

CHAPITRE 1. DE LA POSSIBILITÉ D'UNIVERSALISER LES VALEURS EN ÉTHIQUE CLINIQUE : QUESTIONS ET ENJEUX

Laurent Ravez

ESKA | *Journal International de Bioéthique*

2007/3 - Vol. 18
pages 15 à 23

ISSN 1287-7352

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-2007-3-page-15.htm>

Pour citer cet article :

Ravez Laurent, « Chapitre 1. De la possibilité d'universaliser les valeurs en éthique clinique : questions et enjeux », *Journal International de Bioéthique*, 2007/3 Vol. 18, p. 15-23. DOI : 10.3917/jib.183.0015

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

*Les valeurs : de leur reconnaissance
à leur application*

*Values: From their Recognition
to their Application*

Chapitre 1

DE LA POSSIBILITÉ D'UNIVERSALISER LES VALEURS EN ÉTHIQUE CLINIQUE : QUESTIONS ET ENJEUX

*Laurent RAVEZ**

Influencée par la philosophie des Lumières, la Modernité se caractérise notamment par la recherche de lois universelles communes à l'ensemble de l'humanité, tant en sciences dures qu'en sciences humaines. L'éthique et la bioéthique (en particulier l'éthique biomédicale) n'échappent pas à ce mouvement. Depuis la publication par Childress et Beauchamp en 1979 de leur ouvrage majeur *Principles of Biomedical Ethics*, l'éthique biomédicale semble de plus en plus s'articuler autour du respect de quatre grands principes aux prétentions universelles : l'autonomie, la bienveillance, la non malfaisance et la justice. L'autonomie en particulier – c'est-à-dire la capacité pour l'être humain de décider de son propre bien – apparaît aujourd'hui comme un référent moral majeur autour duquel se concentrent des réflexions à propos du consentement éclairé, de l'information du patient, du respect de la confidentialité des soins, etc.

* Centre Interdisciplinaire Droit, Éthique et Science de la Santé (CIDES), Université de Namur (FUNDP), Belgique. laurent.ravez@fundp.ac.be

T. Engelhardt¹, un des bioéthiciens anglo-saxons les plus respectés, fait d'ailleurs de ce principe le pivot de son système moral.

Cependant, les chercheurs prennent progressivement conscience de l'ancrage très occidental des principes au centre de la réflexion bioéthique, en particulier en ce qui concerne le concept d'autonomie. Façonné par des siècles de réflexion philosophique, ce concept semble être devenu le symbole même d'un Occident individualiste où chacun revendique une indépendance et une spécificité au sein du groupe social. Comment alors exporter un tel principe voire l'imposer comme universel à des sociétés – notamment africaines – bâties sur des règles totalement différentes ? Concrètement, comment, par exemple imposer le principe d'autonomie dans une communauté : « [...] où les individus n'ont aucun secret important pour leurs parents et leurs proches, sous peine d'être soupçonnés d'initiation à la sorcellerie »² ?

Dans le domaine plus spécifique de l'éthique clinique, des exemples concrets amènent à douter de la possibilité d'universaliser les grands principes de la bioéthique³. Existe-t-il donc vraiment des principes réellement universels et faisant l'unanimité dans toutes les cultures du monde ? Si la réponse à cette question est négative, doit-on renoncer à l'idée de trouver une axiologie commune pour l'éthique biomédicale. Ne risque-t-on pas alors de tomber dans une forme de relativisme, où toutes les pratiques (Pensons à l'excision) seraient éthiquement défendables pour peu qu'elles puissent être justifiées sur le plan socio-culturel ?

Ce danger du relativisme incite à croire que la possibilité d'universaliser certaines valeurs propres à l'éthique biomédicale ne devrait pas être abandonnée trop vite. D'autant qu'il est important de ne pas perdre de vue le contexte socio-historique dans lequel s'est développée l'éthique biomédicale. On se souvient en effet que la vague bioéthique est contemporaine de la prise de conscience des possibilités effectives de dérive de la médecine bio-technologisée, cela au lendemain de la deuxième guerre mondiale en Europe et dans les années 60-70 aux Etats-Unis suite à la révélation de scandales sanitaires. Cette médecine-là dont il faut se réjouir de l'efficacité est apparue et progresse dans un contexte tout aussi occidental que les valeurs éthiques qui ont été mises sur pied pour

1. Voir notamment : *The foundations of bioethics*.

2. G. B. Tangwa, « Bioéthique et recherche biomédicale internationale sous l'angle de la philosophie et de la culture africaines », in *Ethique de la recherche et des soins dans les pays en développement*, (Sous la direction de) François et Emmanuel Hirsch, Paris, Espace Ethique / Vuibert, 2005, p. 61.

3. Voir par exemple les récits de médecins africains repris dans l'ouvrage dirigé par M. Botbol-Baum, *Bioéthique dans les pays du Sud*, Paris, L'Harmattan, 2005.

l'accompagner. Peut-on légitimement exporter des techniques et des savoirs médicaux ancrés culturellement sans exporter également les garde-fous éthiques qui leur ont été adjoints au fur et à mesure de leur développement ?

Je voudrais illustrer ce questionnement en m'intéressant au consentement éclairé. Le Code de Nuremberg de 1946 s'ouvre sur ces phrases : « Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contrainte ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision ». De la même façon, dans la Déclaration d'Helsinki, dont la dernière version date d'octobre 2000, on peut lire : « Après s'être assuré de la bonne compréhension par le sujet de l'information donnée, le médecin doit obtenir son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit ».

Le Belmont Report de 1978, texte de référence en éthique de la recherche, et qui détermine encore en grande partie l'*ethos* de la bioéthique anglo-saxonne, indique quant à lui : « Le respect des personnes requiert que les sujets aient la possibilité, en fonction de leurs capacités, de choisir ce qui va ou non leur arriver. Une telle possibilité est offerte lorsque les conditions nécessaires pour un consentement éclairé sont rencontrées ».

Les textes que je viens de citer concernent essentiellement la recherche, mais le concept de « consentement éclairé » est devenu aujourd'hui un des principes phares aussi de la bioéthique en général. Dans un *ethos* bioéthique qui accorde la priorité au respect de l'autonomie du patient et impose au soignant de respecter la volonté de celui-ci concernant sa santé, le consentement éclairé du malade ou d'une personne de confiance (si le malade n'est pas en capacité de décider) s'impose comme un élément essentiel en éthique clinique. Dans son manuel d'éthique clinique à l'usage des étudiants en médecine : *Doing Right*, Philip C. Hébert, écrit d'ailleurs : « Aucune intervention médicale pour quelque but que ce soit (diagnostic, pronostic, esthétique, palliatif ou thérapeutique) ne peut être entreprise à moins que le patient n'y ait consenti »⁴.

On trouve chez Tristram Engelhardt une justification très interpellante de l'importance grandissante accordée au principe du consentement éclairé en éthique médicale et dans les pratiques de soin. Engelhardt écrit que la pratique

4. Ph. C. Hébert, *Doing right. A practical guide to ethics for medical trainees and physicians*, Oxford University Press, 1996, p. 84. « Je traduis. »

du consentement libre et éclairé, reconnaît que les individus sont souvent les meilleurs juges de leurs propres intérêts. Il ajoute que, lorsque le choix du patient ne va pas dans le sens de son intérêt, le recours au principe du consentement éclairé constitue un excellent moyen de tenir compte du fait que, dans l'esprit de nos contemporains, la satisfaction d'avoir pu choisir *librement* est souvent préférée à celle d'avoir fait le bon choix *sous la contrainte d'autrui*. Bref :

1. En matière de soins de santé, le patient doit pouvoir choisir librement de son sort parce qu'il en est le meilleur juge.
2. Même si le patient se trompe, il préférera de toute façon se tromper librement qu'avoir raison sous la contrainte.

Le principe du consentement éclairé doit, selon moi, être interrogé à nouveaux frais, en mettant en évidence les limites propres de ce concept, d'une part, dans la culture médicale occidentale qui en a fait un référent éthique essentiel, et, d'autre part, dans les cultures non occidentales pour lesquelles il peut s'avérer particulièrement inapproprié.

Commençons par la culture médicale occidentale. Le psychiatre et psychanalyste Jean-Pierre Lebrun affirme de façon provocante et sans s'encombrer de nuance que : « Le consentement éclairé n'existe pas ! »⁵. Il appuie sa position sur le malentendu fondamental qui sous-entend tout dialogue humain : « [...] dans le dialogue, il y va de quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il dit à quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il entend »⁶, malentendu renforcé par la nature même de la relation nécessairement asymétrique entre le médecin et son patient. L'asymétrie de la relation soignante se retrouve à deux niveaux. Le premier concerne le transfert que le patient opère sur le thérapeute, ce dernier étant investi par le premier d'un savoir susceptible de lui venir en aide. Lebrun estime ici que le patient est donc dans un rapport de dépendance par rapport à un savoir qu'il suppose détenu par son médecin. Le second niveau d'asymétrie concerne la possession, cette fois bien réelle, d'un savoir efficace par le médecin, ce savoir faisant défaut au patient qui en est dès lors dépendant.

L'asymétrie ainsi structurée du dialogue médecin – patient se retrouve bien entendu dans le processus de consentement éclairé. L'information que le médecin communique au patient en vue d'éclairer son consentement se fait toujours à partir de cette position ambiguë du médecin investi d'un savoir « imaginaire » par le patient et par ailleurs détenteur d'un savoir tout à fait réel. La transmission

5. J.-P. Lebrun, « Le consentement éclairé n'existe pas ! », in *Ethica Clinica*, n° 6, juin 1997, pp. 4-7.

6. *Ibid.*, p. 4.

d'informations du médecin vers le patient est dès lors prise dans un nœud transférentiel dont le praticien lui-même ne veut pas toujours prendre conscience. Dans ce cadre, la demande de consentement éclairé adressée par le thérapeute à son patient ne peut encore qu'accentuer l'ambiguïté et la dissymétrie de la relation soignante : alors qu'il est demandeur d'aide (parfois vitale), le patient se voit tout à coup investi d'un statut de demandé. Démuni et en situation de dépendance par rapport au médecin, le patient est peu à même de décider en toute autonomie. Il ne faut pas alors se leurrer : « La réponse que le médecin obtient en ce cas, qu'elle soit positive ou négative, suppose le consentement ou le refus d'hypothéquer momentanément sa position de sujet en s'en remettant au médecin, plutôt qu'une réponse en vraie connaissance de cause »⁷.

Jean-Godefroy Bidima ne dit pas autre chose, mais en renvoyant cette fois à des référents non-occidentaux. Il évoque ainsi « *l'illusion de l'autonomie de la volonté* de celui qui consent »⁸, ainsi que « *l'illusion de la transparence du langage* »⁹. Bidima propose un exemple très éclairant pour illustrer sa réflexion : « Dans certaines cultures africaines, on ne dit pas non en face à celui qui a une autorité, on exprime le refus en n'exécutant pas ce qui nous est ordonné, mais formellement on dit "oui" pour que l'autorité ne perde pas la face. Il s'agit là d'une question d'honneur. Le soignant est une autorité, et quand un malade africain *lambda* lui donne son consentement qu'est-ce que cela signifie ? »¹⁰.

Bidima ne s'arrête cependant pas là et évoque encore : « *l'illusion d'un consensus non dialectique* » qui consisterait en somme à supposer que le consentement obtenu du patient par le thérapeute est ferme et définitif. Or, pour Bidima : « Le consensus est toujours en voie d'abolition aussitôt constitué, raison pour laquelle des actes de langage comme la *signature* et le *serment* essayent de conjurer cette dislocation rampante du consensus ». Et le philosophe d'illustrer sa position par la boutade des Beti du Sud-Cameroun qui, pour dire « oui », disent : « bine king dzia, bingong bibè (nous avons / adhérons à / sommes (d') une même voix, mais avec des gorges différentes »¹¹.

Devons-nous alors faire un constat d'échec et nous résigner à faire descendre le consentement éclairé du piédestal éthique qu'il occupe depuis trente ans dans le

7. *Ibid.*, p. 5.

8. J.-G. Bidima, « La question transculturelle et ses dispositifs », dans M. Botbol-Baum (sous la direction de), *Bioéthique dans les pays du sud. Récits de médecins africains*, L'Harmattan, Paris, 2005, p. 245.

9. *Ibid.*, p. 246.

10. *Idem.*

11. *Ibid.*, pp. 246-247.

monde de la médecine occidentale ? N'est-ce pas alors ouvrir la porte à des pratiques inacceptables ? Si la validité et la légitimité du consentement doivent certainement être interrogées, il ne faudrait pas pour autant sombrer dans une forme de relativisme malsain. Ne pourrait-on pas trouver une voie moyenne entre l'acceptation inconditionnelle et non critique de ce concept et le rejet pur et simple ?

Je fais le pari de la créativité, en m'appuyant notamment sur la mise en garde formulée par Raymond Massé qui invite ses collègues anthropologues à se méfier de la confusion entre un relativisme méthodologique de mise dans sa discipline et le relativisme éthique qui pourrait en découler¹². Le repli sur une neutralité relativiste dans une approche ethnologique risque en effet de conduire à cautionner des pratiques qui menacent l'intégrité physique et/ou psychologique des individus (par exemple le débat sur l'excision). L'anthropologie est ainsi mise au défi de l'éthique. En inversant le processus, on pourrait également suggérer que l'éthique et la bioéthique en particulier se mettent au défi de l'anthropologie. On pourrait ainsi demander à la bioéthique de s'ouvrir aux données anthropologiques et de prendre en compte l'influence du contexte socio-culturel sur les valeurs en présence, bref d'accepter une dose de relativisme. Elle éviterait de cette façon de sombrer dans une forme d'impérialisme postcolonialiste dont on lui fait de plus en plus reproche.

Cela dit, si une dose de relativisme siérait à la bioéthique, il ne s'agit pas de n'importe quel relativisme, précisément pour ne pas retomber dans les travers d'une certaine anthropologie. Massé défend l'idée d'un « relativisme critique et engagé » dont la bioéthique pourrait s'inspirer, en s'ouvrant à la différence culturelle, tout en ne se départissant pas de son devoir d'évaluation et de jugement moral. La tolérance sans la lâcheté en quelque sorte. Ou encore : comprendre, sans s'empêcher d'agir. Massé écrit à ce sujet : « La tolérance et l'inaction ont trop longtemps été justifiées au nom du relativisme culturel alors qu'il s'agit de manifestations d'exploitation politique et économique de sous-groupes sociaux (femmes, homosexuels, immigrants, minorités religieuses), exploitation légitimée par des arguments moraux comme la non-conformité aux valeurs religieuses ou aux codes religieux »¹³. Si la tolérance doit être considérée en bioéthique comme en anthropologie comme un important repère méthodologique, elle ne doit en aucun cas devenir aveuglante : « [...] une coutume ou un rituel ne sont pas justifiables et défendables du simple fait qu'ils sont inscrits dans une "tradition". Encore faut-il se demander si cette coutume

12. R. Massé, « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 2, 2000, pp. 13-33.

13. R. Massé, « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique », pp. 23-24.

traditionnelle opprime systématiquement certains sous-groupes de la population. Engendre-t-elle plus de conséquences négatives que de bénéfiques pour l'ensemble de la collectivité ? »¹⁴.

Le relativisme critique et engagé de Massé trouve des échos chez Jean-Pierre Lebrun. Pour ce dernier, comme nous l'avons vu, il est illusoire de croire en la possibilité d'un consentement réellement libre et éclairé dans le cadre d'une relation thérapeutique. Il ne s'agit cependant pas pour autant de dénier toute pertinence à ce concept – et moins encore de le bannir des cabinets de consultation –, mais plutôt d'inviter soignants et soignés à la vigilance quant à la nature du dialogue humain, particulièrement dans le domaine des soins de santé. Tout n'est pas rationnel ni rationalisable dans le dialogue médecin-malade, essentiellement caractérisé par le malentendu et la dissymétrie. Un relativisme critique et engagé pourrait dès lors conduire à contextualiser le consentement éclairé, tout en veillant à ne pas s'en débarrasser purement et simplement.

Il faudrait ainsi pouvoir pleinement tirer parti des appels à la relativisation, tels que celui de Patrice Emmanuel Mbo Abenoyap qui écrit : « Comment en effet parler d'un véritable consentement libre et éclairé face à l'influence manifeste de la famille, de la communauté, sur les décisions à prendre ? Comment peut-on parler de secret médical lorsque le médecin a pour principal interlocuteur non pas le patient, mais la personne qui s'occupe financièrement de ses soins, le "sponsor", tel qu'on le nomme au Cameroun ? »¹⁵. Mais en même temps, il ne faudrait pas perdre de vue l'intérêt voire la nécessité d'un tel consentement. On peut prendre conscience de la difficulté d'obtenir un consentement éclairé dans un contexte culturel où la décision individuelle est appréhendée de façon très différente qu'en Occident, tout en ne renonçant pas au principe même du consentement, parce que ce serait peut-être se fermer les yeux face à l'oppression de certains groupes sociaux.

Il se pourrait alors qu'il faille entreprendre de dépoussiérer le principe du consentement éclairé et celui d'autonomie du sujet sur lequel il s'appuie, en cherchant à retrouver sous les dorures le matériau brut. N'y a-t-il pas derrière l'exigence du consentement une volonté de préserver l'intégrité physique des individus, d'échapper à la coercition et à l'exploitation d'êtres humains par d'autres êtres humains ? N'y a-t-il pas là des principes, sinon universels, du moins qui méritent de voir l'être humain sortir de sa neutralité éthique, de sa tolérance bienveillante, lorsqu'ils sont bafoués ?

14. *Ibid.*, p. 24.

15. P. E. Mbo Abenoyap, « Perspectives de la théologie africaine », dans F. et E. Hirsch (sous la direction de), *Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement*, Espace éthique, Vuibert, Paris, 2005, p. 132.