



AU CROISEMENT DE DEUX MÉDECINES



Alex Parisel

Où commence et où finit le

Vouloir refléter les pratiques médico-sanitaires humanitaires par un jeu de miroirs avec les pratiques hospitalières occidentales est un exercice périlleux. Qu'ont-elles en effet de commun?

PAR ALEX PARISEL →

est titulaire d'un diplôme d'ingénieur en gestion Solvay, de 1990 à 2002 il a occupé diverses fonctions au sein de MSF dont celle de Directeur Général de MSF Belgique de 1998 à 2002, de 2002 à 2004 il était responsable de projets VIH/Sida auprès de l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé (AEDES). Il est actuellement Vice-Président de Médecins sans Frontières et Responsable Accueils et Secrétariats au CHU-Brugmann (site Horta) alex.parisel@chu-brugmann.be

Comment faire se rencontrer une médecine de pointe et une médecine répondant à des situations de crise et œuvrant à assurer des soins primaires? Sans compter qu'il faut dépasser les jugements de valeur et les caricatures avec, d'un côté, la médecine boy-scout bien-pensante et, de l'autre, la médecine du bien-être individuel servie à l'ego de mandarin, toutes deux en quête de médiatisation. Cet article se veut pourtant un regard croisé sur deux espaces-temps médico-sanitaires, deux galaxies que tout semble éloigner à grande vitesse, mais qui sont toutes deux filles de notre modèle social-démocrate et dont

les destins sont peut-être plus liés qu'on ne l'imagine.

LE COLLOQUE SINGULIER, ATOME CONSTITUTIF DE LA MÉDECINE

Existe-t-il un colloque singulier «humanitaire» fondamentalement différent du colloque singulier hospitalier? Non, *a priori* rien de tel. Il est pratiqué dans un environnement de pénurie, dénué de l'outillage technique occidental, et il peut être confronté à des difficultés de culture et de langue, mais la démarche est identique: scientifique et construite autour du même serment. Rien d'étonnant, puisque les médecins sont issus des mêmes écoles, si ce

n'est que les médecins humanitaires suivent une autre spécialisation, la médecine tropicale. La médecine humanitaire apparaît donc comme une branche de la médecine occidentale, vouée à l'exportation par l'expatriation du médecin.

Aux sources de l'élan médical humanitaire belge, on trouve l'existence d'une très belle loi qui organise et rend obligatoire la délivrance immédiate de secours médicaux pour toute personne sur le territoire belge, sans conditions préalables. Cette loi de 1964, sur l'aide médicale urgente, fait honneur à nos démocraties et promeut les valeurs humanistes fondatrices de la médecine: tout

blessé, tout malade a droit à des soins appropriés.

Une organisation comme Médecins sans Frontières s'en est fortement inspirée en consacrant son énergie à soigner les victimes de conflits ou de catastrophes naturelles, en toute impartialité et indépendance. Elle a simplement investi l'espace géographique pour offrir la médecine d'urgence au plus grand nombre et pour réaffirmer les valeurs de la loi de 1964 au-delà de nos frontières: MSF est le produit généreux de notre société civile et de notre histoire médicale.

L'ESPACE-TEMPS DU COLLOQUE SINGULIER

L'hôpital en tant qu'institution s'inscrit dans un temps long et dans une continuité de service au public: il est régi par le droit, construit autour de normes et de devoirs assignés par le législateur. Il est l'épicentre du savoir

acte dramatisé par l'environnement dans lequel il s'accomplit (guerre, épidémies, famine) et, *a fortiori*, très puissant parce que son action se veut vitale.

C'est pourquoi, si l'hôpital se positionne comme une source de progrès scientifique qui développe des routines de recherche pour «construire l'avenir», la médecine humanitaire a dû intégrer ses propres limites et ne revendique rien d'autre que sa présence temporaire auprès de personnes en détresse: c'est «une médecine du présent» qui n'a pas (plus?) vocation à changer le monde mais qui peut servir d'inspiration par les valeurs qu'elle défend¹.

Ces deux approches de la médecine, construites autour du même noyau atomique, vont être mises sous forte pression par leurs environnements respectifs au point de risquer de les voir se désintégrer: d'un côté, nous avons «la



meilleur des mondes médical ?

médical occidental, qui y cultive la médecine de demain. Socialement, l'hôpital est une institution incontournable et permanente de nos vies, où l'on naît et meurt. Son coût est au centre du système de sécurité sociale, et celle-ci est au cœur de notre cohésion sociale. C'est un bastion de notre modèle social-démocrate, dont la force symbolique majeure semble intangible.

“ La loi de 1964 sur l'aide médicale urgente promeut les valeurs humanistes fondatrices de la médecine: tout blessé, tout malade a droit à des soins appropriés ”

L'acte médical humanitaire vit d'une énergie aux antipodes de la force hospitalière tranquille: cet espace-temps médical est instable dans le temps (MSF a dû quitter l'Iraq et l'Afghanistan en 2004 pour raisons de sécurité) et limité dans l'espace au point d'être exclusif (on parle d'îlots humanitaires, de couloirs humanitaires). C'est un

fusion» du colloque singulier dans le chaudron de l'environnement humanitaire, de l'autre nous avons «la fission» de l'acte médical hospitalier soumis à une taylorisation dramatique.

LA MÉDECINE DE LA FUSION

Bernard Kouchner, fondateur de MSF en France, a dit que l'acte médical est un passeport pour le politique. Il signi-

fie ainsi qu'il n'y pas d'acte humanitaire qui tienne sans lucidité quant à la finalité de cet acte. Il ne suffit pas de soigner des individus confrontés à de graves et massives violations des Droits de l'homme, il faut encore se poser la question de l'impact de cet acte et traduire cette réflexion dans un geste engagé, le témoignage public. Il

s'agit, par exemple, de se demander quelle place accorder à l'acte médical au milieu d'un génocide dont la finalité est l'éradication d'un groupe d'individus, constater qu'il n'a pas sa place, et dénoncer qu'«on n'arrête pas un génocide avec des médecins» (Rwanda, 1994) en espérant que les responsables politiques réagissent.

UN MONDE DE DILEMMES

La médecine humanitaire est un monde de dilemmes, d'incertitudes, de questionnements permanents qui exige une grande vigilance et dans lequel les guidelines thérapeutiques (équivalents de l'EBM hospitalière) et les actes techniques sont insuffisants pour que l'acte médical ait du sens. Le colloque singulier est alors un acte d'ouverture sur le monde, générant une dialectique avec l'environnement, où l'éthique médicale, dans son principe premier de «d'abord ne pas nuire», est une balise fondatrice.

>>>

>>> Mais dans sa vision, Kouchner allait plus loin. Il réduisait l'acte médical à sa portée symbolique, le transformant en quasi-prétexte pour dénoncer les atteintes aux Droits de l'homme ou les forfaits d'un régime politique. Il finira par utiliser l'élan humanitaire pour justifier un «*devoir d'ingérence*» militaire (Iraq, 1991). Le patient deviendra ainsi un porte-étendard politique. D'une démarche humaniste, construite autour du colloque singulier, une certaine forme d'humanitaire «*fusionnera*» avec les intérêts politiques des Etats occidentaux pour en devenir des prestataires de service: les questions de la pertinence et du sens d'une intervention y sont décidées «*ailleurs*», en «*haut lieu*» et se traduisent par des financements et des instructions qui sont loin de concorder avec les intérêts des populations en détresse. On assiste ainsi à la résurgence «*des bonnes et des mauvaises victimes*», en fonction de leur rentabilité politique et stratégique, en totale contradiction avec les idéaux de la loi de 1964.

LA MÉDECINE DE LA FISSION

En contrechamp, le colloque singulier hospitalier semble pratiqué sous bulle, isolé du monde. Plusieurs raisons sont invoquées, mais je n'en retiendrai que trois, en laissant de côté le classique mais trop facile argument d'individualisme «*par nature*» du médecin.

Tout d'abord, cet acte est soumis à de nombreuses contraintes: la complexité administrative, les difficultés de financement, la pression légale assortie d'une multiplication des risques juridiques, l'impact du *numerus clausus*, etc. On peut comprendre que cela provoque un recentrage des médecins sur le cœur de leur métier, «*l'acte intellectuel*». Entre Kafka et Don Quichotte, il faut du cœur à l'ouvrage pour ne pas se recroqueviller sur des territoires connus et maîtrisés (son service, sa salle d'opération, son secrétariat) et pour ne pas abandonner le vaste champ de son environnement à d'autres.

Mais c'est aussi le médecin qui s'enferme, multipliant des actes techniques «*aseptisés*»: l'INAMI et les CPAS assurent l'essentiel du volet financier, les accueils administratifs montent la

garde tarifaire et encaissent, le service social intervient si nécessaire. Ces filtres permettent au patient d'arriver, pour le colloque singulier, dégagé de son environnement de vie, dans sa nudité mécanique. Principale exception, la porte des urgences, qui reste la plus proche de l'hospitalité hospitalière originelle, ouverte sur le monde, mais que le législateur commence peu à peu à fermer par une logique de facturation à l'entrée.

UNE INTEMPORALITÉ FIGÉE

Finalement, c'est l'évolution même de la médecine hospitalière qui a transformé le patient en une somme d'organes, de normes et de tâches hyper spécialisées (on tente aujourd'hui de retrouver un angle de vue plus large en créant des consultations multidisciplinaires). Cette segmentation du travail médical, couplée à la division des métiers (infirmier, administratif, juridique, etc.), isole un peu plus l'acte médical et a abouti à sa bureaucratisation. Le patient est dorénavant une carte SIS à enregistrer, qui parcourt un «*itinéraire clinique*» à organiser et rationaliser et dont le résultat est versé au dossier médical unique.

// Trop isolée de son environnement, divisée en spécialités, la médecine hospitalière apparaît figée dans une forme d'intemporalité, alors que le monde de la santé ne cesse d'évoluer //

Il est extrêmement difficile de garder un regard circonstancié sur toute la chaîne de soins et d'accepter que l'on n'est qu'un rouage dans une machinerie qui nous dépasse, surtout si au départ on considère le colloque singulier comme le cœur atomique de la médecine occidentale, à tel point qu'il détermine les fondements de la formation médicale.

Concentrée sur son savoir technique, cette médecine délaisse sous la contrainte mais aussi avec fatalisme, les horizons d'humanisme et de tendresse humaine que l'on trouve encore dans les rebonds de son histoire récente, comme la lutte contre la douleur ou les unités de soins palliatifs. Trop isolée de son environnement, di-

visée en spécialités aux cultures multiples, la médecine hospitalière apparaît figée dans une forme d'intemporalité (résistances au changement, corporatisme, dispersion d'énergie dans des jeux de pouvoirs et de territoires internes, l'hôpital étant vécu comme «*le*» monde), alors que le monde de la santé évolue à la vitesse de la lumière.

L'UNIVERS DE LA SANTÉ OCCIDENTALE EN EXPANSION

Le Dr Knock prétendait que «*tout bien portant est un malade qui s'ignore*». Cette citation est actuellement confirmée par le Nuffield Council on Bioethics de Grande Bretagne qui constate la médicalisation générale de notre existence: il précise que le problème réside dans l'élargissement du diagnostic, autrement dit «*la tendance à définir des troubles de manière si étendue que de plus en plus d'individus sont pris dans les filets du diagnostic*».

Qu'est-ce qu'une maladie? Qui la définit? Quelles sont les difficultés de la vie qui doivent être traitées médicalement? Nous vivons dans un monde où le rapport à la santé, et donc à la médecine, est devenu permanent: de la médicalisation de la naissance, en

passant par celle des comportements (cf. le trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant ou la timidité rebaptisée «*phobie sociale*» chez l'adulte...), de la sexualité, de la fatigue, ou encore de la vieillesse. Ce rapport se fera de plus en plus totalitaire avec l'arrivée prochaine de la médecine prédictive génique.

Le rôle de l'industrie pharmaceutique est prépondérant dans cette évolution du monde médical: gérée par des financiers, elle voit la santé comme un marché en expansion. S'il fut un temps où l'industrie pharmaceutique cherchait une molécule pour traiter une maladie, nous vivons dans une ère où elle cherche parfois une maladie pour imposer une molécule...²

>>>

>>> Les limites de l'expansion sont dictées par les lois de la rentabilité: sur les 1.400 molécules développées par la recherche pharmaceutique au cours des 25 dernières années, seul 1% concernait des pathologies «*tropicales*», qui sont, faut-il le rappeler, les principales tueuses en ce bas monde (paludisme, tuberculose, maladie de Chagas, etc.)³. Mais voilà, les personnes atteintes sont insolubles et ne représentent pas un vrai marché. Il y a un total décalage entre les besoins médicaux et l'agenda de la recherche pharmaceutique, construit autour des pathologies rentables, projetant la médecine humanitaire, ainsi qu'une partie de la médecine non-occidentale, dans une sorte de trou noir médical. L'industrie ne cherche pas uniquement à consolider son alliance avec les médecins (essais cliniques, prescriptions), elle cherche également à influencer la demande des patients, jouant sur des ressorts aussi simples que la peur, le conformisme social ou la quête du bien-être. Comment ne pas imaginer que le colloque singulier pourrait être dénaturé, entre les exigences induites d'un patient et la pratique sous influence d'un médecin, le tout sous la couverture de la sécurité sociale.

LE MEILLEUR DES MONDES

En démocratie, la santé est un enjeu à la fois collectif et individuel qui nécessite un large consensus. La santé, c'est de la politique au sens noble. Elle mérite débat, questionnement, information objective. Les pouvoirs publics jouent un rôle fondamental pour créer les conditions de ce débat et garantir le meilleur équilibre entre éthique, économie et médecine. Pourtant, à laisser faire les choses, on peut parler de déshumanisation. Pour de nombreux pays africains, l'absence d'accès aux soins suite à l'écroulement des systèmes de santé et à l'absence de considération de la

santé comme un bien commun (souvent sous la pression des bailleurs de fonds occidentaux⁴) a induit l'abandon d'une partie de la population à la nature de leur corps et de leur environnement; ils s'éloignent d'une vie digne et d'une capacité de libre arbitre pour être confrontés à une sorte de malthusianisme qui ne fait honneur à personne.

La médecine humanitaire peut chercher à humaniser une situation donnée, elle peut éclairer un processus en cours, mais elle ne peut y remédier structurellement. La solution est souvent politique, rarement de l'ordre de la seule médecine. La force d'une organisation comme MSF est d'avoir pensé l'acte médical au-delà (ou en deçà) de sa technicité, pour en rechercher le sens, en acceptant un débat

formant peu à peu en «*hommes-probables*», en événements statistiques.

Et le lien positif qui liait médecine occidentale et humanitaire par une exportation de notre savoir-faire est en train de s'inverser: nous importerons de plus en plus des ressources intellectuelles (médecins, infirmiers) en provenance de pays vivant un large déficit médical, tout en réduisant le nombre de médecins belges pouvant partir au-delà des frontières médicales classiques. Le *numerus clausus*, couplé au formatage hyper technique des médecins, est un peu la chute d'Icare d'une médecine humaniste ouverte sur le monde, brûlée par un aveuglement dangereux: celui de croire que les frontières du «*meilleur des mondes*» s'arrêtent aux portes de l'Occident, de la Belgique, de son hôpital.

Le rapport à la santé, et donc à la médecine, est devenu permanent et se fera de plus en plus totalitaire avec l'arrivée de la médecine prédictive génique

permanent autour de sa finalité: c'est dans l'interdépendance des métiers et des pensées (logistiques, politiques, juridiques, médicales, etc.) que l'acte médical trouve sa raison d'être et celle-ci est alimentée par le doute et l'incertitude face à des situations toujours mouvantes.

Chez nous, la déshumanisation passe par plusieurs processus: tout d'abord par la prise de pouvoir d'une industrie pharmaceutique qui a la capacité de dénaturer le colloque singulier d'autant plus facilement que la médecine occidentale évolue vers une médecine individuelle radicale (le client), au détriment d'une dimension publique et collective (à l'exception des épidémies ou catastrophes naturelles). Ensuite, cette médecine, techniquement de plus en plus performante mais quasi-mécanique, entrera bientôt dans l'ère de la prédiction génique, nous trans-

■ DÉPLACER LES FRONTIÈRES

Médecine hospitalière et humanitaire sont filles de notre modèle social-démocrate. Les pressions qui s'exercent sur la première ont des répercussions importantes sur la seconde, et l'affaiblissement de la seconde constitue une perte d'humanité pour la première: la médecine humanitaire reste une émanation généreuse d'un modèle médico-social performant et la dégradation de ce modèle réduira l'horizon d'une vision humaniste de la médecine, au sens large.

Pour faire face au vrai défi qui est la sécurisation du progrès médical à visage humain, tout en faisant face à la contrainte économique, il faut un débat permanent et ouvert autour de l'espace-santé d'avenir, de ses priorités et sur la place qu'y occupera la médecine hospitalière. Au risque de faire bouger quelques frontières. ○

1 Alors que MSF n'est pas une organisation pacifiste au sens strict (MSF n'a jamais dénoncé la guerre mais cherche à en humaniser

les conséquences, fruit d'une vision pessimiste de l'Homme et d'une approche réaliste des relations internationales), elle a reçu le

Prix Nobel de la Paix en 1999.
2 «Les inventeurs de maladies», Jörg Blech, Actes Sud, 2005.
3 Patricia Trouiller et al

«Maladies négligées et médicaments: entre déficience du marché et échec de la santé publique», Lancet, 2002; 359:2188-94.

4 «Investing in Health for Economic Development», report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001.