

## COMMUNICATION

### L'impératif éthique pour la médecine de demain, à l'aune de nos grands anciens.

Christian HERVÉ \*

#### RÉSUMÉ

*Il existe un impératif éthique pour les professionnels de la santé et notamment les médecins. Cet impératif ne peut être figé et doit prendre en compte les contraintes et les changements multiples dans lesquels les soins et les recherches sont effectués. Cependant une écoute attentive de ce que nos maîtres enseignaient, par leurs exemples et par leurs écrits, s'avère d'une grande et, à notre avis d'une excellente opportunité pour mieux répondre aux valeurs que les patients attendent de nos comportements professionnels. Seule une auto critique peut préserver d'attitudes alors catégorisées comme indifférentes, prétentieuses, voire méprisantes ou réactionnaires pour au contraire donner force à l'humanité de chacun des acteurs de la relation. Cette attitude est la seule manière d'actualiser l'éthique des médecins quand les avancées de la science arrivent à faire oublier la présence humaine. Ainsi une véritable « phronesis » peut déclencher un regain de la sagesse médicale individuelle et collective, telle que nos maîtres nous l'enseignaient à leur époque.*

#### SUMMARY

*An ethics necessity exists for all health professional, mainly MDs. This necessity cannot be fixed, and needs to take into account constraints and various modifications of cures and researches. On the other hand, a continuity of listening to ancient traditions is important, given by examples and words, as they help us to better know which principles to offer to our patients in our contemporary civilization. Only an auto-evaluation of our practices relatively to patient-practitioner relationship and assimilated, may prevent from behaviors considered as distant, selfish, passeist, and transform them into something strongly positive and humanist. This ethical attitude is the only way to actualize the ethical goal of medical practitioners at of moment when Science begins to forget the presence of human kind... As*

---

\* Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale (EA4569), Université Paris Descartes.

Tirés à part : Professeur Christian HERVÉ, même adresse.

Article reçu le 21 septembre 2016, accepté le 27 février 2017

*a consequence, a true “ phronesis ” or intelligence relatively to practices would begin, permitting a kind of reaction of the medical intelligence both individual and collective, comparable to that teacher by old masters of the medical art.*

### **Existe-t-il un impératif éthique en médecine ? Lequel ?**

La médecine du XXI<sup>e</sup> siècle devient de plus en plus complexe dans les métiers qui la composent ; Bernard Glorion la caractérisait ainsi : « Devant la vitesse des progrès scientifiques et techniques, le médecin doit pouvoir évaluer, contrôler, maîtriser les découvertes importantes » [1]. Pour répondre à ces obligations, il prônait « une attitude de recherche permanente et une bonne gestion de l’information »... et surtout il recommandait que nos comportements soient guidés par « une véritable imprégnation éthique » [1].

De son côté Jean Bernard ajoutait : « le devoir d’humanité est exactement le devoir pour le médecin d’adapter la science qu’il possède au malade qui se confie à lui, malade unique. Les recherches les plus raffinées de la biologie moderne, de la génétique, de l’hématologie établissent en effet l’individualité de chaque personne et le traitement doit être adapté à chaque homme malade qui est un être humain avec ses soucis, son désespoir, ses difficultés que le médecin devra tenter de comprendre, de partager, de soulager toujours » [2].

Enfin, Bernard Guiraud-Chaumeil, à propos de la formation des médecins souligne le caractère de science humaine de la médecine « une science de relation, de l’accueil, de l’écoute, de l’information, de l’accompagnement, de l’empathie » précise-t-il [3]. Il, définit certes la médecine comme un art, l’art de guérir, un art combattant au service de l’espoir de vie [3] auquel Yves Pélicier répond par la sentence : « Les malades gardent l’espoir, mais vous (médecins) leur devez l’espérance [4].

### **Visions pour une formation à l’éthique**

Ces médecins ont été des visionnaires, auxquels nous nous référons pour envisager la médecine de demain et son éthique :

le premier présidera le Conseil National de l’Ordre des Médecins. Il combattra pour une formation médicale, complétée actuellement par le développement professionnel continu, le fonctionnement de conseils nationaux professionnels dont Valérie Michelet nous expose les missions, ces derniers issus des sociétés savantes réunies sous l’égide de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) [5]. L’éthique de la formation sera pour lui la première considération à acquérir dans la profession, « commandant l’éthique des soins. Elle se réfléchit. Elle est le fruit d’un échange. Elle est soumise à une critique permanente » [1] et il poursuit « les fondements éthiques dépassent, évidemment, la formation purement scientifique et concernent aussi la formation humaniste ».

— le second présidera, entre autres charges et dignités, le Comité Consultatif National d’éthique (CCNE). À la question de la formation à l’éthique en

médecine, il répondait que l'absence d'examen était rédhitoire et que l'examen en QCM était une limite. Il plaïait pour un enseignement, critiquant ses anciens collègues qui lui répondaient alors : « Pourquoi un enseignement d'éthique ? Mes élèves n'ont qu'à voir ce que je fais ! » ou, par ailleurs, des propos du style « Vous allez nous empêcher de faire des progrès » [6]. Mais aussitôt il soulignait le résultat obtenu par le groupe de travail sur la formation continue présidé par Robert de Vernejoul avec Jean Dausset, et Paul Milliez. Ce groupe tentait de faire avancer l'idée même de la formation continue par un rapport, aussitôt mis au placard, ce qui lui permettait de citer en exemple ce qui était réalisé, par contre, aux USA [6].

- le troisième a traité une grande partie de notre sujet, en ce qui concerne non pas les pratiques en clinique ou en recherche, mais une critique particulièrement instructive de la clinique en son support méthodologique et sa pratique, « l'evidence based médecine », ce qui l'amènera à proposer une autre définition de la médecine, dans la conception même qu'il a promue, par la notion de « médecine sobre ».
- le quatrième permît de développer, après qu'il eût créé la psychologie médicale, l'enseignement et la recherche en éthique à la faculté Necker-enfants malades, et cela sous la forme d'un Diplôme d'études Approfondies « Ethique médicale et biologique ». Cet enseignement perdure actuellement et est dispensé sous la forme de 5 masters d'éthique médicale : « éthique », « prise en charge des personnes victimes et des auteurs d'agression », « recherche clinique en médecine palliative », « coordination des parcours de santé » et « médecine légale et criminalistique ». Le pouvoir visionnaire d'Yves Pélacier s'affirme aujourd'hui par la déclinaison de ce DEA qui aborde maintenant par ces masters : l'éthique, la déontologie, le droit des patients et la médecine légale, notamment par l'étude de la médecine en fin de vie et de support.

Enfin, et c'est sûrement un couronnement dans la lutte pour un enseignement d'éthique en clinique et en recherche médicales, que l'affirmation d'une obligation d'un enseignement d'éthique soit actuellement promulguée par arrêté par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, préconisant « que chaque doctorant reçoive une formation à l'éthique de la recherche et à l'intégrité scientifique » [7].

### **Quel retour à l'éthique médicale ?**

L'éthique médicale devait se pérenniser. L'éthique en France a été, dès sa structuration, ouverte au dialogue interdisciplinaire ; cela dès le premier congrès international de morale médicale, organisé à Paris par l'Ordre National des Médecins, qui mêlait dans l'organigramme de sa séance inaugurale, tout comme dans ses rapports des séances de travail, les représentants des sciences de la vie et des sciences morales et politiques. En effet, intervenaient dans la conférence inaugurale René Piedelièvre, membre de l'Académie nationale de médecine, président de l'Ordre national des

médecins, puis Léon Binet de l'Académie de Médecine, le doyen Joseph Hamel et Léon Julliot de la Morandière, tous deux respectivement membre et président de l'Académie des sciences morales et politiques, le doyen A Baudoin, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine, et Georges Duhamel de l'Académie française [8] L'approche multidisciplinaire de l'éthique était, dès lors concrétisée.

Dans sa structuration universitaire, tout d'abord un enseignement par et à la recherche, comme les diplômes d'études approfondies (DEA) l'exigeaient, une tentative de recherche en éthique était amorcée à la faculté de médecine de Necker-Enfants Malades dès 1991. La pluridisciplinarité des enseignants de différentes spécialités médicales et non médicales (sociologues, juristes, philosophes... et politiques) permettait une large discussion interactive avec les étudiants, telle que Jean Bernard la préconisait, aucun argument ne pouvait être affirmé par simple conviction et devait s'appuyer sur une référence académique bien documentée. Nous avons appelé cette tentative « evidence based ethics » tant cette éthique des pratiques s'appuyait sur une évaluation impliquant des preuves quelquefois contradictoires dans des circonstances complexes. Cette forme d'enseignement a suscité l'appellation de « pragmatico-pratique » par nos collègues médecins canadiens, eux-mêmes très réticents à ce que des philosophes ou juristes interviennent aux seuls motifs qu'ils seraient « éthiciens ». Au Québec notamment à l'université de Montréal des collègues de disciplines différentes ont créé également des laboratoires pluridisciplinaires (le Centre de recherche en droit public de l'université de Montréal notamment, auquel nous sommes associés). Il en est différemment aux USA où ce sont préférentiellement les philosophes et les juristes qui animent le débat éthique comme un véritable mouvement social, ce que représente la bioéthique américaine et il est vrai, dans un contexte plus polémique voire contestataire, ce qu'explique admirablement Hubert Doucet [9].

Les présidents du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) ne souhaitaient former des éthiciens, l'éthique, ce qu'a très bien formulé en son temps le recteur Philippe Lucas, membre du CCNE [10], disant que les valeurs qui ont fondé l'éthique médicale, déjà exprimées dans le serment d'Hippocrate, doivent être présentes dans les comportements des professionnels, notamment des médecins. Ainsi, la médecine hippocratique peut encore servir de repère pour les praticiens de demain malgré les avancées technologiques et les bouleversements sociétaux. Une médecine en symbolisant avec le milieu social, devenu de plus en plus complexe, prime sur la complexité du geste technique et les aléas d'une thérapeutique hasardeuse, y compris en recherche. En effet, n'oublions aucunement la définition monolithique de la santé donnée par l'OMS il y a maintenant 50 ans, qui peut être qualifiée d'utopique devant les bouleversements sociaux qui interfèrent sur la santé et la rendent d'approche moins simpliste, qu'ils soient technologiques, climatiques ou sociétaux ; tous éléments qui, directement ou indirectement, impactent la santé individuelle et la santé collective.

L'appréciation de l'acte thérapeutique ne peut en effet s'effectuer sans en considérer les causes et envisager les conséquences. En outre, toute une partie de la science

éthique évoque les problématiques posées par l'utilitarisme et le conséquentialisme. Toute régulation de l'acte médical de la consultation et de ses objectifs, ne peut être considérée que de manière multidisciplinaire et non pas essentiellement économique. De telles réflexions sont à l'origine de nouvelles pratiques de coordination, impliquant des professionnels du secteur sanitaire et également du secteur social, que ces professionnels soient infirmières, assistantes sociales, diététiciennes...

Les administrations hospitalières exigent une médecine rationalisée, imaginée il y a près de 30 ans sur des schémas devenus obsolètes telle la tarification à l'activité hospitalière (T2A). Dans le secteur libéral, les valorisations des prestations sont en inadéquation avec les exigences éthiques multiples demandées aux médecins libéraux. En effet, que ce soit dans le cadre du service hospitalier ou du secteur libéral, elles ne prennent aucunement en compte le temps passé et coutant de l'accueil, de l'écoute, de la disponibilité nécessaire à la réalisation des missions, notamment d'information des malades. Or un temps d'explication ne permet pas une compréhension complète du patient avant qu'il ne formule ce qui est désormais demandé : un choix responsable permettant un consentement volontaire et libre. D'obligation morale devenue également légale, affirmée par les textes réglementaires depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le consentement qui responsabilise le patient doit désormais figurer dans cette valorisation d'un acte qui n'est pas que technique mais aussi humain, engageant la responsabilité de chacun des acteurs. Ce sont pourtant les valeurs qui, si elles étaient ainsi promues et valorisées, avec l'intégrité, la loyauté et la présence empathique, permettraient aux professionnels d'humaniser certaines consultations, lesquelles sont plus de l'ordre de la rentabilité que de celui de l'éthique.

### **Plaidoyer pour une impérative sagesse pratique en médecine**

Pour cela, bien que certains pensent que la philosophie et la morale ne seraient pas légitimes dans une faculté de sciences médicales, les écrits de Paul Ricœur peuvent nous aider, ne serait-ce qu'en se référant à sa petite éthique [11, 12], laquelle propose la visée éthique en trois pôles : l'action, l'interaction et l'institution. Tentons de l'appliquer à la profession médicale.

L'action de soigner est alors comprise comme une lutte contre le mal, contre la souffrance et contre la mort, mais surtout contre la soumission de l'être et pour donner des forces, de constituer notre être au monde, qu'il appelle l'estime de soi. Ainsi, ce que nous sommes devenus par nos choix éthiques, doit activer nos capacités et nous aider à ne pas nous résigner, accepter ou subir en toute inertie le mal et son cortège. L'action du médecin réside dans cette volonté de combat, véritable conviction qui fait de notre métier une vocation tant il apporte et tant il exige l'intégration dans les comportements des valeurs ci-dessus évoquées et cela dans un nombre de rencontres souvent très important au long d'une vie professionnelle.

L'interaction est évidente dans la relation médecin malade. De l'altérité qui demande sollicitude, c'est-à-dire respect mutuel, nous insistons sur le fait qu'elle

conditionne le véritable dialogue entre deux personnes dans une situation dissymétrique en apparence, l'une venant interroger l'autre en raison de ses compétences sur l'état de ses souffrances, transformant la relation en une communication responsable entre deux personnes se respectant. Quelle dissymétrie peut résister à une attitude disponible, accueillante et compréhensive ?

L'institution enfin existe alors que souvent elle est oubliée : elle s'adresse à toutes ces personnes auxquelles l'on ne pourrait jamais témoigner de notre sollicitude, de notre ouverture d'esprit et de notre intégrité. Il faut un relai qui assure cela pour fonder le lien social de citoyenneté qui nous permet d'être libre et autonome mais aussi protégé également par le groupe. L'institution joue alors ce rôle de pérenniser les valeurs individuelles au niveau collectif par les services que la société apporte comme protections : ce sont les services publics de santé, d'éducation, de justice dont les formes d'application sont représentées dans notre domaine par les hôpitaux, la sécurité sociale, les droits de la santé et les accueils pour rendre effectifs les droits des malades. Ces institutions, publiques ou privées, ont pour mission de véhiculer les valeurs attendues par la société dans les comportements des acteurs de santé, ces derniers constituant les forces mêmes de ces institutions en fonction de la volonté politique.

C'est pour cela que Paul Ricœur souligne que les « pôles doivent fonctionner harmonieusement ». Une institution n'accomplit ses missions que si les personnes qui en sont chargées ont intégré la visée éthique de leur combat contre la maladie, leur essence professionnelle même, visée prioritaire s'exprimant dans la rencontre avec l'autre souffrant.

À la question posée : « mais que faire quand les valeurs d'une époque ne sont plus pertinentes lors de la suivante ? » Paul Ricœur répond que les valeurs sont constantes, ce qui diffère étant leurs manifestations dans les situations et les comportements. En effet, quand elles sont dépassées, fanées ou inopportunes, ce sont les interprétations qui sont mises en cause : il est nécessaire de revenir à la visée éthique que nous avons déclinée ci-dessus, c'est-à-dire qu'une évaluation critique des pratiques cliniques ou de recherche est nécessaire pour mettre en évidence les contradictions entre ce qui est voulu, ce qui est dit, ce qui est fait et ce qui aurait dû être fait. Au niveau éthique, cela permet alors de reconsidérer les interprétations de ces valeurs dans les nouveaux comportements liés aux avancées scientifiques et techniques pour qu'ils restent humainement le moins critiquable possible, l'éthique médicale ayant pour finalité d'œuvrer pour un moins mal possible, en toute humilité, ce qui est en accord au niveau juridique avec l'exigence de moyens et non de résultats. Cette réflexion démontrant des incohérences ou des insatisfactions entre ce qui doit être fait éthiquement et la pratique des professionnels avec les contraintes nouvellement apparues, Paul Ricœur l'appelle « la phronesis », la sagesse pratique. Elle atteste alors de la qualité éthique des décisions, et détermine la justesse des comportements.

Cette vision de l'éthique appliquée à la médecine est tout à fait appropriée et en adéquation avec ce que nos maîtres nous ont déjà montré. C'est la voie par laquelle

ils ont conduits l'essor de la médecine. Cette voie dynamique associe la réflexion éthique aux difficultés et enjeux liés aux avancées biomédicales et aux nouvelles technologies de la communication, tout comme à celles du stockage et du traitement des données médicales, les plaçant dans la catégorie des Big Data. Cette réflexion sur le sens des pratiques en médecine fondée sur une évaluation critique définit cette éthique pragmatique appuyée sur des faits réels, c'est la seule qui satisfasse vraiment les patients, tout en les assurant de l'excellence de la médecine pratiquée. Donner ce sentiment est impératif. Il faut adapter nos comportements au temps actuel, temps de plus en plus technologique. Cette démarche de réappropriation s'appelle : la progressivité et nous devons nous y astreindre.

Le Conseil des Académies Canadiennes [13] a d'ailleurs conforté cette vision éthique recommandée aux chercheurs canadiens : « la mise en pratique cohérente et constante de valeurs et de principes essentiels pour favoriser et atteindre l'excellence dans la quête et la diffusion du savoir. Ces valeurs sont l'honnêteté, l'équité, la confiance, la responsabilité et l'ouverture ». Ce retour à la sagesse pratique concerne donc les chercheurs qui doivent respecter les mêmes valeurs. Hubert Doucet [9], a bien montré qu'en ce sens, tout restait à faire : il prône une « éthique en recherche » et non plus une « éthique de la recherche », rejoignant ainsi l'éthique de type « sagesse pratique » des comportements professionnels — ce qui est de l'ordre d'une éthique nécessaire (impérative je dirais) en médecine. Ainsi, la démocratie sanitaire, notamment le consentement et l'intégrité dans le soin se développe avec des règles qui les demandent (voire l'exigent au niveau médico-légal), mais cette demande concerne aussi la recherche, la clinique étant d'ailleurs de plus en plus mêlée à la recherche.

## CONCLUSION

Axée sur le colloque, sur la primauté de l'individu sur la société, sur le rapport intime entre le médecin et le patient, l'éthique individuelle s'accorde difficilement avec les mesures comptables et technocratiques actuelles. L'acte médical ne doit pas être une réponse d'ordinateur, donnant des prescriptions à partir d'un arbre décisionnel inscrit dans son logiciel. Le médecin du XXI<sup>e</sup> siècle ne doit pas devenir un ingénieur en machinerie humaine : il risque alors de perdre sa motivation intime qui justifiait la confiance absolue de ses patients.

Reposant sur des données de santé publique, sur des techniques et des protocoles de soins validés, sur l'évaluation médico-économique, l'éthique collective donne la préférence à l'efficacité plutôt qu'au vécu et devient une éthique sociale. Elle ne saurait dispenser le médecin de la plus grande compétence possible entretenue par une formation postuniversitaire continue, complétée par l'évaluation des pratiques professionnelles.

C'est à ces conditions, que la France pourra conserver une médecine de qualité, accessible à tous ses citoyens dans l'égalité et l'équité.

## RÉFÉRENCES

- [1] Glorion B. Appliquée à la formation continue, la réflexion éthique a pour fondement le respect et la protection de la personne. *Visions éthiques de la personne*. L'Harmattan Editeur, 2001:121-8.
- [2] Bernard J. Editorial. *Ethique et pratique médicale*. Durand H., Biclet Ph., Hervé C. Doin/AHHP Ed. 1995:XIV-V.
- [3] Guiraud-Chaumeil B. La formation idéale d'un médecin. Presses de Sciences Po, Les éditions de la Santé « Santé et écoles », 16, 2007;120 p.
- [4] Hervé C. *Homage to Yves Pélicier in Personhood and Health Care*. Kluwer Academic Publishers. 2001:9-10.
- [5] Michelet V. Le Développement Professionnel Continu (DPC) : les missions des Conseils Nationaux professionnels. *Droit de la formation*. <http://www.droit-de-la-formation.fr/vos-rubriques/actualites/actualite-juridique/missions-des-conseils-nationaux-professionnels-publication-du-decret.html>? Consulté le 28 juillet 2016.
- [6] Bernard J, Herve C. Un demi-siècle d'éthique institutionnelle in *Éthique de la recherche et Éthique clinique*. Coll. L'éthique en Mouvement. L'Harmattan Ed., 1998;21-38.
- [7] Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat. *Journal Officiel de la République Française* du 27 mai 2016, texte n° 10.
- [8] Premier congrès international de morale médicale. Paris, octobre 1955, *Ordre National des médecins*, 2 tomes : 259 p. et 354 p.
- [9] Hubert Doucet , « De l'éthique de la recherche à l'éthique en recherche », *Éthique publique*, vol. 12, n° 1 2010;13-30.
- [10] Lucas P. *Dire l'éthique, éthique biomédicale, le débat*. Paris : Actes Sud : INSERM, 1990;197 p.
- [11] Ricœur P. *Ethique*. Encyclopédie Universalis [en ligne, consultée le 29 juillet 2016] <http://www.universalis.fr/ethique/>
- [12] Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Le Seuil. 1990.
- [13] Conseil des Académies canadiennes, *Honnêteté, responsabilité et confiance : promouvoir l'intégrité en recherche au Canada*. Comité d'experts sur l'intégrité en recherche, 2010, en ligne : <http://science pour le public.ca/uploads/fr/> consulté le 16 juillet 2016.