

De l'individualisation de la médecine

En nous basant sur les concepts sociologiques d'individualisme-collectivisme tel que décrit par Hofstede en 1980 et de modernisation introduit par Inkeles en 1975 ainsi que sur l'évolution de la pratique médicale nous cherchons à savoir si la médecine tend vers une « individualisation » au sens d'une pratique différenciée, centrée sur l'individu et son vécu.

Dans un premier temps nous décrirons les évolutions récentes qui nous poussent à penser qu'effectivement la médecine, conduite en cela tant par les praticiens que par les patients, tend vers une individualisation des prises en charges et des considérations plus personnelles que scientifiques.

Dans un second temps nous montrerons comment un autre mouvement, antinomique dans ses présupposés méthodologiques mais conséquent dans son déploiement pratique, mène à une prise en compte plus communautaire des soins.

Dans un très bel article, Dyer décrit comment l'importance accordée aux principes éthiques a évolué. Dans une conception traditionnelle de la médecine le principe éthique cardinal était celui de bienfaisance, quasi sacralisé par Hippocrate « Primum non nocere ». Consacrant le paternalisme médical l'éthique reposait alors sur la seule probité du praticien et son jugement était seule source d'autorité en la matière. La bioéthique moderne se fonde principalement en réaction aux expérimentations humaines perpétrées par les nazis puis par des praticiens notamment nord-américains (procès de Nuremberg en 1946, déclaration d'Helsinki en 1964), le concept d'autonomie devient alors prépondérant. Les notions de consentement libre et éclairé et d'auto-détermination font leur apparition dans les années 1960-1970. Ces évolutions sont aussi portées par l'apparition de procédures de plus en plus invasives pouvant drastiquement améliorer le pronostic des patients mais comportant aussi des risques (première greffe de cœur en 1967, apparition des grands centres hospitaliers). Dans ce contexte, l'appréciation du patient est recherchée autant que l'expertise du soignant. Parallèlement, le contexte social d'émancipation face à l'autorité et à la morale ainsi que l'apparition du consumérisme mènent à la critique d'une médecine vue comme paternaliste. Finalement, poussé par des mouvements de conscience sociale et les grandes études épidémiologiques, le concept de justice émerge. La complexité des soins, le coût de ceux-ci et la médicalisation croissante de la société imposent à la médecine de se positionner aussi sur le terrain de la justice sociale.

Ces rappels historiques nous permettent de placer la pratique médicale actuelle dans une société postmoderne ayant élevé l'individualité au rang de vertu. Dans ce système de valeurs libérales, nous l'avons vu, le paternalisme est profondément rejeté. On lui préfère l'option de « shared decision making » ou « décision partagée » (sous-entendu entre le praticien et le patient). De fait, les soins sont devenus un produit de consommation comme tout autre, dont on peut faire commerce et donc au sujet desquels le client est roi. Ce point est particulièrement exacerbé en Suisse, de par un système de santé extrêmement libéral culminant encore récemment avec l'introduction de la concurrence entre les hôpitaux. Dans cette société postmoderne, le patient vient à la consultation avec son propre jeu de valeurs et il s'attend légitimement à ce que celles-ci soient respectées. Le rôle du praticien s'attache donc à donner des réponses et des solutions non plus uniquement en fonction des connaissances biomédicales, mais en tenant compte du cadre de pensées de son patient et de ses revendications propres. Ceci peut conduire dans certaines circonstances à un dépouillement du savoir du médecin, son savoir biomédical étant reconnu, mais n'étant pas forcément en phase avec les attentes du patient. D'où un sentiment diffus parmi les praticiens qu'ils se retrouvent placés dans un rôle d'accompagnant plus que de soignant (« Les médecins ont pris la place des prêtres » est un avis partagé par de nombreux médecins). On ajoutera à ceci le développement de thérapies de plus en plus personnalisées (« tailored medicine » mais aussi simplement les nombreuses classes de médicaments aux mêmes effets permettant un choix différencié selon les patients) qui, en soi, sont des évolutions scientifiques, que l'on ne peut lier à ce contexte, mais qui vont dans le même sens.

C'est dans le cadre de cet individualisme très libéral et d'une pensée scientifique moderne que se développe la « médecine fondée sur les preuves » (Evidence Based Medicine) et que point la santé publique et communautaire. On peut placer les fondements de ces perspectives dans les années 1960 avec les premiers résultats de l'étude de Framingham et le rapport du Surgeon General sur le tabac, mais c'est depuis les années 1990 que ces concepts prennent une importance concrète au niveau de la population, notamment à travers l'application de politiques de santé publiques. Tandis que la médecine fondée sur les preuves tend à uniformiser les pratiques à travers de nombreuses « guidelines » et recommandations de bonnes pratiques, les pressions sur les systèmes de santé s'accroissent avec une gestion de plus en plus politique et administrative de ces systèmes. Ceci ayant pour conséquence une autonomie réduite pour le praticien qui face à un patient se retrouve limité par des contraintes administratives, techniques et éthiques dans les choix

qu'il peut offrir au patient. Nous voyons là un paradoxe où la volonté d'offrir les meilleurs soins à chaque individu en vient à créer un système qui limite les possibilités individuelles. Delkeskamp-Hayes va encore plus loin en dénonçant un courant européen qui érige la liberté comme valeur fondamentale au-dessus de toutes les autres et ce faisant interdit toute morale alternative. Cette morale de la liberté à tout prix pour garantir de manière positive les libertés de chacun (on parle ici notamment des usagers des systèmes de soin) se doit de restreindre la liberté de conscience de beaucoup d'autres (on retrouve dans ce groupe les acteurs du système de santé). Certaines de ces politiques deviennent alors un instrument de morale interdisant toute morale divergente. Delkeskamp-Hayes cite dans son article l'exemple de certains hôpitaux catholiques belges qui se sont vu forcer par le législateur d'offrir des prestations d'euthanasie.

En guise de rappel historique sur les dangers que peuvent représenter des théories et des politiques de santé publiques on se permet de citer le travail de Fijalkow qui donne plusieurs exemples historiques de totalitarisme dans ces domaines. Ces exemples vont du darwinisme social et de l'eugénisme dans l'Angleterre de la fin du XIXème aux théories de fertilité et de classes dans l'Angleterre d'entre deux guerres en passant par l'hygiène raciale en France et en Allemagne au XXème siècle et par la formation de la démographie dictatoriale en Italie fasciste. Sans vouloir comparer les politiques actuelles à ces éléments historiques il nous semble important de noter qu'il n'est pas anodin de voir un libéralisme individuel qui devient normatif et contraignant.

En conclusion nous postulons que certes il y a une individualisation de la médecine dans sa pratique moderne mais que cette individualisation tend à produire un phénomène de totalitarisme bien plus influent encore que l'individualisation décrite.

Concernant les implications que les évolutions décrites peuvent avoir pour la pratique du médecin, nous décrivons une place à retrouver. Cette place se trouve délimitée d'un côté par des attentes très élevées de la part de patients informés, qui désirent être acteurs de leur parcours de soin et de l'autre par un système rigide et de plus en plus normatif encadrant la profession médicale. Entre ces deux bornes les médecins ont le choix de se laisser pressuriser et de perdre leur position unique dans la vie du patient ou de se réinventer dans un nouveau rôle compatible avec ce nouveau contexte. Ils ont probablement à faire le deuil d'un statut leur laissant toute latitude

pour exercer liberté, pouvoir et autonomie (autorité postulations nous au début de ce travail) afin de trouver une posture plus proches de leur patients, dans un rôle d'accompagnement à travers un système de soins dont la complexité ne peut que croître. Affronter ce changement de paradigme est évidemment pénible pour nombre de praticiens et les ressources pour faire face à cette difficulté mériteraient un approfondissement qui va malheureusement bien au-delà de notre sujet. En résumé il nous paraît que si le rôle du médecin a passablement évolué sur la période décrite ; son importance aux yeux des patients n'a en aucune façon faibli.

1. Delkeskamp-Hayes C. Freedom-Costs of Canonical Individualism: Enforced Euthanasia Tolerance in Belgium and the Problem of European Liberalism. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2006;31(4):333-62.
2. Dyer AR. The ethics of human genetic intervention: a postmodern perspective. *Exp Neurol*. 1997;144(1):168-72.
3. Fijalkow Y. Hygiene, population sciences and population policy: a totalitarian menace? *Contemp Eur Hist*. 1999;8(3):451-72.
4. Hamamura T. Are Cultures Becoming Individualistic? A Cross-Temporal Comparison of Individualism-Collectivism in the United States and Japan. *Personality and Social Psychology Review*. 2011;16(1):3-24.
5. Voronov M, Singer JA. The Myth of Individualism-Collectivism: A Critical Review. *The Journal of Social Psychology*. 2002;142(4):461-80.
6. Working Party of the Royal College of P. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med*. 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
7. Wyer PC, Silva SA. Where is the wisdom? I - A conceptual history of evidence-based medicine: A conceptual history of EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009;15(6):891-8.