'ego cartésien, oppose son inébranlable certitude au flux changeant des apparences, cette subjectivité s'avère décentrée d'entrée de jeu par l'intrigue où elle se découvre de manière pré-réflexive dépendante d'autrui, que ce soit dans la reconnaissance ou le conflit. Autrui n'est donc pas d'abord pour ce sujet le pôle d'une visée cognitive ou d'une représentation, il est d'abord ce qui rend possible sa propre existence comme existence humaine. Il en va de même, pense Weizsäcker, dans la relation clinique: le patient attend de son médecin qu'il re-possibilise son pouvoir-être diminué, voire anéanti, par la maladie. L'agir thérapeutique s'inscrit donc en droite ligne dans une visée éthique primordiale, celle qui demande que l'on agisse non seulement au nom du respect de la liberté du patient, mais que l'on fasse tout ce qui est en notre pouvoir pour que l'existence de ce patient en chair et en os soit maintenue et promue en ce qui lui est propre, en ce qui lui appartient de manière inaliénable. Ce n'est donc pas un hasard si von Weizsäcker réassume en son nom l'adage de Paracelse qui affirme que les forces de l'agir thérapeutique sont à découvrir dans le patient lui-même avant que d'être attribuées au savoir-faire médical.

Réciprocité et responsabilité

« *Das personalen Ermöglichen* », la re-possibilisation individuelle est donc l'un des *leitmotiv* de l'anthropologie clinique de notre auteur. Au plan de la reconstruction de l'ethos médical, il s'accompagne de deux autres principes: celui de la réciprocité et celui de la responsabilité. Que signifie en l'occurrence la réciprocité? C'est que l'efficacité du traitement proposé, et qui s'appuie sur la différence entre la cause active et la chose sur laquelle cette cause exerce ses effets, n'est pas indépendante du lien intersubjectif sur fond duquel ce traitement est prescrit. Celui-ci s'enracine donc dans une structure originairement bi-personnelle, c'est-à-dire là même où la norme éthique est concrètement énoncée. Autrement dit, lorsque cette norme est conçue et formulée de manière abstraite et absolue, elle est tout simplement dépourvue de toute incidence thérapeutique. La responsabilité du médecin est en effet impliquée d'entrée de jeu dans le combat qu'il mène avec son patient, au cœur même du suivi thérapeutique. C'est pourquoi nous avons parlé de normativité interne à propos de ce dernier. Prendre en charge un malade, c'est-à-dire quelqu'un pour qui l'anéantissement radical de son pouvoir-être (et donc la mort) constitue toujours une menace plus ou moins proche, c'est en effet se tenir

responsable du devenir d'un autre sujet, et non s'acquitter seulement avec professionnalisme d'une série de tâches normées par la seule déontologie. Mais selon quelle méthode le médecin, qui n'a pas de formation dans le domaine de la psychiatrie, peut-il articuler les deux dimensions du sujet et de l'objet dans une saisie d'un seul tenant ? Les « histoires de malade »¹¹ - l'intitulé de sa seconde publication dans la Revue *Die Kreatur* – jouent à cet endroit un rôle véritablement paradigmatique dans l'œuvre de Viktor von Weizsäcker. L'art de pratiquer la consultation est bien entendu apparenté à l'art de rédiger une pathographie digne de ce nom. Mais alors qu'est-ce qui en conditionne la validité rectrice ?

Le pentagramme pathique

C'est dans son ouvrage intitulé « *Pathosophie* »¹² que von Weizsäcker s'est efforcé de proposer une méthode qui puisse être suivie par tout entretien thérapeutique, qu'il soit dirigé par un généraliste ou un spécialiste, et qui n'exige point de ceux-ci de se mettre eux-mêmes à l'épreuve d'une formation psychanalytique. Tout au long de son expérience de clinicien, l'auto-constitution de la subjectivité, a-t-il observé, ou ce que Ludwig Binswanger avait appelé « l'histoire intérieure de la vie », est en effet toujours structurée par un véritable entrelacs, parfois harmonieux, parfois voué à l'échec et à l'homéostasie (c'est-à-dire à ce qui fait obstacle au devenir historique lui-même dans son dynamisme) des cinq verbes modaux de la langue allemande : *wollen* (vouloir), *können* (pouvoir), *dürfen* (être autorisé), *sollen* (être moralement obligé), *müssen* (être contraint). Ces cinq verbes composent ce que Weizsäcker nomme le pentagramme pathique, et chacun d'entre eux correspond en effet à une catégorie pathique¹³, c'est-à-dire à un mode de frayage (*Bahnung*) de la vie pulsionnelle vers sa réalisation existentielle. Voici comment il les définit : « *ces catégories, que nous comparons à des axiomes, renvoient à des passions, à des affects, à des épreuves dont la fluidité a été en quelque sorte fixée dans des formes grammaticales. Comme il s'agit de verbes modaux, ils peuvent être déclinés et personnalisés. Dans leur usage, nous pouvons déjà entrapercevoir comment une personnalité se structure* »¹⁴.

En effet, comme l'expriment ces verbes, l'homme n'est jamais ce qu'il est que dans son rapport à ce qu'il n'est pas, à ce qu'il veut, à ce qu'il doit accomplir, à ce qu'il peut ou pourrait, et ainsi de suite. Ce que la psychanalyse thématise en la forme d'un « manque » ne porte encore ici que la marque de l'indétermination, de la potentialité, de l'impuissance parfois (être contraint), mais aussi du clivage entre soi et soi : l'homme est un être qui veut et ne peut pas, ou l'inverse, un être qui doit mais ne veut pas, un être qui désire mais dont ce

désir n'est pas autorisé, etc. Le pentagramme pathique et sa combinatoire constitue ainsi la quintuple racine de la vie pulsionnelle et détermine les vecteurs intentionnels dominants en fonction desquels l'existence humaine est destinée à prendre des formes changeantes entre sa naissance et sa mort. Car si la mort délimite la frontière extrême du pouvoir (*können*) ou anticipe sur l'ultime concession qui fait triompher la contrainte (*müssen*), l'espace de jeu que l'individu, dans la temporalisation de sa vie, va creuser entre la possibilité et la nécessité n'est jamais rigoureusement prévisible, ni encore moins mesurable. Pourtant, c'est de l'écart ainsi creusé par la découverte d'un équilibre nouveau, ou d'un réaménagement du contexte d'existence que dépend le plus souvent l'issue d'une maladie ou le dépassement d'une souffrance. Il est banal de rappeler qu'*in fine* la maladie a toujours trait à une confrontation possible avec la mort, puisque l'homme est mortel par essence. Or, c'est bien parce qu'elle renvoie toujours à cette possibilité, que la maladie fait émerger la substruction pathique de l'existence en ce qu'elle implique de douloureux : « *un équilibre est atteint, écrit von Weizsäcker, mais approche soudain de sa limite ; et une perturbation de cet équilibre se fait jour alors. C'est le moment de la crise qui, s'il est surmonté, donne le jour à un équilibre et à un ordre existentiel inédit : de nouvelles possibilités se font jour* »¹⁵. Les catégories du devoir et du vouloir sont réarticulées au cours du suivi médical de sorte à composer de manière praticable avec la contrainte et à donner un horizon jusqu'alors inexploré au pouvoir, que l'on s'autorise enfin d'exercer. La crise dont parle notre auteur marque donc bien une discontinuité dans le cours de l'existence quotidienne, et sa positivité réside en ceci qu'elle réoriente le passé vers un avenir à découvrir. Aussi profonde que soit la souffrance qui l'accompagne, la crise s'offre aussi comme une « chance », un « *kairos* », une occasion de renaître, par la vertu d'une rencontre authentique avec soi, par le travail d'une mutation fondamentale d'attitude, que le corps subit comme annonciatrice d'un enfantement, et que le médecin a le privilège d'accompagner et de promouvoir, en misant tout autant sur l'efficacité de son intervention que sur le « je peux » qu'incarne toujours, en définitive, la subjectivité de son patient.

Le corps comme lieu de sens

Certes, dans le cours d'une maladie, celui-ci peut aussi faire l'expérience de son corps, non comme d'une force plastique, mais comme un « quelque chose » d'étranger qui lui résiste. Et il ne manque pas de médecins, souvent mandatés par les assurances ou d'autres institutions financières, pour le conforter dans cette conviction. Les effets psychosociaux de la concurrence, de la compétition professionnelle, l'insécurité organisée, en un mot la nécessité

indiscutée pour tout individu de se montrer apte à se vendre sur le marché du travail, exerce sur la finalité interne de la pratique médicale, tout comme sur les finalités de la recherche scientifique ou de la carrière politique, des effets pervers. La tentation est grande pour la médecine de ne plus concevoir la santé que comme un réajustement des forces de production de l'individu aux normes d'adaptation idéologiquement en vogue. Il est de plus en plus difficile pour le corps médical de défendre une norme de la santé qui soit immanente à sa profession plutôt que de s'en remettre à la transcription d'impératifs dictés par des instances extra-médicales. Ce que j'écris ici n'apprend rien peut-être rien au lecteur. Mais la menace d'une surdétermination idéologique des normes de la dispensation des soins ne fait que rendre plus actuelle une démarche comme celle de Viktor von Weizsäcker qui vise à restituer à la pratique clinique toutes ses lettres de noblesse. Si l'on prend en compte la norme de la santé entendue comme « *Wiederermöglichung* », (re-possibilisation) comme une tentative de théoriser les fondements de l'autonomie de la pratique thérapeutique, l'on comprend aussi les exhortations que von Weizsäcker adresse à ces élèves, de ne pas encourager les malades à objectiver leur corps à la façon d'un « ça », déjà disposé pour sa réfection technique, et dont leur subjectivité serait stoïquement indépendante, mais à les conduire plutôt à se réapproprier ce corps comme une dimension intégrante de « soi », comme l'incarnation de ce qu'ils sont comme personne à part entière.

« Le corps ne ment jamais » me confiait un jour un médecin généraliste expérimenté. Cette parole fait écho à ces propos de notre auteur : « *La maladie est réellement, et de cas en cas, l'occasion pour celui qui l'endure de faire l'épreuve de sa vérité... La maladie peut être saisie comme ce qui, à la faveur d'un événement corporel (Körpergeschehen), engendre un développement de la conscience. Mais l'on doit ajouter à cela, bien que cela revienne à dire la même chose, que la maladie ne peut conduire à ce développement de la conscience que si elle se produit au travers d'un événement corporel correctement compris* »¹⁶. Autrement dit, la signification de la maladie ne peut se manifester qu'à travers elle, et ne peut être préalablement découverte par le malade. Guérir et avoir accès à cette signification vont de pair. C'est en ce sens que l'on parle aussi du patient comme d'un agent qui « fait » sa maladie, car cela revient à dire que c'est le malade, et non le médecin, qui dispose en ultime instance de l'initiative de ce rétablissement qu'il espère en adressant sa demande de soin.

A la faveur de la relation clinique ainsi définie, Weizsäcker introduit en son sein des catégories qui sont utilisées tantôt dans les sciences humaines, telle la catégorie du « comprendre » empruntée à l'épistémologie de Dilthey, ou encore celle de l'agir commun qui

implique que le principe d'autonomie, cher à la bioéthique nord-américaine, soit formulé sur fond d'une démarche compréhensive : respecter l'autonomie du patient, ce n'est pas souscrire aux décrets d'une volonté unilatérale que l'on consulte au coup par coup sur la portée d'actes médicaux ponctuels, c'est faire en sorte que la volonté de l'un s'ajuste peu à peu sur la volonté de l'autre sur la base d'une identification commune des obstacles que le projet thérapeutique doit surmonter – ce qui suppose, de la part du médecin, une démarche qui accompagne le patient dans son univers de sens, jusqu'aux zones d'obscurité où sa faculté de comprendre et d'expliquer est provisoirement mise en échec. Puisque le progrès de l'agir thérapeutique est en effet conditionné par ceci « *que le canon de l'attitude médicale valorise, de concert avec le malade, une authentique transformation...* », « *cette démarche demande également au médecin une conversion de son regard sur la temporalité de la maladie* »¹⁷. Plutôt que d'objectiver celle-ci dans un espace-temps mathématique conçu a priori, il lui incombe de la resituer dans l'horizon temporel du malade lui-même. La raison en est que le passé d'un être humain, a fortiori s'il traverse une étape critique de son existence, n'est pas comparable à l'avenir qu'il lui faudra affronter. Toute maladie grave constitue une déchirure dans le cours du temps vécu et ce n'est pas seulement une faute éthique, mais avant tout une illusion épistémologique que de laisser croire que l'intervention médicale est en mesure de restaurer un état de santé entièrement pareil à celui qui l'a précédé. À ce propos d'ailleurs, Viktor von Weizsäcker s'inscrit en faux contre cette utopie d'un corps parfait, ultra-performant, susceptible de s'adapter à n'importe quelle situation, et que la médecine de pointe se montrerait capable de remettre à neuf en refoulant le scandale de la mortalité, du vieillissement et de la nécessité pour l'organisme d'opérer les métamorphoses qu'exige son devenir. L'objectivation du corps et la technicité des interventions opérées sur celui-ci, lorsqu'elles sont poussées à l'extrême, font l'impasse sur les décisions que cet organisme est sommé de prendre, tant sur le plan physiologique que spirituel, pour demeurer en phase avec son milieu. Le médecin manœuvrier, imbu de sa compétence, a, bien entendu le loisir de se décharger de ce problème en faisant appel à des autorités externes à sa pratique, telle l'autorité d'un prêtre ou d'un psychologue. Mais lorsque la médecine cède à cette tentation, elle ne fait que rendre plus patente encore l'absence d'une éthique qui lui soit immanente et dont l'extériorité découle essentiellement d'un manque de réflexion sur ce que sont véritablement la maladie et la santé. En place de comprendre ce que tout processus de guérison comporte de conflictuel, elle se contente de viser à rendre l'être humain disponible pour des buts quelconques, le plus souvent dictés par l'idéologie ambiante – alors même que sa finalité devrait être comprise comme une dimension de l'humain à laquelle tout patient

aspire à trouver accès. Les prises de position de von Weizsäcker recourent ici celles d'un Georges Canguilhem, lequel s'est d'ailleurs inspiré du premier. Comment définit-il en effet la santé ? Je cite : « *Etre en bonne santé ne signifie pas être normal, mais cela veut dire être capable de changer dans le cours du temps, de croître, de mûrir et de mourir.* »¹⁸. La santé, humainement comprise, inclut donc explicitement dans sa définition la possibilité de la mort. Et si la médecine a pour devoir de servir avant tout la vie, elle a également pour tâche d'aider à mourir, plutôt que de contraindre à survivre dans un excès de souffrance et sans promesse raisonnable d'amélioration. Bien que notre logique de toute puissance s'y oppose, tout être vivant a son propre temps, son commencement et sa fin. L'agir médical se doit donc d'éviter le piège de se mettre au service d'une conception de la vie qui en nie la finitude et, en revanche, elle se doit d'avoir le courage de prodiguer ses soins là même où toute issue autre que le déclin s'avère exclue. Les critères statistiques de la santé et de la maladie, conçus en termes d'écarts à l'égard d'une norme moyenne, et mesurés dans une relation de parfaite abstraction au regard de toute situation de vie individuelle, sont sur ce point totalement aveuglant. S'ils permettent d'éviter au médecin de s'abstenir de tout pronostic individualisé, ils conduisent à plus ou moins court terme à des dilemmes insensés, pareils à ceux que la bioéthique est censée résoudre, lorsque les patients sont maintenus en vie par tout un appareillage, dont le seul intérêt est à chercher du côté de sa performance technique et qui n'a pour seule justification médicale, tout à fait paradoxale par ailleurs, que l'indéterminisme présumé du pronostic. Le dilemme en question concerne dans pareil cas l'écart entre ce que le patient peut encore (en l'occurrence plus rien) et ce qu'il devrait idéalement pouvoir, et à quoi s'accroche souvent l'entourage, en dépit des limites de ce pouvoir. Le même type de problème est sur le point d'occuper le devant de la scène médicale avec les progrès réalisés en matière de manipulation génétique. À cet endroit encore, c'est la négation de la contingence qui risque de l'emporter, en s'appuyant sur la pétition de principe que l'embryon ne devrait voir le jour que s'il est davantage que ce qu'il est par lui-même. Cet idéal de perfectibilité à la fois génétique et neuronale est une construction culturelle qui doit son succès au crédit que lui accorde une pratique de la médecine qui s'éloigne de plus en plus de l'expérience réelle que les êtres humains font de leur condition incarnée – et par là même vulnérable. Sans compter que l'on est par là même confronté à une chosification rampante de cette humaine condition.

Si notre conception de la santé doit être fondamentalement revisitée, pour être à nouveau mise en corrélation avec l'expérience que nous avons de notre corps comme d'un « je peux » doublé d'un « je subis », comme d'une « je peux » exposé en relation avec un milieu qui l'affecte au moment même où il exerce son emprise sur lui, il en va de même de notre

conception de la maladie dont le caractère critique peut constituer une chance d'atteindre un nouvel équilibre, porteur de nouvelles satisfactions et de développements inédits.

Mais, sur ce point, et en guise de conclusion, je me contenterai de donner la parole à Weizsäcker : *« De tout ce qui précède, écrit-il, il s'ensuit non seulement que la médecine moderne nous contraint à revoir nos méthodes quant au traitement des maladies, mais que c'est notre attitude à l'égard de celles-ci qu'il faut modifier. L'attitude ancienne qui consiste à dire "Weg damit" (que l'on enlève cela) doit être remplacée par celle-ci : "Oui, mais pas comme cela". Oui à ce que le corps s'efforce de nous dire, mais pas de la manière dont il le dit, en l'occurrence dans la forme substitutive de la maladie. De ce premier pas, l'on peut en déduire un second : "Si pas ainsi, alors autrement". Et le troisième pas, mais seulement en dernier lieu, peut décider : « Ainsi se présente la situation ». Lorsque la troisième étape prend la place de la première, comme cela se produit malheureusement le plus souvent, alors la voie d'accès à la maladie est construite sur des bases erronées. Cela ne peut arriver si nous ne négligeons pas de prêter attention à la biographie du malade. Certes, l'on ne peut prétendre que cette méthode biographique puisse toujours nous conduire au bout du chemin, à l'identification de la maladie et à ce qui se cache en elle, et donc à son sens ; mais le chemin vers ce dernier est par là même ouvert. Ce n'est peut-être pas un acquis spectaculaire, mais ce n'est pas peu non plus »¹⁹.*

« Le problème de l'homme en médecine, écrit Weizsäcker, et tout particulièrement dans cette manière de la pratiquer – consiste en ceci que l'homme, pour qui la maladie est une part importante de toute sa biographie, n'a pas seulement cette maladie, mais qu'il la fait aussi, qu'il produit avec elle un certain langage, des comportements qui expriment quelque chose – tout comme tout autre forme de comportement et de langage. Nous ne comprenons certes pas ce langage entièrement, mais nous pouvons nous en approcher toujours davantage. Si le sens de la vie est la mort, et si le sens de la mort est la vie, alors le sens de la maladie est tout uniment les deux, le vivre autant que le mourir, la volonté de vie tout comme la volonté de mort. C'est dans cet entre-deux que se situe l'être humain. Tel est son problème pour la médecine »²⁰.

L'art de guérir

Dans l'essai de 1926, évoqué plus haut, Viktor von Weizsäcker inaugure sa réflexion sur les normes internes de l'agir médical par le rappel d'un dialogue de Platon puisé dans le premier livre de la République. Ce dialogue qui met aux prises Socrate et Thrasimaque tourne autour

de l'essence définitoire d'une profession et l'exemple choisi est précisément celui de l'art de guérir. Il ne suffit pas, argumente Socrate, pour comprendre ce qui norme une profession de manière générale, d'en énumérer les activités spécifiques et d'exiger qu'elles soient accomplies en conformité avec les règles immanentes à ces activités. Car toute profession s'inscrit dans l'écheveau de relations humaines et sociales qui débordent l'horizon étroit de son champ d'exercice. Aussi longtemps que l'on considère le singulier du point de vue de sa singularité et qu'on en limite l'examen à ce qui la différencie d'autres singularités, l'on ne peut réussir à fixer ce qui est juste et droit à son propos. Pour quelle raison ? Pourquoi s'ensuit-il que la médecine soit elle-même en mauvaise condition lorsqu'elle ne peut abstraire son objet de son contexte, tout comme n'importe quel art qui a toujours besoin d'une règle d'excellence qui le déborde (I, 342) ? Parce que la justice et son Idée nous échappent aussi longtemps que nous ne nous sommes pas élevés au niveau de la collectivité dans son ensemble pour s'interroger d'abord sur la nature de ce qui lui est profitable globalement, et indépendamment de ce qui pourrait s'avérer avantageux pour l'une de ses classes considérées isolément. Aux yeux de ce dialecticien qu'est Socrate, toute démarche visant à définir ce qu'est le bien dans la perspective d'un agir particulier doit procéder de manière déductive et doit donc s'enquérir d'abord de la nature du bien commun. L'on ne peut donc restreindre son questionnement à la relation médecin malade pour connaître la juste mesure à laquelle doit obéir cette relation. Mais celle-ci doit être évaluée à la manière d'un cas singulier de relation de citoyen libre à un autre citoyen libre. Et il en va de même pour la déontologie de toute autre profession.

Or, la référence à cette antique manière de se mettre en quête d'une norme, explique Weizsäcker, est encore et toujours utile lorsque l'on cherche à saisir les contradictions qui tissent l'arrière-plan des débats éthiques qui se développent autour de la pratique de la médecine moderne. Contre Platon en effet, et selon une tradition vénérable dont on peut situer l'origine dans le corpus hippocratique, la médecine est conçue comme un art libéral, comme un service rendu par une personne privée à une autre personne privée, quel que soit son statut public. Ce qui motive notre société à pérenniser cette situation, relève d'une prescription morale que vient par ailleurs confirmer la loi : il s'agit de protéger la confidentialité des informations qui s'échangent dans le cadre de ce type de contrat et de soustraire la vie intime des patients à toute forme d'indiscrétion ou d'inquisition potentielles. De plus, pour que le traitement des maladies puisse encore être librement décidé par les deux parties, le médecin doit jouir d'une certaine marge de manœuvre dans son rapport à toute forme de contrôle bureaucratique, que celui-ci soit exercé par l'Etat ou un organisme assureur. Toutefois, l'on

ne peut nier non plus que cette liberté accordée à la pratique de la médecine soit toujours davantage limitée et soumise à des règles institutionnelles qui émanent tantôt de services publics, dont certains comme l'OMS jouissent d'une autorité internationale, tantôt des services hospitaliers eux-mêmes dont la gestion devient toujours plus complexe à mesure que s'amplifie l'offre de soins. Des régulations externes sont dès lors mises en place pour empêcher les abus, les dérapages et la transgression d'un certain nombre de procédures standardisées en vigueur pour la prise en charge de malades gravement atteints. S'ensuit-il que la liberté médicale ne soit plus qu'une fiction psychologique destinée à sauvegarder le prestige de la profession ou à rassurer les malades ? En Europe, où les procès intentés aux médecins ne font pas encore florès comme aux Etats-Unis, l'on ne peut souscrire à un pareil constat. Et l'œuvre de von Weizsäcker abonde en indications qui confèrent à cette liberté toute sa légitimité. Contre Platon, à nouveau, il lui paraît préjudiciable pour la médecine de vouloir en définir les valeurs directrices de surplomb, de l'extérieur, quand bien même la norme de la santé serait devenue un enjeu politique et public. Les concepts régulateurs de la bioéthique en témoignent : lorsque celle-ci prescrit au médecin de n'agir que dans les limites de sa compétence, de respecter l'autonomie de ses patients, d'éviter les risques susceptibles de leur nuire pour viser au contraire la bienfaisance, lorsqu'ils font valoir un minimum d'équité dans la distribution des soins, elle ne dit rien de précis sur ce qu'est ou devrait être la dimension clinique du savoir médical, et ses préceptes pourraient tout aussi bien s'appliquer à d'autres pratiques, comme celle de l'avocat ou de l'assistant social. Sur la « chose même » de la médecine, ces concepts régulateurs restent foncièrement silencieux et se contentent de la surdéterminer par des normes qui sont censées s'appliquer au traitement de tout citoyen d'une société démocratique. Lorsque déjà Hippocrate, contredisant Platon, insistait sur la normativité interne de l'agir thérapeutique, il posait ainsi une question destinée à resurgir de manière récurrente, car elle est aussi appelée à répondre des finalités de son appareillage technique en constante évolution.

Actualité de la pensée de Weizsäcker

Bien que la pensée de Viktor von Weizsäcker fut prolongée par certains de ses disciples, elle ne connut jamais la fortune qu'elle mérite cependant. Il lui fut entre autres reproché de nourrir une utopie, en raison du caractère nécessairement interdisciplinaire et holistique de sa démarche, lequel n'est que fort peu compatible avec le haut degré de spécialisation du médecin contemporain. On lui a aussi reproché d'avoir exagéré l'importance de la dimension

biographique de la maladie au détriment de facteurs étiologiques plus contingents. Quelles que soient cependant les réserves que l'on est en droit de nourrir à l'égard de cette œuvre immense, il n'en reste pas moins vrai qu'elle reste promise à un avenir certain. Car elle met le doigt de manière prémonitoire sur un tel nombre de problèmes aujourd'hui patents dans l'organisation de la médecine officielle, et elle constitue une source d'inspiration inépuisable pour tout praticien soucieux de ne point confondre la médecine spécifiquement humaine avec une médecine vétérinaire augmentée de bons sentiments. Que cette spécificité fasse problème, la prolifération des médecines alternatives, sous-tendues par des sagesses millénaires qui ne craignent nullement de faire concurrence aux sciences naturelles déracinées de leur terreau métaphysique, est là pour en témoigner. Si notre médecine universitaire n'est pas repensée de fond en comble avec urgence, la pression économique engendrée par la prolifération des actes médicaux à la fois inutiles et coûteux, finira par avoir raison de notre entêtement technocratique. Et aider l'homme à réaliser les potentialités que recèle son humanité, lorsque celle-ci s'avère contredite ou menacée, sera toujours l'affaire d'un art et d'une raison subtile.

¹ Viktor von Weizsäcker est né le 21 avril à Stuttgart et mourut à Heidelberg en 1957, à la suite d'une grave maladie. Il étudia la médecine à Tübingen, à Freiburg et à Heidelberg, où il devint l'élève de Johannes von Kries, qui l'initia à la psychophysique et à la recherche en laboratoire. Durant toute la durée de ses études, il fit montre d'un grand intérêt pour les questions philosophiques et suivit l'enseignement de Wilhem Windelband et de Heinrich Rickert, les deux principaux représentants du néo-kantisme de l'école de Bade. Il établit donc très tôt des liens étroits entre sa pratique médicale et des réflexions de type épistémologique et anthropologique. Son amitié avec les philosophes Franz Rosenzweig et Martin Buber fut décisive pour l'orientation de sa pensée et c'est aussi sous l'influence de cette amitié qu'il quitta le domaine de recherche en psychophysique pour se reconvertir en médecine interne, sous la direction de Ludolf von Krehl, un maître incontesté de la Faculté de médecine de Heidelberg au début du XXe siècle. En 1922, il fut chargé de la direction du département de neurologie de cette Faculté où il fut nommé professeur ordinaire en 1940, l'année où il publia son fameux *Gestaltkreis*, traduit en français par Michel Foucault sous le titre de « cycle de la structure ». Durant la seconde guerre mondiale, il consacra toutes ses énergies à soigner les soldats blessés dans un hôpital militaire à Breslau, puis revint à Heidelberg où une chaire de médecine clinique générale lui fut destinée *ad personam*. Il accéda à l'éméritat en 1952.

² Hippocrate, *Ancienne médecine*, §1.

³ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke*, in *Gesammelte Schriften*, Band V, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1987, p.12.

⁴ Viktor von Weizsäcker, *Le cycle de la structure*, traduction de Michel Foucault, Desclée-De Brouwer, Bruges, 1958, p.57.

⁵ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke*, op.cit., p.24.

⁶ Viktor von Weizsäcker, *Natur und Geist, Freud und die Psychotherapeuten*, *Gesammelte Schriften*, op. cit., Band I, p.174

⁷ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt un der Kranke*, op.cit., pp.20-21.

⁸ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke*, op.cit., p.21

⁹ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke*, op.cit., p.15.

¹⁰ Franz Rosenzweig, *L'étoile de la Rédemption*, Paris, Seuil, 1982.

-
- ¹¹ Viktor von Weizsäcker, *Krankegeschichte, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band 5, pp.48-62.
- ¹² Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band X.
- ¹³ Viktor von Weizsäcker précise son vocabulaire en ces termes : « Lorsqu'on nous interroge sur ce qui existe en tant qu'état de fait, nous appelons la question et la réponse ontiques. Lorsqu'on nous interroge sur ce que quelqu'un aimerait qu'il soit, nous appelons la question et la réponse pathiques » (*Fälle und Probleme, Klinische Vorstellungen, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band IX, p.554.)
- ¹⁴ Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band X., p.27.
- ¹⁵ Viktor von Weizsäcker, *Wege psychophysicher Forschung, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band VI, p.248.
- ¹⁶ Viktor von Weizsäcker, *Medizin und Seelsorge, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band V, p.251
- ¹⁷ Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke, Gesammelte Schriften*, op.cit., Band V, pp.21-22.
- ¹⁸ Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie*, op.cit., p.48. Georges Canguilhem s'exprime à ce propos de manière plus nuancée : « L'homme n'est vraiment sain, écrit-il, que lorsqu'il est capable de plusieurs normes, lorsqu'il est plus que normal. La mesure de la santé c'est une certaine capacité de surmonter des crises organiques pour instaurer un nouvel ordre physiologique, différent de l'ancien. Sans intention de plaisanterie, la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever » (*La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1992, p.167).
- ¹⁹ Viktor von Weizsäcker, *Medizin und Logik, Gesammelte Schriften*, Band 7, op.cit., p.354 et suivantes
- ²⁰ Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie*, op.cit., p.154.