

«Homme morcelé, homme réparé, l'avenir de la chirurgie :

Le corps, le chirurgien et la chirurgie»

Mots clefs : Chirurgien, corps, patient, technique, morcèlement, anesthésie, robot,

Le rapport du chirurgien au corps humain a évolué au cours du temps. Il reflète les découvertes sur l'anatomie et le fonctionnement de l'organisme vivant humain et ne néglige pas le statut du corps. En conséquence, l'exposé vise à expliciter l'évolution d'un paradigme de morcèlement des corps à celui de réparation à travers les rapports au corps du chirurgien et les actes qu'il pose.

Dans un premier temps, on peut s'interroger sur la personne même du chirurgien. Le geste technique qu'il exécute, sur une personne vivante, demande une grande confiance en soi. On parle "d'éclipse du temps chirurgical" pour évoquer ce temps opératoire durant lequel l'esprit est investi dans le geste. Se pose alors la question du rapport du chirurgien au patient. L'acte chirurgical étant "agressif", une volontaire "mise à distance" de l'opéré est obligatoire. Aussi certains parlent de "l'inhumanité" du chirurgien. Mais, avant d'émettre un jugement, il convient de bien comprendre la place prise par l'acte chirurgical au fil des siècles et le statut du chirurgien qui en découle.

Si les trépanations et les amputations sont attestées dès les temps préhistoriques, ce n'est que durant la période hippocratique (-V av J.C) que les dissections apparaissent, se limitant à l'animal. Le corps de l'homme doit être respecté et n'est donc soigné qu'en surface : réduction de fractures, drainage de pleurésie... A l'époque hellénistique (-II av J.C), sous l'impulsion des Dogmatiques, les premières dissections de cadavre humain sont réalisées. Elles s'arrêtent brutalement et ne reprennent véritablement qu'au XIII^e siècle avec notamment les autopsies médico-judiciaires. Au XVI^e, Vésale et Ambroise Paré cherchent, dans l'acte chirurgical effectué sur cadavres, l'amélioration de la connaissance scientifique, afin de pouvoir l'appliquer aux blessés et aux malades. On peut parler ici de corps morcelé, de paradigme anatomique. Parallèlement, l'acte étant douloureux, le chirurgien est, aux yeux du public, un bourreau. Mais l'horreur ayant le double aspect répulsion-attraction, les opérations sont, au XVII^e, publiques. Ceux qui se précipitent à ce "spectacle" évitent cependant de croiser le regard du chirurgien appelé alors barbier-perruquier. La période révolutionnaire et les guerres napoléoniennes font évoluer cette discipline médicale en la rendant incontournable mais en la limitant au morcèlement du corps. Présents sur les champs de bataille, les chirurgiens amputent à un rythme vertigineux. La brutalité du geste occulte la sensibilité du chirurgien qui est niée, alors que l'immoralité dont il est souvent accusé résulte principalement de l'incompétence de certains, hâtivement formés. C'est en 1850 que l'image du chirurgien commence à se modifier avec l'apparition de l'anesthésie. L'allongement de la durée des opérations permet un travail plus affiné, et les temps de dialogue chirurgical-patient en périodes pré et postopératoire deviennent plus sereins. Par ailleurs, avec l'apparition de l'antisepsie, la mortalité postopératoire diminue. Ainsi anesthésie, asepsie puis antisepsie redonnent au médecin un peu d'humanité.

Pourtant les gestes chirurgicaux transgressent de plus en plus l'intimité corporelle en gagnant progressivement les organes profonds. Ils signent ainsi le passage du corps morcelé au corps réparé. L'endoscopie et la radiologie permettent de rendre les organes internes transparents : les dissections deviennent inutiles. En 1925, Souttar effectue la première intervention sur le cœur et en 1928 Faure écrit : "la chirurgie a été portée à un tel degré de perfection qu'elle ne le dépassera plus." Le chirurgien a gagné, aux yeux du public, un prestige de conquistador. Sa figure de chirurgien "réparateur" lui donne un nouveau pouvoir.

La fin du XXe siècle marque un nouveau tournant. L'évolution des instruments permet de réduire le traumatisme opératoire et donne une meilleure vision de l'intérieur du corps humain. Les opérations deviennent a-traumatiques avec le perfectionnement de la chirurgie mini-invasive qui épargne la peau et les muscles, réduisant les incisions à de modestes trous ou intervenant par les orifices naturels. Parallèlement les anesthésies deviennent locales, réduisant ainsi la perte de conscience et les effets collatéraux qui peuvent en résulter. Progressivement les outils d'intervention introduisent lumière et vision au sein même de l'organisme. Ainsi le corps du chirurgien se retire progressivement du théâtre des opérations : ses mains passent des viscères au joystick dirigeant le robot, et ses yeux, de l'entaille béante à l'écran d'ordinateur. Le corps du patient respecté puisque peu agressé devient un corps transparent. La relation chirurgien-malade, si elle est peu présente sur le champ opératoire se retrouve en pré et postopératoire. Pourtant certains pratiquent des opérations "à distance". Il y a alors perte de toute relation et le chirurgien se réduit à être l'acteur de l'acte chirurgical alors que le patient devient un corps à opérer, ou même un organe à réparer.

Quel avenir donc pour le chirurgien alors que le robot-chirurgien est de plus en plus présent dans le théâtre des opérations ? Actuellement dirigé par le chirurgien qui, dans son acte chirurgical est manipulateur d'un robot, ne pourrait-il pas être dirigé par un ingénieur ou même programmé en amont, simplement surveillé lors de la réalisation de l'opération ? Il serait mal venu de refuser de voir un progrès dans la précision et la transparence opératoire qu'apportent le robot mais deux sujets d'inquiétude apparaissent. Le chirurgien, éloigné de son patient, perd tout contact physique avec lui. N'y aurait-il pas le risque qu'il perde les sens du toucher et de la vision qu'une pratique opératoire continue rend particulièrement exacerbés ? Cette perte de compétence représenterait un obstacle en cas de besoin de revenir à un acte "à l'ancienne". D'autant plus que le coût des opérations robotisées est élevé et par conséquent prohibitif dans certaines parties du monde. Le second risque est de prétendre pouvoir poser un diagnostic infaillible avec les seuls résultats des examens complémentaires et d'estimer avoir réalisé une opération "parfaite" suite à un entraînement scrupuleux au maniement de la machine avant l'opération. Ce narcissisme du chirurgien se trouve renforcé par la transparence des opérations. Le temps de l'intimité est révolu ; les opérations sont télévisuelles et enregistrables. L'acte chirurgical a-t-il encore un aspect humain dans de telles conditions ?

Car il est important de considérer les évolutions que la technique induit dans les rapports chirurgien-patient et patient-corps. Si le chirurgien choisit de rester libre, non asservi à la machine, il montre qu'il considère le patient comme un corps vivant, corps et esprit. Il accepte du même coup de ne pas poser un diagnostic uniquement déterminé par les examens complémentaires mais de le poser après une rencontre "d'homme à homme" sachant qu'au final il peut choisir de ne pas opérer. Tout l'art du chirurgien du XXIe siècle se trouve donc dans l'indication. L'opération chirurgicale est-elle la réponse à apporter au patient ? Cette question répond à Heidegger qui écrivait : "Il n'y a rien de démoniaque dans la technique, mais il y a l'énigme de sa portée."

¹ Se pose alors la question du vocabulaire. Le robot « fonctionne ». Il ne peut « poser un geste chirurgical ».

² Cette transparence présente le risque de retomber dans l'exhibitionnisme, le voyeurisme du XVIIIe siècle, comme le prouve l'exposition controversée "Our body, à corps ouvert" de 2009 à Paris. La chirurgie transgresse mais a-t-on le droit de montrer la transgression à tous ?