

Ethique médicale: la place de la sollicitude/compassion du soignant au côté du respect de l'autonomie du patient: à propos de l'ouvrage de L. Benaroyo «Ethique et responsabilité en médecine» [1]

Compléter un cadre contractuel par une démarche humaniste

Jean Martin

Ethique et responsabilité en médecine

«L'éthique biomédicale s'est développée depuis les années 1960 comme l'ombre portée des avancées biotechnologiques. Poussée par l'urgence de baliser les progrès biomédicaux, elle s'est rivée au présent en suivant les contours de la culture scientifique. [Elle] s'est ainsi imperceptiblement distancée des liens qui l'unissent aux dimensions humanistes de la médecine.» Cette problématique, réelle à l'évidence, est la ligne de force de la réflexion et de la pratique du Dr Lazare Benaroyo, qui a été médecin de famille, a étudié la philosophie et est maintenant enseignant et consultant en éthique à la Faculté de biologie et médecine de Lausanne. Il a récemment obtenu un doctorat en philosophie de la médecine à la Vrije Universiteit d'Amsterdam. S'appuyant notamment sur les travaux de Viktor von Weizsäcker, Georges Canguilhem, Emmanuel Lévinas et Paul Ricoeur, il propose une doctrine et une mise en œuvre de la *sagesse pratique médicale*, selon une approche réflexive et critique.

L'Introduction de son ouvrage fait un constat à garder à l'esprit: il est apparu de plus en plus aux médecins et chercheurs, au cours du dernier demi-siècle, que la conception traditionnelle de la responsabilité médicale (où l'on croyait en toute bonne foi que la conscience des soignants pouvait être seule juge du bien-fondé de leurs actes) était inadaptée aux nouveaux défis; que les possibilités techniques nouvelles soulevaient des ambiguïtés morales qui dépassaient le cadre de l'éthique hippocratique; «cette dernière ne permettait notamment pas d'aborder les questions relatives au respect de la dignité des patients». Par ailleurs, «L'interposition de la technologie entre le malade et son médecin remettait en cause la structure traditionnelle du colloque singulier».

Au Chapitre 1, l'auteur retrace l'émergence du courant dominant de la bioéthique américaine, faisant référence au rôle déclenchant du procès et du Code de Nuremberg (1947), s'agissant de la situation et des droits des patients dans la re-

cherche médicale et dans la relation thérapeutique – en distinguant judicieusement les deux situations. Il décrit la «crise de confiance» des années 1960 et 1970 devant certains dérapages de la recherche et de la mise en œuvre de moyens nouveaux (plusieurs affaires aux Etats-Unis, thalidomide en Allemagne). Progressivement se mettent en place des mesures de prévention, de contrôle, de recherche et d'enseignement: Déclaration d'Helsinki de 1964, introduction des comités d'éthique de la recherche (Institutional Review Boards), Belmont Report de 1977, création des deux centres-phares d'éthique aux Etats-Unis (Hastings Center et Kennedy Institute of Ethics).

Il relève les limites de la bioéthique nord-américaine et de ce qui est appelé le *mantra* de Georgetown – les quatre principes d'autonomie du patient, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice/équité. En effet, il s'agit là d'une vue contractualiste, légaliste, de la relation médecin-patient, influencée par les notions philosophiques et juridiques anglo-saxonnes qui ne rendent pas justice à son avis à l'indispensable empathie et compassion du médecin. On peut craindre que cette approche «impose de l'extérieur des principes normatifs émanant d'un univers qui semble étranger à celui du soin et du sens premier de la sollicitude médicale». Il présente les arguments des auteurs qui ont exprimé des réserves et critiques à cet égard, faisant référence à ce que certains considèrent comme le «poids démesuré accordé au langage du droit des patients» (l'auteur de la présente analyse s'est beaucoup engagé au cours de sa carrière de médecin officiel pour les droits des patients mais admet qu'il y a lieu de prendre du recul devant certaines facettes de leur possible mise en œuvre).

Dans la foulée, le Chapitre 2 entend montrer les «voies de la sollicitude médicale, vue comme le noyau éthique autour duquel peut se construire une restauration de l'autonomie du malade». Un examen critique de la notion d'autonomie est justifié notamment par l'asymétrie d'informa-

Correspondance:
Dr Jean Martin
La Ruelle 6
CH-1026 Echandens
jean.martin@urbanet.ch

tion et de position dans la relation patient-soignant, asymétrie en partie irréductible. Cette vision se distance de celle de l'autonomie décisionnelle, a priori, du patient après qu'il ait été adéquatement informé. Selon Warren Reich, «les diverses modalités de la compassion peuvent être à la source d'une transformation existentielle chez la personne souffrante».

Le désir des patients d'être informés et de participer aux décisions n'est pas une donnée constante, leur capacité de prendre part à la décision dépend du type de pathologie et de traitement, dit Benaroyo. Il se réfère ici, entre autres,



Sans doute doit-il y avoir chez le soignant une dimension de compassion et sollicitude, idéalement d'abnégation et service du prochain.

aux travaux de Georges Canguilhem, Viktor von Weizsäcker, de l'historien espagnol de la médecine Lain Entralgo et aux apports de l'anthropologie phénoménologique. Il cite en passant cette définition de Paul Ricœur de la finalité éthique comme «visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes». A propos de certaines «surdités» des soignants dans l'écoute du malade, il nous remémore la métaphore du stéthoscope selon R. Baron «Silence, s'il vous plaît, je ne peux vous écouter pendant que je vous ausculte». Judicieux rappel.

Les chemins de la prudence ou sagesse pratique médicale (la *phronesis* d'Aristote) sont l'objet du Chapitre 3, s'appuyant sur les travaux de M. Froschner, d'E. Lévinas et de P. Ricœur. Selon ce dernier, la construction du jugement éthique est le fruit d'une délibération en trois étapes: 1) le moment téléologique de déploiement de la

visée éthique; 2) le moment déontologique – basé sur les préceptes régissant le pacte de soins, en arbitrant entre d'éventuels conflits éthiques; 3) le moment de la sagesse pratique (jugement prudentiel). Benaroyo propose de définir deux axes fondamentaux de la responsabilité en éthique clinique: l'axe d'une responsabilité face à la souffrance et la mort, qui procède de l'*amour*; l'axe de l'articulation de cet éveil éthique avec une responsabilité sociale, qui procède de la *justice*.

Il décrit sur ces bases son *approche d'éthique clinique réflexive et critique*. Dans la deuxième partie du chapitre 3, il poursuit avec une utile comparaison de cette démarche avec l'application des principes de la bioéthique, puis avec la méthode casuistique (représentée principalement par Albert Jonsen et Stephen Toulmin), enfin avec les approches narratives qui ont trouvé droit de cité au cours des vingt dernières années – et qui ont une place dans celle de Benaroyo.

Le Chapitre 4 enfin est une application pratique de la démarche proposée, dans trois cas cliniques (un enfant porteur d'une tumeur cérébrale et en état végétatif persistant; une séropositivité VIH découverte à l'insu d'une patiente d'origine étrangère avec laquelle la relation ne peut s'établir qu'à travers un interprète /médiateur culturel – l'auteur profite à juste titre de souligner l'importance et les difficultés de la fonction de médiation culturelle; une situation de demande d'AI par un ingénieur hypertendu et dépressif qui a perdu son emploi). Pour chaque situation, l'auteur a demandé à des experts de réagir de leurs points de vue respectifs.

Discussion

Il faut savoir gré à Lazare Benaroyo de relever ce que la bioéthique américaine des dernières décennies a de «minimaliste», influencée qu'elle est par les doctrines anglo-saxonnes d'inspiration principalement protestante (cf. Max Weber et l'éthique du protestantisme). Même si l'auteur de la présente analyse lui trouve des mérites, il est vrai que la qualification de la relation thérapeutique comme un contrat (ce qu'elle est d'ailleurs en droit suisse), avec des aspects de négociation et la recherche d'un consentement éclairé qui vaut codécision, a quelque chose de – trop – procédural, froid. Le rapport soigné-soignant n'est pas seulement la rencontre de deux «adultes responsables et vaccinés», l'un demandant de l'aide, l'autre offrant des services sous conditions – et qui se mettent d'accord. Je suis sensible aux aspects discutables de ce qu'un article américain appelait la «théologie de l'autonomie», qui tendrait à rendre le patient responsa-

ble de tout ce qui lui arrive dans les soins. Le fait d'avoir requis le consentement informé n'exonère le médecin ou autre soignant d'aucune responsabilité en ce qui concerne la diligence empathique et la considération qu'il doit au patient. Sans doute doit-il y avoir chez le soignant une dimension de compassion et sollicitude, idéalement d'abnégation et service du prochain.

En accord avec l'auteur et sa vision de la *prudence* médicale, l'important est de rechercher le juste milieu entre une pratique légaliste qui mettrait un accent excessif sur les procédures, d'une part, et d'autre part – au nom de la vocation traditionnelle de bienfaisance des soignants – le retour d'un paternalisme trop directif... Il s'agit d'articuler le respect des droits des patients avec une approche relationnelle. Dans ce domaine comme tant d'autres, faire fructifier le meilleur de différentes doctrines ou tendances: la sollicitude des soignants pour la personne souffrante, bien explicitée dans *Ethique et responsabilité en médecine*, comme le fait de la considérer comme un partenaire qui, nanti d'une information compréhensible et suffisamment complète, est libre de ses déterminations par rapport aux soins qu'il souhaite ou au contraire qu'il refuserait.

Le livre analysé ici intéressera celles et ceux qui veulent mieux saisir les bases et réflexions modernes liées à l'éthique en médecine. Nous manquons d'ouvrages en langue française qui combinent la présentation d'une approche fondée sur des valeurs et une sensibilité qu'on peut dire européennes occidentales continentales avec une bonne connaissance des différentes écoles anglo-saxonnes, et particulièrement nord-américaines. Il est judicieux de compléter le cadre contractualiste de la bioéthique par une «attention plus marquée à la structuration narrative du projet de soin» et une pratique imprégnée de la sollicitude du soignant pour le malade.

Une réflexion encore

Considérant la réalité de nos sociétés aujourd'hui, dans ce que cette réalité a d'individualiste, de néolibéral et mercantile, de regrettablement laxiste [2], on peut se demander si le message de Benaroyo et de ceux dont il s'inspire tombe sur un terreau bien fertile ... Je n'entends pas être pessimiste ou péjoratif vis-à-vis de la jeune génération ... il reste qu'on constate une certaine désaffection des exigences/devoirs liés à une déontologie professionnelle, ou demandés par la société dans certains cas, qui allaient de soi auparavant. L'auteur de l'ouvrage, clinicien et enseignant, souhaite une pratique marquée par la compassion et qui voie l'autonomie du patient comme quelque chose que le soignant restaure – plutôt que comme une disposition contractuelle. Une telle pratique découlera de l'enseignement reçu, y compris de l'exemple des maîtres, par l'apprentissage et le compagnonnage. Cela étant, ne peut-on craindre que, venu d'outre-Atlantique, le bulldozer – ou le tanker – d'une bioéthique à caractère légaliste et procédural, à certains égards «minimaliste», ait d'ores et déjà fait beaucoup de chemin dans la profession et parmi les responsables au sein du système de santé? Tous les médecins sont-ils disposés à dire «Je laisse tout souci de moi-même au profit du souci d'autrui»? (citation de A. Zielinski à la p. 81 du livre). Je n'ai pas de réponse; je souhaite simplement que le message de Lazare Benaroyo reçoive l'attention qu'il mérite. Pour une pratique médicale humaine et humaniste.

Référence

- 1 Benaroyo L. *Ethique et responsabilité en médecine*. Collection Médecine Société. Genève: Médecine et Hygiène; 2006.
- 2 Martin J. La morale du médecin et la promotion pharmaceutique. *Bull Méd Suisses* 2006;87(37): 1600-3.