

RISES

Réseau Interdisciplinaire Santé Éthique et Société

Compte-rendu du séminaire mensuel – Séminaire n°6

Interventions

► **Hugues ROUSSET, Professeur des Universités,
Service de Médecine Interne – C.H. Lyon-Sud**

La décision médicale : état de l'art ?

► **Catherine PERROTIN, CIE, Université Catholique de Lyon,**

Au regard de cette évolution, quelles questions pour l'enseignement de l'éthique ?

*Jeudi 17 mars 2005 – 18h-20h
Salle de réception la Rotonde – 6^e étage
Palais de la Recherche
18 rue Chevreul
69007 LYON*

Début de la séance

Après avoir accueilli les participants du séminaire, Jean-Jacques Wunenburger souligne la complémentarité de l'heureuse rencontre entre les deux intervenants de la soirée pour réfléchir sur le problème de l'art médical et de l'éthique, dans la perspective d'un besoin de réflexion sur l'enseignement de l'éthique médicale.

Une rencontre sera organisée par l'axe Paris-Lyon-Marseille en novembre prochain sur ce thème, avec des collègues suisses, allemands, etc.

Catherine Perrotin précise qu'il faudra faire attention au calendrier et prendre en considération la rencontre éthique Rhône-Alpes, afin de ne pas faire se chevaucher des rencontres sur le thème de l'éthique.

Jean-Jacques Wunenburger rappelle les dates du colloque international « Pratiques soignantes, éthique et sociétés : impasses, alternatives et aspects interculturels », organisé par le RISES en collaboration avec Lyon 1 et les HCL et qui se tiendra du 7 au 11 avril 2005 à l'UNESCO de Lyon.

La séance se poursuit directement par l'exposé du Professeur Rousset.

La décision médicale : état de l'art ? par **Hugues ROUSSET**

► **Compte-rendu de l'intervention**

Introduction

Les médecins ont besoin des philosophes, pour soumettre des interrogations et susciter des discussions autour des questions vives de la médecine. Ce besoin est d'autant plus marqué que nous pouvons mettre en évidence un état de crise de la médecine.

Cette crise est identifiable à travers des faits précis et des tendances : par exemple dans le fait que les progrès des connaissances peuvent dans certaines conditions constituer des obstacles à l'art médical. On pourrait encore évoquer que les patients croient de plus en plus dans la médecine, mais pas dans les médecins.

Les difficultés qui touchent aujourd'hui l'exercice de l'art médical sont multiples :

- contraintes économiques,
- contraintes juridiques,
- besoin de transparence des connaissances,
- etc.

Il s'agira alors, dans cet exposé, de présenter ce qu'est la décision médicale dans la perspective de l'exercice de la médecine comme activité impliquant de recevoir des plaintes.

D'un diagnostic difficile a une situation bloquée

Pour poser le contexte du diagnostic et de la décision médicale aujourd'hui, il est nécessaire de prendre en considération deux dimensions en jeu avec la prise en charge globale du malade :

- une pathologie sous-jacente ;
- des problèmes psychologiques, philosophiques, existentiels, etc.

Dans ce contexte d'une situation complexe, on peut dégager deux situations extrêmes, voire caricaturales :

1- un médecin déçu :

- il n'y a pas d'explication lisible, mesurable, identifiable aux symptômes présentés par le patient, malgré de nombreuses investigations complémentaires ;
- les différents essais thérapeutiques symptomatiques ont échoué ou ont été mal supportés et arrêtés ;
- il a l'intime conviction que le ou les symptômes sont de nature psychologique, mais ne peut faire partager cette conviction ;
- le médecin doit faire face aux demandes de prolongation d'arrêts de travail.

2- un malade frustré :

- il est persuadé qu'il y a une cause médicale qu'il faut trouver
- il interprète la négativité des investigations et l'échec des thérapeutiques comme argument supplémentaire d'une nature organique
- il est prêt à envisager une intervention chirurgicale ou des gestes traumatisants pour des anomalies incidentales (incidentalome) mises en évidence par des explorations multiples

Le diagnostic entre complexité et difficultés

Le diagnostic en médecine met en jeu trois questions essentielles, que l'on peut synthétiser comme suit :

- Qui va là ?
- Que faire ?
- Que dire ?

Ces trois questions nous renvoient alors à trois fonctions :

- le diagnostic,
- la thérapeutique,
- le pronostic.

Dans cette perspective, plusieurs points sont à prendre en compte :

- l'importance des facteurs socio-culturels dans la relation entre médecine et maladie ;

- l'implication de l'inconscient (transfert et contre-transfert) dans la relation entre médecin et malade ;
- les facteurs de personnalité.

Il est ici nécessaire de souligner l'importance des facteurs psychologiques et inconscients, dans la mesure où une tendance actuelle tente de réduire les malades à n'être que des usagers de santé ou des consommateurs de soins, dans l'idéal d'une objectivité totale.

Dans ce contexte, pour rassembler les difficultés que rencontre le médecin dans l'établissement du diagnostic, il est possible de se référer à ce que nous disait déjà Hippocrate :

Ars LONGA, Vita BREVIS

« La vie est courte,
l'art est long,
l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse,
le jugement difficile »¹

Faire un diagnostic

L'objectif du diagnostic est l'identification de la nature de la lésion et du dysfonctionnement, pour en déterminer la cause.

Il est possible de déterminer plusieurs phases essentielles du diagnostic :

- identifier les symptômes ;
- déterminer leur cause ;
- expliquer de façon claire, précise, exacte et utile les symptômes dont se plaint le malade.

Une remarque s'impose à propos de l'explication au patient : il y a un véritable besoin de comprendre de la part des malades, parfois plus que de guérir et d'être soigné.

Il y a plusieurs façons de faire un diagnostic :

- diagnostic de « forme » ;
- méthodes hypothético-déductive (Sherlock Holmes) ;
- méthode probabiliste.

Pour synthétiser, on peut dire que l'art du diagnostic clinique consiste à :

- recueillir des symptômes ;
- les regrouper ;
- en faire des signes (sémiologie) ;
- formuler des hypothèses ;
- choisir comment les vérifier.

De sorte que le diagnostic met en jeu trois modalités opératoires :

- voir/savoir,
- mettre de l'ordre (hiérarchiser les symptômes),
- comprendre.

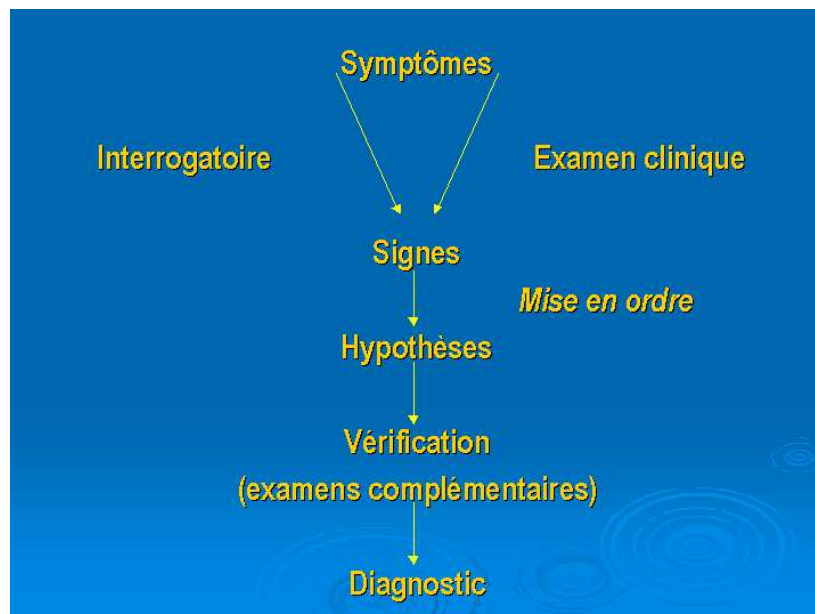
¹ Hippocrate, *Aphorismes*.

Écoutons encore Hippocrate :

« Recherche tout ce qui peut se voir, se toucher, s'entendre, ce qu'on peut percevoir en regardant, en touchant, en flairant, en goûtant, en appliquant l'intelligence ; enfin tout ce qui peut se connaître par tous les moyens de la connaissance. »²

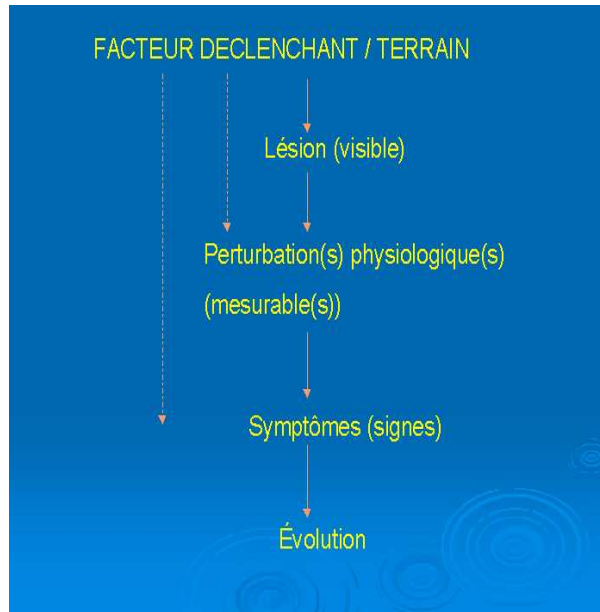
Deux schémas permettent d'avoir une vue synoptique de ce qui est en jeu avec le diagnostic :

Schéma n° 1 :



² Hippocrate, *De l'Officine du Médecin*.

Schéma n° 2 :



Néanmoins, pour établir un diagnostic il est nécessaire de comprendre ce qu'est la maladie et d'en saisir toute la complexité.

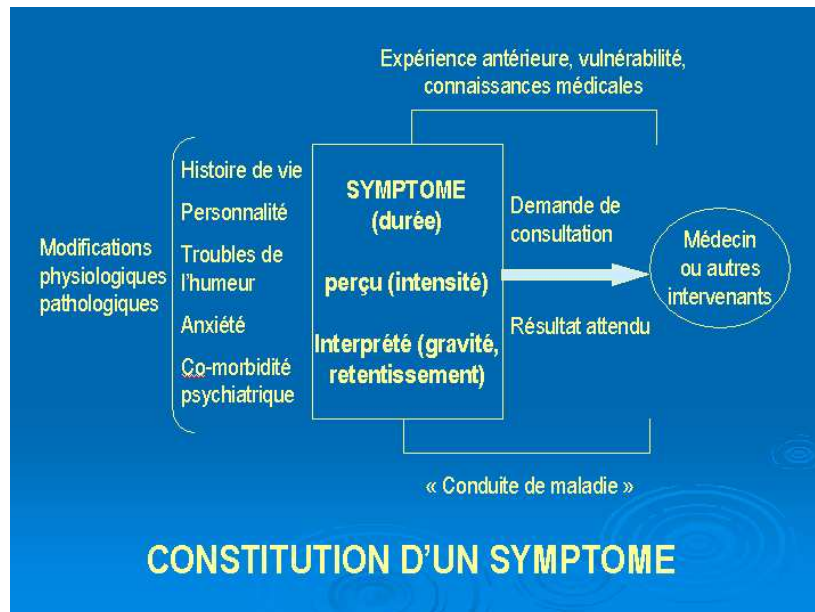
Or il est possible de distinguer trois dimensions irréductibles et complémentaires de la maladie, pour lesquelles la langue anglaise possède trois termes :

- la maladie est **disease** (corps objectif) ;
- la maladie est **illness** (corps subjectif) ;
- la maladie est **sickness** (corps social).

Pour saisir ce qu'est un symptôme, on peut citer A. J. Barsky :

« Les symptômes somatiques sont une voie finale commune à travers lesquels les troubles émotionnels, les troubles psychologiques et la pathologie organique s'expriment ensemble et poussent le malade à consulter le médecin »

Ainsi, la constitution d'un symptôme met en jeu une pluralité d'éléments en interrelation :



Par ailleurs, le champ des diagnostics possibles est évolutif.

Quatre facteurs d'évolution peuvent être mis en avant :

- les progrès des sciences fondamentales ;
- les progrès techniques ;
- les modifications de l'environnement ;
- le contexte social.

En raison de l'évolution rapide et incessante des connaissances et des techniques, il y a aujourd'hui un besoin fondamental de références de base. On peut citer à titre d'exemple l'« *evidence based medicine* ».

Pour établir un diagnostic, il est également possible d'utiliser une méthode probabiliste (théorème de Bayes) et de recourir aux statistiques pour comparer les nouveaux traitements aux traitements traditionnels.

Une question se pose alors à ce niveau : que reste-t-il de l'expérience personnelle ? Comment articuler tout cela avec l'éthique, avec la nécessaire prise de distance qu'implique l'annonce d'un diagnostic qui doit encore être vérifié et expérimenté ?

Le problème de la représentation est aussi en jeu : comment l'imaginaire va-t-il s'accommoder des tableaux, des courbes statistiques et de l'imagerie médicale ? Quel est l'impact de ces outils sur la représentation des individus ?

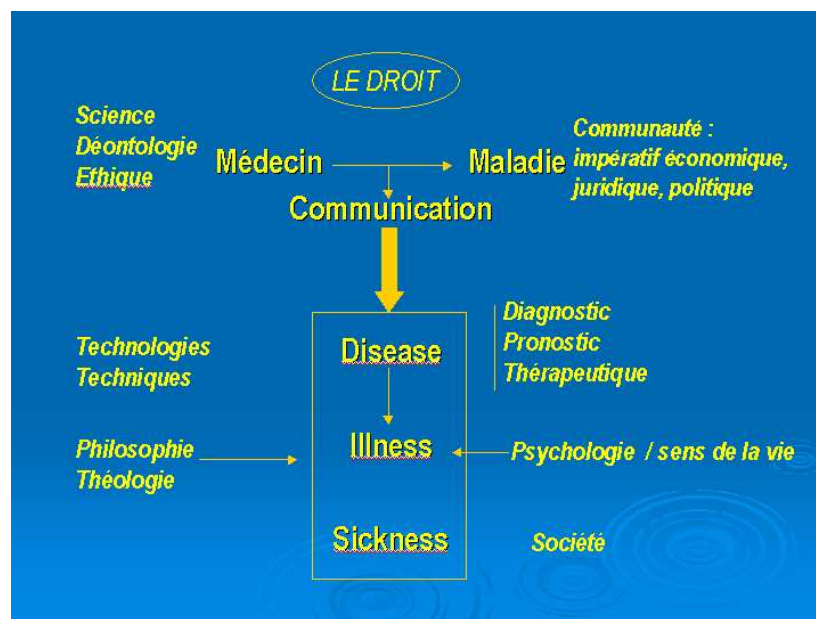
Il est ici également important de rappeler que la médecine moderne occidentale s'oriente de plus en plus vers le dépistage des facteurs de risque, c'est à dire en amont du traitement et des soins apportés dans le contexte d'une maladie avérée.

On peut prendre comme exemple les maladies cardiovasculaires dans les pays occidentaux, dont on peut recenser plusieurs facteurs à risque :

- le diabète ;
- le tabagisme ;
- l'hypertension artérielle ;
- la sédentarité ;
- l'obésité ;
- l'hyperlipémie ;
- (le Stress)

Conclusion

En guise de conclusion, il est nécessaire de souligner la complexité du contexte global dans lequel se constitue un diagnostic, en l'illustrant par un schéma :



Et en guise d'ouverture, on peut mettre en évidence la nécessité de réinscrire de l'humain dans la pratique médicale, en se posant la question de l'objectif même de la médecine, en interrogeant la confusion toujours possible entre santé et bonheur et le risque de médicalisation du malheur en jeu dans la volonté de réduire toute plainte à quelque chose d'absolument objectivable.

La médecine est-elle art (*technè*, créativité) ou science ? Elle est une réponse à une plainte par des soins, la plainte ayant du sens, dans la mesure où elle s'inscrit dans une temporalité et touche à la conscience que l'homme a de lui-même.

Il faut donc se référer à une raison raisonnable, qui prenne en compte quelque chose qui lui échappe : elle ne peut pas tout réduire à de l'objectivable et à des données purement objectives.

La rationalité médicale est irréductible à un modèle uniquement formaliste (formules mathématiques), bien que les outils statistiques puissent être utiles dans l'établissement du diagnostic. Il y a une expérience existentielle qu'on ne peut évacuer.

► **Compte-rendu de l'intervention**

Introduction

Dans la ligne du rapport Cordier, quelle contribution pourrait apporter le RISES à Lyon ?
Groupes de recherche thématique, initiatives d'enseignement, collaborations
interdisciplinaires...

1/ Quelques repères

Posons quelques jalons historiques et références bibliographiques :

- 1983 : mise en place du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). Il s'agit de faire se rencontrer des acteurs du monde médical et scientifique (des experts), mais aussi des non-médecins, autour des questions éthiques posées par le progrès de la connaissance, notamment en ce qui concerne les biotechnologies appliquées à l'humain.
- 1988 : la loi institue des Comités de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale et prône l'exigence de qualité de procédure pour les protocoles de recherche avec insistance sur l'information des participants et le recueil de leur consentement.
- 2002 : la loi du 4 mars 2002 reconnaît les droits des personnes malades et oriente la relation médecin-malade vers la perspective d'une relation partenariale.
- 2003 : le Rapport Cordier au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées « Éthique et professions de santé » du 19 mai 2003 souligne l'importance d'une réflexion institutionnelle sur la formation à l'éthique médicale et suggère des initiatives à prendre au niveau des établissements de santé.
- 2004 : le CCNE publie un avis sur « La formation à l'éthique médicale ». (Avis n°84).

2/ Le questionnement éthique et anthropologique

Une question éthique se pose dans ce contexte : comment faire pour bien faire de l'enseignement de l'éthique médicale ?

Si l'on se réfère au grec (iatros), l'art médical est « l'art de celui qui soigne bien en méditant ». Il est question d'une technique qui cherche à s'exercer (soins), mais d'une certaine façon (méditation qui prépare à l'écoute, ouvre à la parole et favorise l'échange). Cette inspiration initiale s'est déclinée selon les étapes significatives de l'histoire de la médecine.

Il semblerait que, dans le contexte contemporain, le corpus classique de référence de la médecine ne suffise plus en regard de l'évolution d'une part des possibilités techniques accessibles, d'autre part de l'augmentation de la demande des malades. Le médecin est devenu, dans le corps social, l'interlocuteur privilégié pour recevoir et être censé pouvoir répondre à toutes les plaintes. Sans doute y-a-t-il là un excès !

Il y a aujourd'hui une confusion forte entre croire et savoir. Les malades croient (c'est-à-dire fondent leur confiance) de plus en plus en l'accumulation des savoirs, et tendent à perdre de vue la dimension de l'art (c'est-à-dire la manière dont le médecin met en œuvre son savoir, son savoir-faire, sa manière d'être au service du soin). On peut alors s'interroger sur ce que signifie croire à la médecine, comme accumulation des savoirs et techniques, sans croire aux médiateurs de la médecine que sont les médecins. La nécessité d'une médiation demeure-t-elle d'actualité ? C'est ce que conteste le courant de l'auto-médication.

Dans l'horizon ainsi ouvert, il est intéressant de travailler sur le rapport entre croire et savoir. La capacité d'être soigné est conditionnée par la croyance/ confiance en son médecin et en la relation qui s'instaure avec lui, lui dont on attend qu'il s'engage en conscience à mettre ses compétences au service du soin sans négliger la base relationnelle. Mais le médecin ne peut répondre à toutes les plaintes ! En regard de cette évolution de la demande des malades, il faudrait non seulement diversifier les interlocuteurs, mais reprendre une réflexion philosophique sur la condition humaine marquée radicalement par la finitude.

Pour pallier aux tentatives d'évitement de cette condition par les progrès des techniques et des savoirs, il faut pouvoir redire que l'expérience de l'écart entre savoir/pouvoir/vouloir/devoir est constitutive de la position d'humanité et que c'est là que s'inscrit le travail de l'éthique. Le progrès (lui-même porteur d'ambivalence) modifie les frontières mais ne les abolit pas. Autrement dit, nous avons à identifier pour notre époque :

- quel est le savoir disponible ?
- quel est le possible accessible ?
- que voulons-nous mettre en œuvre ?
- qu'est-il légitime de faire ?

En effet, ce qui est techniquement possible n'est pas nécessairement toujours éthiquement souhaitable. Un devoir de s'interroger s'impose. Formuler le questionnement ouvre au travail d'argumentation et de discernement pour le choix de la conduite à tenir. Apprendre à poser les questions est la base d'un enseignement éthique.

Quelles représentations nous faisons-nous de ce qui est bon pour l'homme aujourd'hui, avec quelles conséquences probables demain ?

3/ Le problème des modèles de la pratique médicale

Dans le cadre de l'enseignement de l'éthique médicale ouvert à une perspective interdisciplinaire, un problème se pose quant à la pédagogie proposée pour favoriser la rencontre des différentes disciplines et respecter la technicité de leurs concepts propres avant de s'engager dans une réflexion commune.

Il y a eu un changement de modèle de la pratique de la médecine : du modèle humaniste (la médecine comme art appliqué à la personne considérée dans sa globalité), critiqué parce que paternaliste, on est passé au modèle bio-médical, prégnant aujourd'hui, qui entend travailler sur l'objectivité organique, la connaissance objective du corps primant sur la relation clinique (analyses biologiques, outils d'exploration).

Un problème se pose aux jeunes générations, prises en tension entre leur désir d'une médecine plus humaine et l'application dominante de ce modèle bio-médical de plus en plus technicisé. Pour échapper à une pratique qui se veut purement scientifique, dépersonnalisée en quelque sorte pour plus d'objectivité et d'efficacité, et retrouver une vision plus holistique de la médecine, leur faudra-t-il se tourner vers la psychiatrie ou la médecine générale ? Un certain nombre l'envisage, regrettant que cela ne semble pas possible en CHU.

Comment travailler à la diversification des modèles sans les rendre exclusifs les uns des autres ? Plusieurs modèles de relation médecin/patient sont à construire, en travaillant sur ce qui fait sens dans la relation au malade, et qui tient compte des liens entre lui et ses proches, le médecin et l'institution de soins, les médias et les sources d'information, le contexte de la société. L'énoncé des 4 principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-maléficienc e et de justice permet de repérer la position des interlocuteurs mais ne garantit pas toujours l'ajustement souhaitable. Ainsi, le recours à l'autonomie du patient demanderait parfois à être accompagné pour ne pas se contenter de la seule déclaration de principe (ou du formulaire de consentement signé). Distinguer l'autonomie de l'autarcie, réhabiliter l'idée de l'interdépendance comme réalité possible à vivre sans en faire le lieu d'une dévalorisation introduisent à la reconnaissance d'une complexité présente au cœur de la relation médecin/malade. Avec de plus en plus de moyens techniques à disposition, se renouvelle le choix de faire porter son attention sur le seul traitement de la maladie et/ou de s'intéresser au malade.

C'est l'un des enjeux du travail que peuvent accomplir ensemble la philosophie et la médecine : analyser les représentations de la santé et de la maladie, interroger les modèles en vigueur, explorer les cas cliniques en choisissant de s'intéresser aux mots que médecins et malades emploient pour parler de ce qui arrive, etc ... et contribuer à admettre et faire admettre qu'une décision médicale est prise souvent dans un contexte d'incertitude, pensée sur un modèle de prudence en évaluant une prise de risque jugée raisonnable. Néanmoins, dans cette optique de réflexion commune, il y aurait bien sûr un danger à vouloir schématiser la philosophie en la présentant sous forme de tableaux de théories et concepts pour la rendre « plus opérationnelle », là où l'enjeu est qu'elle soutienne la capacité des sujets à s'interroger sur le sens de leur action. La volonté d'une pédagogie d'accessibilité et d'efficacité risque parfois d'être réductrice (par exemple, il n'est pas rare que la distinction entre les traditions téléologique et déontologique devienne opposition et ne serve qu'à confirmer le pragmatisme !).

Un travail est à faire sur la place des limites dans notre société et l'illusion à l'œuvre que le progrès repousserait toutes les limites. Or, la limite, est-elle ce qu'il faut absolument toujours repousser ? N'est-elle pas aussi ce qui amène à réfléchir sur ce qui fait loi pour la vie de l'homme et lui permet de se structurer ? En ce sens, il s'avère nécessaire d'explorer davantage l'articulation entre médecine, philosophie et sciences humaines pour déployer la compréhension des différents niveaux de cette question.

Conclusion

La médecine est un art du discernement, soumis à une obligation de moyens (et pas une obligation de résultats). Elle s'exerce dans le cadre d'une relation interpersonnelle qui met en œuvre compétences et confiance. Néanmoins, s'il est nécessaire de soutenir la capacité de penser l'action et de relire ces pratiques en prise directe avec la vulnérabilité humaine, un travail centré sur l'éthique interpersonnelle ne suffit pas. Il est urgent d'élargir aussi la réflexion à la dimension collective de ces enjeux : analyse des systèmes de santé, partenariat entre médecins, gestionnaires, représentants des malades et politiques, en cherchant à développer une éducation à la dimension citoyenne de ces questions. La formation éthique des futurs médecins demande d'honorer cette complexité en espérant ainsi susciter le goût pour une réflexion continuée ensuite dans l'exercice du métier.

Eléments bibliographiques

- MALHERBE, JF, « Pour une éthique de la médecine », Larousse, 1987
- HIRSCH, E, « Médecine et éthique », Cerf, 1990
- Revue ETHIQUE , « La médecine en question », n°19, 1996/1
- LAGREE, J, « Le médecin, le malade et le philosophe », Bayard, 2002
- THIEL, MJ, « Où va la médecine ? » Sens des représentations et pratiques médicales, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003

ANNEXE

Avis du CCNE sur la formation à l'éthique médicale

N° 84- 29 avril 2004

Plan du rapport

Introduction

I. Les points essentiels du rapport Cordier

- I.1. Quatre motifs légitimes de préoccupation
 - a) Les effets de dépersonnalisation liés à la spécialisation
 - b) L'effacement de la clinique
 - c) Les limites du " tout juridique "
 - d) Les retombées d'un contingentement des soins
- I.2. Un enseignement de l'éthique en prise directe avec la clinique

II. Remarques sur les recommandations relatives à la réforme de l'enseignement

- II.1. Transmettre des normes ou des dispositions au questionnement ?
- II.2. L'initiation universitaire à l'éthique médicale
 - a) Difficultés d'un enseignement de l'éthique en première année de médecine
 - b) L'éveil au souci de la rigueur épistémologique
 - c) Un stage en deuxième année orienté sur la dimension éthique des pratiques
- II.3. Initiation éthique dans la formation aux autres métiers de la santé
- II.4. Les modalités d'organisation pour la mise en place du programme de formation en éthique
 - a) Difficultés relatives au contenu des cours
 - b) Difficultés relatives au choix des enseignants
 - c) La recherche en éthique

III. La contribution des structures éthiques hospitalières

- III.1. Formation continue et " Espace éthique régional "
- III.2. Différence entre " Espaces éthiques " et " Comités d'éthique locaux "

Conclusion

L'élément essentiel du rapport Cordier est celui d'une formation à la réflexion éthique tout au long du cursus universitaire, en intégrant à l'enseignement scientifique une part d'interrogation éthique plutôt qu'un arsenal de réponses normatives déjà structurées. Il semble en effet que ce soit par le biais d'une plus grande attention aux formations en éthique que l'on puisse espérer une amélioration des pratiques et des relations entre les personnes engagées dans le système de soin. La désincarnation de l'échange singulier - par phénomènes conjugués de dépersonnalisation, de judiciarisation et de transfert technologique - à quoi s'ajoute, à l'échelle collective, l'exigence d'équité dans l'allocation des ressources, constituent des facteurs de crise qui nécessitent une réflexion plus en amont sur les formations initiales et continues aux

métiers de la santé. Le CCNE souligne, à cet égard, l'opportunité de plusieurs des propositions du rapport Cordier, notamment celles qui évoquent une confrontation avec le concret des situations cliniques faisant l'objet d'un travail rédactionnel et oral. L'organisation de séminaires à un stade plus avancé du cursus universitaire semble également être une piste à retenir. Cette ouverture de la formation des différents acteurs du système de soin à la dimension humaine et intersubjective de l'activité thérapeutique requiert la création de nouveaux lieux d'échanges qui favorisent les rencontres interdisciplinaires et mettent à leur disposition des ressources en documentation. L'institutionnalisation d'espaces de réflexion éthique au sein des CHU répond à cet objectif.

- Certains passages du document soumis à la lecture du Comité ne vont pas sans soulever quelques réserves. Il en va ainsi des orientations proposées en matière d'enseignement, lesquelles semblent parfois pécher par manque de réalisme. En particulier, il ne paraît guère envisageable d'instaurer un système de stages avant même l'entrée en faculté de médecine et en fin de première année sous la forme de nouvelles épreuves écrites et orales. Encore une telle réforme ne ferait-elle que repousser le problème de fond posé par l'existence d'une insurmontable (et nécessaire) compétition entre des candidats qui doivent, bon gré mal gré, être départagés sur concours. C'est la raison pour laquelle la place de la formation en éthique à cet échelon du cursus ne peut que demeurer modeste, si du moins on entend faire de cette formation un lieu d'acquisition de dispositions au questionnement. Ce que l'on peut souhaiter de plus réaliste, au niveau du PCEM 1, est que le module d'éthique existant soit plus axé sur une initiation à la dialectique. Le meilleur moment est probablement, à la fin du stage infirmier une ouverture au questionnement critique pour faire de ce début d'affrontement à la réalité de la maladie, un moment privilégié pour la réflexion éthique.

- Il existe de nombreux foyers de résistance à l'extension de la réflexion éthique dont il faut avoir une conscience lucide, si l'on veut ajuster les ambitions aux possibilités réelles. La valeur des intentions ne dispense pas d'une interrogation sur la faisabilité des recommandations. Ainsi, même si l'intention d'intégrer l'éthique dans les réunions médicales est louable, on voit mal par quel biais elle pourrait être suivie d'effets dans la pratique³. L'exigence éthique s'éprouve, elle ne se contraint pas. Sans doute, la place qu'ils ont consacrée au problème de la formation pour réformer les conduites est-elle là pour attester que les auteurs du rapport Cordier n'ignorent pas que les habitudes acquises constituent une pierre d'achoppement autant qu'un facteur d'inertie incompressible. Il reste que même en amont, les difficultés sont sérieuses. Qu'il s'agisse de s'entendre sur le contenu à assigner à un " enseignement " de l'éthique, de l'objectivité des procédures de qualification des personnels enseignants destinés à devenir " référents en éthique " ou encore des lacunes culturelles des étudiants, les motifs de douter de la possibilité de " provoquer un "choc culturel" décisif " ⁴ en ce domaine ne sont pas minces. Le rapport Cordier a lui-même souligné à juste titre le peu de crédit qui s'attache actuellement à la notion d' " éthique " dans le milieu médical⁵

- Les initiatives et réalisations qui ont déjà été accomplies, les volontés déjà exprimées, doivent être reconnues et même encouragées. Il ne faut pas désavouer les initiatives universitaires déjà prises en France d'introduire des référents en éthique dans les facultés des sciences biologiques et médicales. Si l'on tient pour acquis que le statu quo actuel n'est guère

³ Cf Cordier A, Rapport, op.cit, p 29 : « *Il convient donc de libérer davantage la parole éthique au sein des staffs* ».

⁴ Ibid, p 32

⁵ Ibid, p 18 : « *L'éthique vient en quelque sorte comme un luxe ornant voire même camouflant d'autres considérants moins glorieux. L'éthique s'est usée avant même d'avoir servi réellement ! Assez d'éthique commence-t-on d'entendre....* »

propice à la résolution des graves problèmes précédemment évoqués⁶, alors les efforts entrepris jusqu'ici pour faire évoluer la situation française doivent être soutenus et reconnus à leur juste valeur. Force est en effet de constater qu'à défaut de bénéficier d'une consécration institutionnelle, l'éthique peine à exister véritablement et que le temps qui devrait lui être dévolu continue à être perçu comme superfétatoire. Il s'ensuit que l'énergie créatrice des médecins se dirige soit sur l'efficacité des procédures diagnostiques et thérapeutiques, soit sur la recherche, au détriment d'un temps d'écoute toujours plus exigu, d'un examen clinique du malade toujours plus mesuré et d'une réflexion éthique de moins en moins familière aux acteurs de soin.

Certes, le risque de dérive n'est pas dérisoire. Mais il serait faux de croire que les facultés ne disposent d'aucun moyen d'apprécier les qualités pédagogiques de leurs responsables pour intervenir si ceux-ci en viennent à manquer aux missions qui leur sont confiées. Aussi, et même s'il a passé sous silence les difficultés structurelles que représente leur exploration, le rapport Cordier semble fondé à proposer des voies nouvelles. C'est pourquoi le Comité a jugé utile de proposer quelques pistes en évoquant un recrutement selon la formule de l'intersection des CNU, dans des proportions modestes et à titre expérimental, tout en assortissant la nomination des référents d'instructions relatives aux modalités de leur formation et de celle qu'ils donneront⁷. En tout état de cause, quelle que soit la formule que retiendront les autorités compétentes, il semble indispensable de veiller à ce que les responsables de la formation travaillent au développement d'une réflexion collégiale, dans une association étroite avec les praticiens hospitaliers et les autres enseignants des facultés des sciences biologiques et médicales, des sciences humaines et juridiques. Il convient à tout prix d'éviter de donner aux étudiants le sentiment fâcheux que ces référents détiennent le monopole de l'éthique. Si le ministère de l'Enseignement Supérieur souhaitait encourager la présence de référents au sein des institutions universitaires préparant aux métiers de santé, le Comité estime que leur enseignement ne devrait pas prendre l'allure d'un cours traditionnel et être uniquement dispensé aux étudiants des facultés de médecine. Il devrait s'élargir à des fonctions de coordination et d'animation au sein de formations continues, afin qu'ils soient des éléments fédérateurs entre l'hôpital et les facultés des sciences de la vie et de la santé. En participant à l'organisation de rencontres interdisciplinaires et de séminaires, de conférences ou de commissions de réflexion transversales, les référents en éthique feraient apparaître l'essence dialogique et la dimension pluraliste de l'éthique.

- Enfin, si le Rapport a justement attiré l'attention sur le malaise de plus en plus perceptible dans les établissements de santé, il importe de tenir compte du fait que l'essentiel des médecins formés à la faculté se destine à l'exercice libéral. On ne doit pas oublier les problèmes posés par l'isolement actuel des praticiens de ville et de campagne, souvent seuls pour prendre des décisions lourdes de conséquences. C'est la raison pour laquelle il serait souhaitable que la formation initiale qu'ils recevront à l'université incorpore un travail d'anticipation des situations difficiles auxquelles ils seront appelés à faire face dans la solitude du colloque singulier. Les Espaces éthiques régionaux ne doivent donc pas répondre uniquement à la crise du monde hospitalier mais aussi permettre aux praticiens libéraux de confronter leurs expériences décisionnelles et de rencontrer des personnels hospitaliers avec lesquels ils pourront réfléchir aux cas de conscience soulevés par leur pratique individuelle.

Ainsi le CCNE souhaite, dans la ligne du rapport Cordier, que soient encouragées :

⁶ Cf *supra* I.1 « Quatre motifs légitimes de préoccupation ».

⁷ Nous avons utilisé à dessein le terme « formation » de préférence à « enseignement » qui connote l'idée d'une matière à inculquer, en gommant la spécificité que doit revêtir un cours d'éthique au regard des disciplines déjà existantes.

- Une politique volontariste d'inscription de la réflexion éthique dans le cursus universitaire ;
- Une pluralité de solutions permettant une mise en place progressive et par paliers, incluant la période du stage infirmier ;
- La prise en compte et l'évaluation des initiatives déjà prises dans ce domaine, avec une diversité dans l'approche conceptuelle du mode de formation des étudiants ;
- Une responsabilité pédagogique confiée à des référents formés et reconnus par des instances pluridisciplinaires ;
- Une clarification sur les missions respectives des structures de réflexion aux finalités différentes :
 - Les Espaces éthiques régionaux destinés à accueillir la richesse d'une réflexion pluridisciplinaire ;
 - Les Comités d'aide éthique à la décision médicale.

Quelles que soient ses formes institutionnelles d'expression, l'éthique médicale ne saurait être l'éthique des seuls médecins. Elle est l'éthique de tous les professionnels de santé unis par leur participation commune à l'aventure de la médecine contemporaine et engagés au service des mêmes valeurs de reconnaissance et de solidarité.