



HAL
open science

Limites de la technique : enjeux éthiques

T. Haaser

► **To cite this version:**

T. Haaser. Limites de la technique : enjeux éthiques. Cancer/Radiothérapie, 2019, 23, pp.322 - 327. <10.1016/j.canrad.2018.12.006>. <hal-03486439>

HAL Id: hal-03486439

<https://hal.science/hal-03486439v1>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Limites de la technique : enjeux éthiques.

Limits of technique: ethical issues.

T Haaser ^{a,b}

a - Service d'Oncologie Radiothérapie, Hôpital Haut Lévêque, Centre Hospitalier Universitaire de
Bordeaux, Avenue Magellan 33600 Pessac

b – EA 1610, Etude des Sciences et des Techniques, Universités Paris Sud – Paris Saclay, Espace Ethique
Île de France, Hôpital Saint Louis, 1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris

Correspondant : T Haaser, Service d'Oncologie Radiothérapie – Hôpital Haut Lévêque – Centre
Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Avenue Magellan 33600 Pessac.

Téléphone : 0557623300 – Fax : 0557623305 – @ : thibaud.haaser@chu-bordeaux.fr

Texte présenté en communication orale le 05 octobre 2018, lors du 29^{ème} congrès de la Société
Française de Radiothérapie Oncologique, Paris – La Défense.

Conflit d'intérêt : Aucun

Résumé :

Les services d'oncologie radiothérapie constituent un exemple paradigmatique de cette évolution générale de la médecine vers une présence toujours plus marquée de la technique au service des personnes malades. La mise à distance du corps ou encore notre radicale dépendance à la machine sont des facteurs concrets qui conditionnent les pratiques soignantes en oncologie radiothérapie. Et cette place si importante amène à une question essentielle : la technique, qui nous apporte tant ne constitue-t-elle pas en miroir une véritable limite pour notre fonction de soignant radiothérapeute? Et pour aller plus avant dans la réflexion il faut envisager vers quelle posture ces constats peuvent finalement nous faire tendre : le risque bien réel de n'être légitime qu'en tant que technicien. Cependant, si la technique peut être considérée comme une possible entrave à notre fonction soignante, il est aussi question d'envisager les espaces inédits qu'elle libère, comme autant d'occasions pour l'oncologue radiothérapeute de réaffirmer sa fonction première de soignant. Il est probablement temps pour notre communauté de se saisir de cette question de la technique afin de rendre compte de la réalité de ses limites et de ses possibles. Une réflexion collective sur l'éthique de la technique, et plus largement sur l'éthique des pratiques de soins en oncologie radiothérapie apparaît alors pertinente.

Mots clés : éthique, technique, soin en oncologie radiothérapie.

Abstract :

Radiation oncology departments are paradigmatic examples of the general evolution of medicine towards an ever more important presence of technology. The distance to the body or our radical dependence on the machine are concrete factors conditioning care practices in radiotherapy. Thus, an essential question appears: can technique be seen as a real limit for our primary function of care in radiation oncology? It is also necessary to consider the postures this question could lead to: the real risk of finding legitimacy in our sole function of technicians. If technique can be seen as a possible hindrance to our care role, it also appears that technique can create unexpected spaces, where radiation oncologists can express their own definition of care with patients. It is time for our community to take into account this specific aspect of the technologic issue in order to attest the reality of its limits and possibilities. A collective reflection on the ethics of technique, and more broadly on the ethics of care practices in radiation oncology appears relevant.

Keywords : ethics, technique, care in radiation oncology.

Introduction

La problématique de la technique en médecine n'est pas nouvelle mais elle trouve dans l'oncologie radiothérapie un terrain d'application d'une intensité inédite. La place de la technique dans nos services est évidente, et elle y prend la forme de la machine. En propos liminaire nous souhaitons préciser qu'au cours de cet exposé, nous emploierons le terme de technique pour désigner à la fois technique, technologie et machine. Chacun de ces termes a une signification bien précise, en philosophie, en épistémologie, mais ces distinctions ne nous semblent pas primordiales pour ce propos. Bien que ce thème ne soit pas nouveau donc, il serait problématique de ne plus se poser de question au sujet des représentations qu'on porte à la technique, et de ne plus interroger les conséquences concrètes de la technique sur le cœur de notre profession, à savoir le soin. Cette omniprésence produit des effets, et si l'on se dégage un temps des incontestables bénéfices qu'elle nous octroie, la technique apparaît tout autant comme un facteur limitant, principalement pour le déploiement de la relation de soin.

La mise à distance de la personne

Le Pr Jean Hamburger, médecin néphrologue, membre de l'Académie Française et fondateur de la réanimation médicale dit : « Entre le praticien et le malade, des intrus se sont glissés : machines à explorer, appareils de traitement, examens multiples de laboratoire, interventions de spécialistes. Ces intrus sont certes, le fondement même du progrès qui permet de guérir ceux qui étaient, hier encore, condamnés, mais ils risquent de distendre le lien qui unit malade et médecin »[1]. Avec la technique, dont le machinisme n'est finalement qu'une déclinaison possible (et c'est ce qu'illustrent les mots de Jean Hamburger) un nouvel élément majeur apparaît dans le décor, et il prend de plus en plus de place, occuperait même le devant de la scène. En oncologie radiothérapie, on peut ainsi assister à un passage de la relation duelle malade – médecin à un

triptyque avec une machine, une technique omniprésente et qui en tant que telle, pourrait boucher l'horizon qu'est la personne malade.

Les spécificités de la technique dans nos services ont des conséquences très concrètes sur l'établissement de la relation de soin, tout d'abord par la mise à distance du corps. Le premier mouvement de la médecine est un mouvement de rapprochement du corps, dans une dimension de toucher. Mais les progrès parallèles de la biologie, de la radiologie, de la médecine nucléaire nous permettent de toujours mieux connaître le corps sans avoir nécessairement besoin de venir le toucher : la connaissance du corps ne passe plus obligatoirement par la clinique. Nous ne disons pas que la clinique est morte, et elle garde en oncologie une place essentielle mais les situations où elle ne guide plus aussi fondamentalement l'action se multiplient. Par exemple, en oncologie urologique, le toucher rectal n'oriente plus notre action thérapeutique aussi essentiellement qu'avant. Le taux de PSA, et les progrès de l'IRM multiparamétrique supplantent les informations du toucher rectal. Mais l'oncologie radiothérapie va plus loin encore dans ce mouvement général de la médecine, car en effet, là où le chirurgien va encore toucher le corps, l'oncologue radiothérapeute n'a pas ce contact, cet aspect de la médecine que certains disent haptique (*haptein*, le toucher) [2]. La technique existe en chirurgie, la coelioscopie et plus encore le robot chirurgical mettent de la distance entre l'opérateur et le patient, mais ces machines constituent avant tout des prolongements des mouvements d'un chirurgien singulier. La radiologie interventionnelle nécessite la mise en place de sondes d'ablathermie par exemple, avec de l'autre côté de la sonde un opérateur et son expérience pratique. Dans ces deux cas, on se retrouve dans une situation où un corps est touché par une technique certes mais les dispositifs techniques font office de prolongements ou de traits d'union entre la personne et le médecin.

En oncologie radiothérapie, c'est la bien machine qui traite, elle n'est un simple prolongement des gestes du thérapeute, elle ne vient pas seulement les optimiser. Elle n'est pas un trait d'union comme nous l'avons dit entre un corps qui reste abordé directement et un thérapeute. Cette différence est majeure : la machine ne sert pas d'intermédiaire ou de lien et il n'y a plus d'abord du corps. De plus, les systèmes de repositionnement, ou d'atlas de contourage automatiques font que les compétences singulières de l'oncologue radiothérapeute pourraient devenir rapidement des données dépassées. La technique prend la place du soignant et le met donc à distance des personnes à traiter. La nécessaire solitude des personnes traitées lors de l'irradiation majore cette mise à distance et conforte l'idée de l'intrusion de la machine dans la relation duelle soigné – soignant. Au moment symbolique de la mise en route du traitement, la personne soignée ne peut compter sur la présence du soignant, sur son toucher, son regard ou ses paroles pour l'accompagner dans ce moment lourd de sens et de représentations. En effet, à ce moment précis, seule la machine, imposante (dont on pourrait même craindre qu'elle ne vous tombe dessus) leur fait face.

Par conséquent, il n'est pas rare qu'un patient vous dise « j'ai été opéré au robot par le Dr Untel » quand un autre vous dira « j'ai été traité au Cyberknife® ». L'identité du soigné par la mise à distance du corps peut se trouver diluer, mais l'identité du soignant encourt finalement la même situation. Car la machine dans la relation de soin en oncologie radiothérapie obstrue le regard des soignants mais peut avoir les mêmes conséquences sur le regard des personnes malades. Et en cela, la technique représente une limite tout à fait possible dans la relation de soin. Le port du masque de contention à l'occasion des irradiations cervicales et encéphaliques est un autre exemple de conditions de soin hautement représentatives des conséquences pratiques de la technique. Le masque est dans le théâtre antique le *persona*, ce qui permet à l'acteur de devenir une autre personne, de prendre un rôle, de trouver une nouvelle identité. Quel curieux masque

que celui utilisé lors des irradiations, qui dilue une fois encore l'identité de l'autre : en l'empêchant au moment des traitements de pouvoir bouger, parler, en effaçant les traits singuliers de son visage, il y a une mise en symbole très forte du risque de réification, c'est à dire de littéralement devenir une chose. La technique en oncologie radiothérapie prend certes de la place en termes d'espace mais elle prend aussi beaucoup de temps. Les séances de contourage, de dosimétrie, les validations conjointes avec nos collègues physiciens, sans parler des démarches qualité, sont autant d'investissements en temps qu'imposent les techniques et qui nous éloignent des personnes malades. Autre exemple enfin, lorsque l'oncologue radiothérapeute entre dans le bunker de traitement pour vérifier le positionnement du patient, il n'est pas rare de débiter l'échange, en disant « ne bougez pas » avant même de saluer la personne : l'impératif de la technique avant l'impératif de politesse, de considération. Les conséquences très pratiques de la technique dans notre spécialité ne sont donc pas neutres pour l'établissement de la relation entre la personne malade et le soignant.

Puissance de la technique et dépendance à la technique

La charge symbolique de la technique est ainsi très forte en oncologie radiothérapie avec une dissymétrie majeure entre la personne et la machine. Une machine comme le Cyberknife® par exemple colle esthétiquement aux représentations de nos petits patients quand on leur demande de dessiner des machines de traitement (images de tourelles renvoyant des rayons laser des films de science-fiction) [3]. Cette idée de puissance de la technique, qui progresse sans cesse, qui repousse les limites peut aussi être le symbole de la tentation de faire toujours plus pour les personnes malades, parfois même trop. La puissance que permet la technique amène au doute voire au risque de l'acharnement à utiliser des moyens thérapeutiques de manière disproportionnée. Cette tentation de faire trop sous prétexte que l'on peut faire plus grâce à ces nouveaux procédés, a une dimension tragique majeure. Un film comme « Quelques heures de

printemps » qui traite de la fin de la vie et du refus d'une dame atteinte de cancer de subir des traitements jugés disproportionnés, met en scène dès la bande annonce la froideur, la distance, la solitude face à la machine et le port du masque de contention pour illustrer cette thématique du refus de trop de thérapeutique [4].

La technique constitue aussi en médecine, et plus particulièrement dans nos services une limite dans notre agir. L'oncologie radiothérapie est une rare spécialité dont le champ est borné par une spécificité de pathologie (le cancer) et surtout une spécificité de maîtrise d'une technique. Mais notre technique et in fine, notre possibilité d'agir est extérieure à nous-mêmes. Ainsi la technique est aussi une limite dans le sens où elle conditionne radicalement notre capacité à pratiquer notre métier. La technique est une limite pour l'oncologue radiothérapeute car elle exerce un effet de dépendance absolue. Pour reprendre la comparaison chirurgicale, sans robot chirurgical, l'opérateur fera peut-être moins bien, moins rapidement son geste, mais il peut encore le faire. L'oncologue radiothérapeute sans machine ne peut plus rien. Et nous l'avons tous vécu à l'occasion des pannes de machine avec la délicate tâche d'annoncer aux personnes malades l'impossibilité de traiter, et par conséquent la nécessité de repousser la date de fin du traitement. Toujours dans cette idée de dépendance à la machine, il apparaît clairement qu'il ne sert finalement à pas grand-chose en dehors d'un louable désir de connaissance, de se former à des techniques tellement poussées qu'il est certain qu'elles ne seront pas disponibles rapidement dans le service de soins courants où nous pouvons exercer. Si nous adoptons un regard très pragmatique sur ce point, quel impact pour les patients aurait une formation à la protonthérapie pour un oncologue radiothérapeute qui exerce dans un service qui n'en dispose pas et n'en disposera pas avant 15 ou 20 ans ? Il ne s'agit pas de techniques dépendantes d'une personne, mais dépendantes en premier lieu de tout un dispositif technique, mécanique qui dépasse largement les seules compétences professionnelles des individus.

Les progrès constants des techniques en oncologie radiothérapie, avec un cycle d'évolution bien plus rapide que ne le sont les capacités d'investissement des services pour l'achat de machines, participent à une impression de course en avant permanente pour rattraper un retard quasi inéluctable. Comme il y a toujours mieux techniquement, le sentiment d'être à jour est quasiment impossible à atteindre. Les incréments récents en sont la preuve : IMRT champs fixes, puis rotationnelle, les différentes techniques de radiothérapie stéréotaxique avec des machines de conception et de fonctionnement très divers, ... Depuis le début de notre formation en oncologie radiothérapie, nous n'avons cessé de voir les services se mettre à jour ce qui est en soi une excellente nouvelle, mais ce qui s'accompagne aussi d'un sentiment de course en avant dont le rythme n'est dicté que par la technique. C'est là encore un des effets de cette dépendance : car la technique nous rend capables, car elle nous rend puissants, nous ne cessons de courir derrière elle. Pour reprendre une nouvelle fois la comparaison avec nos confrères chirurgiens, rappelons que cette dépendance à la technique aura un impact sur la manière dont les personnes soignées vont envisager le soin en oncologie radiothérapie, et vont envisager le médecin radiothérapeute : on vient voir un chirurgien car il est bon, on vient voir l'oncologue radiothérapeute car il est bien équipé.

En résumé, la technique permet sur le plan thérapeutique mais entrave sur le plan humain : sa place est devenue tellement importante dans nos services, les objectifs de maîtrise, de sécurité, d'efficacité sont si présents que la machine, la technique ne laissent pas de place à autre chose, et avant tout à une relation de soin de qualité et engagée. Trop de distance, trop d'obstacle. La technique porte un paradoxe intrinsèque : celui de libérer les possibles traitements tout en contraignant massivement les conditions d'interaction avec l'autre et les conditions de relation à l'autre. C'est peut-être en ces termes que les limites de la technique peuvent être pensées. Mais

pour autant, nous pensons que cette problématique mérite d'être creusée plus encore, ou en tout cas différemment. Nous restreindre à ce seul constat ou nous limiter à ce propos un peu trop simple serait ne pas aller au cœur de ce qu'une réflexion sur les limites de la technique devrait signifier pour notre communauté. Nous méritons sans aucun doute bien mieux. Il faut dérouler la pensée, la déplier pour en comprendre les implications, c'est-à-dire aller au-devant des effets de ces constats évidents. Pour cela il ne faut plus seulement émettre des jugements de valeur, mais les saisir, les considérer avec sérieux et voir au-delà, dans leurs causes et leurs effets. Il est aussi essentiel de réfléchir aux positionnements vers lesquels ils nous font tendre.

Renier notre histoire et notre quotidien de soignant

Tout d'abord, il y aurait un certain paradoxe dans notre communauté des oncologues radiothérapeutes si nous devions considérer la technique comme une limite, et notamment une limite dans l'établissement de la relation soin. Plus d'un siècle après la découverte des radiations ionisantes et de leur très rapide mise à disposition dans le domaine du soin (pas toujours à bon escient), il serait curieux de notre part d'adopter cette idée comme une évidence. Nous découvririons tout ceci, en même temps que les autres spécialités médicales et l'accepterions comme une fatalité, alors que nous expérimentons chaque jour le fait que les oncologues radiothérapeutes ne sont des soignants de seconde zone. Alors que nous appartenons à la spécialité médicale qui de toutes, expérimente le plus intensément et depuis le plus longtemps la présence de la machine, dire que la technique est une limite serait bien naïf et serait tomber dans la facilité, dans une certaine forme de conformisme voire de caricature.

Dans ce contexte précis d'une technique qui prendrait trop de temps au détriment des personnes soignées, pourrait-on penser que l'automatisation des procédures techniques (contourages automatiques, propositions dosimétriques automatisées par exemple), en nous libérant du temps

puissent régler ce soi-disant problème ? Probablement pas. La technique conditionne, encadre et peut limiter notre action thérapeutique mais elle est avant tout ce qui permet de la rendre possible. Le temps passé à se concentrer sur la technique est un investissement, peut-être à distance du patient, mais qui in fine retourne vers le patient. La technique permet un investissement de nos connaissances, de notre savoir-faire, qui nous implique en tant que professionnel et en tant que personne auprès des personnes que nous soignons. Le lien entre technique, traitement et soin est très ténu. C'est grâce à la technique que nous sommes des thérapeutes. Par essence notre geste thérapeutique ne peut se faire sans une relation soignante, sans prise en compte de l'autre dans ce dont il est atteint et qu'il faut traiter, mais aussi dans ce qu'il est en tant que personne. Le souci de l'autre est le premier mouvement qui nous amène à considérer la technique dans cette visée, et non l'inverse. La technique parce que nous la mettons en oeuvre nous offre la possibilité d'être des thérapeutes, donc celle d'être des soignants : l'investissement dans la technique permet l'investissement dans le soin.

Les risques de considérer la technique comme une limite

L'hypothèse de considérer la technique comme une limite dans nos possibilités d'être des soignants comporte de plus une insidieuse mais véritable dimension de risque. Partir de ce principe de limitation du soin par la technique pourrait être une forme de résignation à priori, une certaine acceptation passive d'une fatalité. Car nous sommes liés à cette technique, et car elle porte en son sein cette limite, nous aurions intégré avant même de nous en rendre compte le fait d'être des soignants limités. Nous serions alors, avant même d'exercer notre métier cette caricature d'oncologue radiothérapeute « qui se cache derrière la machine » pour reprendre les termes caricaturaux que nous avons pu entendre au cours de nos parcours professionnels. Bien pire encore, une telle considération pourrait favoriser l'émergence d'une paresse à se donner les moyens d'être soignant, voire d'un alibi bien aisé pour ne pas l'être. Quelle désastreuse

conséquence pour nos futurs collègues qui aspireraient alors à devenir oncologue radiothérapeute pour de mauvaises raisons ! Le choix se ferait car il serait plus facile d'être oncologue radiothérapeute. On pourrait alors opter pour l'oncologie radiothérapie non plus en vue d'être un soignant qui par le biais d'une technique délivre un traitement, mais souhaiter devenir oncologue radiothérapeute dans l'illusion que la technique préserverait de la relation à l'autre et des responsabilités qui en découlent.

Il s'agirait alors d'un abandon de ce qui relève avant toute chose de notre rôle de médecin, un abandon de notre mission. Il s'agirait d'un abandon de nous-mêmes dans cette facilité mais aussi d'un abandon des personnes qui seront amenées à être soignées car elles, persistent dans leur aspiration à trouver dans tous leurs soignants ce souci de ce qu'ils sont au-delà de leur cancer. Le risque est donc pour soi (risque de se perdre dans l'illusion que la technique éviterait la charge du soin) et surtout le risque est pour l'autre, la personne soignée qui rencontrerait un médecin radiothérapeute certain de coller à une évidente mise à distance de l'autre grâce à la technique.

Changer de regard sur la question de la technique et du soin en oncologie radiothérapie

Il devient impératif de changer de regard sur la technique, de ne plus l'envisager de manière binaire, bonne ou mauvaise, limitée ou limitante : nous l'avons dit, nous méritons une bien meilleure discussion. Il pourrait être ainsi intéressant de passer du « Comment la technique nous entrave ou non dans notre fonction de soignant ? » au « Comment penser dans ce contexte technique la relation de soin ? ». Il ne s'agit plus d'une question d'entrave mais d'une question de conditions de la relation de soin au sein desquelles il nous est possible de naviguer. L'enjeu se situe entre plusieurs pôles : assumer cette technique, ne pas la renier, ne pas lui attribuer non plus une valeur supérieure à ce qu'elle est. Car le problème se situe précisément ici : il apparaît nécessaire de se décaler et de s'extraire d'un discours ou de raccourcis portant sur ce que la

technique est en elle-même. La technique est un moyen, donc elle est finalement neutre. Elle conditionne et contraint certains aspects pratiques de notre exercice mais avant tout, nous sommes les acteurs de cet exercice. La discussion n'est pas à centrer sur la technique mais sur les jugements de valeurs que nous portons à ces techniques.

La pensée de Jacques Ellul peut nous guider dans notre démarche. Il écrit: « Ce n'est pas la technique qui nous asservit mais le sacré transféré à la technique » [5]. Cet historien du droit et sociologue girondin débute en 1934 sa réflexion sur la technique et ne lâchera pas cette thématique jusqu'à sa mort en 1994. Sa pensée est très pertinente pour le monde du soin et est étonnante dans sa capacité à décrire plusieurs dizaines d'années à l'avance la situation de dépendance, voire d'asservissement de l'homme à la technique. Fervent défenseur d'une technique au service de l'homme, il lutte contre l'idée d'une technique perçue comme une fatalité du fait d'un progrès permanent et qui ne cesse de s'accélérer [6].

Cette citation d'Ellul est particulièrement intéressante pour notre sujet car elle permet de déplacer le problème et de le mettre à sa juste place. Ce qui nous pose problème n'est pas du tout la technique en tant que telle. Ce n'est pas elle en tant que phénomène pratique qui nous asservit, nous entrave ou encore nous empêche, mais c'est bien la place qu'on va lui accorder. Par sacré, il faut entendre la raison supérieure, ce qu'il faut viser, respecter, ne pas remettre en cause.

Devenue sacrée, la technique se justifie en elle-même et ne trouve pas d'autre raison en dehors d'elle-même. Fondamentalement objet, on lui prête le statut de sujet supérieur, pour ne pas dire d'alpha et d'oméga. En sociologue, Ellul parle plus en aval dans son analyse de « système technicien », c'est-à-dire un mode de pensée où les caractéristiques impératifs d'efficacité, de progrès de la technique s'étendent et remplacent tous les autres modes de pensée et de rapport au monde [6]. Le problème résiderait plus dans la difficulté à se positionner face à la technique

que dans la technique en elle-même. L'enjeu de notre discussion est de la mettre à sa juste place, de considérer ses limites mais aussi ce qu'elle permet. Ainsi les conditions qu'impose l'oncologie radiothérapie et que nous avons déjà discutées sont à appréhender de la même manière, avec nuances et en regardant les deux côtés de la pièce. Afin d'en faire une analyse valable, il faut envisager en quoi elles peuvent être de limites mais aussi en quoi ces conditions contraintes déploient de par leur inédit, des espaces spécifiques que les oncologues radiothérapeutes peuvent occuper en tant que soignants.

La technique, créatrice de nouveaux espaces

L'insensibilité des traitements par irradiation, la difficulté à se représenter exactement comment ils opèrent, sont par exemple autant de caractéristiques qui permettent au soignant de s'impliquer, d'aller au-devant de la personne malade, de lui répondre. Cet irreprésentable et cet incompréhensible de l'irradiation créent une occasion de lien, centré sur les explications, la réassurance et l'accueil des interrogations de l'autre. Certes la solitude des patients face à la machine au moment des traitements pourra toujours être mise en avant, mais à bien y réfléchir, cette solitude n'est que la mise en évidence, voire la mise en scène de la réalité de la situation : un accompagnement absolu, un accompagnement de tout est impossible. Il existe, y compris en soins palliatifs, une forme d'impartageable, une portion de l'expérience des personnes malades qui ne peut être pleinement accessible aux accompagnants (soignants, famille ou amis). Cette solitude face à la machine vient mettre une limite très concrète à l'accompagnement, mais l'avant et l'après peuvent être d'autant plus investis. La place de la technique en termes d'espace et de temps est aussi à voir sous un angle différent. Nous avons déjà abordé l'idée que c'est aussi au travers de l'investissement dans la technique que pointait en réalité le souci de l'autre car c'est par la réalisation de cette technique que nous sommes thérapeutes et donc soignants. Mais nous pourrions dire que la technique aménage aussi le temps. Nous émettons l'idée d'un temps de

technique qui permet une respiration, une pause dans le soin. Ce temps technique, comme suspendu n'est pas une fuite, mais peut au contraire être entendu comme une reprise d'élan, afin de mieux revenir auprès de nos patients. Parce que la technique nous impose ce temps suspendu, à distance des personnes malades, nous pouvons trouver de nouvelles ressources lors des entretiens avec nos patients, une plus grande disponibilité car un temps technique nous aura permis de réguler ce qui a pu se jouer ou ce qui est en jeu. La question du temps n'est donc plus à penser avec une mesure de quantité mais avec une mesure de qualité.

Ainsi certaines spécificités de la pratique de soin en oncologie radiothérapie peuvent être considérées comme des éléments de restriction, d'entrave ou de handicap à être soignant, mais elles peuvent aussi être interprétées comme créatrices d'espaces de soin qui sont bien réels et qui nous sont propres. Par notre spécificité technique il existe un décalage dans les représentations et les positionnements, comme une chance à saisir pour une relation de soin engagée. Il y a de l'inédit en oncologie radiothérapie par rapport à d'autres services de soin, et les patients ne s'attendent pas toujours à vivre le soin de cette manière. Et de cet inédit jaillissent de nouveaux possibles qui nous permettent en réalité de multiples occasions d'être soignant, et parfois même d'être là où ne s'y attend pas. En cela le positionnement que nous avons parfois en tant que médecin cancérologue mais non référent, dans la cadre notamment des personnes irradiées à visée métastatique, fait partie intégrante de cet inédit. A cette occasion, une relation de soin différente peut s'établir. Vierge de l'histoire passée, et débarrassée des enjeux immédiats d'annonce pronostique et diagnostique, cette relation est l'occasion d'échanges différents : les enjeux de la relation étant différents, d'autres propos émergent, ce que M le Pr Maire appelait les « paroles de vérité », ces paroles qui marquent les soignants car elles sont le témoignage du vécu singulier, terriblement humain de ce que traversent les personnes que nous soignons. C'est aussi

en raison de ce décalage de la technique, dans ce décalage de la relation que ce types de paroles, essentielles peuvent trouver un espace d'expression.

La question essentielle est donc de trouver une juste position entre le déni de la place de la technique et une forme de fascination, d'exclusivité de la technique. Et il est intéressant de penser que cette exclusivité peut trouver certes des causes au sein de notre communauté (nous en avons abordé quelques-unes et en premier lieu une certaine fascination) mais d'autres soignants se mettent en position de nous l'imposer. Il devient nécessaire de penser une position d'affirmation de notre rôle de soignant, voire de résistance face à certains de nos confrères qui pourraient nous glisser: « Concentre toi sur ce qui relève de ta technicité car personne d'autre ne peut le faire, nous nous occupons du reste ». Il est impératif de refuser de nous conformer à cette assignation à n'être que des techniciens médicaux. Loin de nier notre haut degré de technicité, il est nécessaire de refuser cette place. Au titre de prendre soin, dans un souci de l'autre dans sa globalité, et sa singularité, nous sommes pleinement capables et légitimes, encore faut-il en être convaincu et se tenir prêt à en endosser la responsabilité.

Nécessité de passer à une forme collective de réflexion

Une réflexion collective paraît indispensable. Une réflexion de notre communauté afin de penser ensemble, avec lucidité ce que nous sommes dans le monde de l'oncologie et de la médecine plus généralement, penser ce dont nous sommes capables (aussi bien positivement que négativement). Penser selon une forme collective, communautaire, les origines de ces représentations et les mécanismes pouvant parfois nous amener à accepter trop facilement certaines caricatures ou préconceptions qui desservent notre souci des personnes que nous soignons. Il y aurait donc nécessité de cette réflexion autour de ce que pourrait être une éthique

de la pratique des soins en oncologie radiothérapie, et notamment toute une pensée autour d'une éthique de la technique. De nombreux intérêts peuvent justifier cette proposition.

Le principal serait de voir reprendre en main la question de la technique dans le milieu du soin par une spécialité qui la vit intrinsèquement et depuis longtemps. La parole entendue au sujet de la technique en médecine ne serait plus uniquement celle émise par ceux qui la critiquent car ils pensent à tort en être encore « préservés ». Nous pourrions ainsi prendre la question à bras le corps, non pas en observateurs extérieurs mais en tant qu'acteurs de cette éthique de la technique. Forts de notre expertise, de notre expérience, nous sommes sans aucun doute les plus à même d'en voir les limites mais aussi tous les espaces possibles, que seule la pratique permet de déceler. Un autre apport serait de façonner au sein d'une communauté de praticiens spécialistes une réflexion qui aiderait les internes et médecins en formation à être sensibilisés à cette question réelle de la place que l'on attribue à la technique. Cette réflexion enfin, nous ouvrirait l'accès aux sciences humaines ou plutôt, elle nous ferait ouvrir plus grand encore les portes de nos services aux sciences humaines (philosophie, sociologie, anthropologie,...). Mais ne nous trompons pas à ce sujet, nos collègues ne viendraient pas nous dire comment penser, mais ils nous aideraient étroitement afin de nourrir, enrichir une réflexion qui doit rester impérativement et authentiquement la nôtre.

Cette nécessaire réflexion qui prendra du temps mais qui répondra à une problématique bien réelle au sein de notre spécialité pourrait être portée par la Société Française de Radiothérapie Oncologique, tout comme il existe par exemple des comités d'éthique actifs à la Société Française d'Anesthésie Réanimation ou à la Société Française d'Hématologie. Elle serait aussi l'occasion de transposer au reste de la pratique soignante, en oncologie et en dehors, les résultats de ces cheminements de la pensée. L'oncologie radiothérapie est une condition de soin où l'on peut aborder sans détour la question de la technique, mais cette problématique dépasse largement le

cadre de nos services. Nous passerions de l'image du spécialiste technique donc limité dans son éthique de soignant, à la position de spécialistes de l'éthique de la technique dans le soin, dans ses limites et dans ses possibles.

Mais au-delà de la question de la technique, ces échanges pourraient être l'occasion de définir d'autres aspects très spécifiques à l'éthique dans notre spécialité : une éthique de l'anticipation (notamment en lien avec la question du risque d'effets secondaires et de séquelles), une éthique de la justice (en particulier la répartition de ressources rares), une éthique de la décision (par exemple de la décision médicale partagée avec nos collègues chirurgiens ou radiologues interventionnels), une éthique de l'action, une éthique de la recherche. Cette réflexion serait la mise en application concrète du principe de l'inquiétude éthique, le fait de ne jamais être tout à fait certain d'atteindre l'absence de trouble, de doute ; le souci d'une interrogation constante de ce qui semble acquis, de sorte à coller toujours plus près à la réalité de nos pratiques. Elle se fonde sur cette exigence de lucidité, dont il a été dit qu'elle est « l'amour de la vérité, quand elle n'est pas aimable » [7]. Mais cette interrogation collective en créant des repères dans la pensée d'une communauté de professionnels, ne doit pas être prise pour l'élaboration de principes rigides qui définiraient un comportement unique, et qui deviendrait une prescription à être un bon oncologue radiothérapeute selon une modalité unique. Il ne s'agit pas de construire une figure idéale de l'oncologue radiothérapeute mais de créer des repères, des guides pour la pensée, non pour enjoindre à être de telle ou telle manière, mais bien au contraire, pour tendre chacun, à notre niveau singulier vers un positionnement bon, juste, adéquat. Il s'agirait ainsi de donner, et notamment aux plus jeunes (mais pas uniquement), des repères pour guider leurs actions de soignants car c'est bien de cela dont il est question en éthique, de *praxis*, de sagesse pratique, de mise en application. La réflexion hors sol, celle qui ne permet pas de mieux penser l'action dans ses intentions, dans ses implications et dans la manière de la mettre en pratique perd tout son

sens en éthique médicale. L'éthique peut être conçue comme une circulation permanente entre le terrain, une prise de hauteur pour enfin replonger vers le terrain et l'éclairer.

Pas question par ce travail de générer une certaine forme d'injonction à être vertueux selon une modalité préétablie, mais plutôt fournir des repères pour tâcher de le devenir chacun, et de le devenir qui plus est, en tant que sujet. Il s'agit ici d'une autre définition de ce qu'est l'éthique : non sa caricature, comme discours bien-pensant, comme un milieu mou ou tiède, non plus comme somme de choses à devoir dire ou à devoir penser pour être conforme à ce qui pourrait être attendu. L'éthique est à l'échelle individuelle, une aventure humaine intense et une occasion de subjectivation. Les repères qu'apporterait une réflexion de notre communauté permettraient un degré certain de navigation par la personne. Et en naviguant au sein de ces repères, le soignant radiothérapeute s'affirmerait comme un sujet à part entière et pas seulement comme un bon élève contraint d'obéir.

Michel Foucault propose une analyse de l'histoire des principes de régulations morales et éthiques de la sexualité. Dans son propos liminaire, il fait une distinction intéressante entre morale et éthique. Il décrit notamment le code moral comme l'ensemble des règles, des repères prescrits plus ou moins explicitement par un ensemble de systèmes de diffusion (école, église, politique, famille, société) et qui crée un système de références. Mais à côté de ce code moral, il précise qu'il existe « plusieurs manières de se comporter moralement ». C'est-à-dire qu'en référence à un même code moral, à de mêmes règles et mêmes principes, les individus ne se limitent pas obéir ou désobéir : il existe ainsi différentes manières d'agir qui seront chacune considérées comme moralement acceptables. Cette pluralité des comportements moralement acceptables et qui sont pourtant très divers, constitue justement le domaine de l'éthique. Il prend ainsi l'exemple de la fidélité conjugale et démontre très bien qu'il existe plusieurs manières d'être fidèle (ne pas avoir

de relations extraconjugales, maintenir l'intensité des sentiments pour l'autre, chasser les pensées adultères,...). Autant de pratiques qui sont la manière propre à la personne d'exercer la fidélité, mais chacun de ces comportements correspond bien au fait d'être fidèle. Et ce travail que met en route la personne pour définir son acception d'une valeur, et la mettre en place concrètement est l'éthique selon Foucault [8].

Ainsi après définition de certains repères éthiques ou en tout cas après avoir fourni des éléments de réflexion, nous allons pouvoir définir chacun en tant que personne, une acception de ces principes, valeurs et repères. Et cette activité de définir soi-même, à son échelle individuelle tous ces paramètres, est un acte de subjectivation. Réflexion collective donc mais qui aura pour effet de faciliter encore un travail de subjectivation des soignants en oncologie radiothérapie. Plus question donc de coller à un idéal figé du bon oncologue radiothérapeute, mais bien de devenir le bon soignant que nous sommes chacun selon notre propre acception des principes et valeurs spécifiques à notre exercice. C'est là une opportunité incroyable dans notre métier que de pouvoir au travers de notre activité de soignant, trouver par la même occasion une occasion de s'affirmer en tant que sujet. S'affirmer comme soignant attentif à l'autre dans sa singularité, soucieux de mettre concrètement en application et à sa façon, les valeurs qui nous animent, nous permet au travers de notre action de soin de devenir un sujet éthique : il s'agit d'un évident cercle vertueux. Pour reprendre des mots socratiques, il est urgent de se recentrer sur ce qui est une problématique essentielle, à savoir nous-mêmes ; non dans une volonté égotiste et refermée, mais pour mieux cerner la réalité de notre condition et en rendre les pleins effets par la suite. Dans cette invitation à une pensée éthique de l'oncologie radiothérapie et de la technique, existe une invitation à se soucier de soi pour encore mieux se soucier des autres. Car c'est bien ce souci des autres qui nous anime fondamentalement, tous ces autres, ces alter ego, les personnes malades et qui sont aussi, et surtout, en demande de témoignages. Témoignage de la réalité de ce

qu'ils vivent dans leur singularité, leurs difficultés et leurs doutes. Témoignage qu'ils sont dignes, même en situation de maladie, même au sein de services de très haut niveau de technicité, d'être considérés autrement que comme de simples objets de soin, ou de recherche. Témoignage enfin, qu'au travers des traitements et des soins prodigués dans nos services, c'est bien une relation de sujet à sujet qui opère en oncologie radiothérapie. Et cette relation de sujet à sujet a ce puissant effet de réinscrire les individus impliqués, soignés comme soignants, dans une dimension partagée d'humanité.

Références

1. Hamburger J. La puissance et la fragilité. Paris : Seuil ; 1984.
2. Pourrez A. Qu'est-ce qu'un sens clinique sensible ? Dimension haptique du soin. Ethique et santé 2014 ;11 :26-31.
3. Pawliczek MP, Huchet A, Quintard B, Segrestan C, Pérel Y, Vérité C et al. Comment expliquer la radiothérapie aux enfants ? Société Française de pédiatrie 2007 (poster).
4. Brizé S, réal. Quelques heures de printemps [DVD]. Diaphana, 2012. 1 DVD, 1h48min.
5. Ellul J. Les nouveaux possédés. Paris : Fayard ; 1973.
6. Ellul J. Le système technicien. Paris : Cherche Midi ; 2012.
7. Comte-Sponville A. Le goût de vivre et cent autres propos. Paris : Le livre de poche ; 2012.
8. Foucault M. Histoire de la Sexualité Tome 3 : la souci de soi. Paris : Gallimard ; 1994.