

Le soignant face au risque d'assignation judiciaire : que va-t-il rester de son idéal du soin ?

Par Margot SMIRDEC

Médecin anesthésiste-réanimateur, Margot Smirdec a consacré sa thèse à l'impact des directives anticipées sur la prise de décisions des médecins réanimateurs. Elle a participé à la création de l'association En quête de sens 63 pour offrir un espace d'informations et d'échanges en vue d'aider les soignants à retrouver du sens dans leur métier.

Article référencé comme suit :

Smirdec, M. (2021) « Le soignant face au risque d'assignation judiciaire : que va-t-il rester de son idéal de soin ? » in *Ethique. La vie en question*, février 2021.

Ce jour-là vers neuf heures du matin, assise à mon bureau, je reçois un coup de téléphone :

- « Allo Margot, je t'appelle pour l'enfant que tu as failli tuer. »

- «...»

- « Ah, non c'est bon j'ai compris, j'ai la prescription devant les yeux, ton zéro a été pris pour un neuf. Alexandre va bien maintenant, je ne sais pas si tu es au courant mais il a fait un surdosage en Morphine la nuit du cinq après qu'il soit revenu du bloc opératoire. »

Il n'y a, fort heureusement, pas eu de conséquences de cette erreur médicale sur la santé de l'enfant au-delà des quelques heures de surveillance rapprochée qui ont suivi le surdosage. Mais, comme les parents voulaient déjà porter plainte pour toute la prise en charge médicale de leur enfant, avant même cet événement, ils ont porté plainte au commissariat, pour mise en danger d'autrui. Cette plainte et la procédure judiciaire qui l'a suivie ont été pour moi un véritable traumatisme, m'invitant à une réflexion sur les enjeux de cet événement. Devant le profond ébranlement causé par l'assignation en justice et la solitude que traverse le soignant dans une telle épreuve, ^[1] que peut-il rester de son idéal de soin? Cette question peut se présenter avant même l'assignation, devant le simple risque de cette mise en accusation et de ses conséquences potentielles, et ainsi, elle peut se poser pour tout soignant, qu'il ait été ou non assigné en justice

dans le cadre de son travail.

L'idéal du soin, aujourd'hui comme hier, pourrait être représenté par la meilleure prise en charge possible, avec la plus grande justesse, pour chacune des quatre phases du *care* décrite par Joan Tronto¹ : tendre à reconnaître au mieux les besoins de soin (*caring about*), à les prendre en charge de la meilleure des manières (*taking care of*), à appliquer ce soin au mieux (*care giving*), et à s'enquérir du mieux que l'on peut de la façon dont il est reçu par la personne soignée (*care receiving*). Si l'idéal du soin est une idée, tendre vers cet idéal peut se mettre en action concrètement, peut se vivre au quotidien. Soigner avec cet idéal comme but, c'est peut-être à chaque instant pouvoir dire que le plus grand soin a été apporté dans chaque situation pour chacune de ces quatre phases du soin, avec la meilleure intention, qui pourrait être traduite par l'impératif kantien sous ses deux formulations « agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »² et « 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 »³. Même si toutes les meilleures conditions ne sont bien entendues pas remplies au quotidien, d'où le fait que cette vision soit une vision idéale et non une vision réelle, il importe, pour que cet idéal reste un idéal et ne soit pas qu'une chimère, qu'il soit, théoriquement, possible, imaginable, qu'il puisse parfois y avoir les conditions requises, dans un futur non trop lointain, pour que cet idéal se mette en place. Nous nous interrogeons sur la place que peut avoir aujourd'hui, dans notre société individualiste et libéraliste, la confrontation directe entre cet idéal du soin et l'erreur médicale ; ou simplement l'idée que cette confrontation soit possible sur le plan théorique, en tant que risque inhérent à la pratique du soin, et non en tant qu'événement vécu. Nous nous intéresserons aux conséquences sur l'individu, ici le soignant, de la place « accordée » et « prise » par l'erreur médicale dans la société et dans l'institution, de la façon dont l'erreur médicale est présumée, suspectée, traitée, considérée, vécue, pointée, analysée, notamment dans le traitement judiciaire qui lui est fait. Nous laisserons volontairement de côté le vécu psychique du soignant quant au fait de commettre une erreur en soi dans sa pratique du soin, quant à son rapport intime à la personne soignée et à sa qualité de soignant ainsi qu'à la remise en question individuelle qui l'accompagne.

L'épreuve de l'erreur médicale

De l'erreur cachée à l'erreur pointée

La fin du XXème siècle et le début du XXIème siècle ont vu un renversement de l'approche

éthique sociétale, et notamment médicale, au travers de la place de plus en plus grande laissée à l'autonomie de l'individu dans la société dans une vision idéologique libéraliste comme décrit par Corine Pelluchon dans le chapitre « Reconfigurer l'autonomie » dans *L'autonomie brisée*⁴. C'est ainsi que d'une médecine dite paternaliste, au sein de laquelle les soignants décidaient en lieu et place du patient, nous passons progressivement à une médecine autonomiste dans laquelle le patient devrait décider de tout ce qui concerne sa santé après qu'il ait eu les informations, claires, loyales et appropriées. Il découle forcément de ce changement de paradigme un certain nombre de renversements dans les pratiques du soin et notamment, ce qui nous intéresse ici, dans la gestion de l'erreur médicale, dans la place et le regard qui lui sont donnés dans la société d'aujourd'hui. On pouvait reprocher à la médecine paternaliste son opacité, en effet, le patient n'avait pas son mot à dire, il devait faire une confiance aveugle aux soignants qui s'occupaient de sa personne, car ils savaient et lui ne savait ; ils étaient les sachants et lui l'ignorant ; les soignants délivraient un soin, le soigné recevait le soin. Cette relation était donc totalement déséquilibrée, inégale, unilatérale. Une conséquence pour le patient était qu'il n'avait pas à se positionner, pas à réfléchir, pas à s'inquiéter du bon ou du mauvais choix à faire, ce qui pouvait être confortable et rassurant pour de nombreux patients. Néanmoins, il devait faire une confiance aveugle aux soignants qui le prenaient en charge, sans qu'aucune remise en question ne soit possible. Du côté des soignants, s'ils étaient obligés de deviner les particularités du patient ou bien de traiter tous les patients de la même façon, cette approche paternaliste avait pour conséquence de les placer dans une position de force, une position de plein-pouvoir en quelque sorte. Comme le patient n'avait pas son mot à dire, il était difficile pour lui de critiquer, de mettre en doute les soins qui lui étaient apportés, donc de demander réparation d'éventuels préjudices, d'autant que les soignants n'étaient pas tenus de l'informer des tenants et aboutissants de ses soins. Ainsi, la dérive pouvait être une forme d'omerta médicale où toute erreur était cachée au patient. L'erreur médicale était donc principalement omise, ou au moins justifiée, éventuellement assumée mais plutôt légitimée, par la solidarité du corps soignant, valeur qui prévalait dans ce modèle paternaliste de soin et s'asseyait sur toute forme de responsabilité.

Mais après les dérives inhumaines des expériences médicales nazies, il n'était plus question de laisser courir ce risque de dérives, de même que la montée progressive du système capitaliste et libéral dans nos sociétés apportait avec elle la montée de la primauté de l'autonomie de l'individu sur toute autre chose. Nous sommes passés à une médecine dite autonomiste, dans laquelle le patient est supposé choisir lui-même et dans leur totalité les soins qui lui sont rendus. D'une relation de confiance, nous sommes passés à une relation contractuelle entre le patient et son soignant. Qui dit contrat, dit responsabilité, dit droits et devoirs, dit obligations et dit réparations si préjudice. Mais si alors la responsabilité est totale, et qu'il n'y a plus aucune forme de solidarité, entre soignants, entre le soignant et le patient, entre l'institution et le soignant, entre la société et le

soignant, alors la recherche de la responsabilité peut se transformer en recherche de culpabilité, dans laquelle un coupable est recherché face à toute erreur commise. L'erreur est ici pointée du doigt, critiquée, accusée. Car le contrat peut, s'il est trop exigeant avec le soignant, le prendre en otage, et lui sommer de guérir à tout prix, lui refuser tout droit à l'erreur. Nous adopterons volontairement un ton se voulant plutôt alarmiste et caricatural dans la suite de l'exposé, sur le modèle de l'heuristique de la peur avec cette vision purement autonomiste et néolibérale comme projection supposée et crainte.

L'erreur et la punition

L'erreur, la faute commise en se trompant, la différence d'avec l'attendu, allant de l'aléa contre lequel on ne pouvait rien faire, à la faute que l'on aurait pu éviter et pour laquelle un coupable est recherché, l'erreur, que l'on cherche à tout prix, est à éviter. Si l'erreur ne peut pas arriver lorsqu'il n'y a que des certitudes, l'erreur est malheureusement indissociable du soin, car la médecine est faite d'incertitudes d'une part, et l'erreur est humaine, l'humain fait toujours des erreurs. De la petite bourde, boulette, sottise sans grandes conséquences, à l'erreur fatale pour le patient, tous les stades de niveau d'erreur et de conséquences peuvent être vécus. Et si l'aléa thérapeutique contre lequel on ne pouvait rien faire, que personne ne pouvait éviter, restera sans suite, quoique les hôpitaux déboursent chaque année des dédommagements aux patients pour ces aléas ; la faute commise fera rechercher un coupable, quelqu'un à blâmer pour cette faute. Ainsi peut être la différence entre la responsabilité et la culpabilité face à l'erreur médicale. L'aléa entraîne des dédommagements pour les conséquences de l'erreur sur le patient en s'appuyant sur la responsabilité des personnes impliquées dans l'erreur (personnes morales comprises), la faute recherche un coupable qui doit être puni pour qu'il y ait réparation. Ainsi en va-t-il des plaintes déposées au tribunal pénal, « c'est l'acte plus que les conséquences qui est puni »⁵ comme l'écrit Hans Jonas dans *Le Principe responsabilité*. La question posée est : « l'acte était-il criminel »⁶ ? Où commence et où s'arrête la responsabilité du soignant ? Jonas écrivait que « la responsabilité du médecin, commencée avec la relation thérapeutique, s'étend de la guérison, l'atténuation de la souffrance, le prolongement de la vie du patient, à l'exclusion de tout autre bien-être ou mal-être et sans égard à la question de la valeur de l'existence ainsi obtenue ; elle aussi prend fin avec la fin du traitement »⁷. Est-ce encore valable ? Cette responsabilité ne s'est-elle pas étendue au-delà encore ? Ou bien est-ce l'idée que la société se fait de cette responsabilité. A l'heure où les limites de la vie et de la mort sont toujours repoussées, de la grande prématurité, aux dons d'organes, en passant par la circulation extracorporelle, et l'euthanasie, la société ne s'illusionne-t-elle pas sur la toute-puissance médicale ? Peut-être la société croit-elle que la médecine, que les soins puissent être faits de façon quasi parfaite, avec justice, et réclame-t-elle réparation dès lors qu'un incident

survient, le considérant alors comme inacceptable et imposant réparation. « L'injustice n'est perceptible que lorsqu'on reconnaît que les institutions sociales ne sont pas naturelles, mais artificielles »⁸, que lorsqu'on pense qu'il y a erreur humaine, impact de l'homme sur l'homme. Or comme la société a l'illusion que la médecine aujourd'hui peut tout, elle ne supporte aucune déviation d'avec la santé, qu'elle considérera plutôt que comme un aléa, comme une faute qui impose une punition et une réparation.

La solitude du soignant

La question que nous nous posons alors est celle de savoir qui sera dans ce cas coupable de l'erreur médicale, si erreur il y a. Il est bien difficile de chercher un coupable institutionnel, qui n'a pas de visage, qui est bien difficilement atteignable, même si l'institution peut être assignée en justice en tant que personne morale. Il est bien plus facile de trouver un coupable en la personne d'un individu, souvent ici le soignant, qui in fine, sera celui qui réalise le soin, même s'il n'est pas celui qui prend en charge ce soin, souvent pris en charge en grande partie par l'institution, par l'État. D'autant que la personne (qu'elle soit morale ou physique) qui assure la partie prise en charge, *taking care of* du *care*, peut se prévaloir de ne pas être responsable de l'erreur médicale, car ce n'est pas elle qui l'a faite (l'erreur), parce qu'elle n'était pas au courant, parce qu'elle n'est pas celle qui fait donc ne peut pas se porter responsable à sa place. C'est à ce sujet entre-autre, que Tronto parle d'« irresponsabilité des privilégiés » [...] si les destinataires s'estiment mécontents, ils ne peuvent se plaindre à ceux qui n'ont pas fourni directement le soin, parce que ce n'est pas de leur responsabilité »⁹. L'institution, la hiérarchie, l'État, la société peuvent tout à fait « botter en touche », « s'inscrire en faux », se dédouaner de toute implication dans l'erreur, de toute responsabilité. Même si ça n'est pas tout à fait exact, car l'institution hospitalière protège tout de même ses agents et se porte garante de nombre d'erreurs, notamment dans leur gestion administrative, dans le paiement des dédommagements des conséquences des aléas notamment, elle ne portera, si possible, aucune responsabilité lorsqu'il s'agira d'une erreur jugée pour faute, au tribunal pénal, prétextant notamment cette irresponsabilité dite des « privilégiés », de ceux qui ne savent pas, de ceux qui ne font pas. Même si l'affaire du sang contaminé a montré que l'institution et ses représentants pouvaient être inquiétés et assignés en justice, nombre de non-lieux, dans cette affaire et dans d'autres, prouvent que les représentants et donc l'institution sont souvent jugés « responsables mais pas coupables ». Et, sous l'heuristique de la peur de cette société purement autonomiste, cette tendance à l'irresponsabilité des « privilégiés » devrait tendre à s'accroître. L'institution peut et a tendance à se désengager de cette responsabilité pour mieux se protéger, et à laisser l'individu soignant seul porter la responsabilité de l'erreur, jugée comme une faute. Le risque pour l'individu soignant est donc de vivre un profond sentiment de solitude face à cet

événement qu'est l'erreur médicale. Que ce risque se soit réalisé ou pas, son existence hypothétique seule est suffisante à induire insidieusement ce sentiment de solitude chez le soignant, qui prend conscience dans certaines situations, qu'il est exposé à ce risque d'assignation en justice, et à ce risque qu'il ait à porter seul une responsabilité qu'il estime pourtant être souvent partagée. En effet, le soignant étant celui qui réalise l'acte de soin, il est le premier responsable d'une éventuelle erreur. Mais si le cadre de travail, la société dans laquelle il exerce, ne lui permettent pas, ne lui ont pas permis d'exercer au mieux son travail, tel qu'il le souhaitait, tel qu'il l'envisageait, en gardant à l'esprit la quête d'un idéal du soin, alors il estimera toujours qu'il n'est pas seul responsable, et qu'il est en quelque sorte sacrifié dans cette quête du coupable.

Que va-t-il rester de son idéal de soin ?

L'invitation à la négligence

Si le modèle paternaliste, à l'extrême, pouvait inviter le soignant à se laisser pousser des ailes et à faire ce que bon lui semblait sans se soucier trop des conséquences, encourageant les comportements téméraires plutôt que lâches, le modèle autonomiste encourage au contraire à choisir la lâcheté plutôt que la témérité. Même si la juste mesure serait le courage, il est un équilibre difficile à trouver ; un modèle fait toujours pencher la balance plutôt d'un côté que de l'autre, force un trait. Assurément, le modèle autonomiste, qui pousse au sacrifice du soignant sur l'autel de la prise de responsabilité et de la culpabilité de l'erreur médicale, encourage toujours plutôt un choix en moins, qu'un choix en plus, un choix moins risqué qu'un choix risqué, quand bien même le soin issu de ce choix ne tendrait pas vers l'idéal du soin pour le patient, il importe désormais de se prémunir du risque d'assignation pour erreur médicale. Dans ce cas, mieux vaut prendre le risque de la « négligence »¹⁰, même si c'est une erreur, que celui d'avoir voulu bien faire et d'avoir entraîné une erreur. Dans la lignée du « le mieux est l'ennemi du bien », dans une version moins glorieuse, le rien est mieux que le bien, lorsque le bien fait courir un risque. En effet, il est bien plus difficile d'apporter la preuve d'une négligence que celle d'une erreur visible et identifiable ; il est difficile d'accuser quelqu'un sans preuve. C'est ainsi que le moindre mal exposé par Aristote¹¹ tend à devenir omniprésent dans la décision soignante, parce que le risque de plainte judiciaire et de solitude qui l'accompagne, ce risque est désormais de plus en plus présent, et on l'imagine aisément omniprésent dans une société radicalement individualiste et autonomiste. Or ce risque est en lui-même un mal. Ce mal de l'assignation judiciaire et de son risque est important, il peut ébranler totalement le soignant, voire le conduire à l'interdire d'exercer, donc il s'impose souvent face au soin du patient, lorsque celui-ci apporterait un mieux-être d'une importance légère à

modérée et lorsque les deux sont en conflit.

N'est-ce pas là une fausse excuse, une excuse un peu facile ? N'est-ce pas un manque de courage du soignant, un manque d'abnégation ? Si le danger n'est pas réel, alors oui, c'est faire assurément preuve de lâcheté. Mais si le danger est bien réel et qu'il peut rapidement conduire le soignant à ne plus pouvoir exercer, par la faute de la sanction judiciaire sur sa capacité d'exercer, ou bien par l'impact psychique que la procédure judiciaire peut entraîner de par le manque de soutien institutionnel dont elle s'accompagne ? Alors dans ce cas, l'excuse est réelle, et la prise de risque pourrait se transformer en témérité plutôt qu'en une forme actuelle de courage. Or le soignant n'est pas et n'a pas vocation à être un héros même si sa profession se veut vocation. Le soignant ne doit pas avoir à être exceptionnel pour faire son métier au mieux avec un but noble et la meilleure des intentions qui soit. Il doit pouvoir bien faire son métier en étant un citoyen « lambda ». Non pas au sens où il serait un citoyen quelconque, remplaçable tel un numéro, mais dans le sens où il doit pouvoir correctement faire son métier sans agir de façon héroïque, en faisant preuve de bonne volonté.

Enjeux psychiques

Ce choix du moindre mal n'est sans doute pas anodin, et ne se fait probablement pas sans faire du mal au soignant, sans qu'il en paye un certain prix. Nous nous intéressons ici aux conséquences de ce choix sur le psychisme du soignant. Même s'il est totalement artificiel de séparer ce choix de son contexte, de l'individualiser ici, de l'extraire du soin donné dans l'ensemble par le soignant au patient, et de le séparer ainsi d'éventuelles conséquences psychiques du fait de réaliser une erreur médicale, ou de la craindre en tant que telle, en tant que blessures infligées au patient, et non vis-à-vis du risque de poursuite due à l'erreur médicale, nous tenterons ici cet exercice. L'enjeu psychique sur le soignant tient ici du jugement qu'il fait de lui-même et de son travail à l'aune de l'erreur médicale et de sa traduction sociétale. « Tu te jugeras donc toi-même, lui répondit le roi. C'est le plus difficile. Il est bien plus difficile de se juger soi-même que de juger autrui. Si tu réussis à bien te juger c'est que tu es un véritable sage. »¹² En reprenant le vocabulaire d'Aristote, un soignant qui viserait un soin idéal serait plutôt passible d'*acrasie*, d'« incontinence » (savoir que l'on fait le mal sans parvenir à faire autrement), plutôt que d'« intempérance » (faire le mal délibérément). La distinction s'opèrerait par le regret et la recherche du repentir qui sont présents chez l'incontinent et non chez l'intempérant¹³. Ainsi le soignant qui est en quête d'un soin idéal pour son patient s'exposera au regret, voire au remords. C'est ce qui peut surgir de façon importante face à la décision de moindre mal prise en considérant le risque médico-légal. Si le soignant a la sagesse, au vu du contexte sociétal autonomiste et du risque de plainte, de parfois choisir de se protéger plutôt que de tenter de réaliser le soin idéal, il

en payera probablement le prix d'un regret, voire d'un remords donc, celui de ne pas avoir proposé le mieux au patient ; il cherchera sans doute à se repentir d'une façon ou d'une autre, ce qui aura un prix pour lui. Par exemple, il peut surinvestir son travail, ne pas compter ses heures supplémentaires, estimant qu'il doit au moins cela au patient, n'ayant pas pu lui offrir le choix du soin visé idéal. D'une façon parallèle, il pourra juger ses choix, quoique plus sage et optimaux, comme quelque part mauvais, comme faisant preuve d'ignorance d'une partie du mal du patient, tel que décrit par Tronto comme une forme de mal moral¹⁴.

C'est ainsi que la visée d'un soin idéal par le soignant s'étiole progressivement, pour petit à petit disparaître sous le poids de la réalité de la société dans laquelle le soignant exécute le soin et qu'elle risque de laisser place à une vision pragmatique plus figée. Ce qui, malheureusement poursuit un processus déjà lentement entamé lors des études médicales, puisque celles-ci sont enseignées sous un prisme quasi exclusivement technique - ce qui laisse très peu la place à une vision humaine du soin. Pelluchon le décrit bien : « ces derniers [les étudiants en médecine], plutôt altruistes au départ, sont convaincus après quatre ou cinq années d'études qu'il leur faut mettre de côté leurs émotions et même leurs propres idéaux s'ils veulent se protéger »¹⁵. Le fait d'abandonner son idéal de travail peut créer d'importantes souffrances, de la dépression notamment s'il s'accompagne d'une forme de résignation et s'ajouter au stress induit par la crainte du risque médico-légal.

Enjeux collectifs

Gardant en tête l'heuristique de la peur sous forme d'une radicalisation autonomiste de la société, nous percevons un risque d'une généralisation de cette perte d'idéal du soin chez les soignants. Cette perte de l'idéal du soin pouvant se traduire par une forme de résignation qui entraînerait d'une part une forme de normalisation négative du soin et pourrait faire courir le risque d'une crise de la vocation soignante. Une pratique normative du soin minorante, sous la crainte de la plainte judiciaire donnerait un soin qui se figerait dans une protocolisation à outrance sans aucune adaptation à chaque patient et sans personnalisation (car pouvant être entachée du risque d'accusation d'être sorti sans justification suffisante du protocole édicté). Pas de cas particulier, pas de prise en charge unique adaptée à l'ipséité du patient, mais plutôt une médecine « robotisée », sans audace, sans étonnement, sans sentiment. En effet, comment justifier le particulier dans ce cas ? Ce qui sort de la norme est toujours plus attaquable que ce qui s'inscrit dans la norme. Ce n'est alors plus le « particulier »¹⁶ que le soignant soigne comme Aristote le prônait jadis, mais le patient *x* de la même manière que la patient *y* ou *z*. Ce qui paraît aller à l'encontre de la

spécialisation toujours plus poussée de la médecine et de l'adaptation des traitements au génome notamment, et à la visée individualisée de la médecine dite des 4P (préventive, prédictive, personnalisée et participative). Mais là encore, l'individualisation rentre dans un cadre normatif, dans un protocole dédié.

Une médecine normative, robotique et déshumanisée n'est, la plupart du temps, pas ce pour quoi les soignants se sont lancés dans leurs études. Ce n'est pas là l'idée qu'ils ont de la vocation de soignant. Il ne serait pas étonnant de constater dans un pareil cadre, une crise de la vocation soignante, avec de nombreux soignants qui quittent la profession pour une autre profession. Ou alors des soignants en arrêt maladie prolongé, se suicidant dans le pire des cas. Et des potentiels élèves qui se détournent de cette voie professionnelle pour un autre domaine. Cela serait d'autant plus marqué dans une société autonomiste et individualiste qui n'encourage pas la voie du *care*, du prendre soin, mettant plutôt en avant d'autres qualités et d'autres dynamiques. Nous pouvons noter la contradiction qui réside ici dans le fait que le patient individualiste veut plus encore que le patient non individualiste, que l'on s'occupe exclusivement de lui, d'une façon unique et particulière, peu importe ce qu'il en coûte pour les autres patients. On pourra sans doute voir là une forme d'interprétation de l'erreur médicale dans une république procédurale qui pointe du doigt les risques de « la priorité du juste sur le bien » et du désengagement du sujet qui s'y associe¹⁷.

CONCLUSION

Confronté à l'erreur médicale ou à son risque, il semblerait que le soignant conserve bien peu de son idéal de soin, de *care*, du *caring about*, du *taking care of*, du *care giving* et du *care receiving*. Son idéal est bien abîmé, écorné par l'emprise de l'obsession autonomiste grandissante de nos sociétés. Dans une société procédurale où le juste prime sur le bien, la solidarité s'efface au profit de la responsabilité, voire de la responsabilisation individuelle bien vite confondue avec la culpabilisation de l'individu soignant lorsque la médecine hautement technique et le culte de la toute-puissance médicale laissent croire à la santé éternelle et à l'impossibilité de l'échec scientifique. Si cette description un peu alarmiste s'apparente plus à une heuristique de la peur, il n'en reste pas moins que l'évolution de ces dernières années mène tout droit à cette réalité.

Si l'on peut s'attrister d'une médecine qui va ainsi en se déshumanisant et étant de plus en plus normative, procédurale et ne s'accordant pas ou très peu, si ce n'est dans des protocoles de recherche, à la particularité de chaque patient, on peut grandement s'inquiéter d'un risque de crise de la vocation soignante, d'un risque de désertification de la profession et d'un délaissement de la voie du *care*. Cette inquiétude n'est pas sans trouver écho au manque de personnel infirmier aux Etats-Unis depuis les années 1990 avec une grande difficulté de recrutement qui semble apparaître

également nettement en France ces dernières années ; en témoigne les récents scandales sanitaires (fermeture de lits par faute de personnel, fermeture récente de services d'urgence faute de médecins) sans prendre encore en compte l'impact tout récent de la Covid-19. Contrairement à ce que pensent certains, l'intelligence artificielle ne peut pas jouer le rôle de cette pratique qu'est le *care*, parce que cette dernière est justement une pratique et pas seulement une procédure, un algorithme, un protocole. La sollicitude a nécessairement une dimension et une incarnation humaine.

Nous craignons ici de faire face à un manque de la pensée, à une inaptitude à penser de la société, tel que décrit par Hannah Arendt dans *Considérations morales*¹⁸. Cette société préfère se bercer de certitudes fausses, et se convaincre que la liberté et l'autonomie à tout prix sont les clés, plutôt qu'envisager composer avec une forme d'autonomie complexe et de responsabilité partagée - ce qui imposerait alors un exercice de penser, et une aptitude à accepter l'incertitude. Une responsabilité partagée implique idéalement un processus d'intelligence collective dans la mise en place des quatre phases du *care*, ainsi que dans la gestion de l'erreur qui suit. L'autonomie est forcément complexe, elle « comporte des degrés »¹⁹, un patient qui vient d'apprendre qu'il est atteint d'une maladie grave passe souvent par une phase dépressive, un patient épuisé par une énième cure de chimiothérapie peut être perturbé dans la prise de décision, etc. La vulnérabilité propre au statut de malade du patient le place en situation de faiblesse par rapport au soignant, et diminue par là sa capacité à décider, laissant apparaître la grande violence de la vision autonomiste radicale et du fait de laisser le patient seul face à sa décision, comme décrit par Pelluchon dans *L'autonomie brisée*²⁰. En effet, comme le remarque Arendt, « ce à quoi ils [les gens] s'habituent est moins le contenu de règles [ici la primauté de l'autonomie et de la liberté sur toute autre chose], dont un examen serré les plongerait dans l'embarras, que la possession de règles sous lesquelles puissent être subsumés des [cas] particuliers. En d'autres termes, ils sont habitués à ne jamais se décider »²¹. La certitude fautive de l'autonomie et de la liberté plus importante que tout, prévaut sur la liberté de penser l'incertitude de la vie humaine en société.

¹ Tronto J., *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte, [1993] 2009, p. 147-149.

² Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. Delbos, Paris, Le livre de poche, collection "Classiques de la philosophie", 1993, p. 94.

³ *Idem*, p. 105.

⁴ Pelluchon C., *L'autonomie brisée*, Paris, Presses Universitaires de France, [2009] 2014, p. 45-78.

⁵ Jonas H., *Le Principe responsabilité*, trad. Greisch, Paris, Les éditions du cerf, [1990] 1995, p. 180.

⁶ *Id.*, p. 180.

⁷ *Ibidem*, p. 208.

⁸ Barrington Moore Jr., *Injustice : The social bases of Obedience and revolt*, Sharpe, White Plains, New York, 1978.

-
- ⁹ Tronto J., *Un monde vulnérable, op. cit.*, p. 160.
- ¹⁰ Jonas H., *Le Principe responsabilité, op. cit.*, p. 179.
- ¹¹ Aristote, *Ethique à Nicomaque, op. cit.*, 1131 b 20 - 1131 b 24, p. 241.
- ¹² De Saint-Exupéry A., *Le Petit Prince*, Paris, Gallimard, [1943], 1999, p. 45.
- ¹³ Aristote, *Ethique à Nicomaque, op. cit.*, 1150 b 29-30, p. 381.
- ¹⁴ Tronto J., *Un monde vulnérable, op. cit.*, p. 173.
- ¹⁵ Pelluchon C., *L'autonomie brisée, op. cit.*, p. 51-52.
- ¹⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque, op. cit.* livre II, 1097 a 10-14.
- ¹⁷ Pelluchon C., *L'autonomie brisée, op. cit.*, p. 127.
- ¹⁸ Arendt H., *Considérations morales*, Paris, Payot & Rivages, [1996] 2014.
- ¹⁹ Pelluchon C., *L'autonomie brisée, op. cit.*, p. 54.
- ²⁰ *Id.*
- ²¹ Arendt H., *Considérations morales, op. cit.*, p. 65.