

LA VERITE MALGRE TOUT

Pascal Engel
Université de Paris-Sorbonne

In Mots pour Maux, ed. N. Martin, 2003

La vérité compte-t-elle ?

Faut-il dire la vérité à un malade atteint du cancer, et en particulier quand cette vérité n'est pas bonne à dire et comporte un coût plus ou moins prévisible, ce qui est le cas la plupart du temps? Question fort classique, à laquelle on est tenté de répondre bien banalement : “ Cela dépend ” en laissant au médecin la liberté d'exercer son jugement et de l'adapter aux circonstances. Après tout la médecine n'est pas, dans un grand nombre de ses secteurs, une science exacte, et dans un domaine comme celui de la médecine du cancer, les vérités ne sont souvent que probables : chaque cancer, à la fois dans son type particulier et dans l'histoire de tel ou tel patient, à ses caractéristiques propres, qui ne se prêtent mal à des énoncés généraux et à des prédictions certaines. La maxime d'Aristote, selon laquelle la médecine est connaissance non pas du général, mais de l'individuel – ce n'est pas l'homme que l'on soigne, mais Callias ou Socrate – semble s'y appliquer encore mieux qu'ailleurs. Pourquoi alors chercherait-on à dire une vérité à laquelle souvent on ne peut pas prétendre? L'improbable peut se produire, et un cancer diagnostiqué comme bénin par un grand spécialiste peut tuer. Inversement, il y a des cancers qui guérissent contre toute vraisemblance. Mais si le médecin avoue son ignorance, son impuissance, ou l'imprécision de son pronostic, ne risque-t-il pas de fausser la relation d'autorité qu'il a avec son patient? On parle de “ dialogue ” médecin/ malade, mais ce n'est pas le même genre de dialogue que celui qui peut s'instaurer entre deux spécialistes dans un congrès, et une thérapie n'est pas une

relation comparable à celle entre deux équipiers dans une régates. Et pourtant on réclame de plus en plus une transparence dans les relations des soignants aux soignés, et l'accès des malades à leur dossier médical vise à limiter certains des effets de ces relations d'autorité, afin qu'une sorte de collaboration et tout au moins une confiance s'instaure entre médecin et patient. En retour on peut imaginer tous les effets pervers que cette possibilité peut introduire, comme on le constate déjà avec les patients qui disposent de tout un ensemble d'informations sur leur maladie accessibles sur *internet*, et peuvent prétendre ainsi arriver devant leur médecin avec leur propre diagnostic.

Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, on a affaire à un conflit de valeurs : d'un côté la vérité, et le savoir, sont des valeurs régulatrices de tout dialogue et la vérité est ce que vise toute enquête scientifique, comme l'est la médecine, et de l'autre le but du médecin n'est pas seulement de connaître la vérité ou de la transmettre quand il en dispose, mais surtout de soigner, de parvenir à un certain résultat. La vérité a des bénéfices, mais elle a aussi des coûts, aussi bien au plan individuel qu'au plan collectif. S'il se révélait que la vérité fait obstacle à l'utilité (la guérison) ne vaudrait-il pas mieux renoncer à toujours la dire, ou la mettre sous tutelle d'autres valeurs plus pertinentes ? Est-elle même ce qui est en question dans le dialogue médecin/malade ? N'est-elle pas une instance trop abstraite, trop générale, ou trop théorique, et n'est-il pas plus important d'obtenir la confiance, l'attention, la justesse dans l'écoute, toutes choses qui demandent une certaine attitude ou posture du médecin, et par conséquent du temps, que de se conformer à un rapport exact et sec se limitant à dire ce qu'il y a dans un dossier ? Compte tenu des contraintes qui pèsent sur la durée des consultations, il semble en fait plus difficile d'obtenir le premier objectif que le second. On entend donc souvent dire que la vérité n'est pas ce qui compte. Je voudrais au contraire essayer de suggérer ici qu'elle compte.

Je ne suis pas sûr qu'un philosophe, ici comme ailleurs, ait grand chose à dire sur ces questions d'éthique médicale, et en tous cas qu'il puisse dire quoi que ce soit que les autres ignorent. En revanche, peut-être peut-il dire quelque chose sur les représentations qu'on se fait de certaines notions, quand on entend les promouvoir ou les rejeter. Concernant la notion de vérité et sa place au sein de nos valeurs, on peut dire qu'elle est l'objet de deux sortes de représentations qui tendent à la dévaluer : celle de la science comme processus essentiellement social, et l'aspiration à l'absence de risque et de douleur, ce que j'appellerais volontiers deux des sources de la vériphobie contemporaine.

Deux sources de la vériphobie contemporaine

Depuis une trentaine d'années, l'image classique de la science comme recherche désintéressée du vrai a été largement battue en brèche au bénéfice d'une conception, souvent appelée "post-moderne", de la science comme construction sociale de la réalité¹. Selon cette conception, l'entreprise scientifique est d'abord une entreprise sociale, soumise aux mêmes forces que celles qui agissent sur le monde social, c'est-à-dire des forces visant non pas à la vérité, mais au pouvoir et à la domination de groupes les uns sur les autres. Derrière l'autorité de la vérité, il n'y a que l'autorité tout court. Il s'ensuit que les théories scientifiques elles-mêmes ne visent pas une vérité objective, mais sont des constructions largement sociales, issues de conventions et d'influences qu'il est impossible d'isoler de la "vie de laboratoire"², qui n'est elle-même aussi qu'une institution sociale. La vérité, la réalité, ou la connaissance elles-mêmes sont les produits des langages et des institutions. Elles n'ont rien de transcendant par rapport aux perspectives propres à nos enquêtes. Dire qu'un énoncé ou une théorie sont vrais, c'est seulement affirmer, toujours du point de vue propre à un individu ou à une communauté- fut-ce celle

¹¹ pour reprendre le titre du livre de Ian Hacking, *The Social Construction of What ?*

des savants, qui est une communauté traversée comme les autres par les enjeux de pouvoir- cet énoncé ou cette théorie. Faire appel à la vérité, ce n'est pas autre chose que recourir à un instrument de domination sous couvert d'une soi-disant autorité objective. Selon cette conception, la définition de la vérité n'est pas celle d'une correspondance entre nos énoncés et les faits, mais simplement l'assertion, au nom d'un individu ou d'un groupe, qu'un énoncé est vrai. En d'autres termes, le sens du mot "vrai" n'est pas "adéquat à la réalité", mais tient seulement dans cette équivalence banale : celle de "il est vrai que P" et de l'*affirmation* que P. Par exemple que veut dire qu'"il est vrai que 70% des cancers guéris le sont par la chirurgie" ? Simplement ceci (le même énoncé, mais sans le mot "vrai", qui n'a qu'un sens superfétatoire): "70% des cancers guéris le sont par la chirurgie" (parce que quelqu'un, une autorité ou des autorités médicales le disent, ou s'en portent garant). L'énoncé en question n'est pas vrai au sens où il correspondrait à une réalité, mais au sens où il est l'objet d'une assertion. Comme le dit le philosophe américain Rorty³, qui défend cette théorie, "vrai" signifie seulement *approbation* par un groupe. Il n'est pas difficile de voir que cette théorie conduit directement au relativisme, qu'elle est fautive (ce n'est certainement pas le fait qu'un groupe, aussi autorisé soit-il, approuve un énoncé qu'il est vrai), et qu'elle s'auto-réfute (si la vérité est relative à une perspective, et si toutes les perspectives sont "vraies", il doit bien y avoir une perspective vraie, celle selon laquelle la vérité n'est *pas* relative à une perspective, contrairement à l'hypothèse). Mais curieusement, elle rencontre un grand assentiment, sans doute parce qu'on confond le fait qu'on ne dispose pas d'une vérité complète ou totale dans les sciences, et le fait que nos meilleures théories peuvent en principe se voir battues en brèche avec le fait qu'on ne dispose pas de vérité du tout.

Cette représentation relativiste (toute vérité est relative à un point de vue ou une perspective) et constructiviste de la science (la science n'est qu'une construction

² pour reprendre le titre du livre célèbre de Latour et Woolgar, *La vie de laboratoire*.

sociale parmi d'autres) est celle que proposent des historiens et des sociologues des sciences influencés par des auteurs comme Foucault, Latour, Rorty ou les tenants du féminisme ou des *science studies* aux Etats Unis. Mais qu'a-t-elle à voir, dira-t-on, avec la question qui nous occupe ? Le patient ordinaire, voire même le médecin, n'a pas lu toute cette littérature, et seule une infime minorité peut être influencée par ce relativisme. Je n'en suis pas si sûr. Il n'est pas nécessaire d'avoir lu tous ces auteurs pour constater les faits sur lesquels ils s'appuient. La représentation sociale de la science peut être justifiée par l'expérience de tout un chacun quand il pénètre dans un hôpital, qu'il a affaire à la multiplicité des services, ou quand il comprend la structure sociale et politique des grandes institutions de recherche et de santé publique. Les colloques médicaux ne sont-ils pas financés dans une large mesure par des laboratoires pharmaceutiques, dont les objectifs sont aussi ceux de la rentabilité, et dont les influences au sein du corps médical et de la recherche ne sont pas minces ? Ce que l'on appelle couramment la " crise de l'autorité " a en partie ses sources dans ces courants relativistes et constructivistes et en tous cas dans les phénomènes sur lesquels ils attirent l'attention. Même s'il n'a pas accès aux justifications théoriques de ces idées, le malade, dans le système médical actuel, est confronté à certains des effets de ces débats, et on peut considérer que le souci du législateur de lui donner accès à son dossier médical et la tendance générale à la juridicisation de rapports qui relevaient du privé ou du secret médical est elle-même une sorte d'effet indirect de la reconnaissance de ces relations d'autorité, dont on essaie ainsi de limiter les effets.

La seconde raison qui peut conduire à écarter la vérité comme norme ou valeur est directement corrélative de la précédente. Si le but de la science n'est pas la recherche de la vérité – ou seulement celle d'une vérité toujours relative – quel est son but ? On n'est pas obligé d'adopter une position cynique sur cette question, en soutenant que c'est la recherche du pouvoir, mais on peut soutenir que c'est la

³ R. Rorty, *L'homme Spéculaire*, Paris Seuil

recherche de certains biens, ou en tous cas que la recherche scientifique doit avant s'évaluer par ses effets sociaux. Dans le cas de la médecine, ces effets seraient l'augmentation du bien être et de la santé des populations. Ici on n'a pas affaire à la représentation sociale du vrai, mais à celle du bien ou du bonheur. C'est une banalité que de dire que dans nos sociétés sécularisées la recherche de la santé et d'une vie la plus longue possible et la plus exempte possible de souffrances sont directement corrélatives des espoirs mis en la recherche scientifique et médicale. Chez les anciens, le bonheur était associé à la capacité à surmonter le risque et le hasard inhérents à la vie humaine. Chez les contemporains, il semble être associé à l'absence de risque et de souffrance. C'est pourquoi le cancer, en particulier, est un tel scandale : à l'heure du séquençage du génome humain, comment tolérer qu'il soit encore la cause majeure de mortalité, et surtout que les progrès dans son traitement soient si lents ? On peut donc être tenté de prêter attention à des traitements qui visent directement à éviter la souffrance, comme dans le cas de la décision du *National Institute of Health* aux Etats Unis en 1991 de financer un Bureau des médecines alternatives et d'attribuer un million de dollars à un professeur d'école d'infirmières titulaire d'un doctorat en éducation qui pensait pouvoir alléger les douleurs chroniques en recourant à des aimants et à des pendules. On peut présumer que l'allocation de crédits à des entreprises de ce genre n'est pas fondée sur la vérité ou même la haute probabilité des théories en question. Ce sont là évidemment des cas extrêmes, et il ne s'agit pas de dire, par exemple, que les unités de soins palliatifs des hôpitaux ne servent à rien. Mais avec le cancer ressurgit, au sein même d'une médecine qui semblait en avoir dissipé le fantôme, la veille figure du destin, contre lequel on ne peut rien. La sagesse antique prescrivait de ne pas aller contre la nature et d'accepter jusqu'à ses maux. La "sagesse" moderne semble plutôt nietzschéenne : "L'inutilité et le danger de la "volonté de vérité" de la "vérité à tout prix" sont constamment démontrés"... "Volonté de vérité" - elle pourrait être une volonté de mort". (Nietzsche, *Le Gai savoir*, § 344).

Le dialogue médecin / malade : expertise et témoignage

Ces sources de la vériphobie contemporaine peuvent paraître bien abstraites et “ idéologiques ” au regard de la question qui nous occupe ici. Elles ont cependant leur pertinence quand il s’agit de discuter des choix collectifs en recherche médicale, et plus généralement dans une réflexion sur les relations entre science et éthique. Mais la méfiance envers la vérité et ses effets est aussi présente dans la relation médecin/malade elle-même, dans tous les cas où la non accession à la vérité ou sa divulgation sont considérées comme dommageables au traitement. Il y a en fait deux raisons principales pour lesquelles on pourrait envisager des exceptions à la règle de véricité dans un tel dialogue. Un certain paternalisme médical tend à considérer que la communication de toutes les données au malade, et en particulier un diagnostic mortel, produiront, par une sorte de prophétie autoréalisatrice, l’échec du traitement et la mort. Inversement, le malade lui-même peut souvent préférer ne pas savoir ce qu’il en est vraiment, et penser qu’en savoir plus accroîtrait une douleur déjà bien assez grande. Cacher ou se cacher la vérité peuvent ainsi arranger tout le monde. Dans les deux cas on suppose qu’il y a des découvertes insupportables, voire fatales. Dans de telles conditions, il y a peu de chances pour qu’un dialogue et une confiance puissent s’instaurer. A cela on pourrait répondre : est-ce un mal ? A-t-on de toutes façons le temps et les ressources, en milieu hospitalier, pour engager un réel dialogue ? La plupart du temps les rencontres entre le médecin et son patient sont très brèves. Ne vaut-il pas mieux que, durant ces brefs moments, le patient ait eu le sentiment de “ communiquer ” avec son médecin, même si ce dernier n’a rien communiqué du tout ? Un “ dialogue ” dans lequel médecin admettrait d’entrée de jeu qu’il n’a pas à dire la vérité à son malade parce qu’il s’agit avant tout de le mettre “ en confiance ” et où le malade admettrait

lui-même qu'il est meilleur pour lui de se voiler la face devant sa maladie ne serait pas seulement un pseudo-dialogue. On peut prédire qu'il échouerait nécessairement. Il supposerait que le médecin considère son malade comme incapable de le comprendre, et inversement que le malade se traite lui-même comme incapable d'affronter la vérité. Il supposerait aussi que le médecin considère que ce qu'il a communiqué *est* une vérité. Or rien n'est moins sûr dans de nombreux cas.

Il faut cependant concéder à ceux qui trouvent cette règle de véracité un peu idéaliste qu'il est bien difficile de parler, en particulier dans le cas d'une maladie aussi chargée de sens que le cancer d'un "dialogue" au sens usuel du terme. C'est pourquoi je préférerais parler d'une relation entre *expert* et *témoin*, qui me paraît mieux à même d'éclairer ce qui est en cause. Qu'est-ce, en général qu'un expert ? C'est quelqu'un qui, dans un domaine donné, dispose d'une autorité fondée sur son savoir qu'il peut communiquer, objectivement, à la troisième personne. Qu'est-ce qu'un témoin ? C'est quelqu'un qui rapporte intentionnellement à autrui une information sur un événement qu'il a observé ou vécu en première personne. La différence entre l'expert et le témoin est justement celle de la troisième personne et de la première personne. Ce qu'a vu ou éprouvé le témoin porte pour lui la marque de la vérité, mais la fiabilité de son témoignage n'est fondée que sur son autorité subjective : un autre témoin peut avoir vu ou éprouvé autre chose. L'expertise aussi vise à la vérité, mais l'expert n'est pas un témoin, car la vérité qu'il avance se veut objective. La difficulté du "dialogue" entre un médecin et son patient tient cette à dissymétrie de position et de visée. Le malade certes vise, en témoignant de sa maladie, de ses douleurs et de ses maux, à exprimer une vérité objective, et il peut même dans certains cas vouloir se transformer en expert de sa propre pathologie. Mais il risque de n'en être que le témoin plus ou moins fiable. Inversement, le médecin n'a pas à se placer en témoin de quoi que ce soit, mais il lui incombe de comprendre, ou d'essayer de comprendre, un certain type de témoignage.

Cette dissymétrie entre le point de vue “ objectif ” du médecin et le point de vue “ subjectif ” du patient n’est cependant pas une vraie dissymétrie. Car si le médecin doit recueillir le témoignage de son patient, ce dernier doit aussi interpréter les propos de l’expert, et il doit *aussi* se demander s’il est fiable. Je ne veux pas dire par là qu’il doit mettre systématiquement en doute ce que lui dit son médecin. Mais face à un ensemble d’énoncés émis par celui-ci, il ne peut s’empêcher d’en éprouver la cohérence et de chercher à comprendre ce qui lui est dit. Certes cette compréhension est souvent une incompréhension : il est facile de s’approprier des termes comme “ polype ” ou “ fibrome ” pour y voir l’annonce de dangers là où il n’y en a pas. Il y a aussi des termes dont tout le monde croit comprendre le sens et les implications, mais dont seuls les experts maîtrisent les attendus, comme “ tumeur ”. Il s’opère là ce que certains philosophes ont appelé une “ division du travail linguistique ” : nous ne connaissons pas l’extension de certains termes, mais nous les employons quand même, en supposant que les experts la connaissent, et en nous fiant *a priori* à eux. ⁴ S’arrêter là, et ne pas chercher à comprendre le sens de tels termes revient à renoncer à comprendre, et à se soumettre à l’autorité du médecin, c’est à dire à cesser de prendre vis à vis de lui l’attitude de quelqu’un qui attend une expertise pour devenir seulement un témoin. Qu’il s’agisse du patient ou du médecin, chacun n’a qu’une connaissance indirecte de ce que l’autre a à dire : l’un parce que l’expertise lui fait défaut, l’autre parce qu’il n’a pas accès directement à l’expérience du patient. Mais dans les deux cas, il s’agit de vérifier si une information est fiable. Cette vérification peut-elle s’effectuer ? Non, puisqu’il faudrait dans chacun des cas se mettre à la place du témoin ou de l’expert. Mais cette idée d’un “ se mettre à la place de ”, d’une sorte d’échange de position, comme si le malade pouvait accéder à l’essence du savoir du médecin, et le médecin à l’essence de l’expérience du patient, est une illusion. La vérité dont il est question ici n’est jamais que partielle, incertaine, et interprétée. S’ensuit-il qu’on doive renoncer

⁴ cf. H. Putnam, *Représentation et réalité*, Gallimard 1993

à la rechercher et à la dire ? Non, car elle est une condition même de la relation entre l'expert et le témoin. En d'autres termes encore : le dialogue entre le médecin et le malade est impossible – et se réduit à une relation d'autorité – si le médecin se confine dans sa position d'expert et si le malade se confine à sa position de témoin. Mais précisément le médecin ne peut pas être seulement un expert, et le malade ne peut pas être seulement un témoin.

Si ceci est correct, de même que les vériphobes commettent un sophisme quand ils infèrent du fait que la vérité en sciences est incertaine et faillible qu'on doit renoncer à faire de la vérité un objectif ou une valeur cognitive, et la remplacer par d'autres valeurs, il y a quelque chose de contradictoire à envisager la relation entre le médecin spécialiste cancérologue et un malade autrement que comme la recherche d'une vérité. Ce n'est pas que le patient aurait quelque droit à la vérité, et le médecin quelque devoir de vérité – ou plutôt de véracité – au sens où l'on discute depuis Kant et Constant d'un droit de mentir par humanité. C'est plutôt que la vérité est une condition de possibilité de la relation même du médecin avec son patient. Le fait que cette vérité soit la plupart du temps risquée, lacunaire, et révisable, n'implique en rien qu'on doive renoncer à la poursuivre.