

Origine et destination de l'éthique médicale

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1 Une éthique particulière ou une éthique générale ? | 1 |
| 2 Science humaine ou pratique médicale ? | 5 |
| 3 Singularités, relations, propositions | 12 |
| 4 Éthique médicale, bioéthique et éthique | 18 |

pdf

Transfinis - Novembre 2022

Version d'origine du texte paru en postface aux Avis de la commission consultative d'éthique du CHU de Lille (2011-2021), LEH Editions, 2022.

1 Une éthique particulière ou une éthique générale ?

Après avoir lu ou parcouru ce recueil de réflexions menées depuis plus d'une décennie au sein de l'Espace Éthique Hospitalier et Universitaire du CHU de Lille, deux impressions viennent peut-être à l'esprit. La première est que ces réflexions parfois anciennes, bien qu'elles concernent à chaque fois des cas

cliniques singuliers, ne sont pas périmées. C'est une des preuves, s'il en est, que l'éthique médicale n'est ni un effet de mode, ni soumise aux ambiances et aux pressions du moment. Deuxièmement, aucune conclusion d'ensemble sur la bioéthique ou sur l'éthique n'est formulée dans la vingtaine d'études qui ont été réunies. On ne trouve de général que certains cadres, certaines pistes, certaines questions. Pourquoi, faut-il s'en réjouir ou le déplorer ?

Une explication simple à cette absence de conclusions d'ensemble (c'est ici une postface) pourrait être que les propos qui ont permis de composer les textes de ce livre ont été tenus par un grand nombre de personnes, quelques dizaines au moins au cours des années, d'âges, de professions, de genres, de savoirs, de compétences et de situations différentes. Difficile à partir de là, pensera-t-on, de formuler quoi que ce soit de général et de synthétique. Mais à quoi bon, alors, parcourir par le biais d'un livre des labyrinthes éthiques sans sorties certaines, alors que chacun peut les expérimenter de lui-même en se confrontant à différents dilemmes typiques qui surviennent plus ou moins régulièrement - face à la fin de la vie, face des maladies de naissance, face à des interventions et à des expérimentations incertaines ? À quoi bon s'affronter par un livre à des vertiges que l'on pourrait avoir sans lui ?

À cela, on peut répondre que l'imagination, les connaissances et le point de vue d'un seul sont toujours plus étroits, quoi qu'il en soit de leur pertinence et de leur richesse, que les perspectives et les contradictions ouvertes par une multiplicité de personnes. Cela pourrait être une première raison pour parcourir minutieusement toutes les singularités qui sont examinées et mises en lumière par les participants aux recherches de l'EEHU.

Et il y a plus, beaucoup plus. Car il n'y a peut-être pas de conclusions ou de propos d'ensemble dans ces pages, mais on y trouve bel et bien des refus et des acceptations, des recommandations et des schématisations. Ce qui se donne à voir dans le cours parfois sinueux des textes, c'est qu'il y a des questions que l'on n'ose pas poser ou des réponses que l'on donne trop vite, qu'il y a des réponses auxquelles il faut se tenir et des questions qu'il faut modifier. Face à la singularité complexe des cas, il faut - et c'est peut-être le plus difficile et le plus instructif - accepter de changer d'avis sur ce qui est important et sur ce qui ne l'est pas, tout en saisissant à mesure des discussions les façons dont, à chaque fois, dans les moments de crise, l'important et l'inessentiel sont faits l'un de l'autre.

Concilier la rigueur, voire même la fermeté, et l'attention à la singularité ;

face à un cas particulier argumenter et trouver des mots pour affirmer des limites absolues ou la possibilité de lever des limites qui paraissaient telles : c'est ce travail que l'on trouve tout au long de ce recueil, qui a été accompli par tous les membres de l'EEHU et par les rédacteurs de ces textes. En ce sens, on peut dire que, si l'éthique médicale ne prétend donner ni des recettes, ni des solutions, ni des guides de bonne pratique, elle n'est pas non plus un supplément d'âme ou une technique de debriefing pour les équipes soignantes.

L'éthique médicale ne peut pas être un guide de bonnes pratiques, si l'on prend garde à la ponctualité tragique de ses occurrences, où tout le travail que l'on accomplit ne garantit pas d'être mieux préparé aux problèmes à venir. Elle ne peut pas non plus être tenue pour une technique d'apaisement des esprits ou pour une occasion de se rassurer par la virtuosité de son intelligence, si l'on fait attention à la manière dont elle expose ceux qui en parlent, qu'il leur faille formuler publiquement leurs difficultés ou exposer à la communauté leurs positions.

Travail d'interrogation sur la nouveauté réelle ou supposée des cas, travail sur les frontières, la signification de leur franchissement ou de leur respect, l'éthique médicale vise, en d'autres termes, à discuter de règles, de leur énonciation et de leur application. Elle comporte bien, en ce sens, du général.

De quelles règles s'agit-il, et à qui ces règles s'appliquent-elles ? Quel est le domaine de l'éthique médicale, son objet, qui est concerné par elle ? Ce recueil donne sans doute à voir un élément de réponse, qui est souvent moins identifiable dans les autres ouvrages qui traitent du sujet. C'est l'éthique d'un métier, d'une profession, des médecins ou si l'on préfère des soignants, qui est discutée et élaborée dans l'éthique médicale. Que faut-il faire ou ne pas faire en tant que soignant, où, quand, comment avec qui et pourquoi ? Chacun de la vingtaine de textes proposés a pour déclencheur une saisine, c'est-à-dire une interrogation d'un professionnel du soin au sujet d'un acte singulier que celui-ci a fait ou qu'il s'est abstenu de faire, sans parvenir à lever, avant, pendant ou après, tous ses doutes sur le bien fondé de son choix. Telle qu'elle se présente ici, l'éthique médicale trouve son origine dans une demande de repères de la part de professionnels du soin, à la fois en termes de règles de référence qui existeraient déjà ou qu'il serait possible de forger, et en termes de manière d'analyser des situations cliniques qui sortent de l'ordinaire ou qui rendent celui-ci problématique. À partir de ces origines, on comprend que les questions comme les réponses concernent des praticiens,

et qu'elles s'adressent à d'autres praticiens. Seuls d'autres soignants en effet peuvent pleinement saisir les motivations et les implications des questions et des réponses précises qui sont proposées face à tel entrelacs ou à telle absence des règles existantes, ainsi que par les détails des cas.

Mais définir de la sorte l'éthique médicale paraîtra, à bon droit, aberrant. Affirmer que celle-ci est une forme d'éthique professionnelle, au nom de la singularité des cas et surtout de l'extrême technicité aux multiples facettes qui innervent ces cas (scientifique, technologique, juridique, institutionnelle et économique) semble intenable. Les questions de vie ou de mort nous concernent tous. C'est la raison évidente de l'intérêt universel suscité par les problèmes soulevés en éthique médicale. Et, nous concernant tous, ceux-ci ne concernent pas que les soignants en tant que soignants. Ils touchent aussi les médecins en tant que mère, père, fils, fille, proches et témoins. Et c'est pourquoi les soignants discutent de ces problèmes d'éthique médicale avec d'autres professions (juristes, sociologues, philosophes, historiens...) et, nécessairement, avec l'ensemble de la société sans distinction de spécialités (usagers, familles, proches, public). L'ensemble des participants à l'EEHU, qui ne sont pas tous des professionnels du soin, répond à un tel intérêt universel pour l'éthique médicale et représente, autant que faire se peut, cette variété collective.

Les tensions qui peuvent affleurer au sujet de l'éthique médicale entre la singularité et la généralité, la spécialité et l'universalité, ne doivent pas être négligées. Sans qu'elles remettent en cause le fait de la centralité de la bioéthique dans nos sociétés, elles obligent à s'interroger sur l'évidence de celle-ci et sur la façon dont la bioéthique en est venue, pour nous, à tenir lieu d'éthique, ce dont l'abréviation courante du « Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé » en « Comité Consultatif National d'Éthique » est un des signes les plus simples mais aussi les plus flagrants.

Le problème a deux facettes, qui sont liées. Il réside dans nos manières de passer de l'éthique médicale à l'éthique, et de passer, à l'intérieur même de l'éthique médicale, du singulier au général. Il implique de comprendre comment, de cas singuliers et qui le restent toujours, nous essayons de tirer des règles générales dont les incidences vont bien au-delà de ces cas. Il implique, plus largement, de savoir pourquoi et comment une éthique particulière ou « régionale », qui concerne les actes de soin, peut valoir comme éthique générale.

Il existe d'autres éthiques particulières, l'éthique des artisans ou l'éthique des affaires par exemple. Mais de celles-là, il ne semble pas que nous élaborons des éthiques globales.

Ces questions ne sont pas que spéculatives. Elles ne concernent pas que les théoriciens de l'éthique, les philosophes, ou les historiens des idées qui se demanderaient quand, comment et pourquoi le soin est devenu pour nous un paradigme moral. Elles touchent directement aux pratiques médicales, à leur compréhension et à leurs éventuelles transformations. Elles sont au cœur de l'organisation des comités d'éthique, des rencontres et des difficultés qui s'y produisent. Car enfin, ce n'est peut-être pas qu'un avantage pour les soignants que d'être pris pour les praticiens typiques et les exemples de l'éthique, de telle sorte que nous devons penser à partir de leur activité ce qui est bien ou ce qui est mal. Cela a pour conséquence que tout le monde a son mot à dire au sujet des soins et des manières de les mener, puisqu'ils seraient le noyau de notre morale. Or, pourquoi est-ce que les soignants ne pourraient pas revendiquer, comme tous les professionnels, d'être les seuls experts de leur métier sans avoir besoin d'en discuter avec n'importe qui ? Et suivant cette ligne, pourquoi faudrait-il d'ailleurs qu'ils se soucient sans cesse du bien et du mal à la différence des autres travailleurs, auxquels il n'est demandé que de faire bien leur travail, et pas le bien ?

Explorer ces limites et ces objections possibles à l'éthique médicale peut permettre non seulement de modifier certains clichés à son sujet - elle n'est pas forcément la bienvenue ou populaire -, mais aussi de mieux en cerner la valeur spécifique, qui est exemplairement exprimée dans ce recueil des réflexions de l'EEHU de Lille.

2 Science humaine ou pratique médicale ?

À supposer qu'on en reconnaisse l'existence et la nécessité, la portée de l'éthique médicale peut être réduite par deux arguments symétriques qui, à chaque fois, la particularisent et excluent ainsi qu'on en tire des enseignements éthiques majeurs ou étendus. D'un côté, les soignants peuvent l'inclure dans la médecine elle-même, au point de la confondre avec la médecine. D'un autre côté, les spécialistes de l'éthique peuvent n'y voir que la mise en application de principes éthiques universels, qui guideraient toutes les activités humaines. Tantôt l'erreur serait de prétendre pouvoir distinguer l'éthique de la médecine de la pratique de la médecine, tantôt elle serait de prendre pour un fondement

de l'éthique ce qui ne serait, en réalité, qu'une éthique appliquée.

Un rapide examen de ces deux positions possibles au sujet de l'éthique médicale, sans doute plus répandues qu'on ne le croit, permet d'en saisir rapidement les faiblesses.

En défendant l'idée selon laquelle l'éthique médicale serait la médecine elle-même, on se trouve bien en peine de répondre à la question de savoir pourquoi l'exercice de la médecine peut se faire de manière non éthique - ce qui donne parfois lieu à des scandales, des procès et à des contrôles des activités médicales. Il paraît en effet difficile de dire, si ce n'est à la manière du début de certains dialogues platoniciens, qu'il n'est de médecin que de médecin qui agit bien, et qu'un médecin dont les actes seraient mauvais ne serait pas, en réalité, un médecin. Certes, un mauvais médecin n'est pas un bon soignant ; mais c'est bien en tant que médecin qu'il est un mauvais soignant. Force est alors de devoir spécifier l'éthique au sein de la médecine.

Reconnaître cette partie éthique de la médecine ne nécessite pas forcément de devoir aller chercher en dehors de la médecine ce qui en fixerait les repères éthiques. Les soignants pourraient en rester les juges principaux. Il reste cependant possible de pointer, aussi, l'appartenance de l'éthique médicale à une morale plus générale et, somme toute, courante. L'exercice de la médecine est, par exemple, encadré par des lois qui concernent les médecins comme ils concernent les autres professions. La probité y est requise, tout comme l'abstention de toute nuisance volontaire.

En tous cas, même en faisant de la pratique médicale le seul lieu et la seule origine de l'éthique médicale, on peut défendre l'idée qu'il existe une partie éthique de la médecine qui ne peut pas être confondue avec son efficacité, ses réussites ou ses échecs. La disponibilité des soignants malgré leur fatigue, la modération de leurs honoraires ou leur patience face aux atermoiements des malades peuvent en être des illustrations éventuelles.

Affirmer à partir de là que l'éthique médicale ne serait, en réalité, que l'application de principes moraux universels à une activité particulière serait, cependant, tout aussi erroné et excessif.

Il est vrai que les réflexions de bioéthique naissent souvent, sinon toujours, à partir de cas singuliers ou nouveaux. On peut croire, alors, que l'éthique médicale n'est qu'un art interprétatif de principes universels, simples, intangibles - comme « Tu ne mentiras point » - face à certaines situations qui

compliquent la mise en pratique de ces principes, sans cependant que ceux-ci ne doivent être changés ou abandonnés. Mais, en dehors des manières dont la médecine peut ébranler directement les dits principes - l'euthanasie met le « Tu ne tueras point » à l'épreuve, problème sur lequel il faudra revenir -, on peut d'abord objecter à cette idée de l'éthique médicale qu'elle méconnaît ce qui fait la singularité des cas en médecine. La nature de cette singularité exclut que les actes médicaux puissent consister en l'application de règles générales à des cas particuliers, comme lorsqu'un commerçant, par exemple, applique une règle de proportionnalité pour appliquer une réduction.

Qu'en est-il exactement de cette singularité ? La médecine est irréductible à l'application de règles dans la mesure même où la singularité y est celle du « cas », mais aussi celle de toutes les circonstances et conditions du soin. De cela, le recueil des avis de l'EEHU est un témoignage exemplaire. Les questions de départ y sont toutes incluses, progressivement, dans une multitude d'interactions qui toutes valent, mais dont la conciliation n'est jamais évidente. Autrement dit, certains cas cliniques peuvent bien sûr être plus complexes que d'autres ou provoquer des injonctions contradictoires. Mais s'arrêter là serait une conception bien pauvre de la singularité dans les soins. Celle-ci ne réside pas prioritairement dans l'originalité ou l'intensité des problèmes qui se posent ; elle n'est pas exceptionnelle, mais tendanciellement permanente. C'est que chaque acte médical peut avoir des conséquences importantes. C'est que tout soin ne peut avoir lieu que dans des circonstances toujours changeantes, tandis qu'il est fait de perceptions ou de gestes particuliers qui doivent toujours appréhender du particulier. C'est que, surtout, la médecine s'inscrit essentiellement dans une temporalité et une multitude d'interactions, possibles ou effectives, qui ouvrent sans arrêt à de nouveaux choix. Il est pour cette raison exclu de pouvoir résumer ce qui s'y passe à quelques caractéristiques figées qui seraient, en elles-mêmes, décisives, et qui permettraient de synthétiser la signification de ce qui se joue.

La médecine est prise dans le « singulier », c'est-à-dire dans des situations jamais totalement identiques, tissées d'éventualités présentes et futures qui ne sont pas évidentes à saisir et qui sont engagées dans une temporalité à la fois irréversible et incomplètement prévisible. Il est à cause de cela impossible d'en penser l'exercice comme une technique d'application de règles générales à du « particulier », au sujet duquel il suffirait de saisir les quelques caractéristiques les plus significatives. Certes, la connaissance et la capacité à mettre en œuvre des normes de soin scientifiques sont indispensables pour bien soigner, mais

elles ne constituent que le socle du soin. Elles n'expriment pas l'étendue concrète des activités médicales, celle des situations de soin inscrites dans une durée ouverte, perlée des interventions des uns et des autres.

Le grand intérêt des différents textes réunis ici, toujours au sujet d'un cas dont il est parfois dit tant de choses que l'on peut avoir l'impression de se perdre est, en ce sens, de faire voir à quel point les difficultés qui sont discutées sont à mille lieues des « *cold cases* » dont on se sert parfois pour présenter les dilemmes éthiques. Il n'y a jamais en réalité un nombre limité de possibilités même si celles-ci s'explorent en parcourant initialement une série d'alternatives ; il n'y a jamais de face à face entre un médecin et un patient qui seraient seuls au monde, même si la responsabilité de l'un et de l'autre ne peut-être escamotée ; les personnes, les lieux et les techniques ne sont pas des silhouettes, mais sont parsemées de dispositions multiples avec lesquelles on peut et on doit agir. On peut espérer que la lecture des travaux de l'EEHU puisse donner accès à cette perception à la fois immédiate, continue, et inquiète, sans cesse reprise et précisée, de tout ce qui fait une situation de soin, perception qui est au cœur des difficultés de l'éthique médicale et qui est irréductible à une arborescence de choix au fur et à mesure desquels on s'orienterait vers le bien agir.

Cette inscription de la médecine dans la singularité de cas, mais aussi des circonstances, des actes et de toutes leurs conditions, oblige à ne pas s'en tenir à l'idée de l'éthique médicale comme éthique appliquée. Elle permet aussi, positivement, d'envisager les choses sous un nouveau jour, dans lequel la collaboration des professionnels du soin et des gens intéressés à l'éthique en général peut trouver sa justification, aux côtés des réticences que peut provoquer l'éthique médicale.

Du côté des soignants, la conscience de la précarité essentielle de l'exercice de la médecine pourrait expliquer la demande volontaire d'autres regards, de confrères, de gens d'autres professions, du public. Du côté des gens intéressés par l'éthique médicale sans pour autant être des professionnels du soin, la médecine offrirait l'occasion sans équivalent de réfléchir concrètement à ce qu'est bien agir au nom d'une des valeurs les plus hautes, celle de la vie. Comment bien agir des intentions à la réalisation, simplement mais aussi techniquement, dans l'alliance toujours à envisager du trivial et du dramatique, de la vie quotidienne et de la mort qui survient ? Il paraît logique que l'on ait pu chercher dans la médecine de quoi formuler une

anthropologie générale¹. Les œuvres d'Aristote peuvent être aussi prises comme un exemple célèbre d'une philosophie nourrie de médecine et plus largement de l'étude de la vie, dont la théorie de l'action réussit le tour de force d'être, encore aujourd'hui, à la fois l'alphabet des théories de la responsabilité et une référence incontournable dans la transmission des pratiques médicales au travers de la notion de prudence (*phronésis*)². C'est dire à quel point la médecine et la réflexion anthropologique peuvent se nourrir et s'étayer mutuellement, en tenant ensemble le souci du bien et la lucidité sur tout ce qui fait l'agir humain, sa complexité et sa précarité.

Tient-on là le cœur de l'éthique médicale, le secret de son caractère central et essentiel ? Celui-ci réside-t-il dans la façon dont la médecine exprime au plus haut point le désir de bien faire, en sauvant des vies, tout en s'affrontant aux incertitudes de l'agir et aux limites de la puissance des êtres humains ? On comprendrait que l'éthique la plus profonde puisse partir du souci de soin, quitte à élargir ses vues ensuite. Entre l'éthique et l'éthique médicale, il y aurait dans tous les cas un fond commun, qui autoriserait toutes sortes d'allers-retours entre l'une et l'autre : ce fond serait celui de la vie, de sa préservation, de son devenir, de son histoire et de toutes ses conditions.

Un tel portrait de l'éthique médicale correspond peut-être à l'image la plus courante qui en circule, et qui est loin d'être dénuée de vérité. Il n'est pas sûr cependant que cette image rende bien tout ce qu'est cette éthique, tout ce qui la suscite et tous les enseignements que l'on peut en tirer. Par ailleurs, cette image n'est pas sans risque, et pour la médecine, et pour la philosophie que l'on pourrait en tirer, que l'on entende par philosophie une morale, une sagesse, ou un ensemble de réflexions.

Il est certes vrai, du côté de la philosophie, que celle-ci apprend beaucoup de la médecine. Mais les propositions ou les théories que la philosophie peut tirer de la médecine peuvent chercher à avoir une portée plus large - universelle - qui s'étend au-delà des objets, des idées ou des pratiques médicales. Et quels que soient les ancrages que la philosophie peut prendre dans le soin, elle possède nécessairement d'autres accroches, dont son histoire propre. Ce qu'Aristote peut emprunter à la médecine et à l'étude de la vie s'intègre à un système

1. Voir par exemple CAILLE, Marie, *Cabanis, Anthropologie médicale et pensée politique*, Paris, CNRS Éditions, 2014.

2. Voir ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Paris, GF-Flammarion, 2010, et sur la *phronésis* en particulier AUBENQUE, Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, PUF, 2003,

d'ensemble, de telle sorte que le finalisme par lequel les vivants croissent et meurent définit aussi l'existence de toutes les autres choses, y compris des pierres. C'est une conception de la nature entière qu'essaie d'établir Aristote au-delà des seuls enseignements de l'école Hippocratique, dans un dialogue avec ses prédécesseurs en philosophie, les présocratiques et Platon. Ce type de différence entre la médecine et la philosophie fait la fécondité de leur dialogue, et explique que chacune peut user de l'autre. Mais cette relation d'usage implique justement que des décalages, des reprises partielles et des contradictions peuvent aussi se produire. Aussi précieuse que soit par exemple la philosophie kantienne du devoir pour penser le devoir de soin, on ne peut négliger que cette philosophie implique aussi de ne pas délivrer de traitements dont les effets aléatoires sont avérés au risque de sa vie, ce qui conduit Kant à critiquer l'usage des statistiques pour déterminer le bien-fondé des thérapies³.

Il faut donc souligner la mise entre parenthèses possible, au moins partielle, volontaire ou involontaire, de la médecine par la philosophie, et au moins admettre que les concepts philosophiques peuvent et doivent se construire en dehors de la médecine, de ses théories et pratiques propres. Cette étrangeté est, peut-être, ce qui rend la philosophie et la médecine utiles l'une à l'autre.

Est-ce à dire, du côté de la médecine, que celle-ci se fait sans philosophie, ou que la philosophie, à un moment donné, ne lui est plus d'aucun secours ? La médecine suit sa logique propre, ses normes spécifiques, comme toute science et comme toute pratique particulières. L'usage actuel des statistiques pour juger du caractère plus ou moins judicieux des traitements ne trouve ni son origine, ni ses règles, ni ses justifications, dans les philosophies de Kant et d'Aristote, qui le récuse ou l'ignorent. L'essentiel de la nature ou de l'action n'est pas mathématisable aux yeux d'Aristote, alors que la médecine contemporaine repose sur cette mathématisation qu'elle vise, en parallèle des usages qu'elle peut faire de l'idée de *phronésis*. Autrement dit, elle avance de son côté et les sciences humaines du leur, au bénéfice de la rencontre et au risque de l'incompréhension, voire de l'affrontement - il n'est en effet pas interdit d'être critique de l'usage des statistiques en médecine. En suivant les lignes qui tracent cette séparation possible, on peut se demander si ce que la médecine vient chercher dans la philosophie n'est pas, alors, ce qu'elle ne trouve pas dans les sciences et les techniques qui sont les siennes,

3. KANT, Emmanuel, *Écrits sur le corps et l'esprit*, Paris, GF-Flammarion, 2007, p. 176 et sq..

où l'exactitude et l'efficacité sont les buts essentiels et où l'éthique n'est pas immédiatement présente - l'éthique, c'est-à-dire la détermination des bons et des mauvais usages, tandis que tous les usages des sciences et des techniques sont, de fait, possibles.

La philosophie apporterait à la médecine l'éthique que la médecine ne contiendrait pas en elle-même. Outre que cette position, comme on l'a vu, peut être purement et simplement refusée puis retournée en son contraire pour faire de la médecine le lieu d'expression essentiel de l'éthique, outre que cette idée ne tient pas compte des allers-retours fructueux qui peuvent avoir lieu entre la médecine et les sciences humaines, elle comporte aussi un grand risque : celui de faire de l'éthique médicale le lieu d'une limitation des activités médicales dont la philosophie serait par excellence l'auxiliaire. Le problème de l'éthique médicale ne serait-il pas, au fond, de déterminer des limites à certains usages techniques et à certaines expérimentations ? La médecine ne demanderait-elle pas à l'éthique de modérer ses excès et ses craintes ? L'éthique ne désignerait-elle pas le travail d'élucidation de ce que l'on fait trop ou pas assez sans s'en apercevoir faute de pouvoir s'extraire facilement des activités que l'on mène au quotidien, ce pourquoi l'éthique resterait sinon une activité extérieure à la médecine, du moins quelque chose qui requiert de sortir de sa routine ?

Juger des droits à l'exploration et de la nécessité des points d'arrêt de l'activité médicale, tel serait le rôle de l'éthique médicale, ce dont le serment d'Hippocrate porte déjà le témoignage au travers de l'interdiction de l'opération de la taille⁴. Le travail de réflexion consisterait à ajuster en permanence les limites à la médecine au cours des évolutions techniques, sociales, etc.

Le risque de cette dernière définition de l'éthique médicale est double. Il est pour les soignants de ne voir dans la philosophie qu'une cartographie générale des principes éthiques possibles et qu'un art de verbalisation du sensible, face à des problèmes qui seraient finalement toujours du même ordre et qui, avec le temps finiraient par se régler d'ajustements en ajustements. L'éthique se ferait quasi naturellement, sans qu'il soit besoin d'y plonger tous, trop profondément ou trop longuement.

Le risque est pour la philosophie de ne pas chercher à saisir précisément tous les tenants et aboutissants des problèmes de la médecine, alors que

4. HIPPOCRATE, *Serment. Loi. Testament*, Paris, Les Belles Lettres, 2019.

les questionnements éthiques de celle-ci sont moins des problèmes toujours présents et identiques que des points d'aboutissements, atteints après que les solutions habituelles aient été épuisées. Les difficultés qui sont étudiées dans ce recueil des travaux de l'EEHU trouvent leur origine dans de longs parcours scientifiques, techniques, institutionnels, quotidiens, que des préconisations générales n'ont pas réussi à éclairer. Les saisines sur lesquelles les membres de l'EEHU ont été appelés à réfléchir portent non seulement sur des tensions générales - opérer ou ne pas opérer, dire ou ne pas dire, accepter ou ne pas accepter - et sur des cas singuliers, mais elles sont aussi formulées après que des réflexions ou des discussions aient eu lieu et après que les expériences antérieures des soignants aient été débordées, bouleversées et se soient révélées insuffisantes pour être assuré de bien juger.

En ce sens, on peut croire que, à eux seuls, les concepts les plus généraux de la philosophie et des sciences humaines ne sont pas très utiles à l'éthique médicale. Ils ne peuvent être que des points de départ et doivent toujours être révisés, transformés et utilisés pour fournir des perspectives singulières aux questions toutes aussi précises que les soignants se posent. Quelle que soit la pertinence de notions comme celles de *care*, de *cure*, de vulnérabilité ou de transhumanisme, elles ne peuvent résoudre directement la question des meilleures manières de faire lorsque celles-ci sont devenues incertaines, pas plus que rappeler l'importance de la bienveillance, des circonstances, du tact et de l'attention ne peut suffire alors que les questions soulevées en éthique par les soignants appellent des verbalisations, des formulations, des explorations à la fois longues et précises. On peut le saisir au plus près par la lecture des différents cas présentés dans les pages qui précèdent.

3 Singularités, relations, propositions

C'est parce que l'éthique médicale existe de fait, ce dont le présent livre est une preuve parmi d'autres, qu'on peut, comme dans cette postface, en mettre la teneur et la pertinence à l'épreuve sans craindre de la disqualifier ou d'en entraîner la disparition. Et pour éviter d'attaquer ou de défendre des chimères à son propos, l'attention aux caractéristiques communes des différents avis qui en sont issus est précieuse, tout spécialement pour bien saisir ce qu'il en est du travail sur la singularité qui y est mené, sur lequel nous n'avons cessé d'insister pour identifier ou contourner certaines chicanes mais sans aller beaucoup plus loin jusqu'à présent.

Dans les avis de l'EEHU sont déployées à chaque fois une multitude de perspectives. Cette multitude s'appuie sur la diversité des professions et des disciplines présentes dans ce comité d'éthique, qu'on a déjà évoquée. On la trouve du côté des soignants, avec la participation de médecins généralistes, urgentistes, praticiens hospitaliers, infirmiers, aides-soignants, hommes et femmes, et plus largement avec l'ensemble des professions grâce auxquelles un Centre Hospitalier Universitaire peut fonctionner - cadres de santé, juristes, ressources humaines. La variété des compétences et des disciplines existe aussi du côté des non professionnels du soin, avec la collaboration de juges, de philosophes, de sociologues, d'éducateurs, de malades, etc. Tout autant que la complémentarité des disciplines et des métiers, ce sont les différents rapports des intervenants à la médecine et au soin au sens large qui importent, et ainsi, également, les expériences individuelles. Selon les parcours et les moments, on peut en effet avoir été enquêteur sur les pratiques médicales et patient, soignant et proche d'un malade, représentant de malades et souffrant.

Cette multitude des participants permet une diffraction des pratiques médicales ainsi qu'une pluralité des points de vue non médicaux sur ces pratiques. Ce serait se tromper, toutefois, que de penser que cette richesse des perspectives importe d'abord parce qu'elle permettrait de produire le consensus le plus solide possible, par confrontation puis synthèse de ces perspectives. Certes, la publication des avis va de pair avec l'accord de toutes celles et ceux qui ont participé aux discussions, et ces avis expriment donc effectivement un consensus. Mais là n'est probablement pas le plus important. Si à la fin une communauté d'avis existe, le parcours qui y mène est sans doute beaucoup plus essentiel. C'est ce parcours qui explique les pages, parfois nombreuses, au cours desquelles l'analyse des cas est présentée. La multiplicité des points de vue s'exprime dans ce parcours, et sa valeur en ce sens n'est pas de produire un consensus, mais de provoquer l'analyse la plus exhaustive et la plus précise possible. Si parler de point de vue suppose un monde commun, la possibilité d'avoir un point de vue suppose également qu'on ne regarde pas la même chose que les autres dans ce monde commun.

En d'autres termes, c'est la prise en compte de toutes les conditions dans lesquelles s'inscrivent les actes médicaux qui est plutôt recherchée, autant que faire se peut, par cette composition des comités d'éthique médicale, à l'EEHU comme dans la plupart de ceux qui existent. Chacun dit ce qu'il voit et demande à voir, dit ce qu'il comprend et s'efforce de comprendre à partir de ses repères les plus familiers. Petit à petit - il faut à chaque fois plusieurs

réunions - l'acte ou la décision médicale qui est au départ du questionnement se retrouve ainsi inscrite dans l'ensemble de ses conditions scientifiques, techniques, juridiques, sociales, économiques, institutionnelles, interpersonnelles, personnelles, rationnelles et affectives. Il s'agit bien de conditions, et non pas de déterminations : leur mise au jour, leur perception, leur formations permettent d'envisager des possibilités plus qu'elles ne définissent des impossibilités ou des fatalités. Il s'agit aussi de conditions qui sont en elles-mêmes générales - comme le droit - ou au sujet desquelles il est possible de formuler des généralités - comme la transmission des informations au moment de l'annonce initiale d'un diagnostic. L'attention au singulier n'empêche pas de pouvoir l'appréhender par des repères communs, qui sont donc généraux : le singulier est l'horizon, les généralités les tracés de perspectives qui permettent de l'atteindre et de le situer.

Un premier enseignement se dégage de ce type d'expérience au sujet de l'éthique médicale. Il y apparaît que l'attention, en médecine comme ailleurs, n'est pas qu'une affaire de psychologie ou d'effort, mais qu'elle dépend étroitement de nos expériences et de nos savoirs. Ceux-ci ne déterminent sans doute pas notre volonté de faire attention, mais nos capacités à le faire avec plus ou moins d'acuité. À cause de ce lien entre nos capacités de perception, nos expériences et nos savoirs, la singularité des cas ne peut être perçue par un seul, elle ne réside qu'illusoirement dans une caractéristique principale et ne peut être résumée en quelques mots. La singularité implique la longueur.

Deuxièmement, ces échanges de vues permettent de prendre en compte, progressivement, le caractère conditionné, c'est-à-dire relatif de l'exercice de la médecine, de ses moyens et de ses valeurs. Les surprises du vivant et la fatalité de la mort ne sont pas les seules choses avec lesquelles les soignants doivent composer. Il leur faut aussi considérer les limites de leurs moyens thérapeutiques, de leurs patients et des entourages, d'eux-mêmes et de leurs services, de l'organisation du système hospitalier ou encore des moyens économiques alloués à la santé. Cela ne conduit pas à rendre caduques les interrogations sur les responsabilités des uns et des autres. C'est au contraire à partir là que les questions éthiques peuvent être formulées avec pertinence, sans dogmatisme ni grossièreté.

Le caractère toujours singulier car relationnel des questions éthiques apparaît en effet, troisièmement, au fur et à mesure de ce type d'examen collectif. La médecine est relationnelle parce que tout acte médical (d'examen, de

diagnostic, de pronostic ou de thérapeutique) s'inscrit dans un ensemble de relations que la médecine transforme en intervenant sur les corps. La relation entre un soignant et un patient est par exemple modifiée si une thérapie produit une guérison inattendue, les routines familiales changent si un traitement lourd s'impose. Par leurs propos et leurs prescriptions, les soignants ne peuvent pas non plus éviter d'avoir une incidence sur les malades, bien sûr, mais aussi sur les familles, les proches, les relations de travail, affectives, financières, etc. Et il ne faut enfin pas abstraire les soignants eux-mêmes de ce relationnel, puisqu'ils sont eux-mêmes en rapport avec leurs patients, leurs collègues, leurs hiérarchies et leurs proches.

Qu'on ne se méprenne pas. Par relationnel, il ne faut pas nécessairement entendre interpersonnel ou affectif. Que l'éthique médicale consiste peut-être à comprendre et à formuler les implications de tout acte médical en tant que celui-ci est nécessairement relationnel ne signifie ni que l'empathie soit au cœur des efforts ou des méthodes de l'éthique médicale, ni que l'objectif soit d'y garantir quelque chose qui serait comme le bien-être de tous. Le fondement relationnel de la singularité des actes médicaux ne suppose pas que ce qui y est de plus problématique se niche dans une individualisation.

Réfléchir au relationnel implique tout d'abord de réfléchir à ce que toute relation a de collectif, puisque des gens y sont par définition liés, et puisque leur relation peut être comprise par d'autres - là encore, l'attention au singulier et la généralité ne s'opposent pas. D'autre part, une des spécificités de la médecine comme profession est de s'exercer par un grand nombre de modalités de ce relationnel, expérimentées par tout le monde alors qu'elles créent aussi ce qu'un suivi médical peut avoir de singulier : les échanges de paroles et de gestes, les proximités et les distances, les complicités et les hiérarchies, les canevas juridiques et institutionnels, la présence des équipes ou les face à face, les moments de rassemblement ou d'esseulement, la compréhension présumée ou non de ce que l'on veut dire à quelqu'un d'autre et, toujours, le partage entre ce qui de l'ordre de la médecine et de ce qui ne lui appartient pas, dans lequel chacun doit se situer et se déplacer au cours d'une relation de soin.

Toutes ces relations forment le cadre *a priori* dans lequel les soignants doivent déterminer leurs choix, qui est également modifié par leurs choix. De ce point de vue, l'ordre des événements, le temps, la durée sont des éléments fondamentaux. Non seulement parce que certains choix, certaines attentes ou certains paris

déterminent la suite des possibilités, plus ou moins irréversiblement, *via* la modification du cours des pathologies, des réactions des uns et des autres, de certains circuits institutionnels, etc. Mais aussi parce qu'il n'est pas toujours évident, au moment présent, de mesurer les conséquences de ce que l'on fait. Au-delà des incertitudes qui accompagnent tout avenir, cette imprévisibilité vient de toutes les interactions qui peuvent se produire, décalées, latentes. Le bon geste d'un jour peut atténuer la maladresse d'un autre jour. Un dialogue sans effet immédiat peut devenir bouleversant quelques heures ou quelques jours plus tard.

L'attention à ce qui se produit dans le temps pour tout un ensemble de relations explique ainsi que dans les avis certains détails peuvent se trouver à la racine de propositions systématiques, ce qui est sans doute surprenant pour qui n'est pas familier de l'éthique médicale. On ne trouve ni un excès de sensiblerie, ni de la pusillanimité dans les propositions qui y sont faites. Parce qu'il y a temporalité, durée, les difficultés éthiques qu'un cas peut poser n'ont jamais une seule origine, mais plusieurs, qui se distribuent tout au long du suivi médical. Il faut identifier cette pluralité d'origines avec finesse, tout en indiquant pour chaque nœud important ce qu'il aurait été possible d'envisager autrement. Il y a toujours, pour cette raison, rétrospectivement, plusieurs éléments de solution à un problème éthique, puisque ceux-ci ont toujours plusieurs sources.

On peut aussi expliquer par là que les conseils des comités d'éthique prennent soient souvent procéduraux. Indiquer dans un avis la valeur à tel ou tel moment d'une entrevue, d'une réunion d'équipe, la mention au patient d'informations médicales ou d'informations juridiques, n'est pas se réfugier derrière des conseils formels à défaut de savoir quoi répondre sur le contenu des problèmes. C'est au contraire proposer des techniques pour mieux percevoir ce qui se passe à certains moments clés. C'est au contraire aller jusqu'au bout de la teneur temporelle du soin et de ce qui peut y naître. Inviter à prendre garde à certaines procédures d'action ou de décision, c'est inviter à aménager au mieux ses rapports à ce qui n'est pas entièrement maîtrisable dans nos actions et dans nos décisions. Le temps que l'on conseille souvent de prendre pour les délibérations individuelles ou collectives en est un exemple, l'attente, le partage d'informations complémentaires en sont d'autres formes, autant de procédés qui permettent de changer ce que l'on fait et de le faire mieux comprendre aux autres et à soi-même.

Arrivé à ce point, a-t-on donné est-on parvenu à lever les perplexités que l'éthique médicale provoque parfois ? A-t-on donné de quoi résoudre certains problèmes à son sujet, comme celui des rapports entre éthique et éthique médicale, ou celui des rapports entre principes généraux et cas singuliers ? La balance semble plutôt pencher vers le singulier. Les cas seraient incommensurables, il faudrait avant tout améliorer les manières de percevoir, de juger et de décider. D'un point de vue pratique, cela ne concernerait-il pas que les médecins ? Au niveau des principes, cela ne serait-il pas qu'une simple occurrence de ce dont se soucie, mais avec des vues plus larges, la philosophie éthique ou morale ?

La réponse à toutes ces questions est clairement négative, si l'on prend garde à ce que les avis en éthique médicale contiennent de prescriptif et pas seulement de descriptif. En plus du caractère général de tout ce qui conditionne l'exercice de la médecine, en plus de la communauté qu'implique toute relation, la singularité des cas n'empêche pas que certaines choses ne soient pas à faire, soient interdites ou obligatoires. Le rappelle, bien sûr, la présence du droit dans l'éthique, qui bien souvent permet d'adopter certains repères de départ. Mais le droit n'est pas le seul à prescrire des règles. On en trouve d'autres, par exemple celle du calcul nécessaire des coûts et des bénéfices ou celle de la liberté des patients à ne pas suivre un quelconque soin.

La mention de ces quelques principes suffit à montrer que l'éthique médicale ne consiste pas seulement à faire s'exprimer le maximum de points de vue afin de ne rien négliger. Elle suppose aussi de connaître les lois, les règlements, les recommandations à partir desquelles certaines positions doivent être refusées, certains points de vue complétés, réfutés et corrigés. Si l'éthique médicale vise les consensus sur lesquels elle repose, elle ne peut le faire sans rejeter fermement certaines propositions. On dira que cela prouve la limite de la notion de consensus. Mais il ne peut y avoir de prise de position, de choix ou même de questions sans abandon d'autres positions, choix ou questions. Un consensus est une sculpture et non pas un résumé.

Retour, alors, à l'éthique médicale comme éthique appliquée ? Pas du tout, car l'éthique médicale possède une dernière caractéristique que nous n'avons guère évoquée jusqu'ici : sa capacité à amener à discuter de la transgression des principes moraux les plus admis, comme l'interdit du mensonge ou de l'homicide. Le devoir d'information et le refus de l'euthanasie sont des principes

qui sont discutés en éthique médicale, en tous cas à notre époque.

Comment cette interrogation est-elle menée ? Jusqu'où peut-elle aller, et pour quelles conséquences ? C'est ce qu'il convient d'essayer d'éclairer un minimum pour finir. Là encore, le problème est pratique tout autant que spéculatif. Si, en effet, un des objectifs de l'éthique médicale est de rappeler l'ensemble des conditions de la médecine pour orienter vers le meilleur soin possible, que peuvent bien valoir ces conditions si elles semblent pouvoir être toutes discutées, jusqu'à l'abandon, y compris les plus essentielles d'entre elles ?

4 Éthique médicale, bioéthique et éthique

Il faut sans doute se garder de toute caricature au sujet des évolutions incessantes dont l'éthique médicale serait le lieu. Les transformations sont loin d'y être fréquentes ou sans limites, bien que la révision de nos lois de bioéthique soit prévue tous les cinq ans. Le bioéthique ne propose ni d'inverser, ni même d'abandonner les règles éthiques les plus fondamentales. Le « Tu ne tueras point », par exemple, n'y est évidemment pas caduc. La bioéthique n'amène ni à l'affirmation d'un devoir de tuer, ni à la négligence de l'interdit de l'homicide.

Elle n'aménage pas non plus d'exceptions à cette règle (ou à d'autres). Il serait plus exact de dire qu'elle permet d'édicter des règles à côté d'autres règles, et encore, cela reste une explication approximative, et sans doute excessive. La bioéthique ne fait pas pulluler des règles inédites qu'elle ajouterait aux règles existantes. Ce qu'elle fait, plus précisément, est de distinguer les différents cas en s'attachant à ceux où plusieurs valeurs, et par conséquent plusieurs règles, sont en jeu et se croisent de façon problématique. Dans la fin de vie se font entendre les exigences et les valeurs de la vie continuée, de la liberté, de la dépendance, de l'allègement des souffrances. La solution n'est sans doute pas de les hiérarchiser - une telle hiérarchisation est plutôt l'origine des problèmes. On peut croire qu'elle se trouve dans la manière de coordonner ces valeurs et les règles qui en découlent, par des procédures qui permettent de réaliser cette coordination au cas par cas.

Mais quelle différence entre hiérarchiser et coordonner ? N'y a-t-il pas là un simple tour de passe-passe terminologique ? La coordination peut se faire sans verticalité, horizontalement, comme la couture ; son effort porte sur des relations entre lesquelles des allers-retours, des circuits sont à élaborer. Elle

n'est pas seulement, pas tellement une mise en ordre. Elle fixerait plutôt la figure de certains parcours nécessaires, tous, mais à accomplir comme on le veut et autant qu'on le peut. La difficulté est, encore et toujours, d'aménager pour tous les protagonistes d'un dilemme éthique l'appréhension progressive d'une situation dans toute la complexité de sa temporalité, sans négliger aucun principe fondamental. Ne pas ôter la vie, la liberté, ne pas mépriser les liens des uns aux autres : comment ? Si ce n'est en réfléchissant de l'un à l'autre, et l'un par l'autre ?

Ce travail crucial de coordination explique peut-être pourquoi l'éthique médicale semble toujours faussement conduire à des exceptions, même lorsque celles-ci se répètent, ainsi que le poids des protocoles, des contrôles et des craintes qui paraît l'entourer. Ce n'est pas parce qu'il faudrait surveiller une transgression, parce qu'il faudrait l'empêcher d'aller « trop loin ». Il n'y a ni écart, ni degré. Mais il faut procéder avec précaution, sans précipitation pour appréhender toutes les relations et les temporalités qui sont prises dans un choix éthique individuel et social. On peut prendre alors pour de la peur, d'un point de vue extérieur, ce qui n'est qu'une manière de s'assurer des choses pour agir en toute clarté.

Coordonner est aussi peut-être le meilleur terme pour désigner ce que l'éthique médicale propose de général au cours de son examen des cas toujours singuliers qui lui sont soumis. Elle s'efforce d'identifier des liens et d'en expliquer la nature ; elle le fait en posant certains repères clés, personnes, règlements, techniques, etc., qui sont indispensables pour s'orienter dans une situation de soin, bien que ces repères puissent ne pas être aisément perçus ; les repères donnés font partie des constantes les plus concrètes des actes médicaux, tout en exprimant simultanément leurs conditions générales de mise en œuvre dont il faut s'efforcer de penser les rapports de limitation, d'appui réciproque ou d'incohérence. Tout lien singulier est commun, tout repère est générique, toute condition est générale. Chacun de ses nouages entre la singularité d'un cas et son universalité est ce par quoi l'éthique médicale en vient à donner des avis qui valent au-delà de tel ou tel cas étudié. Des données, formes de relation ou cadres peuvent donc se répéter d'un cas à l'autre, et c'est pourquoi toute saisine peut nourrir les autres, même si les identités entre les cas peuvent être trompeuses ou partielles. Cela, les personnes qui sollicitent les comités d'éthique sont sans doute le mieux à même de le voir en confrontant ce qu'ils savent et pensent de leurs difficultés avec ce qui a déjà été décrit et prescrit au sujet d'autres cas. Les discussions initiales entre les demandeurs et les

comités d'éthiques peuvent porter sur ces identités et sur ces différences.

Peut-on rappeler à présent un des deux premiers constats dont nous étions partis ? Il n'y a pas de conclusion d'ensemble sur la bioéthique ou sur l'éthique dans ce recueil des avis de la Commission Consultative de l'EEHU. Pourtant, bien des schématisations et des analyses systématiques s'y trouvent. Oui, mais elles ne sont peut-être pas tout à fait du même type que ce que l'on peut trouver dans des traités d'éthique ou de bioéthique - ce qui ne leur donne pas une valeur moindre, bien au contraire.

D'abord, on assiste bel et bien dans toutes les réflexions qui précèdent à la pratique et à la fabrique de l'éthique médicale ou de la bioéthique. Ces deux termes ensuite, « éthique médicale » et « bioéthique », peuvent fournir l'occasion de marquer une légère différence mais aussi une profonde identité entre des avis tels que ceux de la commission de l'EEHU et ceux du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. On y trouve toujours une discussion de cas dans des cadres plus ou moins larges - techniques, juridiques, sociaux, culturels, etc. -. Le propre des avis du CCNE semble être de discuter frontalement, directement, des cadres et de leur transformation éventuelle, alors que les avis de l'EEHU se formulent à l'intérieur de ces cadres, sans proposer leur réforme. C'est vrai, mais cela n'implique pas qu'on ne trouve pas de critique de ces cadres dans les textes rédigés par l'EEHU. Leur insuffisance est au contraire régulièrement pointée et expliquée, parce que ce sont ces insuffisances qui impliquent toute la recherche de solutions nouvelles et des aménagements inventifs. Ceci renvoie au but pragmatique des avis de l'EEHU, but qui en est le ressort principal : aider en pratique les professionnels du soin à partir des conditions incontournables de leurs métiers. Les textes du CCNE quant à eux ont aussi pour objectif d'aider les soignants à s'orienter, mais aussi la société dans son ensemble, ce pourquoi ils peuvent mettre à l'épreuve et tracer des perspectives plus larges. Les points de départ sont cependant toujours les mêmes, comme la présence des cas singuliers. De l' « éthique médicale » à la « bioéthique », c'est seulement la destination des avis qui est différente et non pas leur origine, c'est pourquoi ils se nourrissent les uns des autres. De l'éthique médicale dont les avis de la commission de l'EEHU pourraient être un exemple à la « bioéthique » qui serait l'objet du CCNE, il n'y a pas, en réalité, de montée en généralité. Seul change l'objectif des jugements : indiquer ce que nos règles ne disent pas dans un cas et chercher à faire malgré leurs silences et leurs confusions, ou bien indiquer ces silences et ses confusions en invitant à modifier nos règles et leurs

agencements possibles.

Et l' « éthique » ? Celle-ci, ou plutôt le terme d' « éthique », ne fait aucune référence à une profession, à un objet ou à un domaine. Cette ubiquité de l'éthique rappelle qu'il peut y avoir d'autres problèmes d'éthique et d'autres solutions que celles liées à la vie et à la mort. On peut défendre une existence ou l'abandonner pour d'autres raisons que la santé ou la vitalité, et par d'autres actes que les actes de soin. C'est une des raisons principales de maintenir une distinction ferme entre la bioéthique et l'éthique.

Cela ne signifie pas que l'éthique, par la plus grande généralité de ses principes, dirige de façon plus ou moins explicite la bioéthique et l'éthique médicale, ni qu'elle synthétise les positions de celles-ci. N'est-ce pas au contraire le particulier qui permet de formuler le général, à la façon dont ce que nous avons appelé l'« éthique médicale » est reprise dans les vues plus larges de la « bioéthique » ? L'éthique la plus universelle n'est-elle pas issue de ce que nous apprend, progressivement, chacune situation ? *A contrario*, on rappellera encore que, quoi qu'il arrive, les grands principes de l'éthique ne se font pas aisément réformer, voire qu'ils sont soustraits à tout changement. Ils ont pour propriété de résister aux exceptions apparentes, et les cas les plus singuliers ne leur échappent pas. Mais, finalement, que l'on dise que ces principes peut-être intangibles sont sans cesse interrogés par la multiplicité des cas, ou bien que leur application à des cas nécessite beaucoup de réflexion, l'idée n'est-elle pas la même ? Aussi solides qu'on puisse croire qu'ils soient, les principes de l'éthique ne se formulent pas facilement, et l'on n'est jamais tout à fait certain de les avoir trouvés ou de les avoir bien compris. De cela, le témoignage le plus net se trouve dans les discussions et les livres qui ne cessent d'être faits à leur sujet, dont les résultats parfois donnent lieu à des monuments de la pensée sans pourtant que les recherches ne soient closes.

Le problème est peut-être mal posé. Plutôt que de faire des rapports entre l'éthique médicale, la bioéthique et l'éthique l'occasion quelque peu abstraite de savoir ce qui du singulier ou de l'universel est à l'origine de nos règles en matière de valeurs, ne peut-on pas dire que ces différences d'objets ou de domaines (médecine, vie, existence) et que ces différences d'extension (singulier, particulier, universel) sont avant tout des manières de prendre des repères, d'explorer et de réfléchir à des questions qui, pour le meilleur et pour le plus difficile, mettent en jeu systématiquement, simultanément, l'entière du monde et le caractère infiniment précieux de toute chose singulière ? Quoi

qu'il en soit des distinctions logiques qu'il est possible de faire formellement et de l'utilité de ces distinctions, le problème éthique est-il différent de savoir s'il faut sauver toute vie, ou si l'on a fait ce qu'il fallait en intervenant sur cette vie-ci, et cette vie-là ?

Stéphane Zygart