

Le rationnel et le raisonnable en éthique médicale clinique (texte et audio)

Table des matières

Sujet	2
Notions clés et enjeu	2
1 Définition et domaine du rationnel	3
1.1 Définition	3
1.2 Le rationnel comme domaine des RCP et non de l'éthique	3
2 L'éthique médicale est-elle due à l'incertitude médicale ?	4
2.1 La non réalisation du plus probable n'est pas en soi une question d'éthique médicale	4
2.2 Différencier le statistique, le probabilitaire et le pari : l'éthique et les contextes non médicaux de la médecine	5
2.3 Cas, contextes et connaissance clinique des médecins : de l'ignorance à l'erreur de communication	6
3 Définition et domaine du raisonnable	8
3.1 L'irrationnel comme croyance et l'éthique comme compréhension des croyances	8
3.2 La multiplicité et la différence des valeurs comme issue de jugements et non pas comme étant irrationnelle	9
3.3 Incommensurabilité des valeurs par une échelle commune et discussions sur le raisonnable	10
3.4 Le raisonnable comme définition des buts et hiérarchisation des valeurs	11
4 Quel rapport entre les discussions éthiques, leur durée, le choix des buts et des valeurs ?	11

Indications bibliographiques 13

pdf

Audio mp3, 25 minutes

Transfinis - Mai 2026

Formation destinée aux référents éthiques du CHU de Lille, proposée au sein de l'Espace Ethique Hospitalier Universitaire de Lille

Sujet

Question traitée ici : *comment et pourquoi mener des discussions en éthique, et pourquoi ces discussions peuvent-elles prendre un temps particulier ?*

Le domaine concerné est celui de l'*éthique clinique*, qui concerne les cas cliniques et des patients en particulier.

Il faudrait *distinguer l'éthique clinique de l'éthique médicale générale* et voir comment elles s'articulent. L'éthique médicale générale porte sur des questions d'ensemble, comme par exemple les principes à suivre en matière de don d'organe ou de tests génétiques. Ces questions doivent faire l'objet d'autres développements.

Notions clés et enjeu

Identifier et discuter les questions d'éthique clinique en distinguant le rationnel et le raisonnable.

1 Définition et domaine du rationnel

1.1 Définition

Le rationnel repose sur un modèle mathématique qui implique et assure :

- la prévisibilité (d'un traitement)
- l'optimalité (d'un traitement)
- la reproductibilité (d'un traitement)

Cette mathématisation, sur des bases scientifiques et techniques (informatique) est une des bases essentielles du choix d'un traitement.

De ce point de vue, choix du bon traitement = mettre en corrélation les différents calculs, les différentes manières de calculer, prendre en compte toutes les variables.

1.2 Le rationnel comme domaine des RCP et non de l'éthique

Le domaine du rationnel correspond aux RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) telles qu'elles sont par exemple mises systématiquement en œuvre en oncologie. On réunit l'oncologue, le pharmacien, le généticien, l'informaticien, le responsable des soins de suite, etc., pour établir les optimums possibles dans chacun de ces domaines relativement au cas à traiter, et ainsi établir un soin optimal par la corrélation maximale de ces optimums, via des algorithmes décisionnels, de résultats, etc.

Les RCP ne sont pas des réunions d'éthique et n'ont pas l'éthique pour objet. Elles visent à corriger ou à empêcher des erreurs, soit des erreurs dans les procédés de calcul, soit des erreurs par la non prise en compte de certaines variables.

Confondre le type de travail mené dans les RCP et celui mené dans les commissions d'éthique fait des commissions d'éthique des examens rétrospectifs, visant à déterminer quelles erreurs ont été commises, puis visant à distinguer éventuellement les fautes et les erreurs, par exemple en établissant des négligences.

Le risque est alors de culpabiliser les gens, de provoquer des conflits et d'entraîner des non dits.

Ce type de travail de détection et de correction des erreurs n'est pas directement un travail d'éthique. Il tend progressivement à être fait par les systèmes experts, en particulier par les IA (Cf leurs performances en lecture d'imagerie).

2 L'éthique médicale est-elle due à l'incertitude médicale ?

2.1 La non réalisation du plus probable n'est pas en soi une question d'éthique médicale

Les cas sur lesquels opère la médecine sont individuels, donc singuliers ou uniques. On ne sait pas non plus tout des processus biologiques. Il y aurait donc une part d'incertitude en médecine, qui serait à l'origine de l'éthique médicale.

Suivant cette perspective, l'éthique médicale clinique s'expliquerait par certaines conséquences de la part probabilitaire de la médecine.

Cette idée peut paraître évidente : il y aurait d'autres procédures à suivre que la rationalité mathématique, face aux limites de cette rationalité. Ces autres procédures impliqueraient l'éthique, qui porterait sur les dimensions non mathématiques, humaines, de la médecine.

Elle comporte néanmoins de graves lacunes :

- Si les traitements médicaux et leurs résultats se produisent conformément aux probabilités, il n'y aurait pas besoin d'éthique, puisque les choses se dérouleraient comme prévu, c'est-à-dire bien. Il n'y aurait donc d'éthique qu'en cas d'échec de ce qui est prévu. A nouveau, l'éthique serait nécessairement rétrospective et correctrice.
- Puisque les échecs sur lesquels travaillerait l'éthique médicale serait dus aux limites des calculs probabilitaires, elle ne consisterait toutefois pas seulement à corriger des erreurs, mais aussi à savoir quoi faire face à l'échec. Or, d'une part, l'échec d'un traitement peut être corrigé par

un autre traitement, sans sortir de la scientificité et de la technique médicales habituelles, donc sans faire appel à l'éthique.

- D'autre part et surtout, les limites des probabilités ne supposent pas qu'il faille mener une réflexion supplémentaire à leur sujet qui serait l'éthique, puisqu'elles auraient pu se réaliser et qu'elles devraient se réaliser à l'avenir comme prévu par les calculs.

→ *L'éthique médicale ne porte donc pas sur la correction de l'incertitude provoquée par le probabilitaire en médecine.*

Mais il est vrai que l'éthique médicale entretient bien un rapport avec l'incertitude en médecine, à condition de bien identifier l'origine de celle-ci, qui ne se situe pas dans la singularité et les inconnues biologiques des cas cliniques.

2.2 Différencier le statistique, le probabilitaire et le pari : l'éthique et les contextes non médicaux de la médecine

Pour identifier l'incertitude à partir de laquelle l'éthique médicale travaille, il faut d'abord distinguer entre trois notions proches les unes des autres :

- *Les statistiques médicales* : il s'agit de calculs sur des données existantes et des ensembles finis : par exemple, sur le pourcentage d'internes dans un service ou l'écart entre les décès hivernaux et estivaux. *Les calculs statistiques décrivent exactement la réalité de ce qui se produit. Ils portent sur des ensembles clos ou finis.*
- *Les probabilités médicales* : elles portent également sur des choses et de relation particulières, par exemple entre des AVC et des relevés de tension artérielles. Mais elles sont établies en passant de calculs sur les choses existantes à la dimension de l'infini, qui n'existe pas telle quelle pour les choses particulières. Il y a dans l'infini une chance sur deux pour qu'une pièce de monnaie tombe sur face ; mais rien n'empêche qu'une pièce de monnaie tombe en réalité 1000 fois de suite sur pile. *Les probabilités ne décrivent pas la réalité de ce qui se produit, elle forment un modèle d'interprétation de ce qui se produit (à partir d'une extension du fini vers l'infini). Il s'agit d'un outil d'action et non d'une science descriptive.*

- *les paris médicaux* : les paris peuvent amener à ne pas choisir le plus probable, non seulement dans l'espoir d'un gain, mais aussi parce que *les paris portent à la fois sur des ensembles clos et sur des ensembles infinis*. Ils reposent sur une part de calculable, maîtrisable, finie, que l'on peut circonscrire en en dénombrant les variables (par exemple, les probabilités qu'une amputation réussisse étant donnée la blessure et les instruments médicaux à disposition) et sur une part d'incalculable (le temps dont on va disposer pour pouvoir effectuer l'amputation avant de devoir évacuer l'hôpital en zone de guerre). Il y a en ce sens pari lorsqu'on choisit d'agir à la fois à partir d'ensembles finis et d'ensembles infinis, où l'infini n'est pas seulement un effet mathématique, mais aussi un fait réel (comme étant indéfini ou l'indéfinissable).

Ces distinctions permettent de comprendre non seulement que les probabilités ne garantissent pas la prévision et le succès en médecine, mais aussi que les interventions médicales reposent sur des variables qui ne sont pas exclusivement biologiques, et qui ne dépendent pas uniquement ni de l'état physiologique et psychologique des patients.

Pour le dire autrement, les interventions médicales s'effectuent nécessairement dans des contextes non médicaux, que les médecins et la médecine ne peuvent pas prétendre complètement maîtriser.

2.3 Cas, contextes et connaissance clinique des médecins : de l'ignorance à l'erreur de communication

Ces incertitudes incomplètement mathématisables, dues à l'infinité des contextes dans lesquels la médecine opère, sont-elles l'objet de l'éthique médicale ?

Oui, mais pas directement, ou pas simplement à cause de ces contextes.

Si l'éthique médicale concerne ce qui n'est pas médical dans la médecine, deux difficultés apparaissent :

- On peut distinguer le médical et le non médical, éventuellement le médical de l'humain (ou du psychologique, de l'affectif, etc.) : mais comment définir le « non-médical » ou « l'humain » ? *Si l'éthique*

médicale repose sur le non médical, son domaine et ce qu'on peut y faire est très flou.

- *On peut à l'inverse affirmer que cette distinction n'est pas valable, et qu'en réalité la médecine peut travailler à partir de tous les domaines, en ayant une connaissance dans des buts médicaux. L'épidémiologie peut être un exemple de cette intégration par la médecine du maximum de connaissances possibles, ou les Bases de Données de Santé Massives (BDSM) être une illustration technique de cette prise en compte médicale possible de tous les domaines et de toutes les variables de la santé.*

En suivant cette seconde piste, il est ainsi possible d'affirmer que l'expérience clinique des médecins correspond à cette maîtrise médicale de tout ce qui constitue un traitement, y compris son contexte. Les contextes d'intervention seraient donc aussi une question médicale, au travers des savoirs cliniques, en complément des savoirs biologiques et techniques.

Dès lors, ce qu'est l'éthique médicale ne serait pas complètement flou, mais serait réductible à l'expérience clinique et inclus en elle.

Il ne faudrait donc pas réfléchir à l'éthique en opposant le médical et le non médical, mais en articulant le savoir clinique des praticiens (experts) à l'expérience singulière des malades (non experts).

Les patients, à la différence des praticiens, n'ont que leur expérience personnelle de leur pathologie, de son traitement et de tout ce qui en découle, alors que les praticiens ont pu observer de nombreux cas du cours des pathologies, de leurs traitements et de leurs incidences. L'exemple type en serait une décision d'arrêt de traitement en fin de vie, qui peut être familière au soignant, mais ne peut pas l'être pour le patient.

Si tel est le domaine de l'éthique médicale clinique, alors celle-ci dépendrait de l'expérience et des savoirs cliniques experts des médecins. L'éthique médicale serait donc liée à la perfectibilité de ces savoirs et aux lacunes que les praticiens peuvent avoir dans la matière. Elle s'expliquerait à nouveau par une forme d'ignorance, qu'elle chercherait à corriger par une meilleure transmission des savoirs cliniques, avec laquelle elle se confondrait.

Les problèmes éthiques pourraient également apparaître en cas de mauvaise communication auprès des patients de ce savoir clinique, entraînant par exemple des incompréhensions au sujet des effets des traitements, des mo-

dalités de leur mise en place, de leur réussite escomptée, etc. Des conflits apparaîtraient alors entre les patients et les médecins, que l'éthique médicale clinique aurait pour but d'expliquer par des incompréhensions mutuelles, afin d'en éviter la répétition.

Suivant cette piste, l'éthique médicale serait provoquée non par des ignorances cliniques, mais par des erreurs de communication,

Les limites de cette idée de l'éthique médicale et du travail qu'elle aurait à faire est que tous les conflits entre patients et médecins ne s'expliquent pas par des erreurs de communication. Il n'y a pas de lien mécanique entre erreur de communication et conflit. Un conflit peut avoir lieu alors que tout a été expliqué ; il peut ne pas y avoir de conflit malgré une communication lacunaire.

Si la manière dont on communique n'est donc pas suffisante pour expliquer les problèmes d'éthique, c'est donc que ces derniers tirent leur origine de contenus sur lesquels des désaccords existent. Ces contenus sont irréductibles à l'erreur médicale, à l'échec des calculs probabilitaires, à l'incertitude des contextes d'intervention ou à la différence entre expérience clinique experte et expérience singulière des patients.

Lorsque que des difficultés éthiques apparaissent, il faut bien sûr s'assurer qu'elles ne s'expliquent pas par l'un de ces différents facteurs.

Les problèmes éthiques ont cependant une autre source qu'il faut caractériser en s'écartant du domaine de la rationalité et des ignorances, erreurs ou fautes qui peuvent s'y produire.

3 Définition et domaine du raisonnable

3.1 L'irrationnel comme croyance et l'éthique comme compréhension des croyances

Ce qui se situe en dehors du rationnel peut se définir en opposition à lui comme étant l'irrationnel.

On peut ainsi opposer la rationalité comme ensemble de savoirs à l'irrationalité comme ensemble de croyances.

Sur la base de cette distinction, l'éthique aurait pour objet les croyances

irrationnelles qui, par définition, échappent à la rationalité médicale. Par croyance en la possibilité de guérir et de survivre, un patient pourrait par exemple s'opposer à un arrêt des traitements, pourtant étayé par des savoirs médicaux scientifiques et cliniques.

Suivant cette perspective, l'éthique consisterait à faire avec l'ensemble des croyances des patients, pour les accompagner au mieux dans la mise en œuvre des préconisations médicales, en obtenant leur accord et sans susciter leur opposition.

Le travail éthique serait ainsi avant tout un travail psychologique, de compréhension, d'explication, de discussion. Il reposerait sur des savoirs psychologiques, sur un travail sur les croyances (religieuses ou non), sur des prises en charge pluridisciplinaires (ces dernières peuvent sembler les plus efficaces par la multiplicité des perspectives sur lesquelles elles jouent, elles risquent néanmoins soit d'égarer le patient s'il voit séparément et de manière fragmentée les différents interlocuteurs, soit de le mettre en position de face à face inconfortable si, au contraire, ces interlocuteurs s'assemblent autour de lui).

Ce travail de compréhension et de discussion peut faire effectivement partie de l'éthique.

Les croyances ne peuvent cependant pas être réduites à de l'irrationnel, de telle sorte que l'exercice de la médecine n'aurait pas à s'en préoccuper, de telle sorte qu'il y aurait l'exercice scientifique et technique de la médecine d'une part et l'éthique médicale d'autre part.

3.2 La multiplicité et la différence des valeurs comme issue de jugements et non pas comme étant irrationnelle

Les croyances sont en effet liées à des valeurs, sans qu'on puisse opposer la rationalité des raisonnements et l'irrationalité des valeurs.

Les valeurs sont en effet elles aussi une question de jugement, sur la base de connaissances. Elles ne sont pas le fruit du hasard ou de l'arbitraire. On peut par exemple avoir les mêmes connaissances d'un objet, pouvoir exposer clairement et précisément ses critères de jugements, et pourtant ne pas donner la même valeur à cet objet.

Les valeurs ne sont pas de l'irrationnel qui s'ajoute à du rationnel, elles correspondent à des différences de jugements qui peuvent être très réfléchis.

En fin de vie, on peut par exemple préférer mourir dans sa région d'origine que dans un CHU de grande métropole, bien que les traitements soient moins performants, à partir d'un jugement sur ses proches, son passé, son enfance et la qualité des traitements que l'on peut recevoir.

C'est ce type de jugement qui est l'objet spécifique de l'éthique médicale clinique.

3.3 Incommensurabilité des valeurs par une échelle commune et discussions sur le raisonnable

Les différentes valeurs qui peuvent être en jeu dans une décision médicale et l'accord d'un patient peuvent être à la fois très claires et distinctes, mais sans pouvoir être comparables les unes avec les autres de manière formelle.

Entre la valeur d'un temps de vie supplémentaire, celle du coût des traitements, de la vie auprès de ses proches, de la perturbation de l'existence de ses proches, de la souffrance occasionnée par la maladie ou par les effets secondaires des traitements, il n'est pas possible de trouver une échelle commune, qui permette de mesurer ces différentes valeurs pour déterminer laquelle est la plus grande.

Ce n'est par exemple que d'une manière abstraite et pour des raisons de calculabilité informatique ou statistique que l'on peut demander aux patients de déterminer leurs choix de traitements à partir du temps d'espérance de vie qu'ils seraient prêts à donner dans le cadre de ces traitements pour qu'ils réussissent. En réalité, les souffrances de différents types, ou les souffrances des personnes par rapports aux collectifs dont ils font partie ne peuvent être mesurées les unes par rapport aux autres via un référentiel commun. Celui-ci écrase les différences qualitatives de valeur s'il est adopté.

Les conflits de valeurs, alors qu'on ne peut pas rabattre celles-ci sur un plan commun bien qu'elles soient chacune étayées dans des jugements, sont l'enjeu des discussions sur le raisonnable.

3.4 Le raisonnable comme définition des buts et hiérarchisation des valeurs

Le choix à faire entre des valeurs est strictement corrélé aux buts que l'on choisit de poursuivre.

Déterminer le raisonnable est donc un enjeu pratique, qui correspond à la définition du meilleur soin, de la norme à suivre pour soigner un patient : faut-il rechercher l'apaisement des souffrances, la guérison, la vie à domicile, l'autonomie, etc. ?

Dans les discussions sur les buts à poursuivre et les normes à privilégier, les conflits peuvent être nombreux et profonds, car il s'agit de hiérarchiser les valeurs, donc des objectifs et des buts thérapeutiques, sans qu'une conciliation complète soit possible entre eux.

L'éthique médicale peut être ainsi le lieu d'oppositions fondamentales, ce qu'il faut prendre en compte pour arriver aux discussions (présenter et analyser les cas), puis pour mener les discussions (au sujet des valeurs et des objectifs possibles).

4 Quel rapport entre les discussions éthiques, leur durée, le choix des buts et des valeurs ?

Deux cas de figures généraux peuvent se présenter :

- *Les discussions éthiques amènent à privilégier des buts et des valeurs qui avaient déjà été envisagés, mais au sujet desquels aucune décision n'avait été prise.*
- *Les discussions éthiques amènent à élaborer une nouvelle option qui n'avait pas été envisagée.*

Pourquoi les discussions permettent-elles d'arriver à y voir plus clair, et pourquoi ne peut-on pas y arriver seul ou de manière automatique (comme cela peut être le cas dans la rationalité mathématique, que les machines peuvent calculer) ?

Les discussions d'éthique reposent sur des comités comprenant des personnes ayant des compétences, des savoirs, des statuts, des activités, des âges diffé-

rents, précisément pour permettre que ces discussions aboutissent à des choix hiérarchisés, ou à l'élaboration de nouvelles possibilités. Pourquoi ?

Parce que seule la discussion avec d'autres permet aux personnes d'envisager de nouveaux points de vue qu'elles n'avaient pas eu, c'est-à-dire d'envisager de nouvelles possibilités en termes de but et pas seulement de moyen. Tout seul, on peut élaborer de nouvelles manières de procéder ou de mieux faire (pour réussir une opération chirurgicale, soulager des souffrances, etc.). Mais c'est par autrui que l'on peut prendre connaissance facilement de nouveaux buts possibles (non pas, par exemple, en envisageant la rééducation et la guérison comme une alternative, mais en combinant les deux sur la longue durée).

C'est pour cette raison que les comités d'éthique peuvent faire appel à des consultants extérieurs, non pas en tant qu'experts chargés de caractériser et de détecter les écarts, erreurs ou fautes par une connaissance approfondie du cas, mais en tant que personnes pouvant, parce qu'elles sont en dehors des équipes habituelles, envisager de nouveaux buts et normes.

Les discussions éthiques demandent également du temps, des réunions non seulement assez longues, mais répétées et, en plus, séparées les unes des autres par une certaine durée (3 réunions de deux heures sur trois mois, par exemple). Pourquoi ?

Parce que les décisions éthiques sont souvent des décisions graves, qui amènent à se confronter au jugement des autres, à juger les autres et à être jugés par eux, à partir de critères incertains. Elles sont en cela affectivement intenses, ce qui peut pousser à vouloir se décider vite pour en finir le plus rapidement possible. Il est donc plus prudent de fixer plusieurs réunions, distantes les unes des autres, pour pouvoir juger sereinement.

Parce que la hiérarchisation des valeurs et le choix des buts à poursuivre correspondent à un discernement de ce qui est le plus important. Or, connaître l'importance de quelque chose, si on ne peut pas directement le pondérer par le calcul rationnel (les effets d'un arrêt de la fonction rénale comparativement à un arrêt de la fonction cardiaque par exemple), nécessite du temps. Nous comprenons ce qui a le plus d'importance, individuellement ou collectivement, tandis que nous y pensons, nous en discutons, nous y réfléchissons souvent. L'important est ce qui revient dans les discussions ou dans la pensée, ce qui se répète.

Alors que l'éthique clinique médicale consiste à déterminer ce qui est important,

bien que nulle pondération mathématique, algorithme ou calcul ne suffise à le faire, elle requiert donc du temps pour y parvenir, par des discussions collectives.

Indications bibliographiques

Cavaillès, « Du collectif au pari », in *Revue de métaphysique et de morale*, XLVII, p. 139-163, Paris, Presses universitaires de France, 1940.

Jensen, Pablo. *Pourquoi la société ne se laisse pas mettre en équations*. Paris, Seuil, 2018.

Longo, Guiseppe. *Le cauchemar de Prométhée, les sciences et leurs limites*. Paris, PUF, 2023.

Stéphane Zygart