

LEÇONS ETHIQUES DU SOIN PEDIATRIQUE

Congrès de diabétologie pédiatrique SFEDP , Paris 28 juin 2018

Ma communication était présentée dans une version antérieure du programme comme un « entracte philosophique ». Ma réticence devant les connotations ludiques du vocable d'entracte la fit ensuite qualifier de contrepoint philosophique et je suis bien consciente du paradoxe ou de l'incongruité de faire parler une philosophe, qui ne soigne personne d'autre qu'elle même, devant un tel parterre de savants. Mais, tout comme le Huron chez Montaigne ou Voltaire, permettait de poser des questions ou de remarquer des évidences que personne ne voyait plus, j'ose espérer que mon propos, en contrepoint des recherches savantes indispensables, permettra de recentrer l'écoute non point tant sur la maladie et ses remèdes que sur l'*enfant* diabétique.

J'ai voulu intituler cet exposé : « Les leçons éthiques du soin pédiatrique ». Ce qui peut induire bien des malentendus. Quand on parle de *leçons*, leçons de choses ou leçons de morale, on se situe du côté du maître qui enseigne comment se bien conduire. Mais c'est poser le problème à l'envers. Ce que soigne le médecin, *ce n'est pas d'abord une maladie mais un malade*, singulier non seulement par la particularité de sa maladie, en l'occurrence ici son diabète, mais par ce qu'on appelait à l'âge classique son *ingenium*, son caractère, son tempérament, son idiosyncrasie, son génie en quelque sorte. Pourquoi mettre à part le soin pédiatrique ? Non pas parce qu'il y aurait des règles éthiques particulières dès qu'il s'agit d'enfants — on peut penser aux problèmes spécifiques que pose la réanimation néonatale — mais d'une part parce que la spécificité du patient infantile permet, si on y réfléchit un peu, de mieux saisir les enjeux présents dans la relation de soin en général, d'autre part parce que l'expérience m'a montré combien les enfants étaient susceptibles de nous faire réfléchir au sens et à la valeur non seulement de la vie que nous leur proposons, mais de notre propre vie, bref de nous donner des leçons éthiques, des leçons de vie bonne.

La visée éthique

Sans s'étendre sur la distinction floue entre éthique et morale, on entendra ici avec Paul Ricœur par **visée éthique** « la visée d'une vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes ». L'éthique est une discipline réflexive qui recherche les principes qui doivent guider l'action quand la réponse à la question « que dois-je faire ? » n'obtient pas de réponse spontanée et immédiate. Ces réponses immédiates nous sont données par la morale concrète, la morale de notre groupe, de notre société, de notre culture, cet ensemble d'obligations et d'interdits, de normes et de règles, qui structure notre vie.

Une vie bonne, au sens d'Aristote ou de Ricœur, ce n'est pas seulement une vie biologique saine mais une vie proprement humaine qui permette :

- d'aimer, donc d'avoir des relations langagières et affectives, de communiquer ;
- de travailler, d'inventer, donc d'exercer sa créativité ;
- de décider de soi et de ses choix de vie, donc qui manifeste une liberté.

Pourquoi y aurait-il un problème éthique particulier dans le cas de l'enfant ? Parce que l'enfant était autrefois considéré comme imparfaitement humanisé et donc pas en mesure de décider lui-même de sa vie. Pourtant même l'*infans*, au système nerveux immature, n'est pas débile ni impuissant et l'on sait aujourd'hui qu'il n'est pas moins sensible à la douleur que l'adulte. L'éthique paternaliste qui prévalait jadis dans la conception de l'autorité parentale se retrouvait dans l'éthique du soin : je sais ce qui est bon pour vous et je vais donc vous prescrire une ordonnance, vous ordonner une ligne de conduite (à vous ou à vos parents chargés de vous la faire suivre). La question de la pédiatrie nous conduit donc à nous interroger sur le soin, sur la responsabilité du patient infantile, sur son droit à choisir sa vie dans ce qui relève encore du choix et sur ce que cela nous apprend sur la force des fragiles.

1/ LA SPECIFICITE DU SOIN INFANTILE

Le soin recouvre des réalités très différentes qui vont du *service*, prendre soin de quelqu'un, au *traitement* : soigner un malade, se spécialiser dans le traitement de telle maladie. Cette question centrale n'est pas seulement une question professionnelle (comment bien soigner ?) mais aussi une question éthique (comment ne pas oublier la personne derrière le cas ?), une question politique (comment garantir la justice dans la répartition des soins ?) et même une question ontologique : que nous apprend le soin de notre être même ? Elle nous apprend *qu'avant d'être — et pour être — un individu singulier, nous sommes le nœud d'un ensemble de relations qui nous constituent comme sujet*. Le soin ne signale pas tant la *dépendance* du soigné vis à vis du soignant et de ce fait le *pouvoir* du soignant sur le soigné mais plutôt l'*interdépendance* entre nous qui, tout à tour, et selon différents points de vue, sommes successivement et simultanément, soignant et soigné.

Je n'insisterai pas sur la distinction bien connue des deux formes du soin, *to cure* et *to care*, prendre soin de, avoir souci de. Le soin renvoie ainsi indissolublement à un *sentiment*, un affect, de sollicitude, de souci d'autrui, et à une *technique* instruite, soit par l'expérience et la tradition (savoir changer un bébé) soit plus encore par la science (le soin infirmier et médical). Aux quatre phases du soin correspondent quatre valeurs éthiques :

1. Au souci de (*to care about*) : l'attention à autrui, la présence.
2. A la prise en charge (*to take care of*) : la responsabilité.

3. Au soin proprement dit (*to give care*) : l'exigence de compétence.
4. A la réaction au soin reçu : la capacité de réponse, l'écoute.

Il ne faut pas opposer *care* et *cure*, le soin et la sollicitude, en surdéterminant le 'prendre soin' par les oppositions du singulier et du général, du subjectif et de l'objectif, du féminin et du masculin. Le *care*, le soin, complète, accompagne le *cure* mais ne s'y substitue pas. Il n'y a pas de véritable soin s'il ne s'objective pas dans des pratiques utiles et compétentes qui répondent à un besoin.

Le soin et la relation : dimension ontologique

Pour bien comprendre la richesse humaine du soin, il faut envisager d'abord ce qu'il nous apprend sur notre humanité. Nous savons que, parmi les primates, l'homme se caractérise par la néoténie : le petit d'homme naît prématuré et il a besoin des soins constants de sa mère pour survivre. Nous commençons tous notre vie comme récipiendaires de soin et l'éducation consiste à nous apprendre à être de plus en plus autonomes. Mais, du coup, nous oublions que, tous, à un moment ou à un autre, nous avons grand besoin d'autrui. On a même pu dire que ce qui caractérise entre autres, les privilégiés, c'est qu'ils disposent d'un certain nombre de gens qui satisfont leurs besoins vitaux (cuisinier, femme de ménage, nourrice, chauffeur, secrétaire, etc.) et qu'ils se voient comme des personnes qui ont de grosses responsabilités, ont en charge un grand nombre de gens, sans se rendre compte que, si tous ceux qui s'occupent d'eux dans l'ombre cessaient de travailler pour eux, ils ne sauraient survivre¹.

Le premier trait caractéristique du soin, c'est donc la *relation* : *le soin est constitutif d'ego, du Je*. Je n'accède à la subjectivité, à la capacité de dire 'Je' et de faire quelque chose par moi-même, que parce qu'on a pris soin de moi d'abord et qu'on m'a parlé, qu'on s'est adressé à moi en me disant 'tu' et non pas qu'on a parlé de moi comme d'une chose (le bébé). Cette *relation de soin est asymétrique* : elle est à la fois *pouvoir et dépendance*. J'ai besoin de qui me soigne et il a donc un pouvoir sur moi puisque je dépends de lui. Toute dépendance est pourtant aussi interdépendance. On voit clairement le lien entre soin et interdépendance dans le cas du modèle parental du soin : c'est le soin qui institue le bébé en sujet mais qui en même temps institue le parent en parent, y compris la mère. D'où l'importance pour le père, chez qui le lien biologique est moins immédiat, d'avoir à prendre soin de son enfant petit.

¹ . Ce que Hegel a montré dans la dialectique du maître et du serviteur et Mandeville dans *La fable des abeilles*.

La 'relation à' et la 'relation entre'.

La relation, constituant premier du soin, se décline en deux formes : la *relation à* qui est objective (par ex. regarder quelqu'un) et la *relation entre*, à la fois subjective et subjectivante, c'est-à-dire constitutive d'une certaine forme de subjectivité, comme dans le cas de la relation parentale ou amoureuse.

La relation thérapeutique oscille entre la *relation à*, surtout quand manque la parole (le manipulateur radio) et la *relation entre* qui peut caractériser la relation soignant / soigné dans le cas d'une maladie chronique ; on en a un très bel exemple dans la relation qui s'est tissée entre Françoise Héritier, anthropologue, qui souffrait d'une PCA, maladie dégénérative très invalidante, avec le Pr Jean Charles Piette pour qui elle écrit son magnifique petit livre *Le sel de la vie*. La juste mesure est entre les deux, c'est-à-dire soigner une personne avec laquelle nous avons une relation humaine spécifique et que nous voyons plus d'une fois.

L'éthique du soin ne peut pas être une éthique universaliste abstraite ; c'est nécessairement une éthique conséquentialiste, c'est-à-dire qui prend en compte les effets induits par telle décision et ne s'en tient pas simplement aux principes, une éthique concrète, une éthique de la prudence. C'est une *éthique en contexte* et non pas une éthique des principes. Dans le soin, on doit toujours tenir ensemble les deux appuis : des principes et des normes universels ou au moins généraux (ceux qui orientent les protocoles) et une adaptation au cas singulier, qui lui même inclut deux pôles de la singularité : celle du soigné et celle du soignant. Une obéissance servile et sans réflexion aux protocoles est source de stagnation. L'irrespect des protocoles est source d'imprudence.

Privilégier dans le soin, le souci comme sollicitude.

Il faut articuler les trois concepts : le soin pris comme action de soigner (*cure*), le soin comme souci de l'autre, sollicitude, attention au sujet (*care*) mais éliminer le soin soucieux. Il ne sert à rien de se faire du souci, il faut seulement se soucier de. La sollicitude est une attention au présent et à autrui, alors que le souci est une crainte de l'avenir et de ne pas pouvoir faire face. Dans le souci de l'autre, il faut garder le souci de soi, savoir garder une juste distance qui préserve aussi mon intimité, ma liberté et finalement ma disponibilité. Au souci, il faut donc préférer la *sollicitude* entendue comme *attention prévenante* et non comme sympathie compassionnelle. La sollicitude est la vertu thérapeutique par excellence. On pense parfois que la sollicitude, la capacité d'avoir souci de l'autre et d'en prendre soin, présuppose la compassion, ou sympathie, le « souffrir avec » l'autre. Il faut se méfier de ce type d'émotion, même s'il y a quelque préparation à l'action éthique dans la sympathie, à savoir la manifestation d'un intérêt pour autrui qui n'est pas assimilable

à une chose. Le refus de la pitié n'est pas insensibilité à la souffrance de l'autre mais le refus d'ajouter tristesse à tristesse : « Nous ne sommes pas tenus à prendre pour nous les chagrins des autres mais, si nous le pouvons, à soulager les autres de leur chagrin »² disait déjà Cicéron. La sollicitude n'est pas toujours unilatérale ; elle comporte une part discrète d'échange et de réciprocité³. On voit ainsi des enfants en fin de vie se soucier davantage de leurs parents que de leur propre sort. Comme on s'instruit aussi de ceux auxquels on enseigne, on apprend parfois à vivre auprès de ceux dont on aide à restaurer la vie.

Pour conclure sur la grandeur et la difficulté du soin, je rappellerai trois points principaux :

1/ Le soin manifeste notre fragilité et notre interdépendance. Devoir être soigné, cela n'arrive pas qu'aux autres.

2/ Il n'est pas de soin véritable sans maîtrise technique. On ne s'improvise pas soignant, même comme mère. Le soin maternel s'apprend auprès des mères, grand mères ou grandes sœurs ou auprès des infirmières à la maternité.

3/ Exprimer verbalement ses difficultés est utile pour mieux prendre en compte et réguler le rôle des affects dans le comportement de soin. D'où l'utilité des groupes de parole ou des staffs éthiques.

Pour pouvoir bien prendre soin des autres, il faut aussi savoir prendre bien soin de soi, au sens développé par Michel Foucault dans *Le souci de soi*⁴ ou comme Sénèque le disait à son disciple Lucilius⁵ : « Se soucier de soi (*sibi curare*), c'est se hâter de se rejoindre soi-même, se rendre vacant pour soi-même (*sibi vacare*) », ce qui est la condition de la force d'âme et de la présence à l'autre.

La spécificité du soin pédiatrique

Je n'ajouterai que quelques mots sur la spécificité du soin pédiatrique. Disons d'abord que même si, techniquement, il ne posait pas de difficultés particulières, ce dont je doute, il met en jeu un certain nombre d'affects chez les soignants, les soignés et les parents. La maladie chronique ou gravissime chez un enfant a tout d'abord un caractère scandaleux, incompréhensible d'injustice majeure : pourquoi lui, pourquoi elle, pourquoi nous ? On n'a pas mérité ça, etc., toutes formulations

² . Cicéron *Tusculanes* IV, 26 (Pléiade p.350)

³ . « Ce peut être là l'épreuve suprême de la sollicitude que l'inégalité de puissance en vienne à être compensée par une authentique réciprocité de l'échange laquelle, à l'heure de l'agonie se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile des mains qui se serrent ». P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, p.223.

⁴ Michel Foucault, *le souci de soi*, Paris 1984 chap. sur la culture du soi.

⁵ *Ep.* 35, §4

compréhensibles, tant la culture de la faute et du châtement reste présente dans notre inconscient mais qui ne renvoient à rien d'objectif et de réel. La maladie n'est pas plus un châtement que le tremblement de terre ou l'orage. C'est un *fait*, un processus qui a des causes, un fonctionnement prévisible, des évolutions attendues, sur lequel on peut agir pour l'enrayer, le retarder, le supprimer dans le meilleur des cas. En tout cas un nouveau régime de vie qu'il va falloir apprendre à gérer. Il faut savoir distinguer entre les réactions de l'enfant et celles des adultes ou des parents.

Les affects infantiles

Les autobiographies de malades adultes⁶ décrivent des affects qui sont aussi présents chez l'enfant, mais avec une tonalité différente : la honte et le refus d'être différent d'abord : « je croyais être le seul à ne pas être normal, on se moque de toi quand tu es diabétique : tu vas à un anniversaire et tu n'as pas le droit de manger des bonbons » ; la colère contre la maladie et contre les réactions des autres : les copains qui croient que le diabète, parce que c'est grave, est une maladie contagieuse, la jalousie envers les bien portants, le déni, la culpabilité. Et en même temps, comme l'écrivait Gilles Deleuze « la maladie est quelque chose qui aiguise le sentiment de la vie ».

Trois conditions me paraissent décisives ici :

1/ De la part des soignants et des accompagnants : expliquer encore et toujours le fonctionnement de la maladie, comment y suppléer, comment éviter ses effets pervers. Spinoza disait « ne pas pleurer, ne pas se moquer, ne pas détester mais *comprendre* ». Et c'est bien là l'essentiel : faire appel à l'intelligence de l'enfant, lui permettre de comprendre ce qui lui arrive, de donner un sens à ce qu'il vit.

2/ De la part des parents : pouvoir prendre la maladie au sérieux, de façon réaliste, sans la minimiser, sans trop l'euphémiser mais sans la diaboliser non plus.

3/ Du côté de l'enfant : l'impliquer, en faire un agent actif de son traitement sans toujours décider pour lui. Mais même quand il gère bien sa glycémie, ne pas croire la question résolue, surveiller avec distanciation.

Dans le cas de la maladie de l'enfant, l'inégalité est encore plus forte qu'avec un adulte. On ne peut pas établir une véritable égalité entre soignant et soigné, cela est impossible mais on peut cependant instaurer un partage et une vraie collaboration. Pour le montrer je voudrais commenter une photo qui a pour moi un sens fort à de multiples égards.

⁶ Voir notamment Ruwen Ogien *Mes mille et une nuits* 2017



C'est une consultation de routine. Le pédiatre vient de réexpliquer à l'enfant le circuit du sucre dans le sang et à quel moment il faut « ouvrir ou fermer les robinets » par une injection d'insuline, lente ou rapide. A la question posée, l'enfant a bien répondu et il est content. Assis sur un lit d'examen, il est à la hauteur de son thérapeute ; leurs mains sont détendues, leurs regards se croisent et leur sourire exprime la qualité de leur dialogue : confiance, sérieux, simplicité, naturel.

Cette photo illustre ainsi ce qui, en dépit de la différence structurelle de leur position (adulte/enfant, médecin / malade ; savant / ignorant), fait la force et la qualité d'une consultation réussie : l'accueil, l'écoute et le partage, la présence et presque la connivence, l'accord et la responsabilité du patient dans la prise en charge de sa maladie, malgré son poids d'inquiétudes, de souffrances et de mal-être.

Cette photo et ce qu'elle symbolise me pousse à réfléchir sur ce qui fait la force des enfants, ce qu'on appelle aujourd'hui résilience et hier courage ou force d'âme, et plus généralement ce qui fait la force des fragiles, ce que nous, valides, nous oublions bien souvent.

2/ LA FORCE DES ENFANTS

Du patient à l'agent

Je partirai de l'interview d'un garçon de 9 ans et demi, atteint depuis 3 ans d'un diabète type 1, insulino-dépendant donc, et de la maladie cœliaque, Titouan, mon petit-fils.

Quand je lui demande ce qu'il a ressenti lorsqu'à l'hôpital on lui a annoncé sa maladie, il répond : « de la peur d'abord, de la douleur et du chagrin ».

Ses sentiments lors de la première semaine passée à l'hôpital (juin 2014) : « de la tristesse, j'étais mal à l'aise, de l'ennui et de l'agacement devant la multitude de tests : c'était vraiment casse pieds ».

L'annonce de la maladie est donc un choc, pour l'enfant comme pour les parents, choc qu'il va falloir tâcher d'atténuer, d'abord en expliquant et réexpliquant, ensuite en faisant participer l'enfant au maximum.

Du soin subi au soin agi.

Je demande ensuite à Titouan : as tu compris ce qui t'arrivait ?

« Au début non. Mais après 3 semaines⁷ : Oui. Maman m'a bien expliqué le problème du sucre dans le sang. Et j'ai tout de suite compris que ma vie allait changer ».

En pire ? « Non, plutôt en différent ».

Et trois ans après, tu en dis quoi ?

« Ma vie s'est rétablie. Je sais ce que je fais ; je n'ai plus ni peur ni douleur (il veut dire angoisse) mais mon diabète est plutôt un encouragement à bien vivre. Mon diabète je l'appelle : courage ! Et tu sais, Mamie, jamais le diabète ne m'empêchera de faire ce que je veux. Ce qui m'embête le plus, c'est la maladie coéliqua (interdit de consommer du gluten, donc pain, pâtes de blé dur...).

Et les autres ?

« Avec mes copains cela n'a rien changé ; avec ma famille si : ils ont peur que je refasse un coma (il a fait une nuit un coma hypoglycémique) ; ils ont bien plus peur que moi. Maman a eu très peur et c'est elle qui fait le plus attention à moi ; ça me fait plaisir et ça me pèse ; elle me surprotège un peu quand même ! Au début ça pesait beaucoup, beaucoup ; je la sentais très inquiète ; maintenant ça va mieux ».

Et l'école ? « Ils ont mis du temps, ils ont même voulu me virer, tu sais, mais ils ont fini par s'habituer » (il y a eu de grosses difficultés pour que l'école primaire accepte qu'il mange à la cantine ; il a pu cette année participer à une classe de rivière où son grand père l'a accompagné).

Et comment vois-tu ton futur ? « Il faudra que je fasse très attention. Maintenant je surveille tout seul ma glycémie. C'est l'instinct qui me dit. Il y a des signes ».

Lesquels ? « Quand je suis en hypo, je ne suis pas bien ; je tremble, je suis tout pâle. Quand je suis en hyper, je sens que j'ai plus chaud, je suis plus agité ; j'ai envie de faire pipi, de boire, de manger. Alors je mange si je suis en hypo et je fais une piqure (d'insuline) quand je suis en hyper. »

Quand j'interroge ensuite la fratrie et les cousins, ils disent tous qu'il faut faire plus attention à lui mais ne ressentent pas cela comme une gêne. « Il ne faut pas

⁷ il était parti en vacances avec sa maman son frère et sa sœur et une bande d'amis

baisser les bras. Il ne mange pas de sucre mais je ne le plains pas pour ça » (dit son cousin, Matteo 10ans).

Les vertus de l'enfant

Ce qui me frappe dans ce cas de cet enfant intelligent, très bien entouré, informé, c'est évidemment sa résilience, sa capacité à rebondir et son sens de sa responsabilité. Il ne veut pas laisser à autrui, pas même aux adultes de la famille, le soin de gérer son diabète. Avec le patch, le contrôle de la glycémie est devenu plus facile mais il s'énerve si on lui demande de vérifier trop souvent. « Je ne vais pas contrôler ma glycémie tous les quarts d'heure quand même ! ». Je lui signale le cas d'un enfant de 4 ans qui a refusé le patch pour qu'on ne voie pas qu'il était malade et je lui demande

« si tu avais été le pédiatre, tu aurais dit quoi ? »

« J'aurais dit : d'accord ! tu vas te piquer le doigt pendant une semaine et la semaine suivante essayer le patch et tu verras, y a pas photo ; je parie tout ce que tu veux que tu choisiras le patch ».

Il faut souligner la capacité d'attention et d'intelligence, de curiosité, de compréhension des enfants, leur courage aussi. Ce que je dirai en leur attribuant une vertu fort prisée au XVIIe siècle mais peu nommée aujourd'hui : la force d'âme, la *fortitudo animi*. Et la force d'âme, ce n'est pas le courage aveugle, c'est le courage intelligent, instruit, qui a appris à déchiffrer ce que nous appelons les symptômes et eux les signes et à s'adapter à une maladie chronique, sérieuse, mais qu'ils ne prennent pas au tragique. D'autres exemples, bouleversants et dans un contexte bien plus tragique cette fois nous est donné par les cinq enfants du documentaire *Et les mistral gagnants* d'Anne Dauphine Julliard⁸.

3/ LES LEÇONS DE CETTE CONSCIENCE ETHIQUE

Quels sont les leçons et les enjeux de cette réflexion ? Assurément pas de se donner bonne conscience ou de se dire qu'il n'y a pas vraiment de problèmes spécifiques au soin pédiatrique mais plutôt d'aiguiser l'intelligence et de se mettre à l'écoute de l'enfant. « Vivre avec et pour autrui dans des institutions justes » disait Ricœur. Cela signifie quoi, concrètement ?

- *Vivre avec* l'enfant : partager la gestion de son mal, prendre soin de lui ;
- *Vivre pour* l'enfant : élargir son horizon d'attente ; cultiver l'espérance ; cultiver et soutenir sa liberté.

⁸ Film tourné en 2015 et sorti en 2016

- *Dans des institutions justes* : travailler à les rendre justes ; soutenir les associations de malades et tout ce qui facilite et élargit leur vie comme les colos de diabétiques. Lutter contre les résistances de certaines écoles à intégrer les enfants malades dans toutes les activités périscolaires.
- Savoir que rien ne va de soi avec un enfant ; il faut être à sa hauteur : ne pas le regarder de haut, ne pas tout décider à sa place. Lui montrer aussi qu'à certains égards on est moins fort que lui.
- Et de ce fait devenir plus inventif, plus imaginaire et plus intelligent.

L'éthique donne la priorité au plus faible, mais, ce faisant, on ne s'abaisse pas ; on s'enrichit : Ce fut la leçon des pédagogues à la manière de M. Montessori : penser un ameublement, des vêtements, des rangements, des porte-manteaux à la hauteur des enfants, choses qui nous sont devenues fort habituelles mais qui n'existaient quasiment pas il y a 50 ans.

Aristote se demandait si l'homme était devenu intelligent parce qu'il avait une main ou s'il avait une main parce qu'il était intelligent. Les deux sont vrais. Parce que le passage de nos ancêtres primates à la station droite a multiplié les décès des femmes primipares, que la femme est donc devenue un bien précieux qu'il fallait protéger ; parce qu'il a fallu imaginer des solutions pratiques pour rendre viable un nouveau-né incapable de survivre par ses propres moyens. L'homme, homme et femme, est donc devenu intelligent non parce qu'il avait une main mais parce que la mortalité des femelles primipares et l'immaturité, la néoténie, des petits lui a imposé de s'occuper des fragiles et d'inventer des solutions intelligentes et astucieuses pour résoudre les problèmes vitaux : d'où la technique, la culture, le travail, l'entraide, le confort matériel et la vie de l'esprit. Dans *La descendance de l'homme*⁹, Darwin, qu'on croit à tort défenseur inconditionnel de la sélection naturelle, montre que, chez l'homme, la technique et l'activité intelligente ont remplacé la sélection naturelle. Il écrit que la sélection naturelle ne peut augmenter le nombre des hommes vertueux et que, au contraire, c'est la reproduction et le soin des faibles qui est le propre de l'homme¹⁰. Une société comme la nôtre qui encense les forts, les jeunes, les valides et méprise les vieux, les handicapés, les faibles et autres non performants, ne perd pas seulement son âme ; elle perd la source de son dynamisme et de sa vraie créativité.

⁹ ch. V : Le développement des facultés intellectuelles et morales pendant les temps primitifs et les temps civilisés

¹⁰ « Quant à nous, hommes civilisés nous faisons au contraire tous nos efforts pour arrêter la marche de l'élimination ; nous construisons des hôpitaux pour les idiots, les infirmes et les malades ; nous faisons des lois pour venir en aide aux indigents ; nos médecins déploient toute leur science pour prolonger autant que possible la vie de chacun ». p. 144-45.

Jacqueline Lagrée

Pour aller plus loin ... , ouvrage récent :

Le médecin, le malade et le philosophe

Collection PUR

