



Réflexion éthique et formation médicale

Intégrer la réflexion éthique dans la formation médicale c'est enseigner des données théoriques, discuter des cas pratiques et surtout impliquer le futur soignant.

Paula La Marne
Agrégee de philosophie,
professeur en sciences humaines,
Université de Paris XI

Les sciences humaines font désormais partie du cursus universitaire du futur médecin. Elles sont obligatoires dans la préparation au concours de première année (PCEM1)¹ puis sont présentes, en deuxième année, de façon optionnelle ou quelquefois obligatoire. Il faut entendre par sciences humaines, « la démographie, l'économie de la santé et l'organisation des systèmes de santé, la psychologie, la déontologie ». Mais dans les faits, les programmes étant suffisamment souples pour laisser de la liberté aux organisateurs, figurent aussi dans les enseignements l'histoire de la médecine (formation des concepts, évolution des mentalités...), l'anthropologie, le droit, la sociologie, l'éthique médicale. La formation médicale invite donc désormais à réfléchir à une dimension plus large de l'approche du patient.

La philosophie est présente dans cette nouvelle partie du programme, bien qu'elle ne soit pas nommée comme telle et bien qu'au sens propre elle ne soit pas une science humaine. Elle occupe dans ce panorama une place double : soit sous la forme de l'éthique, en formulant les problèmes à caractère moral auxquels nous confrontent les techniques modernes, soit sous la forme plus rare de l'épistémologie, en examinant la construction de notions biologiques pour en tirer des conclusions sur la façon dont se constitue la rationalité scientifique. Dans l'un et l'autre cas, elle analyse les implications de la science médicale.

1. Arrêté du 19 octobre 1993. Annexe du Jo du 10 novembre 1993 : Section VIII : Sciences humaines et sociales (Bulletin officiel de l'Éducation nationale, n° 41, 2 décembre 1993).

Notre expérience portant plutôt sur l'approche éthique², quelles remarques peut-on faire au sujet de cet enseignement particulier ?

Les réticences

Bien que l'enseignement de l'éthique médicale gagne du terrain, des doutes et une certaine méfiance peuvent persister à son encounter. D'où viennent ces doutes ? Sur quelles raisons reposent les formes variées de la résistance à l'éthique ? Voici les raisons³ que nous croyons déceler.

Ce qui est vrai en théorie est-il vrai en pratique ?

Voici une opinion courante qui consiste à penser que la philosophie, destinée à formuler des principes généraux dans l'abstrait, passerait inévitablement à côté des problèmes particuliers de l'existence concrète. C'est oublier que les sciences (qui connaissent le réel et peuvent le modifier) sont elles aussi des théories et que la question pertinente n'est pas celle de la distinction entre l'abstrait et le concret, mais celle de la distinction entre les bonnes et les mauvaises théories : la biologie moléculaire a toute sa valeur, la théorie

2. Au CHU du Kremlin-Bicêtre (Paris XI), au CHU de Créteil (Paris XII), au CHU de La Salpêtrière (Paris VI).

3. Nous parlons bien de raisons, c'est-à-dire d'arguments que l'on peut avancer. Nous proposons de les distinguer des causes qui freinent l'extension de l'éthique médicale : l'ignorance (génératrice d'indifférence) de ce qu'est la philosophie, la force de l'habitude (ou conservatisme), la crainte de bousculer l'autorité médicale, etc. Ce sont des causes à caractère psychologique. Entrons plutôt directement dans le débat d'idées.

des quatre humeurs des temps anciens ne vaut rien... Se penchant sur cette question, Kant ironisa, en évoquant le ridicule de l'artilleur qui oserait affirmer que la théorie mathématique des projectiles n'est pas valable dans l'application⁴. Certaines théories éclairent le réel, d'autres se trompent, voilà la distinction qui convient. On nous dira que les sciences expérimentent le réel et que leur rapport avec le monde concret consiste alors en un « dialogue » serré, pour reprendre l'expression de G. Bachelard. Mais le philosophe n'a pas moins de rapport avec la réalité. Il fait feu de tout bois et a recours aux données multiples que lui fournissent les sciences, qu'il confronte à ses rencontres de terrain et à sa connaissance de l'histoire des mentalités et des idées. Sa perspective est donc particulièrement riche et ouverte : peut-on le dire coupé du monde ? Il n'en a pas le droit et doit savoir de quoi il parle. Il va à la rencontre du réel et fait usage de sa raison, un usage dit critique, qui soumet idées et comportements à l'épreuve, formule des problèmes, propose des éléments, argumentés, de réponse.

Y a-t-il des vérités en éthique : tout n'est-il pas relatif ?

Voici un argument plus solide. Chaque soignant en exercice a, en effet, hésité face à des choix également possibles dans l'intérêt du malade (chirurgie ou chimiothérapie ? etc.), ou a, au contact de l'expérience, abandonné certains principes valables par ailleurs (par exemple, « dire la vérité » en cas de pronostic sombre...). Y a-t-il des recettes toutes prêtes ? Chacun sent bien que la variété des situations, où entrent en ligne de compte le cas pathologique individuel, mais aussi la capacité cognitive du patient, sa capacité émotionnelle, ses *a priori*, son origine culturelle, ne permet pas d'affirmer cela. Faut-il dès lors verser dans le scepticisme et le relativisme, chaque médecin n'ayant plus qu'à compter sur ses « valeurs », ses habitudes, ses intuitions ? Mais si l'n'y a plus de point de repère quelque peu stable, chacun sent le danger d'une liberté d'action qui ouvre la voie à l'arbitraire. C'est cet arbitraire que combat la longue formation des jeunes médecins auprès des « anciens » qui, en expliquant leurs motifs et en donnant des conseils, mêlent les aspects éthiques aux aspects proprement médicaux de leurs décisions. La prolifération actuelle des formations complémentaires en

éthique, qui traverse le paramédical et le médical, renforce cette volonté et en dit long sur un besoin d'y voir clair, de confronter les points de vue, de s'enrichir par l'interdisciplinarité. D'où vient un tel besoin, de toute façon attaché à la formation médicale elle-même ? Très probablement de la diversité des techniques et de la multiplication des choix qu'elle implique. Lorsque le sort décidait de la maladie à la place du médecin, un certain nombre de questions ne se posaient pas. Mais maintenant que l'on peut, dans une situation de pronostic fatal, par exemple, soit s'abstenir de nouvelles thérapeutiques en cas de complications (antibiotique, hémodialyse...) sans abdiquer pour autant les soins courants (« *nursing* »...), soit poursuivre plus avant et instaurer des thérapeutiques aux chances faibles mais existantes, soit interrompre tel ou tel soin en cours... Que faut-il faire ? Entre plusieurs solutions, laquelle choisir ? Maintenant que le diagnostic anténatal peut révéler des maladies « graves et incurables au moment du diagnostic », que faut-il entendre par « graves » : quels seront les critères d'appréciation qui fondent la décision ? Car si chacun s'accorde sur le principe kantien du « respect de la personne humaine », quel sens, quel contenu donner à cette notion dans telle ou telle situation : respecte-t-on la personne humaine qui demande la mort si l'on s'y refuse en respectant en elle le caractère sacré de sa vie, ou si l'on accède à sa demande par respect de sa volonté ?

Que faut-il entendre par éthique médicale ?

Si nous reprenons l'exemple de la fin de vie, nous voyons se dessiner des lignes de conduite dans l'action médicale. Par exemple, se fondant sur « le principe de proportionnalité », qui compare les bénéfices attendus du traitement à ses effets négatifs, les médecins ont élaboré la notion de « soin futile » (inutile) qui évite de tomber dans l'acharnement thérapeutique (des examens complémentaires, la mise en place de nouveaux traitements, des perfusions nutritives, auparavant justifiés, n'ont plus de sens dans les dernières heures...). Les réanimateurs par ailleurs s'appuient constamment sur les deux critères de « la durée de vie » estimée et de « la qualité de vie » à venir du patient, étroitement combinés, pour évaluer au plus près possible le mode d'existence futur du patient et décider de la conduite à tenir. Enfin, pour contrer les risques d'une demande de mort qui n'aurait rien de libre ni de solide, les soins

palliatifs, ont, pour leur part, mis l'accent sur le traitement de la douleur, la prise en charge de l'anxiété, la multiplication des liens avec l'entourage, car la souffrance et la solitude sont des sources de désespoir. On le sait, il s'agit d'appréhender le patient comme une « personne globale »⁵... Ce genre de « principes », à peine esquissés ici, ne sont pas des recettes rigides mais des indications, des pistes, des directives, élaborées par la pratique médicale telle qu'elle se pense.

Il s'agit donc de montrer aux étudiants en médecine qu'il faut se garder de deux écueils : une pratique aveugle et un dogmatisme inflexible. L'éthique médicale est une morale « en situation », capable de dire ce qui convient dans tel ou tel genre de situation et au nom de quel principe (autonomie, qualité de vie, justice, engagement...). Elle se présente comme une troisième voie, capable d'atteindre l'universel par la valeur de ses arguments et capable d'appréhender la particularité des situations sans s'y noyer. C'est une activité rationnelle. Le philosophe Paul Ricoeur a expliqué avec finesse dans quelle sorte de rationalité l'on se trouve. Toute réflexion qui porte sur des questions de morale (et cela concerne le magistrat, le décideur politique, le médecin...) manie des arguments rigoureux, mais qui ne peuvent avoir le caractère implacable de la vérité mathématique, forcément univoque. L'argumentation du magistrat, par exemple, fait au mieux avec les données dont elle dispose (textes réglementaires, faits, confrontation des parties en présence...); mais il est vrai qu'à tout instant un nouvel argument, que l'on n'avait pas vu, peut surgir et corriger la position (ce que l'on rencontre en appel). Mais cette rationalité ne peut être autrement et il s'agit de faire comprendre aux étudiants qu'une pensée morale est forcément nuancée, prudente, capable de remise en cause et qu'elle n'a rien de binaire (oui/ non) c'est-à-dire rien de simpliste. Tout l'enjeu est de faire comprendre qu'il n'y a pas, d'un côté, les sciences, et de l'autre, du bavardage; mais qu'il y a, tout simplement, plusieurs formes de rationalité : scientifique (à l'intérieur de laquelle on doit d'ailleurs faire des distinctions : sciences « dures », sciences « molles »...), philosophique, etc.

Il y a un usage littéraire de la langue (pour composer des romans, de la poésie, du théâtre...) qu'on ne doit pas exiger du futur médecin, mais on est en droit d'attendre de

4. Sur l'expression courante : *il se peut que ce soit juste en théorie mais cela ne vaut rien en pratique*, 1793

5. Paula La Marme. *Éthiques de la fin de vie*. Paris : Ellipses, « La bioéthique en question », 1999.



lui un usage rationnel de celle-ci : dans la cohérence du propos, dans l'analyse des termes, dans l'élucidation des *a priori*, etc.

Quelle formation pour les étudiants de PCEM2 ?

Une fois que l'on est conscient de ces principes, comment impliquer les étudiants ? Procède-t-on comme en cours magistral, en transmettant des informations scientifiques pures ? D'après notre expérience, il faut *combinaison* au moins trois objectifs en éthique médicale : l'assimilation de données théoriques, la discussion de cas pratiques, l'implication personnelle de l'étudiant.

L'assimilation de données théoriques ne saurait être négligée. D'une part, elle peut glaner des éléments d'horizons variés (l'histoire de la médecine, celle des mentalités, celle des concepts philosophiques). Par exemple, l'essor de la médecine moderne ne peut se comprendre que sur le fond d'une séparation de l'âme et du corps (au XVII^e siècle), qui a fait du corps un genre d'objet monté comme une machine et soumis aux mêmes lois (croyait-on), selon une nouvelle vision que Descartes a formulée (théorie de « l'animal-machine ») ; or, cette nouvelle façon de voir allait jouer un rôle sur la mise à distance du sujet, sur l'oubli de la fusion réelle et intime vécue des aspects psychiques, éthiques, biologiques, que l'on essaie aujourd'hui, tant bien que mal, de réunir. Autre exemple : on peut expliquer le statut particulier qu'occupent les sciences de la procréation (la génétique, la procréation médicalement assistée...) en mettant en évidence, avec le philosophe Michel Serres, leur double caractère, conservateur et révolutionnaire : l'homme a toujours délégué ses fonctions à des techniques (trancher, soulever, pétrir, mémoriser, calculer... et maintenant : procréer) mais nous assistons à l'émergence de techniques radicalement neuves, qui nous placent désormais « aux commandes de l'être » : dans le choix de l'individu à naître... D'autre part, la théorie permet de formuler les principes qui éclaireront l'action médicale : principes de bienfaisance et d'autonomie (T. Engelhardt), principe de justice (J. Rawls), principe du devoir à l'égard d'autrui (E. Kant), principe de solidarité entre les citoyens (J.-J. Rousseau), etc. Chaque catégorie de principe permet ainsi d'éclairer des situations particulières différentes.

Mais cette manière de faire serait inefficace s'il ne s'y adjoignait une autre méthode : l'examen de situations concrètes particulières. Les

éléments théoriques ont en effet plus de force s'ils se dégagent d'une appréciation en finesse de cas particuliers, étudiés par exemple en travaux dirigés. Ainsi, on peut charger un étudiant (ou un groupe d'étudiants) de l'analyse d'exemples concrets : que ferait-il avec le patient qui se sait séropositif mais qui a des rapports non protégés, avec le patient qui attend une greffe et qui est en mesure d'acheter un greffon, avec les parents qui se séparent et qui ne répondent plus au sujet d'embryons congelés leur « appartenant », avec le patient en hémodialyse chronique qui décide d'interrompre les séances, etc ? L'intérêt est de mettre au jour les difficultés en les formulant et ensuite d'argumenter une solution. Ainsi forge-t-on cette qualité qu'exigeait Bachelard du chercheur : « avoir le sens du problème ». Quelles difficultés éthiques soulève telle situation ? Que peut-on proposer ? Pointer les difficultés, proposer de les résoudre, voilà ce que l'on appelle « problématiser ». Or, tout cela est soumis au jugement des autres (étudiants et formateurs) et ouvre la voie à une discussion. La confrontation contraint chacun à examiner la valeur de ce qu'il soutient. Elle met à l'épreuve la force des arguments par la contestation ou la reconnaissance. C'est dans cet esprit, faut-il le rappeler, que Socrate a fondé la philosophie : non comme un savoir constitué et fermé sur une vérité, mais comme une quête du vrai, insatiable et inventive. Le rôle du formateur est alors de reprendre en fin de séance les points essentiels rencontrés et de souligner les éléments de réponse qui ont émergé, sinon les étudiants risquent de rester dans une impression de confusion et d'impassé morale qui irait à l'encontre de ce que l'on vise. La place du théorique au côté du pratique est cependant variable : soit en « cours » séparés (introductifs ou conclusifs à la série des TD), soit en reprise à la fin de chaque séance pratique, soit... sous les deux formes. Mais c'est à partir de la deuxième année seulement que l'on peut procéder à un tel enseignement, qui est impossible dans les gigantesques amphithéâtres de première année, où le théorique pur a sa place, mais risque de s'apparenter, s'il n'est pas transformé par la suite en approche réflexive, à du bourrage de crâne.

La mise en œuvre du deuxième principe (l'examen pratique comme accès au théorique) suppose le caractère actif de l'étudiant. Nous touchons au troisième élément requis dans la formation. C'est seulement si l'on se confronte personnellement à certaines questions que l'on prend conscience de leur per-

tinence et de leur importance. Car ce qui est parachuté de l'extérieur, sans que l'on se soit posé aucune question à son sujet, glisse sur l'esprit et s'oublie. Les séances impliquant les étudiants sont ainsi assez variables : préparation d'un mémoire (court) sur un sujet éthique, et/ou prise en charge par roulement des cas pratiques, préparation d'un exposé sur certains problèmes centraux (le don d'organe, l'épidémie du sida, le consentement à l'expérimentation sans bénéfice direct...) mêlant aspects théoriques et pratiques, etc. C'est ici que l'on touche véritablement à la notion de formation. Celle-ci désigne la transformation de soi par un effort personnel et l'apprentissage de méthodes progressivement maîtrisées. Or, on ne doit pas se le cacher, cet apprentissage de la philosophie éthique appliquée à la médecine a ses exigences et ses difficultés : dans l'élucidation des concepts sous-jacents, dans le choix des mots, dans les arguments ou raisons avancées, dans l'organisation du propos et dans l'appropriation (découverte et usage personnel) des idées forgées par certains auteurs. Tout cela demande du temps.

Perspectives

Tout ce que nous avons décrit pourrait se faire au niveau de n'importe quelle année du cursus (exception faite de la première, compte tenu des conditions d'enseignement que nous avons évoquées). Or, dans la plupart des cas, on trouve un enseignement d'éthique presque exclusivement circonscrit à la deuxième année. Mais les questions abordées ne sont-elles valables que pour un temps, très provisoire, et avant toute expérience clinique ? Ne méritent-elles pas d'être reprises tout au long de la formation, envisagées sous d'autres angles, grâce à l'expérience de terrain ? Ce serait absurde de penser le contraire. Sans doute l'éthique doit-elle faire ses preuves et gagner la confiance du milieu. Elle y parvient d'ailleurs, si l'on en juge par la création progressive de « diplômes universitaires d'éthique » et de certificats de « maîtrise de sciences biologiques et médicales » qui lui accordent une place plus large. Plaidons pour son développement, ce qui inclut la création de postes et non le recours quasi systématique à des vacataires dont le travail, très lourd, est fort mal reconnu...

La France peut s'honorer d'avoir connu une école d'épistémologie brillante tout au long de ce siècle. Ne pourrait-elle donner l'exemple d'une école d'éthique médicale tout aussi rayonnante ? Relevons ce défi. ■