

COMMISSION ÉTHIQUE ET PROFESSIONS DE SANTÉ

Résumé du rapport remis au ministre de la santé en MAI 2003 par monsieur Alain Cordier.

Ce rapport sur l'éthique doit fournir une base d'idées, aux acteurs de la profession mais aussi aux enseignants et élèves vétérinaires sur le sens du métier de vétérinaire, ainsi que plus généralement sur les rapports humains qui relient professionnels et usagers ou propriétaires d'animaux. Très souvent dans ce rapport nous pourrions remplacer le mot médecin par vétérinaire; si nos réflexions bioéthiques sont moins avancées, en revanche la réflexion sur l'euthanasie nous est quotidienne. Un grand nombre de thèmes mériteront d'être développés et adaptés à notre profession et à l'enseignement vétérinaire.

A votre réflexion!

I. EN GUISE D'INTRODUCTION...

De partout sourd une inquiétude. **Il n'est pas une profession de santé qui n'exprime un profond malaise et qui ne craint pour son avenir.** Certains livres se font de plus en plus polémiques en révélant une incompréhension croissante entre le monde médical et celui de l'administration et des gestionnaires, comme entre les acteurs du monde de la santé et la société dans son ensemble.

La **menace contentieuse** pèse sur les consciences, même si elle n'est pas encore aussi réelle en France que dans d'autres pays. Le fossé tend à se creuser entre les attentes voire les exigences du malade, presque sans limites désormais, et les possibilités de financement.

Au final, le métier s'est durci : des difficultés de recrutement se font jour, au point de commencer à créer des situations absurdes. Pourquoi parler de réflexion éthique alors qu'il y a tant de questions concrètes à régler ?

Si la personne malade est le cœur de l'action des médecins, des soignants, de tous les acteurs du monde de la Santé – et c'est ici notre principale affirmation – cela vaut en toutes circonstances et cela doit être régulièrement rappelé.

Une institution de soins n'est pas une entreprise. Les soins libéraux ne sont pas un commerce. Il s'agit de femmes et d'hommes au service du malade, traversés d'espérances et d'angoisses, de joies et de douleurs, qui ont la responsabilité de s'engager en réponse à l'appel décisif d'une faiblesse qui oblige. Il s'agit de femmes et d'hommes qui luttent chaque jour contre la maladie, la souffrance, la solitude et la mort.

C'est **dans l'histoire de tous les jours**, dans le plaisir quotidien comme dans la souffrance inexplicable, que s'exerce leur métier.

Leur capacité de dominer leur émotion s'exerce au moment même où ils doivent se donner pour rencontrer. Ils doivent savoir prendre en compte dans leur parole professionnelle l'angoisse humaine et disposer de **temps pour comprendre chaque personne écoutée.**

Le **malaise** ne peut qu'être croissant entre cette réalité-là et un discours dominé par les arguments techniques et financiers qui peinent à donner du sens et du souffle à ce métier si particulier, que nous n'hésitons pas à qualifier de vocation.

Cela est d'autant plus regrettable que les malades comme les soignants et les médecins nous apprennent d'abord l'éminente dignité de la personne humaine, valeur fondatrice de nos sociétés occidentales. Il n'y aura jamais meilleure formation pour les élèves des Grandes Ecoles qu'un stage de quelques semaines dans un service hospitalier, exposé à des situations difficiles.

La relation qui se noue sur le lit de douleur comme au guichet des admissions hospitalières, au cours d'un protocole de recherche clinique comme dans l'accompagnement du mourant, dans le cabinet médical comme lors des soins à domicile ou dans les salles de consultations est toujours une **relation inter-homines**.

Le risque est bien évidemment d'en rester aux belles paroles. Ce serait méconnaître la force du verbe. Plus encore, savoir discerner dans l'action quotidienne l'impact du questionnement éthique est en réalité très engageant si l'on veut bien mesurer ce que veut dire concrètement l'exigence éthique dans un univers qui est soumis à la tentation si forte du savoir et du pouvoir. Le dire, c'est souligner à l'égard de tous les médecins et soignants, l'exigence de leur métier à laquelle ils ne peuvent se dérober sauf à remettre gravement en cause ce qui fonde leur engagement professionnel.

Il s'agit en réalité de **situer la profession de médecin et de soignant dans la perspective la plus ambitieuse qui soit, l'homme. Parler d'éthique dans l'univers du soin n'est donc rien d'autre qu'en venir au coeur même de l'acte soignant**. Rappelons avec force que selon le mot grec, iatros, l'art médical est l'art de celui qui soigne bien en méditant.

S'il y a méditation, il y a parole, il y a échange et communication profonde.

II. UN MONDE DE LA SANTE EN SOUFFRANCE

II.1. L'exercice médical et le soignant interpellé par les évolutions « culturelles »

II.1.1. Le questionnement du principe d'autorité

De tout temps, la formation médicale a été celle d'un **compagnonnage**. Chaque médecin sait reconnaître en tel ou tel de ses anciens, son « maître ». C'est au contact de ce maître, de son expérience, par l'observation attentive de ses gestes, l'écoute fidèle de ses préceptes et recommandations, la confiance et la reconnaissance gagnées au fil des années, que se sont forgées les plus solides réputations médicales, au point que l'on a même parlé « d'Ecoles » pour différencier les enseignements selon les maîtres.

Ce compagnonnage s'inscrivait « naturellement » dans une société « verticale », où la transmission entre générations avait pour objet de perpétuer par l'apprentissage une tradition, où la culture se voulait connaissance, érudition, compétence et acquis, où le principe d'autorité n'était pas mis en cause même si l'autorité pouvait être contestée.

On pourrait débattre et épiloguer longtemps sur les causes profondes de **l'effritement de cette « verticalité », depuis une trentaine d'années**.

Le fait est que **nous sommes aujourd'hui dans un univers qui se projette beaucoup plus dans l'« horizontal »**, où l'on ne commence plus par se reconnaître un Maître et où l'idée même d'autorité est en cause, même si « faire autorité » reste une constante.

Le retentissement de ce nouvel état d'esprit est évident sur l'exercice médical et soignant qui ne vient plus se situer avec naturel dans un profond sillon, sécurisant – parfois trop – tracé par les maîtres. Il l'est tout autant sur l'attitude du malade, qui peut ne voir, ou n'attendre, dans le médecin ou le soignant que l'interlocuteur « technique » et scientifique du moment.

Cette observation mérite toutefois d'être approfondie. Comme nous le verrons, de nouvelles attentes se font jour. Gageons en effet que chaque jeune professionnel souhaite de plus en plus rencontrer dans son cursus de formation comme dans son futur exercice, des femmes et des hommes auxquels ils aimeraient ressembler, tant au plan des compétences scientifiques et professionnelles que du comportement éthique.

II.1.2. Un rapport au temps déstructuré

La déstructuration du rapport au temps et son corollaire, la **primauté donnée à l'instant**, caractérisent nos sociétés modernes occidentales. L'exercice médical et soignant s'y trouve confronté.

L'oubli de la dimension temporelle fait de la durée une épreuve dénuée de sens, comme si par une sorte d'évitement, la dimension singulière qu'apporte chaque âge de la vie en venait à être oubliée.

Le rythme des découvertes scientifiques et médicales, qui nous rendent de plus en plus **performants pour maîtriser le « comment » de la vie, nous laissent de plus en plus orphelins du temps nécessaire à la réflexion individuelle et collective, pour comprendre le « pourquoi » de la vie et son « pour qui ».**

D'une façon générale, la diffusion d'une nouvelle technologie devrait être décidée, sur la confrontation des résultats concernant la sécurité de son emploi et ceux démontrant la nature et l'importance du service rendu, au double regard des attentes individuelles et des enjeux sociétaux. Sous l'influence de toutes sortes de pressions, il appert que **parfois on veut aller trop vite.**

Plus quotidiennement, on peut se demander si l'excès de demandes de prescriptions d'antibiotiques n'est pas parfois comme une manifestation du refus de la durée d'action des défenses naturelles, à moins qu'il ne s'agisse de la crainte d'être responsable d'une « perte de chance ».

Des questions thérapeutiques nouvelles naissent parfois de ce nouveau rapport au temps, comme certaines **infections nosocomiales**, dont on connaît le poids préoccupant dans les hôpitaux, **ou d'autres conséquences iatrogènes** de gestes ou prescriptions « précipités », insuffisamment fondés sur le savoir et l'expérience.

La seule préoccupation de l'instant marque nombre de nos législations ou de nos pratiques, créant parfois autant de **noeuds insolubles légués aux générations futures**. A vouloir régler chaque situation comme si elle ne s'inscrivait que dans l'immédiateté, sans prendre en compte une réflexion et une perception de long terme, on en vient parfois à devoir faire face quelques années plus tard à un problème beaucoup plus complexe.

Le « manque de temps » est devenu un souci trop largement partagé. Faut-il ici redire que la clinique ou le soin infirmier sont aussi une expérience d'apprentissage dans le temps, parfois auprès du même malade ? Une relation soigné-soignant s'inscrit dans le temps, dans l'histoire du malade avant même de sa maladie.

II.1.3. L'interdit, une limite repoussée

Le possible né des progrès spectaculaires de la recherche et des technologies tend à repousser de fait les limites de l'interdit dans une société qui peine à trouver le fondement d'un sens.

Certains observateurs parlent ainsi de **désordre des pratiques et des pensées**. Il est peu de parler d'hésitations concernant le statut juridique de l'embryon, et du fossé grandissant entre les limites du droit et l'attente de justice. Il n'est de conscience que confrontée à l'interdit, et de liberté que confrontée à la vérité d'autrui. Dépasser en conscience un interdit n'est pas nier l'interdit, mais juger nécessaire un acte au nom d'une priorité vitale.

Depuis une trentaine d'années, les limites de l'interdit ont été sans cesse repoussées, dans un souci d'adaptation des fondements moraux aux possibilités nouvelles nées de la science et des nouveaux comportements familiaux et personnels.

Nul doute là encore que cela bouscule l'exercice médical et **soignant. La médecine, confrontée à l'essentiel qu'est la vie en sa force et sa fragilité, « rassemble » les questionnements et les aspirations de nos sociétés**, tout comme le déplacement des interdits.

Le pouvoir de douter, qui construit la pensée humaine, ne saurait se transformer en absence de conviction, la tolérance en indifférence.

II.2. L'exercice médical et soignant en risque

Le malade se comporte en consommateur exigeant et se voit reconnaître, en sa qualité de malade, un certain nombre de droits. Enfin, alors qu'on n'a jamais autant dépensé pour la Santé, les **contraintes financières** se font de plus en plus ressentir sur l'exercice médical et soignant. Ce sont de « nouveaux risques ».

Le monde de la Santé ressent confusément un besoin de réflexion sur le sens de sa mission. Risque d'impasse confronté au principe de précaution, **La relation médecin-malade n'admet plus la fatalité. La puissance de la médecine, plus indiscutable et moins mystérieuse qu'autrefois, suscite d'immenses attentes, des exigences également.** Parce qu'il ne doute plus de la force des techniques et du savoir médicaux, le malade s'adresse au médecin et au soignant avec davantage de confiance, mais aussi moins de révérence et en vient à lui demander des comptes.

Depuis Hippocrate, la médecine répondait du devoir de soins, c'est-à-dire d'une obligation de moyens. Sa puissance fait qu'on attend d'elle, de plus en plus, un devoir de guérison, c'est-à-dire une obligation de résultats. Et qu'au minimum, on attend du médecin, de l'équipe soignante, qu'ils se justifient de leur éventuelle incapacité à atteindre un résultat. L'exigence du malade peut aller jusqu'à la critique pointilleuse de la décision médicale en regard de ses conséquences sur une éventuelle « perte de chance », conduisant à certaines hésitations, source de tétanie collective voire de « violence » dans la communication, lorsqu'une décision est assortie d'un risque.

On doit constater d'une part, la montée ou plus exactement le ressenti d'une montée du **contentieux** de responsabilité médicale ou hospitalière et d'autre part la pression qu'exercent sur les médecins et soignants les règles de droit et la pratique du juge. Obligation d'information, même sur les risques exceptionnels, obligation de « sécurité de résultat » pour l'environnement technique et pharmaceutique, appréciation de la faute médicale au regard d'un « état de l'art » toujours plus complexe : **le droit imprime une marque lourde sur l'exercice médical et soignant.**

On glisse insensiblement d'un principe éthique – la reconnaissance du « jamais quitte » de l'engagement auprès du malade – à un principe juridique, où il s'agit de multiplier les précautions et de ne laisser aucune prise aux critiques du juge.

En un mot, le principe de précaution rend prompt à repérer certains risques, mais paradoxalement affaiblit l'urgence d'une réflexion sur le sens de l'humain. Il en va ainsi du mot dignité, hautement « piégé » lorsqu'il s'agit notamment de la fin de vie ou des thérapies en situation de crise.

Au total, **plus le droit est présent, plus il est besoin d'humain et de réflexion éthique.** Gageons que désir de justice et santé publique, acquis fondamentaux de ces dernières années, méritent encore plus réflexion de tous et de chacun, et discernement approfondi.

II.2.1. Risque de valeurs

La **loi du 4 mars 2002**, issue d'un long travail en direction d'une démarche plus partenariale entre les soignés et les soignants, répond de l'exigence croissante du malade à devenir un acteur à part entière dans la conduite de son traitement. Elle **reconnaît l'autonomie du sujet malade.** Elle corrige l'excès de pouvoir médical avec ce que cela représentait parfois de non respect de la personne malade.

Dans la pratique de ville, les témoignages sont unanimes pour dire que la relation est aujourd'hui bousculée par une forme **d'exigence « consumériste »**, où l'acte de soins et le produit prescrit (ou l'idée que se fait le malade de ce qu'ils devraient être) deviennent la seule revendication

immédiate et pressée, sans considération pour ce que l'art médical exige aussi de silence confiant, de patience ... et quelques fois d'attente avant d'agir.

L'idéal aurait sans doute été que le nouveau texte de loi reconnaisse simultanément les droits de la personne malade et la spécificité, en vis-à-vis, de la situation des professionnels.

L'exercice médical ressent aujourd'hui le risque du lobbying aux dépens de l'intérêt général. De ce point de vue, le travail entrepris pour reconnaître l'existence des Associations de malades et organiser leur représentation au sein des instances hospitalières revêt une importance cruciale.

Avec l'exigence des droits du sujet malade et pas seulement de sa satisfaction, l'exercice médical et soignant se vit désormais dans une société où l'image d'un certain « **paternalisme** » **bienveillant est devenu inacceptable**. Le médecin et le soignant ont à comprendre les choix du malade et ses priorités, et à « travailler avec ». Cela amènera nécessairement à repenser certains fondements d'une éthique médicale « traditionnelle », cela d'autant plus que l'observation conduit à reconnaître le désarroi croissant des professions médicales et soignantes, quant à l'application des textes nouveaux.

Parler avec le malade et pas seulement au malade, c'est revisiter le champ de la confiance médecin-malade, tout comme le déséquilibre dans la connaissance et l'incertitude. Ce qui est en jeu en réalité n'est rien d'autre que la nature de la relation entre le soignant et le soigné, et par delà la question de la confiance, celle de la **crédibilité** des médecins et soignants. Si on ajoute au primat de la lettre des textes sur leur esprit, le recours au seul discours scientifique et quantifiable de l'imagerie, de la biologie et de la pharmaceutique – on y revient plus loin – le côté d'humanité et la gratuité de la relation risquent de s'affaïsser, faute d'une réflexion prolongée prenant en compte les exigences conjointes de la communication et de la confiance. Cette réflexion est d'autant plus nécessaire que cette loi met de fait à jour la réalité humaine d'un **dossier médical**, qui n'est pas qu'une somme (parfois imposante) de documents à remettre mais qui nécessite un temps d'appropriation et donc de **dialogue**. Il faut prendre garde à ce que le déséquilibre relationnel trouve une part de sa résolution dans...l'absence de relation, tout simplement du fait d'une limitation du temps « gratuit » dans les services hospitaliers, du fait des contraintes croissantes. Le rôle propre des soignants, pourtant chèrement acquis il y a quelques années, pourrait se voir de fait amoindri.

Dans un contexte **d'exigence croissante** d'une opinion publique qui attend de plus en plus de la médecine, c'est une prise de conscience qui appelle à une réflexion éthique sur le rapport aux soins. Or, dans le même temps, et depuis des années, sont inlassablement reportées des réformes dont chacun sait pourtant, en son for intérieur, qu'elles sont indispensables

La pérennité de la prise en charge collective se joue, aussi « *microscopiquement* » que ce soit, dans chaque prise en charge individuelle. On est souvent étonné de l'effet multiplicateur et « *dévastateur* » de dépenses « *microscopiquement* » inutiles... Cela conduit à reconnaître que l'appel de la Société à disposer des moyens les plus efficaces dès qu'ils sont supposés disponibles, parfois même avant qu'ils n'aient été réellement validés, est un puissant facteur de désordre dans l'allocation optimale des moyens.

II.2.2. *Risque de perte du sens de la pratique médicale*

Il existe de plus en plus comme un **écran**, au sens réel et psychique du terme, **entre le malade et son médecin**. L'examen clinique, la palpation du corps, la relation directe en face à face, tendent à s'estomper au profit d'un recours de plus en plus systématique et massif aux examens biologiques et aux actes d'imagerie, au point que ces derniers de complémentaires deviennent progressivement actes premiers.

Le poids de la technique dans l'acte médical se fait croissant. La main du clinicien posée sur le corps du malade se retire peu à peu pour laisser place à des moyens techniques indirects.

Ce qui surgit, ce n'est plus le corps dans son dépouillement ou sa misère et la personne dans son intime et son mystère, ce sont **des chiffres et des images numérisées**. Le sein « disparaît » de l'examen clinique au profit de la mammographie, la stéatose du foie montrée par l'échographie rend inutile la palpation, bref, **l'organe est confisqué par la technique**. Plus grave encore, il faut aujourd'hui poser la question du **sens de certaines investigations** que l'on est en capacité d'accumuler pour certaines pathologies, au-delà des besoins normaux de la recherche, alors même que l'on ignore tout d'une thérapeutique gagnante.

C'est le sens du soin qui s'en trouve affecté. L'activité technique l'emporte sur l'activité du soin et l'exigence de « s'occuper » directement du malade.

Ce qui est évaluable est technique, et notre société ne supporte que ce qui est évaluable. Il est inquiétant de constater un relationnel déficient, tout simplement le contact humain et la courtoisie minimale à l'égard d'autrui, dans certains services ou cabinets.

Le corps est le lieu même de la relation à l'autre. Il est donc la source de tout questionnement éthique et de tout sens donné au soin. Par le corps s'établit la complicité, la confiance, la conscience. On disait autrefois au clinicien de commencer par se réchauffer la main... **Une nouvelle clinique est en quelque sorte à inventer**, en rappelant que le corps doit être pris comme point de départ de la relation, comme une unité face à l'hyper spécialisation.

L'hyper spécialisation comme la technicisation de l'acte médical et soignant sécurisent le diagnostic et la thérapeutique, mais cette évolution doit s'accompagner d'une exigence encore plus forte dans la relation à l'autre, pour des raisons éthiques bien sûr mais aussi médicales.

III. COMPRENDRE LE MOT ÉTHIQUE

La réflexion éthique est en réalité profondément « subversive ». Elle met en cause l'évitement du corps et de la relation au malade. Il y a comme une opposition frontale entre la technicisation de l'acte médical et la réflexion éthique qui commence par déstabiliser.

Dans ce rapport, nous comprenons **l'éthique comme la mise en question du pouvoir et de la puissance par la responsabilité pour autrui**. Il s'agit donc, par la réflexion éthique, de mettre à l'épreuve l'horizon de sens de l'humain et l'horizon d'espérance. Il s'agit de poser la question du sens du soin, pour le sujet autonome comme pour la société dans son ensemble. En d'autres termes, **il s'agit d'interroger le pouvoir par le devoir**.

Parler d'éthique, c'est parler de Responsabilité. La présence auprès du malade signifie me voici répondant et dépendant de toi et de ta souffrance. Cette responsabilité est antérieure à l'interrogatoire clinique et à l'échange. Tout candidat à une profession de Santé devrait éprouver le besoin de vérifier que sa « vocation » est la conséquence de son désir d'être et d'agir pour autrui.

Parler d'éthique dans l'univers du soin, c'est donc d'abord parler du quotidien de l'acte soignant, qui est Rencontre entre l'homme debout et l'homme couché. Il faut voir la main qui soigne comme parole de l'humain.

L'exercice médical est à hauts risques dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique, scientifiquement instruite, mais dissociée de l'attention à la souffrance d'autrui et non respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne.

Pour trouver son sens au service du malade, **l'acte médical et soignant doit, avant tout, être un acte qui soigne avec efficacité**. Mais ce sens reste dérisoire s'il ne s'inscrit pas, s'il n'est pas « enveloppé » par une approche de l'homme qui nous dépasse tous. Tout soin commence par l'expérience de l'altérité.

Nous voici naissant à notre humanité dans le soin, lorsque nous transpercent l'expérience aiguë de la douleur de l'autre, l'audace de son cri furieux ou épuisé, l'impudeur de son gémissement de lutte ou d'abandon, la force de son murmure qui se reçoit au creux d'une écoute silencieuse et continue.

L'attente docile et soumise du malade hier comme l'affirmation aujourd'hui du droit du malade, l'excès de certitude et de pouvoir médicaux comme la dérégulation aujourd'hui de certaines équipes soignantes conduites à exercer sous trop de contraintes, tout cela ne doit pas faire oublier « **l'élection** » **du corps médical et soignant**, élection qui doit s'entendre comme responsabilité initiale et incessible « au service de », au service du malade.

L'éthique se comprend alors comme un questionnement sur le sens de l'application de résultats scientifiques et techniques au domaine de la santé et finalement comme le moyen de discerner la meilleure attitude diagnostique et thérapeutique. L'écoute de l'autre a valeur thérapeutique.

IV. NOURRIR L'ÉVEIL DES CONSCIENCES

IV.1. Il n'y a pas d'éthique collective possible sans ancrage dans une éthique de chaque personne

L'exercice médical s'est lentement construit au cours des siècles comme une rencontre **entre une conscience et une confiance**. L'existence d'un vocabulaire commun entre le malade et le soignant relève sans doute de l'inaccessible. En revanche, il faut découvrir que dans la rencontre, il y a **quelque chose qui passe au-delà des paroles échangées**. Ce qui est premier, avant le contenu de ce qui est échangé, c'est le fait même de parler à l'autre, d'accepter d'être remis en cause par l'autre, de sortir des limites du soi. La responsabilité est le cœur du mot communication..

Cette confiance est l'expression de la **singularité de chaque acte médical et soignant**, puisque ce n'est jamais l'espèce humaine qui est soignée, mais bien un « exemplaire » unique du genre humain, non pas une maladie mais **toujours un malade et un seul**.

Le malade souhaite accorder sa confiance aux médecins et aux soignants, mais sa connaissance de plus en plus solide sur sa maladie comme son esprit critique, lui faisant envisager le risque de l'excès de pouvoir médical et soignant, mettent parfois en cause cette confiance.

Chaque acte médical et soignant repose d'abord sur une connaissance pratique et scientifique, sans laquelle il n'est pas de soins ni même d'éthique possibles. Cette connaissance s'inscrit ensuite dans une norme déontologique retenue pour transcender les conflits de la singularité et contrevenir aux risques de dérives personnelles. Mais cela ne suffit pas à décrire les exigences de l'exercice médical et soignant.

Le législateur a pris l'initiative de **légiférer à échéances régulières en matière d'éthique médicale**. L'Ordre des médecins a pris l'heureux parti de faire vivre le Code de déontologie en sachant l'adapter aux évolutions légales et jurisprudentielles.

Le Comité Consultatif National d'Éthique ne cesse d'inventorier et de travailler un ensemble précieux d'acquis de civilisation en distinguant toujours la personne de la chose, en rappelant l'égalité en valeur de toutes les personnes sans oublier jamais l'irréductible altérité d'autrui, en veillant sans cesse à l'entière dignité de tout homme, fût-il amoindri et blessé. Des Conventions internationales cherchent à définir un corpus de valeurs universelles s'imposant en tous lieux et toutes circonstances. Rappelons ici les travaux du Groupe européen d'éthique auprès de la Commission Européenne qui ont permis de forger la notion de « principes éthiques fondamentaux » pour illustrer les valeurs communes de l'Union européenne dans le domaine des sciences et des technologies nouvelles. Il en va de même des instances compétentes du Conseil de l'Europe et du Comité international de bioéthique de l'UNESCO.

Mais ce bel ensemble ne suffit pas à répondre aux exigences de l'exercice médical et soignant, même si l'on doit considérer comme nécessaire de faire connaître les apports de chacune de ces instances.

Il s'agit en réalité d'en venir à la distinction fondamentale entre le légal et le moral. Même dans une République dont les institutions affirment et organisent la liberté et la justice, la tyrannie survient quand l'homme oublie le nécessaire de la vie intérieure, quand il pense que les lois écrites suffisent à elles seules pour traiter de la morale. L'homme se soustrairait à sa responsabilité en la qualifiant d'illusion de la subjectivité, au profit d'une vision d'un bien commun déterminé par les calculs purement scientifiques et atteint par des moyens purement techniques, un bien commun inventé dans les seuls Instituts de recherche. Penser le sujet moral n'est pas dérisoire. Réfléchir à l'homme comme sujet moral constitue un point de résistance invincible. Cela d'autant plus que l'enjeu de la réflexion éthique est déterminant pour permettre au système de soins de sortir de l'impasse dans laquelle il risque d'entrer.

Ainsi, l'exercice médical et soignant ne vaudra qu'à la mesure de l'éveil des consciences de chacun de ses acteurs. Il n'y a pas d'éthique collective possible sans ancrage dans une éthique de chaque personne.

Cette affirmation-là est fondatrice. Prenons l'exemple des dispositions légales et réglementaires récemment prises pour réduire la mortalité sur nos routes, qui ne trouveront leur pleine efficacité que par une prise de conscience de chaque conducteur. De même, les lois dites de bio-éthique, les conventions internationales et la trentaine de Comités d'éthique dans les hôpitaux représentent un progrès mais n'effacent pas la nécessité d'une conscience en éveil de chaque « acteur » du monde de la santé, des soignants comme des malades et des familles. Il y a une éthique de l'administration des soins, mais aussi une éthique de leur sollicitation et de leur réception. La réflexion éthique appelle chaque soigné autant que chaque soignant. Il faudra toujours s'interroger sur les voies et moyens de les faire progresser ensemble.

Enfin, parlant de « consciences en éveil », nous ne faisons rien d'autre que de définir l'acte même de philosopher. Lorsque nous parlerons de philosophie à l'occasion de l'enseignement, nous parlerons donc de cette capacité de pensée et d'éveil plus que de connaissances académiques.

IV.2. La conscience n'est jamais formée une fois pour toutes

La conscience est l'aptitude à juger du Bien et du Mal, mais aussi à s'engager sur son jugement en mettant en jeu sa responsabilité propre. La conscience n'est ni abstraite, fondée sur une « immortelle ou céleste voix », ni spontanée, nourrie de la seule initiative du sujet, sauf à se laisser conduire par les seules pulsions immédiates de l'affect ou la seule reproduction des préjugés sociaux. La conscience s'éveille parce qu'elle n'est pas une faculté immédiate comme le sont l'audition ou la vision. La condition de l'éveil de la conscience, c'est la rencontre d'autrui tout comme la rencontre de l'interdit. La conscience se forge dans la confrontation à la « règle d'or » qui rappelle la nécessité de ne pas faire à autrui ce que nous ne voudrions pas qu'il nous fasse. Nous retenons donc ici l'idée, même si elle est combattue par certaines thèses, que l'autonomie du sujet se forme grâce à une hétéronomie préalable. La maturité du sujet s'acquiert par l'appropriation personnelle de règles préexistantes ou de normes nécessaires au « vivre ensemble », et par la confrontation aux différentes traditions morales, culturelles, spirituelles voire religieuses. La conscience ne peut pas fonctionner dans la solitude seule.

La conscience n'est jamais formée une fois pour toutes. Il n'est pas de pouvoir infaillible, ni de certitudes définitives. L'expérience est aussi formatrice de la conscience. Bref, dans une société de plus en plus complexe, où des questions nouvelles nées de pouvoirs nouveaux de l'homme déconcertent et bousculent, il est plus que jamais nécessaire de considérer que la conscience doit être en éveil permanent. Chacun a besoin d'une exigence de vérification de ce qu'il pense par la confrontation avec d'autres consciences et expériences, par l'écoute d'autres convictions, dans le but toujours de prendre une décision, en « son âme et conscience » comme l'enseigne la grande tradition médicale. Il est peu de dire que ces quelques réflexions soulignent le défi que doivent

relever dans leur pratique quotidienne, dans les situations de crises ou dans l'exercice de leur recherche, les professions de Santé.

Il faut veiller pour ne pas atteindre le seuil d'une sorte de « pragmatisme » de l'éthique, comme une éthique de la bonne conscience, tendant à rendre évident, maîtrisable, curable, gérable, ce qui ne l'est justement pas, comme une morale de l'immédiat sans discernement. La facilité ou l'évidence d'un jugement peuvent être mauvaises conseillères. N'être jamais quitte puisque rien n'est jamais achevé. Il en va de l'avenir même du système de Santé et du sens de l'exercice médical et soignant.

La culture, avec ce qu'elle représente de provocation à penser et à vivre, d'espace de désir et de plaisir, est et sera de plus en plus le lieu de la liberté et de l'engagement.

IV.3. Observer le besoin croissant de réflexion éthique

Il est aisé d'observer l'impérieux besoin de réflexion éthique chez les étudiants comme chez les professionnels de santé.

Il suffit d'observer le développement significatif de diverses initiatives ou encore la prolifération des Comités d'éthique au niveau régional, dans les hôpitaux, les laboratoires comme dans les entreprises engagées dans l'univers de la Santé, pour se convaincre de l'expression d'un besoin d'autant plus fort que le vide de sens qui caractérise nos sociétés occidentales crée parallèlement un vif désir et un appétit insatiable à ce jour.

Les étudiants ont une vive conscience de l'importance de la réflexion éthique, confrontés qu'ils sont au premier chef aux sujets que l'actualité se charge de mettre régulièrement en lumière. Ils sont également de plus en plus conscients que la science seule ne peut offrir toutes les réponses aux questions complexes qui seront posées par les futurs malades qui leur feront confiance. Cela nous paraît un point majeur, tant il est vrai qu'il n'y a pas de réflexion éthique possible s'il n'y a pas intérêt à l'éthique.

Un triple constat peut être partiellement dessiné : il n'y a probablement pas assez de liens entre l'enseignement scientifique accordé et la réflexion éthique ; la réflexion éthique est perçue comme largement absente des discussions en staff ; la demande enfin porte aussi bien sur un besoin d'enseignement académique que sur des séances de travail par petits groupes. Il appert qu'en tout état de cause, la discussion autour de cas concrets emporterait la faveur d'une majorité d'étudiants. Ce triple constat est parfois créateur d'angoisse chez l'étudiant, souvent mal préparé, peu armé pour les questions essentielles qu'il rencontrera dans l'exercice de sa profession, pour le rapport à l'autre dans ce qu'il a de plus exigeant ou mystérieux.

V. DONNER TOUTE SA PLACE À LA RÉFLEXION ÉTHIQUE DANS LA FORMATION INITIALE

L'objet de notre travail porte sur l'éveil des consciences plus que sur l'enseignement proprement dit, en particulier d'une discipline en tant que telle. Il ne nous appartient donc pas de nous situer sur le terrain des réflexions précises et largement engagées à l'heure actuelle, sur l'organisation des études et le contenu des programmes. Nous nous bornons ici à émettre quelques voies d'amélioration qui nous semblent pertinentes pour donner corps à une meilleure réflexion éthique dans l'exercice médical et soignant.

Il convient au préalable de rappeler que la première des exigences éthiques est la compétence attendue de chaque médecin et soignant. Nos recommandations n'ont donc pas pour objet de porter atteinte aux enseignements professionnels. On s'autorisera malgré tout à imaginer que la somme croissante des connaissances nécessaires renvoie à l'urgence d'apprendre à apprendre, à mettre en perspective, à structurer, cela d'autant plus que la numérisation de l'information rend plus aisée la mise à disposition des connaissances. Il sera de plus en plus difficile d'imaginer un savoir

indépendamment d'une assimilation personnelle, d'un travail de réflexion intérieure qui fait qu'une donnée ou qu'une information deviennent une connaissance personnelle, quelque chose dont on peut rendre compte. La pensée réclame la médiation de l'intériorisation et de la pratique. Gageons qu'une meilleure réflexion éthique participe de ce lieu mystérieux où s'élabore une pensée personnelle et le sens de la vie (dans ce qu'elle a de plus beau et d'énigmatique à la fois), qui ne résultent ni de « l'encyclopédisme » ni de liaisons hyper-textuelles. L'une des questions majeures est celle de savoir si l'éthique s'enseigne de manière académique ou par l'expérience. Cette question ne se pose pas bien sûr pour l'enseignement de la déontologie et des textes de référence concernant notamment les droits du malade.

V.1. Eveil à l'éthique

L'orientation qui nous guide est celle de l'éveil au questionnement éthique plus que la préoccupation de la transmission d'un savoir éthique. Un enseignement académique en éthique a en réalité peu de sens pour ceux qui se préparent à exercer une profession de Santé, tant qu'il reste désincarné, cela d'autant plus que les grandes questions éthiques qui défrayent la chronique ne sont qu'une part faible des situations quotidiennes rencontrées par les médecins et les soignants.

La réflexion éthique se nourrit d'abord du travail en équipe et de l'exemplarité des « anciens », puis d'un « travail » personnel. Cette étape-là est nécessaire et indispensable. Rien ne peut la remplacer.

La transmission des expériences et des perceptions du monde est chose aléatoire. Elle traverse un temps d'ineffable relation. Chaque vie est une marche. La pensée se nourrit de l'expérience acquise. La conscience ne commence véritablement que dans l'acte d'étonnement qui se prolonge dans une multiplicité de questions et le désir de comprendre, voire de se comprendre.

Plus donc qu'en termes de transmission d'un savoir éthique, nous devons comprendre l'idée de trace d'un questionnement éthique. La trace marque un passage, un indice ou un exemple. Le traceur signifie, oriente et donne sens. La trace est éphémère et profonde. Il en va comme d'un sédiment qui ne se voit pas mais qui nourrit. Le meilleur vecteur pour inoculer en soi la compassion à l'égard d'autrui est de la pratiquer... L'exigence éthique, propre de l'homme, répond à un appel venu d'on ne sait où. Se savoir aimé permet d'aimer, se sentir écouté permet d'apprendre. Dans comprendre, nous entendons en général, prendre, posséder, mais il faut aussi écouter dans ce verbe la pénétration dans l'intime, source de toute appropriation. Parler d'enseignement de l'éthique, c'est d'abord enseigner les questions, éviter les certitudes toutes faites, et laisser place aux réponses « en âme et conscience »... C'est aussi fonder la réflexion éthique sur un trépied : le légal, le moral, la pratique. En écrivant ainsi, nous sommes au coeur même de notre préoccupation.

Il en résulte quelques propositions ou orientations.

V.2. Stages pratiques

Proposer aux jeunes désireux de s'inscrire dans une formation aux professions médicales et soignantes, et avant la première année d'études, un « éveil » à l'éthique.

Un stage « préparatoire » dans une Institution de soins ou médico-sociale pourrait par exemple être fait pendant les mois d'été, entre le Bac et l'entrée en formation. Une telle mesure marquerait ainsi d'entrée la finalité des études entreprises. Nul doute que ce stage d'été permettrait à chacun des impétrants, de vérifier en son for intérieur son aptitude personnelle à l'exigence éthique que représente une activité de soignant. La question mérite en effet d'être rappelée : quel profil de femmes et d'hommes est-il en priorité recherché par le mode de sélection retenu pour l'entrée dans les études médicales et paramédicales ?

Nous recommandons donc aux Institutions de soins et aux Institutions médico-sociales d'organiser des stages d'été en priorité pour les jeunes désireux de s'inscrire dans une formation

aux professions médicales et soignantes. Il appartient au Ministère de la Santé de veiller à ce qu'une telle orientation puisse de fait être mise en application.

Dans le même esprit, il serait heureux de prévoir d'insérer davantage dans les heures d'enseignement en classes Terminales un « éveil » au questionnement éthique, notamment une sensibilisation aux débats dits de bio-éthique. Cette orientation est d'une « faisabilité » plus grande que la précédente.

V.3. Rééquilibrer la part donnée aux sciences de l'homme en PCEM **1**

Le PCEM 1 concernera à l'avenir de plus en plus de filières professionnelles. Le PCEM 1 est un concours. Ce climat « compétitif », créateur parfois de comportements non éthiques, pèse lourd. Il reste que le PCEM 1 peut être un lieu privilégié pour donner un bagage minimum, en quelque sorte une boîte à outils d'éveil, utile pour les reçus comme pour les recalés appelés dans leur citoyenneté à la même exigence de réflexion éthique... Cela d'autant plus que les bases de culture générale sont fragiles notamment pour les étudiants issus – et c'est la majorité – des terminales scientifiques. Cela d'autant plus si une valorisation des acquis en PCEM 1 autorise à l'avenir des « passerelles » vers d'autres cursus. Il serait d'ailleurs intéressant d'envisager de même, la possibilité d'inscription en PCEM 2 d'étudiants en provenance d'autres recrutements que le seul PCEM 1. A ce titre, nous partageons les réflexions en cours visant à revisiter nettement à la hausse, la part consacrée aux sciences de l'homme dans le programme retenu en PCEM 1.

Comment en effet espérer donner la distance nécessaire au seul primat scientifique et technique si l'on ne prend pas l'initiative dès le départ de valoriser davantage ce qui a trait aux connaissances de base en philosophie, anthropologie, histoire, sociologie, droit, économie, questions sociales, psychologie ? La liste est en effet longue des questions qui mériteraient une mise en éveil dès la première année des études. On peut citer ici, par exemple, les notions d'épidémiologie, de démographie médicale, d'économie de la santé et de questions sociales pour mieux appréhender l'environnement sociétal de la médecine ; de même, les notions de psychologie, de droit des malades, de déontologie médicale, pour mieux comprendre les exigences de la relation au malade ; et encore, les notions d'anthropologie et l'approche de la douleur et de la mort, pour mieux découvrir le poids de la maladie ; et enfin, la connaissance des rôles propres à chaque profession de Santé, pour mieux se préparer au travail en équipe.

Il importe de comprendre qu'à ce stade des études, l'essentiel est de donner les bases qui permettront ensuite, au contact de l'expérience clinique, d'aborder plus avant la réflexion éthique. Cela d'autant plus qu'à coup sûr les médecins et les soignants seront de plus en plus en dialogue avec des cultures multiples. Si la part des sciences de l'homme était ainsi rééquilibrée, il pourrait être envisagé de faire varier la pondération des coefficients des différentes matières enseignées en fonction des perspectives professionnelles choisies.

Ce rééquilibrage au profit des sciences de l'homme amène à repenser la nature des critères présidant à l'évaluation et à la sélection, pour le moment mieux adaptés aux matières scientifiques. Là encore, il appartient aux autorités Universitaires compétentes de prendre cette réflexion à leur compte. Cette question est en tout état de cause récurrente pour d'autres étapes du cursus.

V.4. pour les étudiants en médecine

V.4.1. Introduire un entretien d'évaluation en fin de PCEM 1 et en fin de PCEM 2

V.4.2. Renforcer l'éveil au questionnement éthique

Le soin porte en lui des questionnements, des situations qui laissent les étudiants ou les jeunes diplômés démunis, le contenu des enseignements n'étant pas toujours suffisamment adapté aux enjeux éthiques dont le soin est porteur.

- Développer l'éveil au questionnement éthique en contact avec l'expérience pratique

La formation à la réflexion éthique s'éprouve d'abord par la rencontre de cas concrets, par la découverte de l'épais mystère de chaque vie humaine. Dans cet esprit, il conviendrait d'introduire dès le PCEM 2 et en tout état de cause pour l'ensemble du second cycle, quelques heures sous forme d'enseignements dirigés non optionnels ou de séminaires, permettant de faire découvrir le questionnement éthique dans le quotidien des soins, les situations de crise, la recherche.

Il convient également de mettre à profit la rencontre entre les étudiants et les professionnels. Les stages hospitaliers devraient être de ce point de vue les meilleurs vecteurs de l'apprentissage à la réflexion éthique, de même que les stages en Cabinet de ville.

D'où l'idée essentielle de donner aux professionnels de Santé des moments communs de formation mais aussi d'échanges. La création d'un module transversal à l'ensemble des professions de Santé permettrait des temps privilégiés d'échanges.

En tout état de cause, il faut garantir aux étudiants des espaces de parole où la parole précisément ne soit pas bridée, où étudiants et professionnels puissent partager, se transmettre angoisses et convictions, savoir-faire et doutes, au total ce qui les réunit au service du malade.

L'organisation des stages, base même de la formation médicale et soignante, reste le vecteur privilégié de formation. Toutes celles et tous ceux qui ont connu ce temps-là savent combien leur regard a changé, aussi bien sur eux-mêmes, le malade, le travail en équipe. Il convient donc de « libérer » davantage la parole éthique au sein des staffs, de faire en sorte que l'éthique ne vienne pas en fin de parcours, au risque de l'amusement ou du cynisme.

Il convient de laisser place à l'expression du besoin de l'étudiant qui voit et vit des drames quotidiens, parce que la clef d'un enseignement à la réflexion éthique consiste à ouvrir l'esprit de l'étudiant aux questions qu'il doit se poser et qu'il doit poser aux autres.

Il convient pour cela de valoriser la capacité à douter, à ne pas savoir dire ou faire, à entendre le point de vue d'autrui, à sortir des dogmatismes et des attitudes « politiquement correctes », bref de valoriser l'aptitude à décrypter les aléas de l'humain.

Il convient également, au contact des réalités concrètes, d'apprendre à communiquer avec l'autre, ne serait-ce que par la qualité relationnelle et le respect du à toute personne (faut-il ici rappeler que la chambre d'un malade doit obéir aux mêmes règles que tout domicile privé... ?), en comprenant par exemple la part de vérité souhaitée par chaque malade comme le « jamais quitte » d'une relation, avec ce que cela comporte parfois de long terme, de durée, de recommencement et d'accompagnement. La dimension éthique de l'exercice médical et soignant est également à découvrir dans la recherche clinique.

Il faut savoir faire face avec un esprit ouvert, aux questions et aux besoins les plus inattendus. Il faut permettre l'échange, notamment sur les questions centrales de tout malade : qu'est-ce qui ne va pas ? Est-ce sérieux ? Comment l'ai-je attrapé ? Pouvez-vous me guérir ? Comment vais-je vivre avec, personnellement, familialement et professionnellement ? Qu'est-ce que vous allez me faire ?

Vais-je avoir mal ? Questions simples, réponses toujours délicates, d'autant plus lorsque plusieurs avis sont sollicités... Echanger également sur la tension « naturelle » entre ce que le médecin voudrait que son malade soit ou ce qu'il espère comme réaction, et ce que ce malade est ou répond en réalité. Echanger enfin sur le conflit de valeurs entre ce qui fonde la profession de médecin et de soignant, et ce que la société en son ensemble espère, attend, exige de la médecine et des soins.

- Faire en sorte que dans chaque module transversal, une part obligatoire de l'enseignement porte sur le sens de la recherche, des investigations, de la thérapeutique.

Peuvent ensuite, et ensuite seulement, se greffer sur cet « humus » en quelque sorte, des temps plus académiques facilitant la confrontation régulière aux textes fondateurs de l'humain, « l'épaisseur » culturelle souhaitable, le respect des lois sans jamais taire l'exercice d'une conscience en éveil, la connaissance des questions sociales et financières, les données essentielles en psychologie. L'enseignement académique et le temps de recul pris par chacun permet en quelque sorte de fournir un « alphabet », nous voulons dire les éléments philosophiques, spirituels et religieux, sociologiques, anthropologiques, juridiques, économiques, psychologiques nécessaires à toute réflexion, dès lors que le compagnonnage a favorisé l'émergence d'une réflexion éthique confrontée à des situations concrètes vécues par l'étudiant. Nous ne faisons ici d'ailleurs que redire ce qui traverse l'éthique, à savoir des institutions justes (« l'alphabet ») et une volonté bonne (« le compagnonnage »).

Le mot éthique est très peu utilisé dans les intitulés des programmes d'enseignement des seize modules transversaux du second cycle des études médicales. Bien que certains étudiants consacrent davantage de temps aux questions éthiques proprement dites grâce aux modules optionnels, cela renvoie en réalité au contenu de l'enseignement lui-même. Ce que nous revendiquons est un retournement en quelque sorte. Il conviendrait de faire en sorte que dans chaque module transversal, une part obligatoire de l'enseignement porte sur le sens de la recherche, des investigations, de la thérapeutique. Cela n'exclut pas bien sûr une attention plus soutenue dans le cadre du premier module de second cycle des études médicales, prévu notamment à cet effet.

Chaque étudiant serait ainsi éveillé par l'enseignant à comprendre davantage l'impuissance que la puissance de la médecine, et à se forger à la conviction que l'impuissance de la médecine n'est pas la disparition de la médecine, mais son essence même. Il s'agit de veiller à « une mise en profondeur » de l'acte de soins. L'étudiant doit entendre que le professeur a intégré dans sa pratique une réflexion éthique comme aussi importante que la trilogie signes, diagnostic, traitement.

Il faut pour cela que l'enseignant accepte le risque de s'exposer et de vaincre les « pudeurs ». En sens inverse, l'enseignement doit engager celui qui écoute. On peut espérer que l'orientation prise pour la réforme programmatique, qui consiste précisément en la formation à l'exercice personnel de réflexion, favorise cela.

V.5. Pour les étudiants non concernés par le PCEM 1 et qui se préparent à des carrières professionnelles dans l'univers de la santé

La démarche à suivre doit être de même nature que celle exposée plus haut. Il est à noter par exemple que les textes relatifs à la formation de la profession d'infirmier retiennent la nécessaire aptitude à « dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne » en faisant « participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité. » Pour répondre à cet impératif quasi catégorique, la réflexion des Autorités compétentes pose la problématique de réussir le lien entre une acquisition de connaissances théoriques ou des travaux de recherche et une pratique qui concerne chacun mais aussi la dynamique d'une équipe en son ensemble.

Nous ne pouvons qu'encourager l'organisation d'évaluation collective des stages en services hospitaliers, avec les formateurs, les cadres et les référents de stages. Des partenariats entre les hôpitaux et les Centres de formation, autour de projets pédagogiques, aideraient à mieux prendre en compte notamment les situations de soins et à faciliter l'échange entre les étudiants et les professionnels. Les axes que nous abordons ne pourront être pris en compte et développés que si une réforme des textes réglementant les formations paramédicales hors PCEM 1 (manipulateurs en électroradiologie médicale, techniciens en analyse biomédicales...) est entreprise. Pour ces professions, la formation éthique n'est pas ou pas assez présente dans les programmes de formation. Une piste de travail consisterait à s'inspirer des solutions retenues pour les études d'infirmiers. Quant aux élèves Directeurs d'hôpital, il convient là aussi de réfléchir à une accentuation nette, par rapport aux enseignements actuels, de l'éveil au questionnement éthique, aussi bien à l'occasion des stages en établissements que par un enseignement académique approprié, l'organisation de séminaires de réflexion éthique et de Conférences de quelques « grands témoins ».

V.6. Pour les Internes et les Chefs de clinique : création de séminaires de réflexion éthique

Il convient d'aller plus loin si l'on cherche réellement à provoquer un « choc culturel » décisif.

L'enseignement académique doit concerner une meilleure connaissance des différentes formes de l'exercice médical, de manière à inciter à la meilleure complémentarité possible, et un apprentissage rigoureux de la déontologie médicale et de son code. Mais l'éveil au questionnement éthique, passant en priorité par la confrontation à la réalité avant de s'essayer aux concepts plus abstraits et finalement à la réflexion sur l'humain, exige de recourir aux études de cas et à la méthode des séminaires.

Ainsi, nous proposons l'organisation d'un séminaire de réflexion éthique, d'une durée de trois jours, situé durant l'Internat.

Seule la présence à ce séminaire sera obligatoire et nécessaire à la validation de l'Internat. Nous prenons le parti en effet de la « gratuité » de ce séminaire en termes d'évaluation. En revanche, il faut tenir fermement à l'exigence de participation. Deux formules sont envisageables : ou bien, ce séminaire se situe à l'entrée dans l'Internat ou après quelques mois d'exercice, de manière à privilégier la démarche pluri-disciplinaire, ou bien il se situe dans le cadre de chaque DES pour tenir compte des questions propres à chaque discipline y compris la médecine générale. Ce séminaire aura pour objet la confrontation du point de vue de quelques apports théoriques (notamment philosophiques, psychologiques et juridiques) et de quelques équipes soignantes sur des cas précis présentés aux jeunes médecins, aussi bien dans le quotidien des soins que dans des situations de crise, dans la recherche comme dans l'examen clinique ou complémentaire. Ce sera l'occasion privilégiée de souligner avec force la « chaîne » de la prise en charge d'un malade en montrant les risques d'une hyper spécialisation et en insistant sur la pertinence d'une organisation des soins pour le malade et autour du malade. Autour d'un examen de certaines situations concrètes, et appropriées à leur auditoire, aussi bien en clinique qu'en recherche, ces séminaires peuvent être autant de « mises en appétit » sur les axes suivants :

- ↳ *communiquer. Toute personne ouverte à la réflexion éthique se confronte à la nécessité de communiquer avec autrui afin d'exprimer son point de vue, présenter des arguments raisonnables et formuler des critiques rationnelles à l'égard du discours d'autrui. Il faut donc s'ouvrir aux enjeux de la communication orale et de l'argumentation logique.*
- ↳ *penser. Toute réflexion sérieuse en éthique requiert une envie d'acquiescer pas à pas les éléments nécessaires permettant de mieux comprendre les présupposés axiologiques et culturels d'un discours, de saisir ses principales articulations. De*

ce point de vue la philosophie morale doit être considérée comme une discipline essentielle.

- ↪ *dialoguer. Toute personne ouverte à la réflexion éthique doit manifester une ouverture sur le monde des valeurs d'autrui. Une mise en éveil en anthropologie sociale et spirituelle voire religieuse permet d'acquérir cette ouverture.*
- ↪ *juger et agir. La réflexion éthique véritable repose sur la délibération en vue de la meilleure action possible. Il s'agit d'éveiller à la saisie des enjeux éthiques et à la délibération à partir d'un horizon de valeurs.*
- ↪ *pour une réflexion personnelle. Toute délibération éthique doit pouvoir conduire à l'action la plus juste possible. La confrontation casuistique est là le meilleur service.*

L'enjeu de ces séminaires n'est pas l'enseignement d'une matière académique, mais l'enrichissement de la réflexion éthique personnelle par la présentation de cas singuliers et l'échange des questionnements éthiques beaucoup plus que des réponses. Il s'agit en quelque sorte d'enseigner les questions et non les réponses, en faisant en sorte notamment d'éviter l'attitude absolutiste comme l'attitude relativiste. De tels séminaires pourront susciter plus de remises en cause que de certitudes, tant il est parfois déstabilisant de s'apercevoir de la diversité des opinions. Il va donc de soi que ce séminaire devra être perçu comme un lieu faisant symbole, qu'il devra être « repris » ensuite par l'enseignement et l'exemplarité du Chef de service lui-même. Il s'agit en effet d'apprendre à s'interroger, à interroger aussi, sans pour autant fuir dans l'éternelle discussion l'exigence de la décision. Rappelons ici qu'un médecin ou un soignant est le plus souvent seul décideur au quotidien dans l'urgence. Nous soulignons ici une préoccupation : ces séminaires ne doivent pas se transformer en Groupes de parole, mais être des lieux « d'objectivation ». De ce point de vue, il conviendrait que les autorités compétentes puissent déterminer quelques grilles d'analyse, en faisant droit aux conflits de point de vue et d'observation, aux conflits de valeurs et de normes, aux conflits entre la règle générale et la sollicitude pour autrui.

Nous recommandons de la même manière l'organisation d'un séminaire de même type, sur trois jours, au cours du Clinicat.

Il s'agit là notamment de faire en sorte que les Chefs de Clinique qui devraient être largement mobilisés dans l'enseignement, se confrontent d'abord eux-mêmes à la réflexion éthique. Ce séminaire viendra compléter celui qu'il convient de mettre en place pour former à la pédagogie, et dont le principe est aujourd'hui reconnu.

V.7. Les critiques éventuelles

Ces quelques pistes se heurtent à la difficile question de la qualité de la réflexion éthique des enseignants, des chefs de service et des Cadres supérieurs tout comme de celle des généralistes.

Au vu de ces orientations, nous entendons la critique qui ne manquera pas de venir d'avoir énoncé quelques vœux déconnectés de la réalité et de manquer de précisions concrètes pour une mise en oeuvre réaliste. Nous le répétons, il n'est pas dans nos intentions de nous substituer sur ce point aux Autorités compétentes. La question pour nous est de lancer des pistes de débats et elle reste de susciter la réflexion éthique là où elle est encore trop absente. Il est vrai que l'appétit pour apprendre est directement proportionnel à la qualité pédagogique des enseignants. Ce qui est en jeu est une humilité réciproque. Celle des anciens par la volonté de faire grandir en chaque jeune et à son rythme, les capacités qui lui sont propres sans vouloir lui imposer un modèle et un rythme uniques et dominants. Celle des plus jeunes par la reconnaissance nécessaire de l'écoute et de l'observation des savoir-faire de ceux qui ont déjà dû faire. Il est vrai qu'un exemple de non respect du malade annihile des heures d'enseignements sur la dignité du malade (ou peut-être suscitera une réaction très forte de l'élève en retour...). La valeur de l'exemple pèse beaucoup dans l'émergence d'une réflexion éthique.

V.8. Favoriser progressivement la participation de référents en éthique médicale pour aider à la réflexion éthique dans la pratique comme dans l'enseignement

La réflexion éthique sera d'autant plus stimulée dans les Institutions de soins, en ville et dans l'enseignement qu'il sera possible de mettre à profit le concours de référents en éthique médicale.

Il ne s'agit ici en aucun cas pour nous de favoriser l'émergence d'éthiciens professionnels comme il peut en exister Outre Atlantique. L'objectif n'est pas en effet de rassurer une communauté soignante par la présence d'experts capables de la protéger dans les actions contentieuses ou susceptibles de penser pour elle face aux situations les plus difficiles. L'objectif est au contraire de favoriser l'émergence de la réflexion éthique au sein de la communauté soignante, au même titre qu'un entraîneur permet l'expression du meilleur d'une équipe dans les sports collectifs... Ces référents en éthique médicale, aussi bien dans l'enseignement que dans la vie des Institutions de soins ou l'exercice en ville, pourraient aider à l'identification des principales questions, à clarifier le questionnement lorsqu'il y a risque de confusion et à évaluer les réponses apportées.

C'est parce qu'il y a des veilleurs qu'il existe des valeurs...

La création de DU, DESS ou DEA en éthique médicale (on peut supposer qu'il en sera de même avec les futurs masters professionnels ou de recherche) permet d'offrir aux étudiants et professionnels qui le souhaiteraient, la possibilité d'une formation complémentaire en vue de devenir référent pour la réflexion éthique. Il serait d'ailleurs passionnant de rassembler périodiquement dans une publication l'essentiel des mémoires de DU en éthique médicale (outre les Facultés de Paris VI, XI, XII et de Marseille, notons le développement de ces enseignements à Lyon, Nancy, Poitiers, Brest, Strasbourg notamment).

Cette formation doit être ouverte à l'ensemble des soignants, en institutions de soins ou non. Nombreux sont ceux qui y portent intérêt. En tout état de cause, ces formations doivent concerner en priorité des personnes engagées dans la prise en charge du malade. Le malade est le premier des formateurs en éthique... Il n'est pas inutile cependant de prévoir d'étendre cette formation aux enseignants de sciences humaines soucieux d'entrer en dialogue profond avec la culture médicale et la réalité du soin.

En sens inverse, il serait intéressant de prévoir la possibilité pour des cliniciens d'accéder à des responsabilités enseignantes sous un « label » sciences humaines. Nous recommandons à ce titre que soit demandé aux Présidents des sections du CNU principalement concernées en sciences humaines, un document précisant les qualifications requises des cliniciens voire des soignants pour pouvoir accéder à une fonction d'enseignement universitaire en sciences humaines, faisant la part des démarches d'observations quantitatives et de la réflexion personnelle dans les travaux de thèse par exemple.

V.9. Développer « l'axiologie médicale ».

L'une des voies à privilégier pourrait être également le développement de Départements pluridisciplinaires ad hoc au sein des Universités.

Ces organes permettraient l'émergence et la publication de travaux de recherche en éthique de même que la nomination de Professeurs associés pour un temps donné. Les travaux de recherche pourraient notamment concerner des équipes volontaires de professionnels, partant de l'observation des pratiques, favorisant l'échange interdisciplinaire et la confrontation aux données théoriques, pour renvoyer ensuite vers l'amélioration des pratiques. Un travail de même type pourrait concerner l'univers de la recherche en biologie.

On soutient généralement que le discernement éthique met en jeu la situation unique vécue par chaque malade, les règles normatives et les grands principes comme les valeurs universelles. Ainsi

le discernement doit-il être attentif à ce dont chaque cas particulier est porteur. La réflexion éthique en médecine fait en quelque sorte éclater la notion traditionnelle de discipline. Elle appelle une réflexion transdisciplinaire où chaque approche est nécessaire.

Nous proposons qu'une réflexion soit ainsi ouverte en faveur de l'expérimentation de Départements pluridisciplinaires « d'axiologie médicale ». Mot à comprendre comme réflexion scientifique sur les valeurs, qui met en jeu les fondements légaux, politiques et sociaux des options éthiques retenues par une société en son ensemble aussi bien que le discernement de chaque malade, chaque famille, chaque acteur des soins. Cela concerne aussi bien les approches fondamentales que les applications concrètes dans la sphère intime comme dans l'espace public.

Cela autoriserait un enseignement diversifié, aussi bien théorique que confronté aux pratiques et aux situations rencontrées. La médecine occupe une place particulière. Centrée sur l'homme dans toutes ses dimensions, elle partage des réflexions qui concernent aussi bien les sciences humaines que les sciences expérimentales. La médecine est le lieu de médiation qui révèle l'homme à l'homme. De ce point de vue elle est au coeur d'une approche « culturelle ». De nombreuses disciplines seraient concernées si une « axiologie médicale » venait à prendre corps : le droit, la science politique, la philosophie morale, la psychologie, l'anthropologie sociale et culturelle, l'économie et les questions sociales, pour ne citer que les principales. Au total, développer une « axiologie médicale » n'est rien d'autre que développer l'accompagnement nécessaire des professionnels confrontés, plus que d'autres professions, aux questions lourdes de sens nées de leurs pratiques. La démarche adéquate est en quelque sorte herméneutique.

VI. DONNER TOUTE SA PLACE À LA RÉFLEXION ÉTHIQUE DANS L'EXERCICE MÉDICAL ET SOIGNANT

C'est à chaque occasion d'accueil des blessés de la vie que l'éthique se trouve engagée. Une réflexion éthique « quotidienne » s'impose donc à chaque médecin et à chaque soignant. Le refus de l'interrogation, de l'interpellation, de l'inquiétude éthique, est une attitude éthiquement critiquable. Le fait d'interroger la science n'est pas illégitime en soi.

Le vécu des médecins et soignants les appelle à la réflexion éthique, sauf à fuir tout questionnement de peur d'être submergé. Quelle vérité dans quelle qualité de dialogue avec le malade et sa famille traditionnelle ou recomposée ? Quel secret dans quelles circonstances quand l'impératif de santé publique cogne à la porte du respect de l'intimité ? Quelle reconnaissance du handicap, quel prolongement thérapeutique, quel risque diagnostique ou thérapeutique, quelle probabilité d'effets secondaires ? Quelques questions parmi d'autres qui viennent interpellier l'exercice médical et soignant.

Le point clef est de se méfier de l'acte routinier qui évite la liberté du questionnement et la remise en cause de ce qui pourtant paraissait acquis à jamais. Face au déploiement « d'experts en éthique médicale », qu'en serait-il de la pratique quotidienne des médecins et soignants, des directeurs d'hôpitaux et des assureurs, des citoyens eux-mêmes, si la réflexion éthique n'était pas d'abord l'affaire de tous ?

Le discernement ne se décrète pas « d'en haut ». Aucune recommandation ne peut recouvrir tous les cas de figure, ni comprendre la singularité de chaque malade et de chaque situation. Et la question restera celle-ci : malgré ou du fait des progrès scientifiques et techniques, avons-nous franchi quelques pas supplémentaires pour une plus grande humanité dans la prise en charge du malade ? Dans les questions comme dans les choix retenus, la parole du malade est aussi importante que celle du médecin, celle du « naïf » aussi présente que celle du scientifique. Face à certaines épreuves de la vie trop pleines de douleur et sans espoir apparemment possible, la qualité de l'échange fait entrevoir une responsabilité partagée, comme une relation portée à son plus haut niveau d'humanité. Le soignant se révèle alors dans sa capacité de proximité avec le soigné, en retournant le déséquilibre entre le faible et le fort, entre l'homme couché et l'homme debout. Une

ouverture sur l'intime est possible en toute pudeur parce qu'il y a respect et écoute du courage entrevu.

Oser se laisser prendre par l'autre, le souffle coupé, dans le retournement des certitudes que provoque le visage de celui qui souffre, qui appelle : le courage éthique est là. C'est d'un appel à une conscience en éveil dont il est ici question. Il faut en mesurer tout le sérieux, l'engagement du médecin et du soignant se déterminant à partir du malade. Il est ainsi étonnant d'entendre parler quelques « biens portants » peu avares d'affirmations sûres à propos de ce qu'ils feraient si eux-mêmes étaient confrontés à la maladie du malade observé ; ils oublient tout simplement qu'ils ne sont pas malades. Le médecin ou le soignant ne font que s'approcher de l'ontologie de la souffrance du malade, ils ne l'éprouvent pas. Prenons l'exemple de la mort, heure de l'ultime responsabilité. Traiter l'inconfort de l'agonisant, oui bien sûr : aspiration des sécrétions, oxygénation et amélioration des conditions respiratoires, discernement scientifique entre dose apaisante des opiacées et dose toxique, hydratation, soins cutanés, soins de bouche, lutte contre les nausées, contre la transpiration, également attention portée aux miettes sur le drap, au contact avec l'alèse. Mais il n'est jamais facile de mesurer le degré de conscience qui se maintient au sein d'un corps accablé, dans l'agonie ou l'absence de communication. Nous avons fait l'expérience d'une ouïe qui parfois demeure alors que toute perception semble à première vue éteinte. L'éthique conduit alors jusqu'au vivre avec, vivre auprès de, jusqu'à accompagner aussi loin que possible sur ce chemin mystérieux et si intimement personnel qui nous emmène jusqu'à ce que la main prise soit lâchée.

Chacun est ainsi appelé à mener sa propre réflexion éthique, en la « nourrissant » par le dialogue avec d'autres, par la clarification de ses mouvements psychiques internes, par la lecture des textes fondateurs de l'humain et par les avis d'experts bien sûr, avant d'en venir à l'intime de sa conscience et à l'exigence de sa responsabilité à laquelle il ne peut se dérober.

Cela est d'autant plus vrai que la réflexion éthique, dans l'univers du soin, ne saurait se réduire aux grands débats dits de bio-éthique, même si ceux-ci, nés d'une puissance scientifique et technologique inconnue il y a encore quelques années, aiguïsent le questionnement du « pourquoi » et du « pour qui ». C'est d'abord à chaque occasion d'accueil des blessés de la vie que s'exerce la responsabilité, dans le quotidien des actes et des paroles. C'est à l'occasion de chaque guérison ou de chaque échec thérapeutique que l'éthique se trouve engagée. Une aide à la réflexion, un conseil avisé voire le travail de la réflexion nécessaire ne remplacent jamais la décision personnelle. L'éthique c'est aussi bien la réflexion sur les grands problèmes médicaux que la mise en cause du comportement quotidien offert à chaque malade et à chaque collègue. Il appartient en réalité à chaque soignant de vivre sa part si particulière de la vocation humaine, sans délégation.

Il s'agit aussi de faire prendre conscience de l'utilité d'allers et retours réguliers durant sa vie professionnelle, entre le temps de l'engagement et de l'acte, et le temps du recul et de la pensée, ces temps se nourrissant mutuellement. La réflexion éthique est un travail, un vrai travail de toute une vie, et non un « café du commerce » sympathique. Le jugement moral se prend à partir de considérations rigoureuses.

Il s'agit enfin de favoriser l'accompagnement du soignant lui-même pour qu'il puisse s'interroger sur ce qui se joue dans la relation y compris au plan psychique. Le langage éthique, cherchant à dire la responsabilité comme ouverture de soi pour l'autre, ne veut pas dire pour autant mépris de soi ou culpabilité destructrice. L'offrande de soi suppose un soi. Soigner bien en méditant suppose une assise, ouverte et curieuse.

- L'exemple donné par la question centrale du consentement libre et éclairé

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne », rappelle l'article L.1111-4 du code de la santé publique.

L'actualité récente a mis l'accent sur plusieurs épisodes douloureux, dans lesquels des refus de soins, opposés pour des motifs de croyance personnelle, plaçaient les médecins et les soignants

devant un insoluble dilemme. Et pourtant : pour ces quelques cas exceptionnels, combien de fois, à l'inverse, dans le quotidien de la vie des services hospitaliers, ne se satisfait-on pas du recueil trop rapide d'une signature assortie des explications légales ? Ou combien de fois des demandes, certes expressément formulées mais par des malades en désarroi, sont-elles prises au pied de la lettre, sans atteindre au coeur de ce qu'elles veulent signifier ? La recherche d'un authentique consentement aux soins est une étape de vérité. Or la vérité du malade est plus que la vérité de sa seule maladie.

Ainsi, le respect du malade exige parfois de ne pas se contenter de ses premiers mots, ou de savoir déchiffrer ce qui se dit vraiment derrière une formule d'acceptation ou de renoncement. L'éclair de conscience sollicité dans certaines circonstances peut parfois signifier une violence insupportable, en demandant au malade une capacité à maîtriser l'in-maîtrisable par une connaissance exacte et intime du but poursuivi, par le soin ou la recherche avec les risques possibles ou probables. Allongé, l'homme invoque une espérance qu'il serait imprudent de métamorphoser en certitudes définitives voire en formulaires juridiquement impeccables.

Sans modifier le texte de la loi, nous croyons nécessaire que cette recherche du « consentement libre et éclairé » soit vraiment celle d'un « consentement libre, éclairé et profond », et qu'une démarche officielle soit engagée en ce sens dans l'ensemble des services hospitaliers, qui sont les lieux les plus directement confrontés à ce problème.

Matériellement parlant, cette proposition ne passe donc pas par un texte normatif supplémentaire, ou par la modification des textes existants : il s'agit, précisément, de faire vivre les obligations actuelles dans un esprit qui ne les détourne pas de leur sens.

Pour cela, il conviendrait de formuler, puis de recommander par voie d'instruction interne, une certaine manière de conduire, dans différentes situations, ce recueil du « consentement profond ». Afin que cette procédure aille au-delà de la signature d'un formulaire, au-delà de la simple couverture du risque juridique, et que cet indispensable supplément de vérité et d'humanité ne soit pas simplement abandonné à l'initiative personnelle de chaque médecin ou soignant. En écrivant ainsi, nous posons la question du dépassement de ce qui à première vue paraît parfois « évidemment » s'imposer, lorsqu'il s'agit du début comme de la fin de la vie, ou du handicap le plus lourd. Nous posons la question du meilleur discernement possible, avec le tâtonnement du questionnement et le « dialogue intime » du psychisme.

Nous posons cette question pour aujourd'hui mais aussi pour demain – la responsabilité se vivant dans le temps long de l'humanité – en laissant interpellé l'aujourd'hui de nos attentes par le temps de l'avenir de l'homme. La quête d'authenticité en terme de maximisation du pouvoir sur la vie signifie un progrès mais conduit parfois à une fragmentation excessive de l'intégrité du vivant source de bien des frustrations.

En écrivant ainsi, nous sommes en réalité au coeur même de l'enjeu de ce rapport. La nécessité même du consentement répond d'une exigence déontologique. Le qualificatif « libre et éclairé » tel que retenu par la loi répond de l'exigence éthique. C'est à ce moment précis que se noue le colloque singulier entre le malade et le médecin ou le soignant. C'est à ce moment précis que se révèle la nature de la relation de confiance voulue par le malade et variable selon les malades. C'est à ce moment précis qu'intervient la responsabilité du médecin et du soignant et donc la liberté d'agir en « son âme et conscience ». Ce que nous visons est un consentement « établi » dans le cadre du colloque singulier. Cela n'est pas contradictoire avec une évaluation a posteriori des pratiques sous l'angle éthique, bien au contraire. Mais de même que l'on n'est pas soigné par l'épidémiologie, de même le choix éthique peut être « documenté » par des observations statistiques, mais il n'en dépend pas. Ce qui est en jeu ici est bien la capacité de discernement de chacune des personnes concernées. Une réflexion de même nature peut s'appliquer au dialogue avec « la personne de confiance » lorsque le malade lui-même n'est pas en mesure de participer à l'échange.

VII. EN GUISE DE CONCLUSION

L'exigence thérapeutique, la compétence scientifique et technique, la responsabilité économique s'ordonnent à un principe qui les récapitule et leur donne du sens : la recherche de la vérité et de la dignité de l'homme.

Notre conviction est que l'éthique n'est pas un regard porté par surcroît sur une pratique de soins qui lui resterait distincte. Elle constitue une ambition d'ensemble, une référence qui englobe toutes les dimensions de la pratique médicale et soignante. Plus l'exercice médical et soignant sera enrichi par la science et la technique, plus il sera soumis au droit, aux contraintes financières voire au « consumérisme », plus le besoin de réflexion éthique s'affirmera. La personne malade somme chaque médecin et chaque soignant d'aller au-delà de la ligne droite de l'exigence thérapeutique. Nous avons compris ainsi l'éthique comme le sens du soin, en résistance contre la béance qui pourrait s'ouvrir entre la pratique médicale et soignante, et la réflexion éthique. L'engagement à se mettre au service de la personne malade, s'il est honnête et courageux, s'il est réfléchi du point de vue éthique, conjugue forcément la rigueur scientifique et médicale comme la rigueur gestionnaire. Parler d'éthique, ce n'est rien d'autre en somme qu'en appeler à l'exigence de bonnes pratiques médicales et soignantes. L'éveil à la réflexion éthique désigne donc en premier lieu un intérêt particulier pour les situations concrètes, aussi bien en clinique qu'en recherche. Il n'est d'ailleurs pas inintéressant de noter que le questionnement éthique a surgi concomitamment au progrès médical et que de ce point de vue l'exercice médical et soignant s'est trouvé en quelque sorte « en avance » par rapport à d'autres secteurs d'activité.

Parmi différentes orientations, nous recommandons en priorité un meilleur lien entre enseignements théoriques et pratique des soins pour les étudiants se préparant à l'exercice médical et soignant, et la mise en place de séminaires de réflexion éthique. Nous recommandons également de favoriser progressivement la participation de référents en éthique médicale pour aider à la réflexion éthique dans la pratique comme dans l'enseignement.

L'autre idée directrice est de rappeler que c'est à chaque occasion d'accueil des blessés de la vie que l'éthique se trouve engagée. Nous avons pris l'exemple décisif du consentement aux soins, en cherchant à montrer l'enjeu du discernement éthique en ce domaine, en recommandant de veiller à la profondeur du consentement requis comme libre et éclairé.

Nous avons souligné notre préférence en direction de la création d'Espaces de réflexion éthique dans chaque Région, ouverts à toutes les professions médicales et soignantes. Il conviendrait dans cet exercice d'ouvrir l'observation aux réflexions et aux initiatives d'autres pays.

Une autre piste serait de préparer, à destination de l'ensemble des professionnels et enseignants, un document de référence destiné à accompagner la pratique de tous les acteurs du système de Santé. Ce document serait régulièrement enrichi au vu des débats conduits. Il pourrait comporter à la fois des renseignements pratiques, des méthodes de conduite de la réflexion et de l'analyse, mais aussi des préceptes de fond voire des citations à méditer.

Notre conviction est qu'il y a place pour évaluer pas à pas les orientations suggérées par ce rapport et les évolutions observées. Le questionnement éthique et « l'histoire » de l'éthique médicale sont encore trop récents, les débats et controverses sur les initiatives prises encore trop vifs, pour qu'il soit raisonnable de « statuer » définitivement.

Entre savoir, technique et art, le chemin de la « sagesse » reste toujours à écrire...

Résumé par Corinne Crolot et Thierry Jourdan