

Qu'est-ce qu'une décision médicale juste ?

ALEXIS FILIPUCCI, PHILOCITÉ, JANVIER 2021¹

Cette question lancinante ne cesse de se poser. Les protocoles, les règlements ou les habitudes peuvent bien permettre d'atténuer temporairement son caractère irritant et déstabilisateur, toujours elle ressurgit. Nulle carrière soignante, nulle politique de santé publique ne peut se justifier à ses propres yeux et à ceux d'autrui sans affronter, à un moment ou un autre, cette interrogation. Or, nous pensons que l'exigence philosophique de définition et de conceptualisation permet de soutenir l'effort de la confrontation à cet enjeu existentiel, professionnel et social. C'est un tel exercice que nous vous proposons dans ce qui suit. Malgré l'aridité de l'argumentaire – que seule compense la formation dont ce texte constitue le cœur théorique – nous pensons que chacun gagnera à refaire pour lui-même les raisonnements qui jalonnent ce développement.

Pour tenter d'y voir un peu plus clair et espérer obtenir une définition, si possible adéquate, de ce qu'est une *décision médicale juste*, analysons chacun des termes de cette expression. Cet effort n'est pas purement théorique. Définir, c'est aussi clarifier la situation. Quand se pose au juste cette question ? À propos de quoi ? Et quels sont les différents aspects à prendre en compte pour espérer aboutir à une décision médicale juste ?

1. Qu'est-ce qu'une décision ?

a) Lorsque le sens commun affirme que lorsqu'on décide, on tranche, il révèle un élément constitutif de la décision. Décider, c'est opérer une césure : nulle décision sans distinction entre l'avant et l'après de la décision. En décidant, on vise au présent un avenir qui place le passé dans le passé, un futur dans lequel le passé est vraiment dépassé. Cette affirmation d'un avenir faisant une différence implique que lorsqu'il y a décision, il ne peut y avoir répétition mécanique du passé. On peut certes décider de reproduire le passé (de maintenir le statu quo), mais on le fait alors volontairement.

b) Une décision ne peut donc être réflexe ou involontaire. Autrement dit, toute décision implique la *volonté*. Cela signifie deux choses. Premièrement, et comme nous venons de le voir, la décision n'est pas engendrée mécaniquement par la situation, c'est-à-dire qu'elle aurait pu ne pas avoir lieu. C'est là son aspect *libre*. Il est ainsi, par exemple, incorrect de dire que je décide librement de rétracter mes pupilles sous l'effet de la lumière ; c'est un réflexe involontaire. Deuxièmement, la décision est conditionnée (sans être déterminée) par la situation. Elle n'est pas émergence spontanée d'un avenir projeté qui n'aurait aucun lien avec la situation présente. C'est là son aspect *conscient*. Si je décide de créer une situation où le passé est dépassé, je dois tenir compte de ce qu'est *ce* passé. Autrement dit, être libre ne signifie aucunement qu'on néglige les spécificités de la situation qui, toujours, pèseront sur la décision.

¹ L'auteur remercie ses collègues du pôle « Philosophie de la santé » de Philocité, Denis Pieret et Gaëlle Jeanmart, pour leur lecture attentive et leurs remarques judicieuses. Il adresse également ses remerciements aux participants du séminaire de bioéthique qui se tient à l'UNamur et lors duquel ces réflexions furent présentées pour la première fois.

Remarquons que ces deux éléments constitutifs de la volonté que suppose toute décision fournissent des critères permettant de statuer sur le caractère adéquat ou inadéquat des décisions. Exprimons cela en disant qu'une décision véritable (adéquate à son essence, c'est-à-dire à sa définition) est toujours un mélange équilibré de bon-sens (qui apprécie de manière consciente les possibilités réelles de l'action) et de créativité révolutionnaire (qui vise à créer librement une nouvelle situation irréductible au passé). Les deux pathologies de la décision sont donc le délire (absence de prise en compte des possibilités réelles de la situation) et le conformisme (absence de liberté créatrice). Éviter ces pathologies sont deux premières balises, négatives, dans le délicat cheminement d'une décision juste.

c) Une décision faisant volontairement, c'est-à-dire librement et consciemment, une différence présente entre le passé et l'avenir a nécessairement un but ou une *intention* qui est précisément l'avenir posé comme désirable et devant être réalisé. Lorsqu'on décide, on désire réaliser « quelque chose » dans et depuis la situation présente. Pour poursuivre notre réflexion, nous devons nous tourner à présent vers le *contenu* du désir que vise intentionnellement la décision.

2. Qu'est-ce que la santé ?

En tant qu'il s'agit d'une décision médicale, nous dirons que, par hypothèse, la décision volontaire vise à réaliser la *santé* (par un mélange équilibré de bon-sens et de création « révolutionnaire »). Pour ne pas sombrer une nouvelle fois dans la confusion, il est impératif de faire porter notre effort de définition maintenant sur la *santé*.

a) Un état désirable

On ne peut espérer comprendre la santé sans comprendre l'Homme² (au sens d'être humain) qui désire la santé (car il ne l'a pas ou, s'il l'a, car il désire la conserver).

b) Santé humaine et santé animale

Or l'Homme se constitue dans et à partir de son être biologique. Nous dirons que l'Homme en tant qu'être humain est différent de l'Homme en tant qu'animal appartenant à l'espèce *homo sapiens* mais qu'il n'existe nulle part ailleurs que dans cet animal. Cela signifie que la santé de l'Homme en tant qu'être humain est irréductible à la santé de l'Homme en tant qu'animal. Puisqu'ils sont distincts, ces phénomènes peuvent, mais ce n'est pas une nécessité, s'opposer. Ainsi est-il tout à fait possible et rationnel que la poursuite de la santé humaine nécessite la négation de la santé animale (pensons par exemple à l'*euthanasie*). Et il se peut que le maintien de la santé animale détruise la santé humaine (comme dans l'acharnement thérapeutique ou lors de mesures de confinement). Aussi toute décision (toujours volontaire) de se concentrer sur la santé *animale* n'est-elle recevable qu'à condition de ne pas empêcher la réalisation de la santé humaine. Sans cela, la décision médicale devient inadéquate puisqu'elle poursuit alors une santé animale à l'*exclusion* de la santé humaine. Éviter la focalisation étroite sur la santé animale quand on vise la santé du patient est donc la troisième balise, toujours négative, dans le cheminement d'une décision médicale juste.

² Nous utilisons la majuscule lorsque les termes désignent les catégories principales mobilisées dans l'analyse.

c) L'humanisation de l'Homme

Pour mieux cerner ce que recouvre la santé *humaine*, en développer une compréhension élargie et une conception organisée et pas seulement intuitive, appuyons-nous sur le travail d'Alexandre Kojève³ qui vise à définir l' « humain en l'Homme ». Selon ce dernier, l'humanisation de l'Homme depuis et à partir de l'animal qu'il est implique nécessairement quatre dimensions : le Désir-de-reconnaissance, la Lutte, le Travail, le Discours. Voyons brièvement ce que cela signifie avant de revenir à notre interrogation concernant la santé humaine.

- Le *Désir-de-reconnaissance* : un organisme animal qui est dans le besoin s'éprouve comme manquant de quelque chose (nourriture, partenaire sexuel, oxygène etc.) et il agira pour rétablir sa situation initiale en s'appropriant ce quelque chose, en le consommant, c'est-à-dire en supprimant le besoin par l'intégration (ingestion, possession, respiration, etc.) de ce qui lui manque à lui-même. Le besoin fait donc apparaître et lie un *organisme-à-préserver* et un *monde-à-consommer*. L'action issue du besoin vise à la restauration de l'équilibre passé et l'« identité » de l'organisme est dépendante de la chose consommée. Mais si le besoin porte non pas sur une chose « naturelle », mais sur un autre type de manque, sur un autre « vide » agissant pour se combler, alors nous dirons qu'il est *Désir*. Qu'un animal décide de soumettre un autre Désir, c'est-à-dire de devenir l'objet du désir de l'autre, de se faire reconnaître dans sa particularité unique, alors nous dirons qu'il s'humanise. C'est ce Désir d'être reconnu par l'autre qui enclenche le processus anthropogénétique de l'Histoire.

Prenons le temps de noter quelques points importants. Tout d'abord, nous l'avons dit, il s'agit d'une *décision*, c'est-à-dire de quelque chose d'indéductible de la causalité biologique. Le noyau de la liberté (nécessairement compris dans toute décision volontaire) est tout entier dans cette décision primitive. Ensuite, voyons que, au contraire du besoin, le Désir est non réductible à la biologie puisque, d'une part, il porte chez l'autre sur un vide, un manque, une absence au sein de l'« être naturel » et que, d'autre part, il n'est pas réductible à un besoin biologique chez moi. Par conséquent, la polarisation par le passé propre au temps biologique (le besoin vise à restaurer l'équilibre *passé*) est ici niée. La décision libre fait naître un autre temps tourné tout entier vers un objectif non biologique, celui de se faire reconnaître par l'autre. Enfin, la Satisfaction de ce Désir consiste en la Reconnaissance. L'on peut même entrevoir que la Satisfaction du Désir humanisant ne pourra être définitive tant que la Reconnaissance n'aura pas dépassé son caractère exclusif pour devenir *universelle*, c'est-à-dire tant que chacun n'aura pas été reconnu par tous dans sa particularité et son caractère unique tout autant qu'il reconnaît tous et chacun. En d'autres termes : l'humanisation de l'Homme ne sera atteinte que lorsque nous serons tous reconnus dans notre particularité, avant cela nous ne serons que des animaux insatisfaits en voie d'humanisation.

- La *Lutte*. On ne s'humanise pas tout seul. L'Homme ne peut naître que dans un troupeau d'animaux où s'affrontent des désirs. Cela entraîne au moins deux conséquences. Premièrement, puisque chaque animal en voie d'humanisation veut se faire reconnaître exclusivement par l'autre, le Désir (toujours partagé) débouche sur une Lutte. Or étant donné que cette Lutte est engendrée par un Désir qui dépasse le donné biologique, elle n'est

³ Ce penseur extrêmement influent du siècle dernier (1902-1968) est malheureusement peu connu aujourd'hui. Nul doute pourtant que ses analyses anthropologiques et son travail sur le droit pourraient être d'une grande aide, comme ce texte essaie de le montrer, pour affronter nombre de problèmes contemporains.

pas soumise à ce donné, c'est-à-dire qu'elle nie l'instinct de conservation (qui est la prééminence du pôle passé). Il s'agit, en d'autres termes, d'une *Lutte à mort*. Généralisons : l'animal qui risque sa vie pour satisfaire un désir non biologique s'humanise. Aucun animal ne prendra le risque de mourir pour saisir un drapeau ennemi (dont la valeur biologique est nulle). De la même manière, jusqu'à présent on n'a pas constaté qu'un animal offensé (c'est-à-dire dont la Reconnaissance sociale est bafouée) réclamera un Duel à mort à l'aube suivante.

- Le *Travail*. Si la Lutte à mort entraîne une extermination générale ou la mort d'un des deux protagonistes, le Désir de reconnaissance est anéanti et l'Histoire capote d'emblée. Le schème suppose donc que les porteurs du désir (A et B) survivent à la Lutte à mort. Mais cette dernière les a transformés. A sort vainqueur car il a risqué sa vie jusqu'au bout pour un but non vital, ce qui marque sa supériorité sur sa nature biologique ainsi que sur B, qu'il a vaincu. B, au contraire, a pris peur face à la possibilité de la mort et a fait prévaloir son instinct de conservation. A est devenu le Maître reconnu par B ; B, l'Esclave de A qui ne le reconnaît pas. Caractérisons plus avant ces attitudes existentielles complémentaires issues de la Lutte à mort engendrée par l'affrontement de désirs non vitaux. Le Maître s'est fait reconnaître et appeler « Maître » par un être qui l'a prié de l'épargner. Il force l'Esclave à travailler et à lui céder le fruit de son Travail. Il manifeste de la sorte sa liberté sur le donné naturel *via* le Travail de l'Esclave. Aussi peut-il se maintenir en vie sans efforts et mener une vie de plaisirs. Mais cela s'avère tout sauf satisfaisant. En effet, le Maître voulait être reconnu par un autre Homme et il ne l'est que par une espèce servile qui s'est identifiée à ses besoins animaux et qu'il ne reconnaît pas. Et être reconnu par un autre Maître est impossible puisque, en tant que Maître, il préférera toujours la mort à la supériorité d'un autre. C'est pourquoi Kojève voit dans la maîtrise une impasse existentielle : le Maître peut lutter, faire la guerre et mourir pour l'honneur comme un Maître ; il ne vivra que comme un animal qui s'abrutit dans les plaisirs d'une consommation bestiale. L'Esclave, lui, a pleinement pris conscience de la possibilité de sa disparition, c'est-à-dire qu'il a senti dans sa chair son caractère mortel. Cette intuition profonde de ce qu'est l'Homme – un animal ayant conscience de sa mort – signe définitivement sa supériorité sur le Maître. En outre, il travaille désormais le donné naturel en fonction de l'idée du Maître, c'est-à-dire d'une idée humaine et par conséquent sociale. Le Travail transforme la nature en fonction d'une idée non matérielle – en l'occurrence l'ordre du Maître – c'est-à-dire qu'il développe un savoir technique. Et puis, servant le Maître, il doit refouler ses propres instincts de consommation immédiate de ce qu'il a entre les mains car il agit pour assouvir un instinct qui n'est pas le sien. Travaillant le donné naturel pour le Maître, il se travaille lui-même et peut devenir autre en (se) travaillant. L'Esclave prend ainsi conscience de la notion abstraite de la liberté (dont le noyau initial réside, rappelons-le, dans la décision qui précède la Lutte). Enfin, la Reconnaissance a un sens pour lui puisqu'il reconnaît déjà un autre homme en la personne du Maître (qui lui ne reconnaît personne).
- Le *Discours*. Si le Désir-de-reconnaissance fait agir (au sens fort, c'est-à-dire non au sens d'une reproduction mécanique du passé), le décollement qu'il opère d'avec le monde « naturel » de l'immédiateté rend possible le Discours. En effet, en parlant, on abstrait le

contenu d'une perception de son apparition ici et maintenant, on en conserve le sens et on permet à ce sens d'exister ailleurs et à un autre moment. Bref, l'histoire humaine est faite de Luites, de Travaux et de Discours (avec lesquels on peut d'ailleurs prier pour être épargné, donner des ordres ou élaborer des théories).

d) Désir, Lutte, Travail, Discours : une matrice

Au sein de ce monde devenu humain, la vie animale (sensation, perception, émotion...) prend une valeur humaine en étant consciente d'elle-même et donc exprimable par la parole. Et puisque tout conscience-de-soi implique une négation du donné brut, elle transforme ce donné. Par exemple, la sexualité animale est humanisée comme le montrent les phénomènes du viol, des tabous, des perversions, de la chasteté. Ou encore : le couple mâle/femelle n'est pas la Famille bien que la sexualité animale en demeure la base biologique. Et puisque l'humanisation est toujours négation d'un donné, il est tout à fait compréhensible que la structure familiale puisse en venir à se détacher des genres biologiques (ce qui ne se fait pas, comme l'actualité le démontre, sans Lutte pour la reconnaissance ni sans Travail pour assurer techniquement la reproduction).

Ce qui précède est une *genèse formelle* de l'être humain à partir de son être biologique. Malgré son haut degré de généralité, il constitue déjà une matrice facilitant la problématisation des situations par un simple croisement de catégories : pourquoi présente-t-on le travail comme désirable ? Que désire-t-on véritablement en menant une lutte ? Peut-on faire de la lutte un travail ? À l'inverse, certaines conditions de travail ne peuvent-elles être vues comme la manifestation d'une lutte violente ? Ou bien, si l'on veut : l'économie peut-elle être une arme politique ? Peut-on mener une lutte politique dans le cadre de son travail ? Les savoirs mobilisés par chacun sont-ils apolitiques ? Peut-on se contenter, au sens où cela serait satisfaisant, d'être reconnu comme celui qui sait ou qui occupe une place supérieure hiérarchiquement ? *Etc.*

Mais il faut voir également que ce schéma doit permettre de rendre compte et d'organiser les différentes catégories structurant la société et qui fournissent un contenu particulier à cette existence formelle. Un être humain « abstrait », qui ne serait ni « fils », ni « Belge », ni « enseignant », ni « infirmier », *etc.* serait en effet un néant pur et simple. Le contenu de l'être de l'Homme est nécessairement social et fourni par le devenir historique. Or l'Histoire (du Désir) est celle des Guerres, de la Politique et du Droit (issus de la Lutte), elle est également celle de l'Économie (issu du Travail), elle est enfin celle des divers Discours pratiques et théoriques. Ce que je suis (Belge, enseignant, *etc.*) et ce que je dis n'ont aucun sens en dehors de cette Histoire. Et, d'ailleurs, l'identité « belge » ne peut être comprise qu'à la lumière des Luites, Travaux et Discours qui ont mené à sa constitution et qui président à son devenir (incertain).

e) La santé comme fait social total

Après ce détour nécessaire pour cerner ce qui caractérise l'être humain, revenons à la *santé*. Sa base biologique est l'adaptabilité de l'organisme. Mais en tant qu'elle est humaine, son contenu nous est fourni par l'Histoire, c'est-à-dire qu'elle est concernée par le Désir-de-reconnaissance, par la Lutte, par le Travail et par les Discours (et le mélange entre les dimensions biologique et historique est appelé aujourd'hui « résilience ») :

- « Être en bonne santé » impliquera un élément de satisfaction de ce Désir cependant qu'« être malade » comportera un noyau de non-Reconnaissance (on entrevoit que ce critère permet de questionner les catégories « officielles » et/ou naïves de santé et de maladie). Cela implique également, pour ce qui nous concerne ici, qu'une décision médicale doit viser volontairement un état où le Désir sera satisfait, c'est-à-dire où la Reconnaissance sera actualisée au maximum (et l'on peut supposer qu'une telle fin n'est accessible qu'avec des moyens qui lui sont non-contradictoires) ;
- La *santé* est liée aux structures sociales. Cela est évident en ce qui concerne l'organisation des systèmes de soins dont il est toujours intéressant de rappeler la genèse. Ainsi, par exemple, on verrait que la plus grosse opposition à une couverture universelle - « système de Beveridge » qui reconnaît tout le monde comme ayant droit à une prise en charge médicale *indépendamment de son statut familial, social, économique* - vient de la vision libérale de la médecine, soucieuse de préserver son autonomie (ou, pour mieux dire, son monopole). Ajoutons tout de suite que la couverture universelle partait du principe que soigner la population, c'est soigner la production, les emplois, la consommation, bref l'économie. Mais le lien entre les structures sociales et la reconnaissance dépasse aujourd'hui, dans le travail de Richard Wilkinson notamment⁴, la simple question du système de soins. Wilkinson établit un lien *causal* entre l'inégalité des revenus et la santé (comprise au sens large : mortalité infantile, violences sociales, santé mentale, obésité, etc.). Le stress engendré par les Luites symboliques visant à se faire reconnaître et la souffrance de ne pas être reconnu sont donc des problèmes de santé publique.
- Si la santé, en tant qu'humaine, est un *fait social total*, elle se diffracte dans les dimensions issues de la Lutte, du Travail et du Discours. Nous devons distinguer les multiples sphères qui se sont progressivement autonomisées en domaines bien définis : politique de la santé, droit de la santé, santé au travail, économie de la santé, discours (pratiques et théoriques) sur la santé. Ensuite, voyons que ces domaines qui prennent la santé comme objet peuvent tout à fait générer des effets pathogènes (par manque de reconnaissance par exemple) : politique de la santé pathogène sinon morbide, droit de la santé qui s'oppose au droit à la santé, travail qui rend malade, économie de la santé déshumanisante, discours sur la santé qui empêcherait tout discours soignant. Enfin, l'autonomie relative de chacun de ces domaines qui leur garantit une dynamique spécifique rend possible des oppositions ou des évolutions asynchrones entre eux. Ainsi une évolution dans le droit de la santé peut-elle contredire des pratiques dans les discours sur la santé, la formation des soignants ou la politique de santé en vigueur. Nous connaissons de telles frictions suite à l'édiction en 2002, en Belgique, de la loi relative aux droits du patient. Mentionnons également que l'autonomisation de la sphère économique a permis la définition adéquate (que nous devons à A. Gorz⁵) d'un *travail rationnel au sens économique* : a) création de valeur d'usage (sans quoi il s'agit d'une activité de serviteur) b) en vue d'un échange marchand c) dans la sphère publique d) en un temps mesurable et avec un rendement aussi élevé que possible. Les activités de soins, d'aides, de secours ne peuvent, même si elles sont marchandes puisqu'on en attend une

⁴ Cf. par exemple R. Wilkinson, *L'inégalité nuit gravement à la santé*, trad. de l'anglais par O. Bonnis, Cassini, 2002.

⁵ A. Gorz, *Métamorphoses du travail. Critique de la raison économique*, Paris, collection Folio essais, Gallimard, 2004, p. 222.

rémunération, être rationnelles économiquement au sens que l'on vient de définir. Ce sont des interventions effectuées en cas de besoin, mais il vaut mieux que le besoin ne se présente jamais. L'argent est donc le moyen pour ces personnes de faire leur travail, mais il n'est pas et ne doit pas être la fin du travail.

Affirmer que tout se tient dans l'homme n'autorise pas à nier le fait que, en un même individu, l'homme qui soigne est différent de l'homme qui va voter ou de l'homme qui va à l'église et qu'il peut exister de fortes tensions entre ces différentes dimensions.

En résumé et en bref : lorsqu'on prend une décision médicale, on ne cherche pas uniquement à soigner *ce* patient particulier à *ce* moment, on vise aussi volontairement à rendre présent un avenir dans lequel la santé humaine – dont un ressort fondamental est la Reconnaissance – sera actualisée au maximum. Le caractère *adéquat* de la décision vient de l'équilibre qu'elle instaure entre le bon-sens et la créativité révolutionnaire, c'est-à-dire entre le respect du passé spécifique de la situation qui seul garantit la faisabilité de la décision prise et l'avenir à construire qui est irréductible à ce passé. Et le caractère *médical* de la décision adéquate signifie que le *passé* dont on tient compte et que l'on met au passé en en prenant connaissance et s'en détachant activement est celui de l'être social et historique de l'homme, que l'*avenir* est celui où la santé humaine pourra s'épanouir grâce à la satisfaction du Désir-de-reconnaissance et que le *présent* de la décision est une libre reconnaissance du fait que malade et homme biologiquement sain sont tous deux concernés par la santé humaine à venir.

3. Qui décide ?

Ce dernier point soulève une question fondamentale que nous n'avons pas encore posée, à savoir : Qui décide ? On peut apporter 3 réponses dont les conséquences sont très différentes du point de vue de la réponse apportée à la question de la décision *juste*.

a) **1 personne** décide. Nous sommes dans une telle situation lorsque le Désir-de-reconnaissance ne concerne qu'un individu en tant qu'il attend la reconnaissance soit d'une entité au-delà du monde (« Dieu »), soit de lui-même. C'est ainsi que le Religieux privilégiera le respect des Commandements divins, respect censé lui garantir une Reconnaissance au-delà, au détriment de son bien-être biologique. L'Homme de la Morale, quant à lui, demeure dans l'ici-bas, mais il veut agir afin d'accomplir une morale qui le rend parfait à ses propres yeux. Ces deux attitudes sont intrinsèquement a-sociales et elles peuvent parfois être tout à fait anti-sociales. Tout comme le Sceptique qui considère qu'"il n'est pas contraire à la raison de préférer la destruction du monde à une égratignure à mon petit doigt" (Hume), ils considèrent qu'il est préférable que périssent le corps ou la société plutôt que leur salut ou leur bonne conscience. Cette situation ne peut être dite « juste » car la justice suppose une interaction entre deux entités *réelles*.

b) **2 personnes** décident. C'est typiquement le cas de la relation patient-soignant. Le Désir-de-reconnaissance mutuel peut alors se manifester soit tendanciellement sous la forme d'une Lutte, soit sous la forme du résultat asymétrique de la Lutte (l'un – le Maître – prend la décision pour l'autre – l'Esclave – qui obéit). Sauf que, comme nous l'avons vu, c'est non seulement insatisfaisant, c'est également pathogène. Le caractère pathogène peut prendre par exemple une forme épistémologique : application mécanique de principes généraux de la part du soignant. Pour qu'il y

ait une véritable décision, il faut qu'il y ait un libre dépassement par chacun de ce qu'il est (son contenu historique : identité, formation, niveau économique, etc.). Ce consentement mutuel peut créer une nouvelle situation qui, puisqu'elle est la libre création à partir de ce qui est, peut aller à l'encontre des exigences économiques, politiques ou juridiques de la santé. Le consentement mutuel dont font preuve les deux pôles de la décision confère alors à leur interaction un caractère égalitaire. Un tel lien peut par conséquent être dit « juste » mais seulement formellement et subjectivement, c'est-à-dire uniquement pour eux deux.

c) **3 personnes** décident. Ajoutons un *tiers* à la relation précédente. C'est par exemple le cas de la concertation médicale lors de laquelle la relation patient/soignant est médiée par des tiers. L'intention de ce tiers est de réaliser la santé humaine (comme les deux autres), mais de la réaliser de telle sorte qu'elle ne mette pas à mal la Justice. Son désir spécifique est donc d'appliquer l'idée de Justice à l'interaction sociale du patient et du soignant. Bref, il veut que la décision médicale soit *objectivement* juste et pas seulement aux yeux du patient et du soignant. Faisons quelques observations :

- Si la santé humaine est corrélative à la satisfaction du Désir-de-reconnaissance, et si cette satisfaction équivaut au règne de la Justice, alors la décision sera médicale à condition d'être juste tout autant que toute décision juste sera, par ce fait même, médicale. Mais avant d'en arriver à une identification de la justesse médicale et de la justice sociale, demeurent nos situations dans lesquelles la maladie semble juste (c'est toute l'idéologie du mérite ou de la culpabilité), la justice pathogène (tel droit particulier peut entraîner une dégradation de la santé) et la santé injuste (au sens où un système de soins opère une sélection des « bons » malades) .
- Ce tiers doit être *impartial* et *désintéressé*. En tant qu'impartial, il doit prendre la même décision ou agir de la même façon si l'on inverse les rôles. Et en tant que désintéressé, il doit ne pas voir sa situation impactée (positivement ou négativement) par la décision qu'il prendra. C'est évidemment là la condition la plus difficile à remplir. Qui peut dire si les tiers dans la concertation médicale donnent ce conseil pour réaliser la Justice ou par corporatisme ou encore parce que cela est économiquement intéressant pour l'hôpital dans lequel ils travaillent ?
- Le tiers constate le consentement mutuel du patient et du soignant de travailler à l'élaboration d'une décision médicale. De ce point de vue, il constate donc leur égalité malgré leur situation non-équivalente. Mais il constate aussi l'équivalence de leur situation inégale (l'un demeure patient, l'autre soignant) après la décision.

Nous voyons que si la santé humaine est conditionnée par la société et par le devenir historique, alors la société est toujours présente – bien que souvent implicitement – à titre de tiers dans les décisions médicales que l'on prend volontairement. Lorsqu'on nie, seul ou à deux, soit l'idée de Justice de ce tiers (c'est-à-dire le Système du droit spécifique à la société) soit ce tiers lui-même parce qu'on le considère partial et/ou intéressé, alors on lutte contre cette société, participant ainsi à son devenir. Ainsi aucune décision médicale ne peut être prise vraiment volontairement si elle ne se pose pas la question de la prise en compte du tiers impartial et désintéressé dont l'intention est de

réaliser la Justice. Mais le problème lorsqu'on essaie de prendre une décision médicale juste est qu'il y a bien souvent deux idées de la Justice en concurrence.

4. Égalité, équivalence et équité

Lorsqu'une équipe se demande ce qu'il est juste de faire, elle navigue souvent entre deux conceptions de la Justice : la Justice d'*égalité* et la Justice d'*équivalence*. Ces deux idées de justice existent effectivement puisque « de nos jours encore, nous appelons 'juste' un partage en parts égales, qui ne tient aucun compte de ce que les parts distribuées signifient (ou 'valent') pour ceux qui les reçoivent. Mais nous appelons aussi 'juste' l'impôt progressif, sans nous préoccuper de l'inégalité qu'il crée et sans nous laisser impressionner par l'égalité de l'impôt simplement proportionnel »⁶.

Cette dernière citation de Kojève nous incite à développer quelque peu le schème anthropogénétique du Désir, de la Lutte, du Travail et du Discours. Les deux idées de la Justice reposent sur des sources distinctes. La Justice d'*égalité* reflète l'aspect de la Lutte réalisé par le Maître (chacun est égal dans la Lutte car chacun risque sa vie) et la Justice d'*équivalence* reflète l'aspect réalisé par l'Esclave après la Lutte (chacun estime qu'il y a équivalence entre les avantages et les inconvénients liés à la position du Maître et celle de l'Esclave – c'est une telle conception que l'on retrouve à la base tant des pensées contractualistes que méritocratiques [il est juste que chacun reçoive à proportion de ses efforts]). À l'image de l'interaction Maître/Esclave, il existe une dialectique juridique entre ces deux principes et tout système de droit réel est en fait une synthèse particulière de ces deux idées de Justice, c'est-à-dire un droit du Citoyen – basé sur l'idée d'une Justice d'*équité* – en état de devenir. Il est utile de citer Kojève pour mieux saisir la force d'une pensée dialectique : « [l]e Droit réel du Citoyen est une synthèse de deux éléments autonomes, et une synthèse qui ne s'effectue que progressivement. C'est-à-dire que le Droit à son état naissant est double et que son unité n'apparaît qu'à la fin, comme un résultat. En d'autres termes, la nature du Droit est dialectique, son évolution allant de l'opposition antithétique à l'unité synthétique. Ainsi, même si l'antithèse pure de la naissance du Droit n'est qu'une construction théorique, il y a intérêt à la faire [car on comprend mieux l'] enchevêtrement dans le Droit réel en évolution, ainsi que le sens de cette évolution »⁷.

Si l'équité est la synthèse de l'égalité et de l'équivalence, elle ne peut être pleinement actualisée que lorsque les contradictions internes entre égalité et équivalence ont été surmontées (c'est-à-dire lorsque l'application de l'égalité n'entraîne plus de non-équivalence et lorsque l'application de l'équivalence ne génère plus d'inégalité). L'évolution du Droit vers un Droit équitable du Citoyen signifie donc l'élimination progressive de la contradiction immanente entre égalité et équivalence (car seul peut évoluer un phénomène ayant une contradiction immanente). Prenons, avec Kojève, l'exemple du partage d'une nourriture pour mieux faire comprendre de quoi il retourne : « Le principe d'égalité exigera un partage en parts égales entre les ayants droit, et il ne se préoccupera plus de rien. Mais le principe d'équivalence se demandera si les parts égales sont vraiment équivalentes. Si l'on constate que les uns ont plus faim que les autres, on verra qu'il n'en est rien. On partagera alors autrement, rendant les parts proportionnelles au besoin de nourriture d'un

⁶ A. Kojève, *Esquisse d'une phénoménologie du droit*, Paris, Gallimard, 1981, p. 272.

⁷ *Ibid.*, pp. 273-274.

chacun. Le principe étant ainsi satisfait on s'en tiendra là. Mais l'autre principe sera choqué par l'inégalité du partage et il essaiera de l'éliminer. Seulement, pour ne pas choquer le principe de l'équivalence il faudra éliminer l'inégalité des participants. On se demandera donc pourquoi les uns ont plus faim que les autres. Et si l'on constate que cette différence résulte du fait que les uns ont déjeuné et les autres non, on veillera à ce que dorénavant tous puissent déjeuner. Le principe de l'équivalence aura donc incité celui d'égalité à se réaliser plus parfaitement. Et en devenant parfaite l'égalité coïncide avec l'équivalence. Car si les ayants droit sont vraiment égaux, l'égalité de leurs parts ne diffère plus de leur équivalence, leur équivalence n'est autre chose que leur égalité ».

Pour avancer encore plus précisément dans notre définition de la décision médicale juste – qui suppose à tout le moins trois volontés libres et conscientes de poursuivre la santé humaine avec équité – la théorie du droit de Kojève semble constituer une aide non négligeable. Faute de pouvoir poursuivre plus avant notre développement grâce à cet apport, contentons-nous pour le moment et en guise de **conclusion provisoire** de retenir méthodologiquement ceci :

- Cette approche qui tient compte de l'histoire permet de se situer avec précision mais surtout de fixer un cap aux actions entreprises. La cohérence des décisions prises se construit au cas par cas sans perdre le cap (ici celui de la Justice d'équité pensée comme non-contradictoire avec la justesse médicale). Petit à petit une stratégie cohérente se met en place (et qui peut justifier que l'on ait tranché tantôt en faveur de l'égalité tantôt en faveur de l'équivalence) selon les particularités de chaque situation.
- Le point de départ de l'analyse est le fait de l'unité des contraires et la nécessité de bien identifier chacun des pôles en opposition : Maître/Esclave, égalité/équivalence, général/particulier (chaque cas général est en fait particulier et tout cas particulier met en jeu des considérations générales), l'universel se particularise et le particulier s'universalise, les intérêts de la personne rejoignent tendanciellement les intérêts du collectif, *etc.* Il se peut, évidemment, que l'intérêt de l'individu soit contraire à l'intérêt du collectif, mais c'est précisément le rôle de la décision juste que de créer une situation future dans laquelle cette opposition sera levée.
- L'égalisation des conditions suscitée par la dynamique entre les deux principes se joue à l'extérieur de la sphère juridique. Ainsi, dans notre exemple, pour que les individus n'aient plus faim, on décide politiquement de mettre au point un système économique qui reconnaît à chacun le droit de manger) sa faim et lui en fournit la possibilité. Le droit entre ici en interaction avec les autres dimensions du schème anthropogénétique. D'où l'on peut faire la remarque suivante : si la loi de 2002 est une ouverture vers la justice d'équité en ce qu'elle réintroduit de l'égalité dans la relation (jugée équivalente) soignant/patient, la réalisation concrète de cette loi nécessitera des actions politiques, sociales et économiques, ainsi que de nouveaux discours pratiques et théoriques.

Ce parcours délibérément théorique ne prétend nullement clore la question de la décision médicale juste. Au contraire, il entend fournir des jalons permettant d'ouvrir et d'alimenter les échanges lors de discussions collectives au cours desquelles les catégories fournies ici sont mises à l'épreuve du réel et mobilisées pour éclairer les situations toujours particulières que les équipes

soignantes affrontent. De telles mises en pratique permettent seules de posséder véritablement ce que l'effort conceptuel ne peut fournir qu'intellectuellement.