

FGSM2 – UE Sciences Sociales et Humanités médicales

Module « Ethique » (A1)

Responsable : Jérôme Goffette

Ce module comprend deux volets :

- La réalisation d'une Lecture-Réflexion (LecRéf)
- La participation aux Enseignements Dirigés (ED) d'éthique

Attention :

La lecture-réflexion réclame 6 à 8 heures de travail, donc ne vous y prenez pas au dernier moment. Ce travail doit être fait **avant le 1^{er} novembre à minuit**. (Mais mieux vaut l'envoyer plus tôt)

Validation du module « Éthique » (A1) :

- La validation se fait en ayant validé à la fois la Lecture-Réflexion (LecRéf) et les ED.
- La validation de la Lecture-réflexion se fait en lisant la suite de ce document (ce pdf « Ethique LecRef ») et en écrivant vos réponses dans le Questionnaire Éthique que vous trouverez en ligne sur Moodle dans l'onglet « Questionnaire Ethique »

Lien Moodle :

<https://moodle.univ-lyon1.fr/course/view.php?id=196§ion=0#tabs-tree-start>

Vos réponses sont libres. Elles ne sont pas évaluées ou notées. Il n'y a d'ailleurs, souvent, pas de « bonne » réponse claire et évidente. Le but n'est pas de vous évaluer, mais de vous inciter à réfléchir et à approfondir votre propre façon, personnelle, de penser et agir.

Quelles que soient vos réponses, si vous faites ce travail, vous serez validé-e-s.

- La validation de l'ED se fait par la présence.

Veillez à ce que vous soyez bien indiqué-e-s comme présent-e sur la liste de présence de l'enseignant-e de votre groupe, en particulier si vous arrivez en retard.

La validation de l'ED peut aussi se faire, en cas d'absence, si vous donnez un justificatif au secrétariat.

Lecture-Réflexion (Lec-Réf)

Éthique

En pratique :

– Lisez ce document

– En parallèle, remplissez le Questionnaire Éthique en ligne sur Moodle.

<https://moodle.univ-lyon1.fr/course/view.php?id=196§ion=0#tabs-tree-start>

Présentation de ce travail de Lecture-Réflexion

Cet enseignement a pour but d'aider l'étudiant-e en médecine à approfondir son questionnement éthique. Cela est particulièrement important pour une profession qui côtoie régulièrement des enjeux humains majeurs : l'inquiétude, la souffrance, la mort. La dissymétrie de la situation entre médecin et patient-e a souvent été soulignée. Parce que la profession médicale s'adresse à une personne ayant besoin d'elle, le risque d'abus de pouvoir est plus important qu'ailleurs. De ce fait, depuis au moins quatre millénaires, la médecine a des règles de bonne conduite, des codes, des lois, mais elle a avant tout besoin de personnes ayant une conscience éthique.

Le premier objectif est de préciser ce qu'est l'éthique, la confrontation à la question « Que dois-je faire ? ». Le second est de prendre conscience que la médecine est d'abord une relation d'aide – donc une relation éthique – avant d'être un exercice technique. Le savoir et la technicité sont nécessaires pour une aide efficace. Il n'y a aucune opposition entre l'aspect scientifique et technique du métier de médecin et l'aspect éthique : ils font tous les deux partie intégrante du métier. Cela est clairement indiqué dans les principaux référentiels de compétences (CanMEDs, SCLO, CNGE, etc.)

L'éthique ne sera pas abordée ici comme une théorie à apprendre, mais comme un questionnement avec soi-même. Nous ne donnons pas de réponses clef en main ; nous vous incitons à vous poser des questions cruciales et à élaborer vos propres réponses.

Le cœur du module :

Aider chaque étudiant-e-s à approfondir sa maturité éthique en sachant se poser les bonnes questions au bon moment et en l'aidant à se forger de bonnes habitudes.

Durée du module : **6 à 8 heures** → **Ne le faites pas au dernier moment !**

Remerciement :

L'auteur remercie le **Pr. Yves Zerbib**, collègue du Département de Médecine Générale de Lyon, avec lequel il a élaboré cet enseignement dans un compagnonnage de longue date entre médecine et philosophie.

Q0 – Nom et Prénom

Q1 – Prétest en QCM – Remplissez le formulaire

Brève introduction

Premier constat : les questions d'éthique viennent souvent sur le devant de la scène lorsqu'on parle d'innovations inhabituelles, de dilemmes difficiles, de situations extrêmes.

Second constat : l'enseignement de l'éthique occupe dans les études médicales une place assurée, mais minime, dans l'ensemble des enseignements.

Ces deux constats pourraient laisser à penser que l'éthique est une matière certes importante, mais néanmoins marginale, et qu'elle ne mérite d'être réactivée que dans des situations aiguës, mais elles aussi marginales. En somme, l'éthique aurait une place dans le cursus médical, mais un peu excentrée et secondaire.

Le premier travail à entreprendre lorsqu'on aborde pour la première fois un enseignement d'éthique est de se demander s'il s'agit là de la place effective de l'éthique.

Allons plus loin. La médecine est une activité qui vise l'efficacité. Les savoirs et les techniques y ont la place d'éléments de réponse à la question de ce qui serait le plus efficace pour le patient. Dans cette orientation, à quelle question l'éthique répondrait-elle, puisqu'elle n'apporte aucun surplus d'efficacité ?

Le second travail sera donc de préciser la question à laquelle la réflexion éthique cherche à répondre.

Enfin, on associe souvent plusieurs champs à l'éthique : la déontologie, le médico-légal, les bonnes pratiques, la loi, etc.

Le troisième travail devra établir s'il convient ou non d'établir des distinctions.

Trois questions-clefs :

- Quelle est la place de l'éthique dans la médecine ?
- A quelle question l'éthique essaie-t-elle de répondre ?
- Lois, déontologie, éthique : est-ce la même chose ?

Q2 – Question préparatoire – Répondez dans le questionnaire

Partie 1 – L'éthique ? Le soin ?

Le soignant face au soigné – Savoir, pouvoir, devoir

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de considérer **ce qu'est la situation médicale** : d'un côté une personne qui a un problème de santé (ou qui se demande comment elle peut éviter d'en avoir un), et d'un autre côté une personne qui a une certaine compétence pour l'aider concernant les problèmes de santé.

Cette situation est très particulière dans ses enjeux. Elle est assez différente des situations rencontrées par la plupart des autres métiers. Il ne s'agit pas de vendre des savonnettes ou de construire une maison, mais de la vie des gens eux-mêmes. Un problème de santé comprend souvent une dimension de souffrance et parfois même une question de mort. Ces enjeux touchent donc directement l'être humain et sa vulnérabilité. Le soigné souhaite éviter de souffrir et de mourir et le soignant peut l'aider en identifiant le problème et les solutions pour atténuer le plus possible le problème de santé.

La situation comprend donc une personne concernée par la souffrance en elle-même. Or, la compétence du soignant ne crée-t-elle pas un devoir ? A partir du moment où vous êtes en capacité d'aider, ne **devez**-vous pas, en tant qu'être humain, le faire ? Pour contrer la mort et la souffrance, le pouvoir n'engendre-t-il pas un devoir ?

Autrement dit : pour le soignant l'implication médicale ne repose-t-elle pas sur un **devoir**, sur un **impératif éthique** ?

Nous trouvons donc **un devoir interindividuel**.

Nos sociétés face à la souffrance et à la mort – Devoir et communauté humaine

Le même constat peut être dressé en suivant un raisonnement social et historique.

Toute l'histoire du soin n'est-elle pas liée à la lutte contre la souffrance et contre la mort ?

N'est-ce pas cette lutte qui a conduit à spécialiser certaines personnes dans le soin et à les décharger de tâches plus directement productives (production de nourriture, construction d'habitat).

N'est-ce pas parce que le groupe social a décidé qu'il fallait que certains puissent aider le groupe à faire face aux problèmes de santé qu'il a peu à peu créé **une fonction sociale, un rôle, un but, et donc un devoir professionnel** ?

N'est-ce pas aussi pour être de plus en plus efficace dans cette fonction que le groupe social a créé une spécialisation de plus en plus poussée au sein du soin (en distinguant par exemple médecin, pharmacien·ne, infirmier·e, sage-femme) ?

N'est-ce pas aussi en reconnaissant le caractère fondamental de cette fonction qu'il a choisi, dans la plupart des pays riches, d'organiser un système de prise en charge économique des soins, estimant qu'aider chacun à éviter la souffrance et la mort était un devoir humain parmi les plus importants ?

En plus d'un devoir interindividuel général, nous trouvons donc aussi **un devoir collectif**.

Pouvoir, abus de pouvoir, et devoir – Devoir et éthique médicale

Par ailleurs, puisque la relation de soin est d'emblée une situation de dépendance entre celle ou celui qui demande le soin et celle ou celui qui a le pouvoir de l'apporter, cette dissymétrie a souvent été soulignée. D'un côté la souffrance et l'incompréhension, de l'autre le savoir et le pouvoir. Lorsque l'enjeu de santé devient extrême – une intense souffrance ou la menace de la mort – la dissymétrie risque de mettre le soigné complètement à la merci du soignant.

De ce fait, les écrits les plus anciens qui nous sont parvenus (Mésopotamie, Égypte, Chine) mentionnent déjà des règles pour éviter l'abus de pouvoir des soignant·e·s. La médecine est la seule profession à avoir été dotée de règles depuis 4000 ans, voire plus, puisqu'elles proviennent probablement de la préhistoire.

Phénomène plus remarquable encore, deux d'entre elles sont toujours des piliers pour tous les professionnels du soin :

- préserver la vie privée des patient·e·s ;
- essayer de faire toujours ce qui est le mieux pour la santé des patient·e·s.

Le pouvoir de soigner a donc dès le début été associé à un **devoir de ne pas abuser**.

Nous trouvons donc un troisième type de devoir, celui de ne pas abuser de la dépendance des soigné·e·s, c'est-à-dire **un devoir garde-fou**.

En résumé : le devoir interindividuel pousse positivement le soignant à aider le soigné ; le devoir collectif reconnaît qu'il s'agit d'un devoir universel que le groupe doit assumer ; et le devoir garde-fou évite les dérapages du soignant lorsque le soigné est sous sa dépendance.

Ces trois formes de devoirs entrelacés montrent, s'il en était besoin, que l'éthique n'est pas un élément marginal dans l'activité de soin. On doit affirmer que l'éthique est nécessaire à l'activité de soin pour la réguler (devoir garde-fou). Mais, plus encore, on doit affirmer que l'éthique est au fond ce qui justifie toute l'activité de soin. Parce que c'est un devoir d'aider autrui face à la souffrance et à la mort, alors c'est un devoir de mettre en place la fonction de soin, c'est-à-dire la médecine et toutes les autres professions du soin. **C'est l'éthique qui exige la médecine et non la médecine qui exige l'éthique.**

L'éthique est donc ce qui justifie la médecine.

D'où vient alors notre tendance à l'oublier ? Trois raisons peuvent être évoquées :

- Le devoir d'aider autrui face à la souffrance et à la mort est si massif et si évident qu'on a tendance à l'oublier – comme tout ce qui est trop évident.
- Dans le cursus d'apprentissage de la médecine, la masse des savoirs et des savoir-faire à apprendre est telle qu'on peut avoir tendance à ne voir qu'elle, en oubliant que le but de cette acquisition est de répondre au devoir éthique d'aider autrui face à la souffrance et à la mort.
- Dans les situations concrètes, le sens du devoir paraît souvent évident et reste tacite, donc inaperçu. On ne s'interroge que dans les situations où on doute, c'est-à-dire dans des situations peu courantes. On oublie ainsi que le devoir est partout présent dans le soin.

Pour résumer, aborder les questions d'éthique dans les études médicales c'est d'abord se souvenir du but de ces études et revenir au fondement du soin : aider une personne face à un problème de santé.

La place de l'éthique n'est donc pas celle d'une matière qui viendrait **après** les matières essentielles. La place de l'éthique n'est même pas d'être une « matière » à apprendre. **La place de l'éthique est celle du fondement de la médecine.** Elle n'est donc pas à la marge. Elle n'est donc pas un

complément d'âme, une sorte de cerise sur le gâteau médical qui viendrait comme une décoration, certes jolie, mais superflue. La place de l'éthique est au contraire centrale ; elle est **radicale**, au sens premier de ce mot : elle est à la racine.

Étant centrale et radicale, l'éthique doit-elle pour autant occuper la majeure partie des études médicales ? La liaison entre le volume et l'importance est trompeuse. Elle cache en fait une relation plus exacte, celle qui existe entre un but et les moyens pour y parvenir. Définir le but peut être assez rapide alors qu'obtenir les moyens et les mettre en œuvre peut prendre beaucoup de temps et d'énergie. Il n'en demeure pas moins que le but est ce qui donne sens à ces moyens. Le volume des enseignements d'éthique peut donc être modeste tout en étant crucial. Modeste parce qu'il s'agit de rappeler le but de l'aide médicale et de clarifier la vision que le soignant en a et le lien avec sa pratique.

Ainsi, il ne faut pas commettre le contresens d'opposer l'éthique et les savoirs biomédicaux. Les deux ne sont pas en rivalité ou en concurrence. L'éthique exige les savoirs biomédicaux et les savoir-faire techniques parce qu'elle exige une relation d'aide la plus efficace possible. De ce fait, l'éthique exige une place dans les études médicales, une place suffisante pour que l'étudiant·e ne perde jamais de vue le but et le sens du soin, mais elle exige aussi qu'une grande place soit accordée aux savoirs et aux savoir-faire.

À quelle question l'éthique cherche-t-elle de répondre ?

Nous n'aborderons pas ici les intenses réflexions théoriques, surabondantes, qui jalonnent l'histoire depuis l'Antiquité grecque. Néanmoins elles partagent un même cœur conceptuel, l'idée que chacun doit s'efforcer de rechercher un bon **comportement**. L'éthique est donc un effort pour (se) prescrire une bonne façon de se comporter. L'étymologie est révélatrice : « éthique » vient de la racine grecque « éthos » (ἦθος), racine qu'on retrouve aussi dans « éthologie ». « Ethos » désigne en grec le caractère, les mœurs, le comportement. Mais, alors que l'éthologie est une science descriptive du comportement, l'éthique est une démarche pour (se) prescrire un bon comportement.

À partir de ce noyau conceptuel, nous choisissons ici une formulation simple de la question éthique, puisqu'on peut l'énoncer ainsi :

– Que dois-je faire ?

Cette simplicité mérite d'être pesée dans tous ses éléments.

Une question

En premier lieu, l'éthique est avant tout une interrogation : « **Que** dois-je faire ? »

Avant d'être un corpus de réponses, elle est **un questionnement**. Cela est d'autant plus vrai qu'il n'y a pas de savoirs tout faits, vérifiés, ou absolus, en matière d'éthique.

Autrement dit, l'éthique est d'abord un exercice d'inquiétude au sens étymologique de ce mot : sortir de sa quiétude, de son repos mental, et s'interroger, regarder les choses sous un jour neuf.

Ce genre de propos peut paraître banal. Mais si vous observez nos comportements quotidiens, vous pourrez constater que la plupart du temps nous agissons sur des routines, des habitudes, sans nous interroger. Nous vivons sur nos automatismes. Nous y reviendrons dans la Partie 5.

S'interroger, c'est marquer un temps de recul, entrer, même pendant un court instant, dans une démarche réflexive. S'interroger, c'est donc sortir d'une sorte de somnambulisme comportemental pour se hisser à une conscience humaine. S'interroger, c'est donc apprendre à mieux se connaître, mieux connaître les autres, et questionner tant ses motivations que les contraintes de la situation, etc.

Une orientation vers l'action

En second lieu, la question porte sur l'action : « Que dois-je faire ? »

Emmanuel Kant disait que l'éthique qu'est une philosophie des mœurs, du comportement, c'est-à-dire qu'elle est orientée vers la **pratique**¹. L'éthique n'est pas une interrogation pour la théorie ou pour la connaissance, mais une interrogation **pour l'action**. Un discours éthique qui ne penserait pas sa connexion avec l'action serait un non-sens.

Cette orientation vers l'action et vers le domaine du pratique et du concret, justifie d'ailleurs l'approche choisie pour ce module : ne pas faire l'étalage des multiples théories éthiques, et choisir plutôt de partir de l'interrogation première.

Au passage, il est intéressant de se demander jusqu'à quel point nous savons ce que nous avons fait, jusqu'à quel point nous avons conscience de ce que nous faisons quand nous le faisons, et jusqu'à quel point nous avons décidé de ce que nous faisons. Ces trois questions sont plus redoutables qu'on ne le pense et révèlent une sorte de grande zone grise dans notre interaction avec le monde ou dans la trace que nous y laissons.

Q3 – Question ouverte – Petit échauffement réflexif

Le retentissement de soi dans le monde

En troisième lieu, il faut porter notre attention au **sujet** de la phrase : « Que dois-**je** faire ? »

L'éthique n'est pas une question générale qui s'adresse à une entité impersonnelle. La question éthique s'adresse à moi, au « **je** », directement, à moi en tant que **sujet**, c'est-à-dire en tant qu'auteur d'un agir, en tant que subjectivité capable d'action libre.

Elle porte sur **mon** retentissement sur le monde, **mon** action dans le réel.

Elle **m'**interroge.

Il faut remarquer ici que ce cas de figure est profondément inhabituel pour un·e étudiant·e en médecine, qui, la plupart du temps, est dans l'apprentissage de savoirs scientifiques, c'est-à-dire est dans un cadre de pensée qui se doit d'être impersonnel : « les données actuelles de la science disent que... » ; « le résultat de l'expérience montre... » ; « il est bien établi que... » ; etc. Toutes celles et ceux qui ont fait un article scientifique savent qu'il est interdit d'y écrire « je » et qu'il est recommandé d'utiliser des formulations impersonnelles. Tout doit se passer comme si les données de départ (le matériel, la méthode) aboutissaient en toute logique aux résultats. Même la partie « discussion » doit être un savant exercice de mise à distance de soi pour essayer d'éviter toute subjectivité. La démarche scientifique fait comme s'il fallait mettre de côté les résonances humaines.

À l'inverse, une démarche éthique qui mettrait entre parenthèses l'aspect humain serait inhumaine. Que vise-t-on si ce n'est le respect de l'humain ? Que vise-t-on si ce n'est une interrogation de soi, en tant qu'humain, doté d'une capacité de conscience, d'une capacité à décider, d'une capacité à faire ? Regarder les choses sous un angle éthique, c'est porter le regard, avant tout, sur les résonances humaines. **L'éthique est donc un travail sur la subjectivité et sur les relations entre subjectivités, entre personnes.**

1 Kant Emmanuel : *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (1785), trad. V. Delbos, Paris, Delagrave 1986, pp. 71-80.

De ce fait, il faut assumer franchement et frontalement la dimension d'engagement personnel qui trouve place dans la démarche éthique. Ne cherchez pas, face à une question éthique, quelle est **LA** bonne solution, impersonnelle, qu'on pourrait trouver dans tel ou tel manuel. Posez-vous plutôt la question de la solution que vous voulez construire, **vous** en tant que personne. Posez-vous surtout la question du **pourquoi** de ce choix que **vous** êtes sur le point de faire et la question de savoir s'il n'y aurait pas un choix plus judicieux, à vos propres yeux.

Cet aspect personnel peut susciter des réticences, car il s'agit au fond de votre engagement dans le monde. Cette réticence peut prendre parfois la forme d'une mise en retrait et l'adoption d'une attitude prétendument « neutre ». Ne vous y trompez pas : ce retrait est un leurre. Vous ne disparaîsez pas pour autant du monde ; vous ne disparaîsez ni aux yeux d'autrui, ni à vos propres yeux. Vous montrez simplement que vous vous placez à distance. Cette mise à distance peut être profondément blessante quand une personne attend de vous un geste qui ne vient pas. On croit alors ne pas interagir avec le monde alors qu'on interagit avec lui en ne faisant pas... Ne rien faire, c'est faire « rien », c'est montrer qu'on fait ce « rien », c'est-à-dire que vous retentissez déjà sur le monde. Ne pas retenir une vieille dame qui trébuche en descendant du bus, c'est la laisser s'effondrer, alors que vous pouviez lui éviter cette chute. Ne pas dire « bonjour » à un-e patient-e, c'est lui montrer que vous ne vous en souciez pas en tant que personne. Ne pas vérifier une connaissance biomédicale incertaine, c'est prendre le risque d'un soin défaillant. Etc. Ne rien faire porte à conséquence. Ne rien faire engage tout autant votre responsabilité que faire quelque chose.

La conclusion à en tirer est évidente. Puisque vous retentissez sur le monde et que vous ne pouvez pas faire en sorte de ne pas retentir sur lui, alors **vous avez le devoir d'assumer votre retentissement et de faire en sorte qu'il soit le plus judicieux possible et qu'il soit au plus près de ce que vous souhaitez.**

Le devoir

Le quatrième et dernier point de la question éthique est le verbe : « Que **dois-je** faire ? »

Ce n'est pas « qui suis-je ? », « que sais-je ? » ou « que fais-je ? », mais « que dois-je ».

Ici encore, ce type d'approche est profondément inhabituelle pour l'étudiant en médecine, qui a plutôt le réflexe de s'appuyer sur des faits et sur des références bien établies. Mais **le devoir ne relève pas des faits ; il relève des valeurs**, qui appartiennent plutôt à l'intimité mentale de chacun. De plus, la question ne porte pas sur ce qui est, mais sur ce qui **doit être**. Y répondre ce n'est pas décrire le réel, décrire des faits ou les prédire, mais **prescrire** une réalisation.

Si nous développons la question éthique, elle peut aussi s'énoncer ainsi :

« Face à cette situation, au nom de mes **valeurs**, quelle action à venir **dois-je** choisir pour retentir dans le réel ? »

La présence du devoir et des valeurs (qui président à ce sens du devoir), implique **un type de démarche foncièrement différent de la démarche scientifique**. Le scientifique cherche à s'appuyer sur des faits et des connaissances, qui doivent être extérieurs à lui pour être valables. L'interrogation éthique, de son côté, s'appuie sur des valeurs, qui sont intérieures à la conscience et doivent être ancrées dans la subjectivité. Nous aurions donc une opposition entre objectivité scientifique et subjectivité éthique. Or, d'ordinaire, l'objectivité est parée que la qualité d'être incontestable tandis que la subjectivité ne vaut que pour la personne, et donc doit être écartée.

Toutefois, à la base de ces concepts d'objectivité et de subjectivité, il y a d'un côté la référence aux **objets**, de l'autre la référence au **sujet**. Comme l'éthique concerne les sujets (le sujet qui décide et qui fait l'action, et les sujets pour lesquels cette action aura des conséquences), il faut ici « entrer » dans la subjectivité. Le but n'est pas de tenter un retour à l'objectivité, mais de développer au mieux

la subjectivité, en la travaillant. La subjectivité à travailler ici n'est pas la subjectivité aléatoire des impulsions, des coups de cœur, mais une subjectivité réfléchie, construite, qui a déterminé ses buts et les valeurs qui sont les siennes. Elle n'a donc rien de superficiel. Elle est structurée, décidée, volontaire, et non pas confuse, aveugle et impulsive.

Par exemple, les valeurs s'enracinent dans la subjectivité. Qu'est-ce qu'une valeur si ce n'est ce que j'estime qui vaut à mes yeux ? Je suis, dans ma subjectivité, celui qui accorde une valeur à cette valeur. Mais ne dois-je pas peser et apprécier un peu mieux ce qui vaut pour moi ? Trop souvent, ne suis-je pas, concernant mes propres valeurs, dans le flou ? Le questionnement éthique vise à ce type d'approfondissement subjectif.

Ainsi, le scientifique va privilégier les faits et un cadre théorique que chacun peut s'approprier du fait de sa cohérence interne et de sa correspondance aux faits (dans l'idéal), ce qui le rend « objectif », indépendant du scientifique. L'interrogation éthique, de son côté, a affaire à des valeurs qui doivent être pleinement comprises et assumées comme valeurs que je porte, en toute subjectivité, c'est-à-dire en tant que sujet humain et conscient.

Cette différence de démarche a quatre conséquences majeures, incontournables :

- (1) La dimension personnelle des valeurs fait que l'éthique ne peut pas (et ne doit pas) tendre à une sorte d'objectivité impersonnelle. On ne peut pas dire : « L'éthique dit que... » C'est un abus de langage qui tend à faire passer comme évidente une évidence qui ne l'est que pour celle ou celui qui l'énonce. C'est un argument d'autorité. Dites plutôt : « Mon éthique me conduit à penser que... » ; « L'éthique de Beauchamp et Childress dit que... » ; « L'éthique promue par l'hôpital énonce que... »
- (2) Alors qu'en sciences, des expériences permettent de départager des théories concurrentes en observant le verdict du réel (cf. Karl Popper), la démarche éthique n'a pas accès à une telle procédure. D'un côté, les sciences vont donc reposer sur « le dernier état des connaissances », tandis que de l'autre aucune théorie éthique n'est jamais périmée, et toutes sont discutables. Les théories les plus récentes ne sont pas forcément plus valables que les plus anciennes. La culture éthique s'inscrit donc forcément dans une profondeur historique et culturelle dont les sciences peuvent se passer. Il ne peut pas exister de procédure pour sélectionner scientifiquement les valeurs à retenir et celles à délaisser, parce qu'une telle procédure devrait se baser sur des faits alors que les valeurs ne sont pas dans les faits, dans ce qui est, mais dans le sens de ce qu'on fait, dans ce qui doit être.
- (3) Puisqu'il ne peut pas y avoir de « dernier état des valeurs » comme il y a un « dernier état des connaissances », alors il faut faire le deuil d'un manuel de solutions éthiques qui serait à portée de main et que vous n'auriez qu'à apprendre et à appliquer. Une approche éthique ne peut pas être l'application d'un catalogue de recettes. En matière d'éthique, vous aurez toujours à vous demander ce que sont vos valeurs et ce qu'elles vous conduisent à faire. Ce sont vos choix. Vous ne pouvez pas esquiver votre implication. Jean-Paul Sartre disait : « L'homme est condamné à être libre »². On peut faire semblant de ne pas avoir de choix à faire, mais ce n'est qu'une illusion. Autant assumer notre humanité, c'est-à-dire notre capacité à faire des choix, et en assumer la responsabilité.
- (4) **Cet Enseignement en Autonomie que nous avons construit pour vous ne va donc pas vous dire ce que vous devez penser et ce que vous devez faire.** Un enseignant d'éthique n'est pas un directeur de conscience. Son rôle est plutôt celui d'une sorte d'accoucheur d'esprit. Nous allons donc essayer de vous aider à révéler ce que vous souhaitez porter comme attitude éthique. Nous vous apportons une méthode pour que vous puissiez approfondir par vous-même votre propre sens éthique.

2 Sartre Jean-Paul : *L'Existentialisme est un humanisme* (1946), Paris, Gallimard (Folio), 1996, pp. 39-40 : « C'est ce que j'exprimerai en disant que l'homme est condamné à être libre. Condamné, parce qu'il ne s'est pas créé lui-même, et par ailleurs cependant libre, parce qu'une fois jeté dans le monde, il est responsable de tout ce qu'il fait. »

Faut-il distinguer l'éthique, le droit et la déontologie, alors qu'il s'agit dans chaque cas de prescrire des comportements ?

Différents domaines normatifs

Plusieurs domaines travaillent sur des valeurs et ont pour but un meilleur comportement, comme le Droit, par exemple. Le Droit, la déontologie, l'éthique, est-ce la même chose ?

Classiquement, quelques distinctions méritent d'être faites :

- Le **Droit**, c'est-à-dire les lois (issues des parlementaires), les décrets (gouvernementaux), les circulaires (ministérielles), les règlements (par exemple hospitaliers), est un ensemble de règles que la collectivité se donne à elle-même (dans une démocratie).
- La **déontologie** est un corps de règles qu'une profession se donne à elle-même.

On doit ajouter deux autres registres normatifs :

- Les **us et coutumes** sont les règles tacites d'une société. Ils indiquent le comportement jugé conforme à la bonne conduite en société.
- L'**éthique** est le questionnement personnel face à la question « que dois-je faire ? »

On peut ajouter encore deux autres registres qui sont parfois présents :

- Une **religion** comprend presque toujours un ensemble de règles que ses adeptes se doivent de suivre.
- Une **morale** est un ensemble de règles adoptées ou promues par un groupe social.

Ces domaines porteurs de normes ont ainsi une dimension plus ou moins collective ou personnelle, une dimension plus ou moins affirmée ou interrogative, et une dimension plus ou moins explicite ou tacite. Si on adopte ces trois critères, on parvient au tableau suivant :

	<i>Collectif / Personnel</i>	<i>Affirmée / Interrogatif</i>	<i>Explicite / Tacite</i>
Droit	Collectif	Affirmée-Intermédiaire	Explicite
Us et coutumes	Plutôt collectif	Affirmée-Intermédiaire	Tacite
Déontologie	Intermédiaire	Affirmée-Intermédiaire	Intermédiaire
Morale	Intermédiaire	Affirmée-Intermédiaire	Intermédiaire
Religion	Intermédiaire / Personnel	Affirmée-Intermédiaire	Explicite
Ethique	Personnel	Plutôt interrogatif	Intermédiaire-Explicite

Un tel tableau permet de souligner la spécificité de l'éthique telle que nous l'avons abordée dans ce module : elle est personnelle, interrogative, et elle travaille à une meilleure explicitation de nos normes à nos propres yeux.

Bien sûr les usages brouillent parfois ces différences. En France, nous avons eu des lois dites « de bioéthique », ce qui entraîne une certaine confusion, au niveau du langage, entre Droit, déontologie et éthique.

Dans certains pays, où la séparation des Églises et de l'État n'est que partielle, il peut y avoir une porosité entre Droit, us et coutumes, morale et religion.

Pour certaines professions, comme la médecine, la déontologie est très explicite, en partie inscrite dans le Droit, alors que pour d'autres, comme la finance ou le journalisme, les règles sont peu apparentes ou ne sont qu'indicatives.

Enfin, l'histoire montre que l'aspect « Affirmée / Interrogatif » peut entraîner des alternances de phases d'affirmations figées pour tous les domaines, et de phases où tous les domaines vont se mettre à bouger, mais souvent les domaines ne bougent pas à l'unisson, ce qui fait problème.

Quand les domaines normatifs sont en conflit

Puisqu'il existe plusieurs domaines normatifs, il arrive qu'ils ne s'accordent pas les uns aux autres. Parfois le manque d'accord peut engendrer un conflit aigu. Il faut s'y préparer. Nous donnerons ici trois exemples.

Exercer la médecine sous le régime de Vichy

En 1940 et en 1941, en France, le gouvernement de Vichy de Philippe Pétain et de Pierre Laval promulgue deux lois sur le statut des Juifs : exclusion de la fonction publique et des fonctions commerciales et industrielles, et internement des Juifs étrangers. D'autres catégories font aussi l'objet de mesures de suspicion ou de proscription contre les francs-maçons et les communistes. De plus, le régime de Vichy, d'après le traité d'Armistice de 1940, est tenu de collaborer avec le Reich allemand (Articles 3, 16 et 19).

Par ailleurs, le gouvernement de Vichy, en 1940, supprime les syndicats et crée l'Ordre National des Médecins, chargé de l'organisation et du contrôle de la profession médicale. En particulier, la loi limite le nombre de médecins juifs. Des listes sont donc constituées, qui vont servir à l'exclusion de médecins juifs et pourront ensuite être utilisées par la police pour les arrestations. L'Ordre des Médecins ne protesta pas contre ces mesures.

En avril 1944, le Reich allemand fait obligation à tous, et en particulier aux médecins, de signaler aux autorités allemandes tout blessé par balle ou par explosif, les contrevenants encourant la peine de mort. Ceci entre en conflit direct avec le principe du secret médical. Le Conseil Médical de la Résistance dénonce aussitôt cette disposition, contraire aux fondements de la déontologie. Le Conseil National de l'Ordre, de son côté, tergiverse, avant de faire savoir en juillet 1944, par une lettre de son président, le Pr. Louis Portes, que le secret médical est supérieur à toute demande administrative, cette lettre étant adressée à tous les médecins.

On voit ici, assez clairement, un conflit aigu entre, d'un côté, le Droit et l'autorité gouvernementale, et, de l'autre, la déontologie et l'éthique, à un moment où les us et coutumes, la religion catholique et les formes de morales étaient clivées et oscillantes (pour les uns la coutume était d'affirmer la supériorité raciale de la majorité blanche et chrétienne et pour les autres la coutume était l'égalité républicaine ; pour les uns la religion catholique devait restaurer les ségrégations féodales tandis que pour les autres elle devait faire prévaloir l'amour et le respect universel ; pour les uns la morale se fondait sur le respect et l'obéissance à l'autorité tandis que pour les autres la morale exigeait de s'insurger et d'entrer en résistance ; etc.).

Que l'Ordre des Médecins, même s'il le fait tardivement, affirme que le secret et la préservation de la vie privée des patients est supérieur aux demandes administratives et à la loi montre d'une part le rôle que peut jouer la conscience déontologique et la conscience éthique, et d'autre part l'importance de ne pas fuir un conflit entre les domaines de normes, mais de prendre position.

La collaboration de l'Ordre National des Médecins concernant l'exclusion professionnelle des médecins juifs est aussi un exemple de situation inverse, l'absence d'un conflit alors même que l'Ordre aurait dû rappeler que tous les médecins qualifiés à cette fonction devaient déontologiquement être d'abord considérés comme des médecins.

Ces deux réactions de l'Ordre National des Médecins, auxquelles il faut ajouter, par contraste, les prises de position de l'Ordre Médical de la Résistance, montrent les enjeux majeurs brassés par ces conflits de normes, et l'importance de toujours garder à l'esprit une interrogation éthique aiguë.

L'excision

Autre exemple, contemporain, celui de l'excision. En Afrique (Égypte, Soudan, Tchad, Éthiopie, Somalie, Mali, Burkina Faso, Guinée, Sierra Leone, etc.), l'excision (ablation du clitoris) voire l'infibulation (excision et ablation du clitoris et des petites lèvres, et suture des grandes lèvres) des femmes continue d'être majoritairement pratiquées en 2015 (source : UNICEF), au nom de la coutume, dans l'idée de « purifier » le genre de la personne.

Ces pratiques peuvent entraîner à court terme des complications infectieuses, des saignements, de la douleur, des rétentions urinaires, allant parfois jusqu'au décès. Sur le long terme, elles entraînent souvent des douleurs urinaires et presque toujours des douleurs lors des rapports sexuels et une impossibilité à ressentir un plaisir sexuel.

Dès 1920, l'Egyptian Doctor's Society a demandé l'arrêt de ces pratiques. En 1979, lors d'un séminaire de l'OMS à Khartoum (Soudan), 150 médecins et activistes ont fait savoir leur résolution à lutter contre l'excision.

Plusieurs pays ont adopté des lois l'interdisant : Burkina Faso (1996), Sénégal (1999), Guinée (2000), Yémen (2001), Éthiopie (2004), Érythrée (2007), Égypte (2008), Somalie (2012), Nigeria (2015). D'autres la restreignent. En même temps, les coutumes se perpétuent largement, aujourd'hui encore.

Nous avons donc un conflit entre, d'un côté, les coutumes et certaines prescriptions morales traditionnelles, et, d'un autre côté, des institutions internationales (OMS, UNICEF), des États, des associations médicales, et certaines convictions morales qui condamnent l'excision comme étant une mutilation, source de douleurs et de souffrances multiples. Ce dernier pôle signale aussi que cette coutume, contrairement à ce que croit la majorité, n'est aucunement exigée par les religions en présence si on consulte les textes fondamentaux.

Ce grand mouvement concernant l'excision montre une des façons dont les normes peuvent bouger dans les différents registres normatifs, même si tous ne bougent pas au même rythme. Ici, une minorité, peu à peu, est en train de repousser la pratique de l'excision. Elle est parvenue à convaincre l'autorité publique qui joue à son tour, par le Droit, un rôle déterminant.

Au passage, ce jeu des minorités ou des majorités, et des autorités gouvernementales, peut suivre des chemins très différents. Par exemple, le cas de la contraception montre au contraire que la pression de la majorité de la société a fini par faire plier le législateur et l'État. La contraception fut autorisée en France avec la loi Neuwirth de 1967 et au Canada avec la décision parlementaire de 1969. Auparavant, au Canada comme en France, l'information, la diffusion ou la vente de contraception était considérée par le Droit comme un acte criminel pouvant valoir une lourde peine de prison. La contraception était alors vue comme un encouragement à la dépravation et comme une atteinte à la vie et à la force de la nation. Aujourd'hui, les valeurs de maîtrise de sa propre vie, d'épanouissement, de responsabilité dans le choix de devenir parent, donnent une très large légitimité éthique, morale, sociétale, et légale aux normes soutenant l'accès à la contraception.

Nouvelle gestion publique et tarification à l'activité

La tarification à l'activité sera notre troisième exemple, lui aussi contemporain.

En septembre 2003, le gouvernement français³ annonce une réforme structurelle qui va concerner à la fois les hôpitaux publics et les cliniques privées : le Plan Hôpital 2007. Dans l'esprit de la théorie de la Nouvelle Gestion Publique (New Public Management en anglais), il souhaite un pilotage plus précis des moyens financiers alloués : les ressources financières vont désormais déterminer les dépenses et non l'inverse. En pratique, chaque acte de soin doit être défini et tarifé, chaque service aura un budget correspondant à la somme des actes qu'il est censé accomplir.

Cette tarification à l'activité (T2A) va assez vite susciter de nombreuses critiques chez les soignants :

- Ne risque-t-on pas de standardiser de façon irréaliste en regroupant des patients trop différents ?⁴
- Ne risque-t-on pas de voir apparaître un soin bâclé quand le temps ou les moyens consacrés à un patient commencent à excéder notablement le standard ?
- Ne risque-t-on pas de voir les soignants passer un temps important à coter les actes, au lieu de faire des soins, ce qui est à la fois antiéconomique et pénible ?
- Ne risque-t-il pas d'y avoir des tarifications injustes, qui vont défavoriser des spécialités entières (pédiatrie, psychiatrie, gériatrie par exemple) et en favoriser d'autres, conduisant les hôpitaux à restreindre voire à fermer des services qui sont pourtant performants et utiles ?
- Ne risque-t-on pas de voir une certaine négligence s'installer pour tout ce qui n'est pas tarifé et coté – comme dire bonjour, faire un peu de psychologie de soutien, mieux comprendre le contexte de vie du patient – ce qui est pourtant nécessaire à un soin efficace et humain ?
- Pour augmenter les budgets, les soignants ne risquent-ils pas d'être tentés de fragmenter les séjours pour une même personne, produisant des aller-retours néfastes pour la santé et coûteux ?
- Qui est en charge de la fixation concrète des tarifs ? Comment faire en sorte qu'ils soient justes ?
- Etc.

Dans un tel cas, le Droit et l'autorité ministérielle entrent en conflit, de façon multiforme, avec les interrogations éthiques des personnels et avec certaines règles de bonne pratique déontologique. On peut remarquer qu'il ne s'agit pas d'un conflit restreint à quelques situations rares, mais au contraire d'une situation générale engendrant une inflation de microconflits, dont toutes les conséquences apparaissent peu à peu, par exemple le retentissement sur la motivation des soignants et sur le niveau d'inquiétude des soignés, l'impact sur la performance globale du système de soin à l'échelon national, etc. Le très long mouvement de grève des personnels hospitaliers en 2019 et 2020 (avec refus de coter les actes), puis la crise du Covid-19, sont des révélateurs d'une situation de tension extrême à l'égard du dispositif de la T2A et de son pilotage par le gouvernement et les Agences Régionales de Santé (ARS).

3 Le Président de la République était alors Jacques Chirac, le Premier Ministre Jean-Pierre Raffarin et le Ministre de la Santé Jean-François Mattei. Les gouvernements suivants (en particulier Nicolas Sarkozy Président / François Fillon / Xavier Bertrand pour le plan Hôpital 2012, lancé en 2007) ont poursuivi dans la même voie.

4 La standardisation repose sur la création de Groupes Homogènes de Malades (GHM) et de Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Le niveau d'« homogénéité » des groupes peut être interrogé : regroupe-t-on vraiment des situations similaires ? Choisir une homogénéité forte réduit la taille des groupes et augmente leur nombre, ce qui accroît la complexité. Choisir une homogénéité faible augmente la taille des groupes, simplifie la cotation, mais risque de regrouper des situations ayant des coûts très différents.

Comme la Nouvelle Gestion Publique (*New Public Management*) a inspiré de nombreux pays riches – chacun avec son inflexion propre – des tensions sont apparues chez beaucoup d'entre eux, devenant même des enjeux politiques majeurs, comme c'est le cas au Royaume-Uni, en Italie, ou aux États-Unis, par exemple.

On peut aussi noter que la Nouvelle Gestion Publique (*New Public Management*), appliquée à d'autres pans de l'action publique (Universités, Affaires sociales, etc.) y suscite aussi de fortes tensions et de nombreuses critiques.

Le soignant et les domaines normatifs

On peut donc être certain qu'à un moment ou à un autre de son exercice professionnel, un·e soignant·e va se trouver pris·e dans un conflit entre différents registres de normes. Il est même probable que cela va lui arriver assez souvent.

Apprendre à se positionner, à mieux cerner ses valeurs et ce qu'elles impliquent, à savoir exprimer ses arguments concernant ce qui doit être fait, est donc une composante indispensable du métier. Tous les référentiels de compétences des médecins (CanMEDs, CNGE, SCLO, Scottish Doctor, etc.) comprennent d'ailleurs une part de compétence éthique.

Être médecin, ce n'est pas seulement être un·e scientifique et un·e super-technicien·ne, c'est être aussi un humain capable de réflexivité et d'interrogation des normes afin d'effectuer un soin approprié.

Au final, cette première partie a montré :

- 1° que la place de l'éthique est celle d'un fondement du soin
- 2° que l'éthique est d'abord un questionnement personnel sur son action et le sens qu'on lui donne
- 3° que l'éthique s'inscrit à la fois en complémentarité, mais aussi parfois en friction avec d'autres registres normatifs tels que le Droit, la déontologie médicale, les coutumes sociétales, les morales, etc.

Q4 – Questions ouvertes – Soi et son métier

Partie 2 – Passer des valeurs aux actes ?

Brève introduction

Nous avons vu dans la partie 1 que la question éthique était « Que dois-je faire ? ». L'éthique est donc liée à des valeurs (devoir) et elle est orientée vers l'action (faire).

La plupart du temps, la littérature éthique se focalise sur le devoir et le sens qu'il convient de lui donner. Pourtant, la liaison entre devoir et faire mérite d'être questionnée. **Suffit-il de savoir ce qu'on doit faire pour, ensuite, le faire ? Suffit-il d'avoir des valeurs pour les mettre en pratique ?**

S'il s'avérait que la connexion entre valeurs et actes n'était pas évidente et massive, comment faire pour la renforcer ? Comment mieux s'assurer que des convictions éthiques se traduisent dans des actes ?

Dans cette perspective, nous allons nous pencher sur une des plus célèbres expériences de psychologie – l'expérience de Milgram – pour obtenir quelques réponses et pour mieux saisir l'enjeu réel de cette question du passage des valeurs aux actes.

Cette question est au fond celle de la **responsabilité**. Être responsable, c'est répondre de ses actes. La responsabilité est le lien entre un acte et son auteur (cf. Partie 3).

Le soignant est particulièrement concerné, parce que ses actes peuvent avoir des conséquences majeures : guérir, soulager, aider, faire souffrir, faire mourir.

Référence :

Milgram Stanley : *Soumission à l'autorité*, Paris, Calmann-Lévy, 1974.

Nous vous recommandons de lire, si cela vous est possible, le Chapitre Premier.

Problématique de l'expérience

Contexte historique

En 1961, le procès d'**Adolf Eichmann** a lieu à Jérusalem. Cet homme fut le responsable de la logistique de la « Solution finale », la déportation des Juifs pour les exterminer. En 1942, il a participé à la conférence de Wannsee où les hauts dignitaires nazis ont mis en place l'industrialisation de l'extermination de masse. On peut ainsi dire qu'il est responsable de la mort de 5 à 6 millions de personnes – oui, vous avez bien lu : 5 à 6 millions – ce qu'il reconnaît lui-même. Il est aussi impliqué dans le génocide des Tziganes.



Après la fin de la guerre, il avait fini par fuir en Argentine. Il menait une vie tranquille dans la banlieue de Buenos Aires sous le nom de Riccardo Klement. Son implication dans les crimes du régime nazi

lui vaut d'être activement recherché. À partir de 1952, la République Fédérale d'Allemagne (RFA) sait où il vit, mais ne rend pas publique l'information. En 1958, la CIA américaine sait à son tour où il se cache, sans divulguer l'information. Le silence ne prend fin que quand Lothar Hermann, un rescapé des camps qui a émigré en Argentine en 1938, s'aperçoit, par sa fille, qu'un ancien nazi vit à Buenos Aires. Il prend contact avec la justice israélienne. Une investigation est menée pour savoir de qui il s'agit, identifiant Adolf Eichmann. En mai 1960, les services secrets israéliens – le Mossad – le kidnappent et l'emmènent à Jérusalem pour qu'il soit jugé. Il sera reconnu coupable en décembre 1961 et exécuté par pendaison en mai 1962.



À cette même époque, une philosophe un peu particulière, **Hannah Arendt**, vit aux États-Unis. D'origine allemande, formée à la philosophie, elle a suivi les cours de Martin Heidegger (avec qui elle a eu une liaison), d'Edmund Husserl et de Karl Jaspers. Étant Juive, elle a été arrêtée, en 1933, par la Gestapo, et relâchée grâce à la sympathie d'un policier. Elle a alors quitté l'Allemagne sur-le-champ, pour aller en France. En 1940, lors de l'avancée allemande en France, elle a été internée au camp de Gurs, dans les Pyrénées. Dans la confusion de l'armistice, elle a été libérée et elle a fui aux États-Unis. En quelques années, elle est devenue une référence internationale sur le totalitarisme (nazi et stalinien). Ces ouvrages, *Les Origines du totalitarisme* (1951), *La Condition de l'homme moderne* (1958) et *La Crise de la culture* (1961) ont eu et continuent à avoir un fort retentissement.

Étant une experte du totalitarisme nazi, on comprend qu'elle ait souhaité assister au procès d'A. Eichmann qui s'ouvre en avril 1961. Au cours du procès, elle a écrit un ensemble d'articles, puis un ouvrage – *Eichmann à Jérusalem* (1963) – qui a suscité plusieurs controverses. La principale est celle qu'on a appelée la **thèse de la banalité du mal**. Selon elle, même s'il a le sang de millions de morts sur les mains, Adolf Eichmann n'est au fond qu'un homme banal, doté d'une personnalité ordinaire, sans haine viscérale envers les Juifs, sans remords non plus vis-à-vis de ce qu'il a fait, n'estimant avoir accompli que la tâche qu'on lui avait confiée.

Question de recherche

À cette même époque, le psychologue américain **Stanley Milgram** mène une série d'expériences entre 1960 et 1963. La problématique qu'il souhaite investiguer s'inscrit dans ce questionnement du début des années 1960 : comment des millions de personnes ont-elles pu être exécutées par le régime nazi ? Cela suppose des milliers d'exécutants criminels. Cette problématique peut être exposée sous forme d'une alternative qu'il convient de trancher :



- Ou bien seuls des individus pervers, méchants, hors normes peuvent commettre des actes barbares
- Ou bien, dans certaines circonstances, des personnes banales peuvent commettre des actes barbares

Si le premier terme de l'alternative est exact, alors l'humanité est répartie schématiquement en deux camps : une minorité de personnalités mauvaises, et une majorité de personnalités plutôt bonnes. Dans ce cas, nous sommes indemnes du Mal profond et grave. Tout au plus peut-on avoir une curiosité fascinée pour les criminels, mais on ne peut pas les comprendre profondément parce que nous n'avons pas la même expérience intérieure. Dans ce cas, le bien et le mal seraient en quelque sorte gravés dans le marbre de la personnalité et il conviendrait surtout d'identifier les déviants et d'éviter qu'ils nuisent.

Si le second terme est exact, la situation est plus inquiétante car cela veut dire que nous sommes tous susceptibles d'être directement concernés par la question du mal. Dans certaines circonstances, nous pourrions commettre des actes très mauvais. Cela signifierait aussi qu'il n'y a pas de séparation

nette entre un camp de bons et un camp de méchants, contrairement à ce que les films à grand spectacle tendent à nous faire croire. C'est la thèse de la banalité du mal formulée par Hannah Arendt. Dans ce cas, il conviendrait à la fois de travailler sur soi pour éviter de commettre des actes mauvais, et de travailler sur les circonstances pour qu'elles ne soient pas propices au mal.

L'expérience conçue par Stanley Milgram s'efforce d'apporter des éléments de réponse pour savoir quelle est la thèse la plus exacte.

Le protocole expérimental

Des petites annonces sont publiées dans la presse, invitant celles et ceux qui le souhaitent à participer à une expérience de psychologie. Des personnes répondent. Un rendez-vous leur est fixé dans un laboratoire de l'Université de Yale.

Dans la salle d'attente, la personne patiente un peu. Elle peut discuter avec une autre personne, qui attend aussi pour participer à l'expérience.

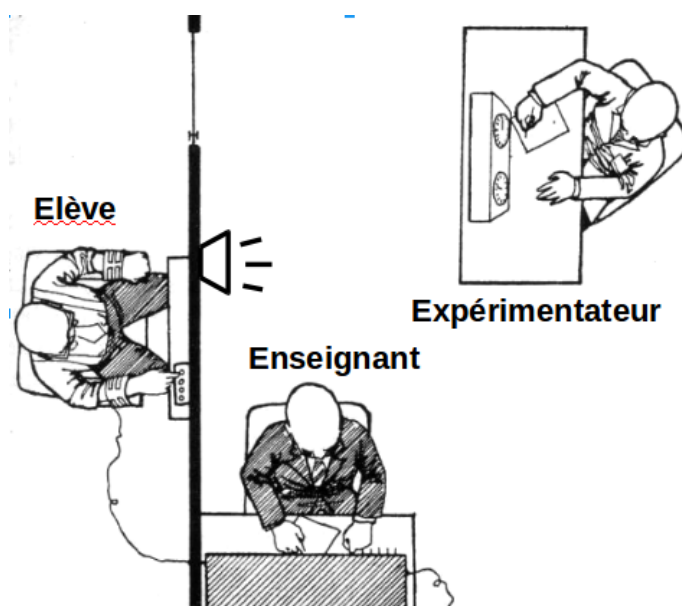
Un expérimentateur en blouse blanche arrive et invite les deux personnes à le suivre dans la salle de l'expérience. Il leur explique qu'il s'agit d'une expérience sur l'apprentissage. Plus précisément, il s'agit de mieux connaître le rôle de la punition dans l'apprentissage, car ce rôle est mal connu.

L'apprentissage consiste en exercices de mémorisation. L'un sera l'élève et l'autre l'enseignant.

Les exercices reposent sur l'association de mots. L'enseignant devra par exemple dire ces quatre couples de mots : « pie voleuse, ciel bleu, café fort, sommeil profond » ; puis il demandera le mot couplé avec « ciel » en indiquant les différentes réponses possibles : « 1 voleuse ; 2 bleu ; 3 fort ; 4 profond ». L'élève donne sa réponse par l'intermédiaire d'un petit boîtier à quatre boutons. La bonne réponse étant « bleu », il doit ici appuyer sur le deuxième bouton.

Si l'élève donne la bonne réponse, on passe à l'exercice suivant. S'il se trompe, il est d'abord puni.

La disposition des lieux est la suivante (p. 1191) :



Si l'élève se trompe, sa punition est une décharge électrique. La règle est la suivante : pour toute nouvelle erreur il est puni d'une décharge du niveau supérieur à la dernière décharge administrée (punition graduée et croissante).

Le tableau de manettes devant lequel se trouve l'enseignant comporte 30 manettes, de 15 Volts à 450 Volts. La première erreur implique ainsi l'administration d'une décharge de 15 V ; la seconde une décharge de 30 V, et ainsi de suite.

À titre d'exemple, l'expérimentateur administre aux deux personnes une décharge de 45 V, ce qui crée une petite secousse.

Il montre aussi quelle sera la situation de l'élève : dans un fauteuil, bras sanglés, une électrode scotchée sur l'avant-bras droit.

Veillez considérer attentivement les mentions indiquées sous les manettes (p. 46) :

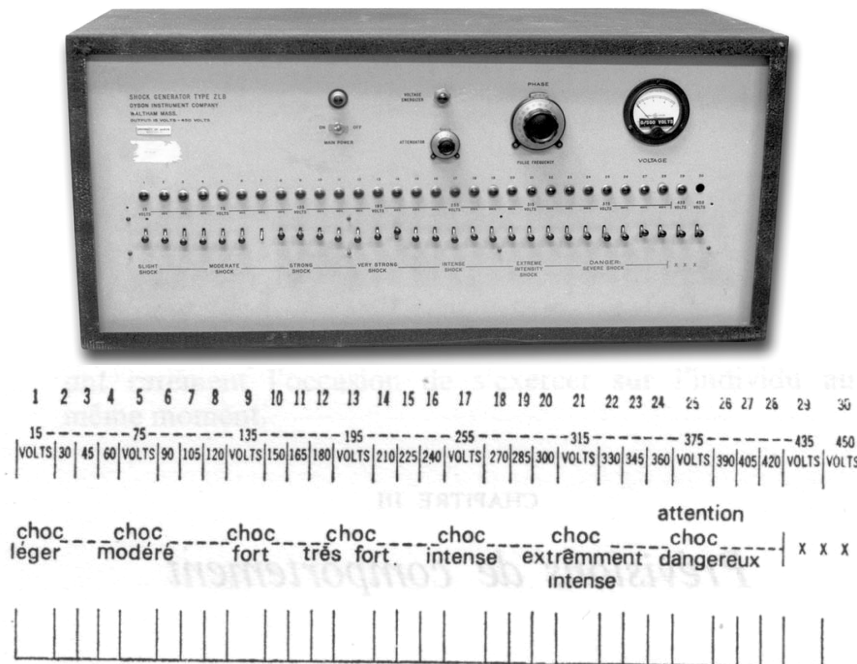


Fig 2. Diagramme du tableau de commande

Q5 – Question ouverte courte – Le tableau de manettes

Le tableau semble déséquilibré. On aurait pu s'attendre à ce que les manettes du premier tiers soient dans les chocs légers, du deuxième tiers dans les chocs modérés et du troisième dans les chocs forts. Mais la mention « choc fort » apparaît à la fin du premier tiers. Au milieu, nous sommes déjà au-delà de « choc très fort ». La fin du deuxième tiers est intitulée : « Choc extrêmement intense » alors qu'il reste encore 15 manettes. Que dire de cette mention : « attention choc dangereux » ? Quant aux trois dernières manettes, l'indication « X » laisse à penser le pire... Ce tableau fait peur.

Imaginons que l'élève se trompe souvent. Ses réactions sont en général celles-ci :

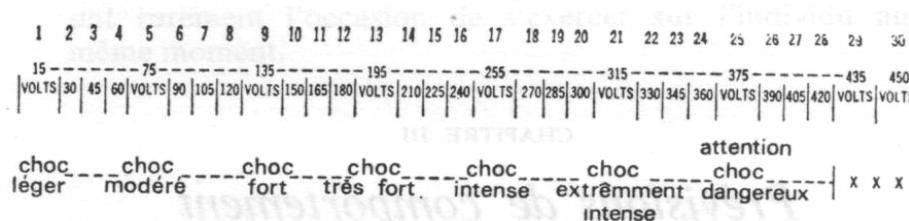
- à 75 V, il gémit
- à 120 V, il se plaint et le dit explicitement
- à 150 V, il supplie qu'on le libère
- puis ses protestations deviennent plus véhémentes et poignantes
- à 285 V : il émet un véritable cri d'agonie
- à 300 V, il dit d'une voix désespérée qu'il ne donnera plus aucune réponse à l'exercice d'apprentissage
- à 315 V après un rugissement de douleur, on n'entend plus rien aux niveaux de chocs supérieurs

Par ailleurs, si l'enseignant hésite à continuer, l'expérimentateur a pour consigne de dire ceci, dans l'ordre, jusqu'à ce que l'enseignant poursuive (mais ceci n'est pas dit aux deux personnes) :

1. Continuez, s'il vous plaît
2. L'expérience exige que vous continuiez
3. Il est absolument indispensable que vous continuiez
4. Vous n'avez pas le choix, vous devez continuer

Ensuite, l'expérimentateur procède à un tirage au sort pour déterminer qui sera enseignant et qui sera élève. Deux papiers pliés sont mis dans un chapeau. L'un va tirer un papier « Enseignant », l'autre un papier « Élève ».

Nous vous montrons de nouveau le tableau de manettes (p. 46). Regardez-le, lisez la question qui suit et prenez le temps qu'il faut avant de formuler votre réponse.



Q6 – Question ouverte courte – Jusqu'où ?

Précision importante : la véritable expérience

En fait, l'expérience ne porte pas sur le rôle de la punition dans l'apprentissage, mais sur le niveau de soumission à une autorité. L'expérience sur l'apprentissage est une expérience-paravent pour que le sujet testé ne sache pas ce qui est testé, afin de ne pas biaiser les résultats.

En réalité, le sujet testé rencontre en salle d'attente un comédien. Le tirage au sort est truqué (il suffit que soit écrit « Enseignant » sur les deux papiers et que le comédien dise que sur le sien est écrit « Élève »). Le comédien a pour rôle de jouer au volontaire venu comme vous pour l'expérience. De plus, une fois que la fonction d'élève lui a été attribuée, il sait exactement quel doit être son comportement à chaque exercice et à chaque décharge. Il sait quand il doit se tromper (et il se trompe souvent) et il sait, par exemple, qu'il doit hurler de douleur à 210 V.

Bien sûr, il n'est pas question d'envoyer des chocs réels au comédien. Celui-ci a été entraîné pour être totalement crédible dans ses supplices et ses cris (parmi les sujets testés, aucun n'a eu de doute et n'a pensé qu'il s'agissait d'un comédien).

L'expérience est donc parfaitement reproductible.

Nous vous l'avons présentée telle qu'elle se présente au sujet testé pour que vous compreniez sa situation.

Il convient de souligner que dès que l'expérimentateur avait épuisé ces quatre injonctions sans qu'elles aient obtenu d'effet, l'expérience était interrompue.

Le sujet testé était invité à passer dans une autre pièce pour un entretien, afin qu'il puisse exprimer ce qui s'était passé en lui lors de l'expérience. Il lui était bien sûr expliqué qu'il n'avait pas vraiment envoyé de choc électrique. Il lui était aussi indiqué qu'il pouvait rediscuter avec l'équipe de ce qui s'était passé quand il le voulait et qu'il recevrait le compte-rendu de l'expérience lorsqu'elle aurait été menée à bien avec tous les sujets testés.

Résultats attendus, estimés

Stanley Milgram a présenté l'expérience comme elle vient de vous être présentée, en posant la question qui précède à trois groupes de personnes : des étudiants en psychologie, des psychiatres, et un groupe représentatif de la population générale. Il s'est avéré que les trois groupes faisaient une réponse assez similaire.

Voici les données obtenues (p. 47) :

- Moyenne du choc maximal : **135 V** (Choc fort)
- Taux d'obéissance : **0 %**

Elles signifient que, en moyenne, les personnes, si elles s'étaient retrouvées en position d'enseignant avec un élève qui se trompe souvent, **pensent** qu'elles seraient allées jusqu'à appuyer sur la manette 135 V. Au-delà, elles auraient refusé de continuer.

Le « Taux d'obéissance » est la proportion de personnes indiquant qu'elles auraient obtempéré aux incitations de l'expérimentateur et seraient allées jusqu'à appuyer sur la dernière manette. Évidemment, il est égal à zéro.

Ces résultats **attendus** – estimées – avant d'avoir réalisé l'expérience, semblent donc plutôt rassurants. Peu après que l'élève se plaigne, l'enseignant suspendrait l'expérience.

Voyons ce qu'il en est en réalité, si on fait effectivement l'expérience sur un groupe de sujets, ce qu'on va appeler les résultats **observés**.

Résultats observés

Expérience 2 : résultats

Voici les données obtenues avec l'expérience 2, qui est l'expérience habituelle, l'expérience de base (p. 51), où une cloison sépare l'élève et l'enseignant, un haut-parleur permettant de bien entendre l'élève (40 personnes testées) :

- Moyenne du choc maximal : **375 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **63 %**

Q7 – Questions ouvertes – Qu'en penser ?

Expérience 2 : quelques commentaires

Commentaire 1

Au vu de la différence entre les résultats attendus et les résultats observés, cette expérience apporte **un élément de connaissance remarquable**.

L'étonnement, voire l'**incrédulité**, le **choc**, ou la **stupéfaction** qu'on ressent après avoir lu ces chiffres, entraîne d'ailleurs souvent **des questionnements sur la reproductibilité, la crédibilité ou les biais**. De ce fait, l'expérience a été reproduite de nombreuses fois, confirmant l'ordre de grandeur des chiffres de S. Milgram. De même, la crédibilité – le fait que le sujet testé croit vraiment la douleur ressentie par l'élève et croit participer à une expérience sur l'apprentissage – est confirmée par les sujets eux-mêmes.

Quant aux biais, **en toute rigueur scientifique, les données ne valent que pour la situation expérimentale.** La transposition à d'autres situations est à faire avec prudence.

Néanmoins, il est possible de tirer des enseignements plus généraux pour deux raisons. Premièrement, la situation expérimentale est moins propice au dérapage vers le mal que bien des situations réelles : il n'y a pas d'enjeu financier pour le sujet ; le refus d'obéir n'entraîne pas de répercussions sur la vie réelle du sujet ; il n'y a pas de rapport hiérarchique professionnel véritable ; les injonctions de l'expérimentateur restent purement verbales et polies, sans agressivité ; il n'y a pas de menace. Deuxièmement, le dispositif a tout pour effrayer : le fauteuil de l'élève rappelle évidemment la chaise électrique des exécutions ; le tableau de manettes et ses mentions sont foncièrement effrayants. Pour ces raisons, on peut dire que si avec un tel dispositif on obtient un taux d'obéissance aussi haut, cela veut dire que dans des situations réelles, avec des enjeux financiers et des rapports hiérarchiques plus forts, et avec des connotations moins effrayantes, **le risque ordinaire de dérapage vers le mal est bien présent.**

Ces raisons permettent à S. Milgram d'écrire ceci :

Force m'est de conclure que la thèse de la banalité du mal formulée par Hannah Arendt est plus proche de la vérité que nous n'aurions jamais osé l'imaginer. [...] C'est peut-être là l'enseignement essentiel de notre étude : des gens ordinaires, dépourvus de toute hostilité, peuvent, en s'acquittant simplement de leur tâche, devenir les agents d'un atroce processus de destruction. (p. 22)

Comme vous le voyez, S. Milgram lui-même a été surpris de ses résultats. Il se doutait sans doute qu'on sous-estimait le dérapage vers le mal pour des personnes ordinaires, mais il n'imaginait pas qu'il était d'une telle ampleur. Il se doutait de la sous-estimation parce que l'histoire montrait un indice : pour tuer des millions de personnes il faut mettre en place un système industriel, avec des dizaines de milliers de collaborateurs. Or, on peut douter qu'il y ait eu des dizaines de milliers de personnes foncièrement méchantes, abominables, en Allemagne.

Essayons de transposer et de saisir ce que cette banalité du mal peut signifier pour nous. Il suffit de penser aux **situations hospitalières**. Hiérarchie, contrôle, implications (revenu du travail, reconnaissance professionnelle, évaluation de stage, etc.), comportements parfois agressifs, patients parfois désagréables, etc. : tous ces éléments exercent une pression. Les enjeux sont parfois aussi importants que la situation de S. Milgram puisqu'il s'agit de la souffrance et de la mort. Personne, bien sûr, ne peut souhaiter provoquer la souffrance d'autrui dans le soin (mais cela vaut aussi pour l'expérience de S. Milgram : la motivation de l'enseignant n'est jamais de faire souffrir, mais de contribuer à un but de connaissance, qui est un but noble, mais les éléments de pression sont là pour rendre les dérapages plus probables).

Commentaire 2

Bien sûr, ces résultats apportent **des éléments en faveur de la thèse de la banalité du mal de Hannah Arendt.** Dans certaines circonstances, une personne normale peut commettre un acte barbare.

Stanley Milgram, grâce à l'entretien après l'expérience, sait qu'il n'est pas tombé sur un lot de personnes particulièrement mal intentionnées. Toutes ont exprimé leurs regrets et leurs remords et ont réprouvé ce qu'elles avaient fait. Aucune n'a été indifférente. Cela concorde avec les observations faites pendant l'expérience : la grande majorité des sujets montraient des signes de tension, de gêne, de mal-être. On peut donc considérer les personnes testées comme des personnes ordinaires, qui n'ont pas de goût particulier pour faire le mal et qui ne sont pas indifférentes à la souffrance d'autrui.

De ce fait, ce résultat est inquiétant car il indique que **nous sommes tous concernés par la question du mal.**

Il n'y a pas d'un côté la majorité des bons, de l'autre la minorité des méchants.

Commentaire 3

Tous les sujets testés réprouvaient ce qu'ils faisaient et n'étaient pas d'accord avec le fait de faire souffrir l'élève. Pourtant ils ont continué à le faire ou, lorsqu'ils ont refusé de faire, ils l'ont fait tardivement.

La question devient : comment être davantage cohérent avec soi, avec ses valeurs ?

Comment passer des valeurs aux actes ?

Commentaire 4

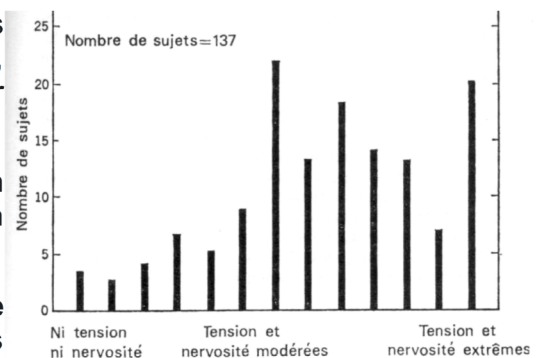
La grande majorité des sujets testés lors des expériences 1 à 4 ont indiqué dans l'entretien qu'ils étaient tendus, voire très tendus, comme le montre cet histogramme (p. 61). Pour S. Milgram, cette tension indique la présence d'un conflit intérieur (p. 60) :

Il y a conflit chez l'homme quand la disposition profondément enracinée qui le porte à ne pas faire souffrir autrui se heurte à la tendance également contraignante d'obéir aux représentants de l'autorité. (p. 61)

Il est important de savoir poser des questions sur des situations, et de ne pas suivre aveuglément les ordres, consignes ou routines (ce qui ne veut pas dire les contester systématiquement).

Il est important, parfois, de réaffirmer ses valeurs dans son action, y compris par le questionnement, voire la remise en cause.

Il est important d'être en partie à l'écoute de soi : **le malaise et la tension qu'on ressent sont parfois des avertisseurs**. Si vous sentez, dans une situation, un certain malaise, alors prenez un petit peu de temps pour savoir ce qu'il signifie : est-ce simplement la situation qui est dure alors que tout le monde fait bien son travail, ou y a-t-il quelque chose qui vous gêne, voire vous révulse ? Si c'est le cas, précisez-le dans votre esprit et explicitez les raisons de votre gêne. Cela vous permettra de poser le problème avec autrui, sur le moment même ou en différé selon ce qui est le plus pertinent.



Variante de l'expérience : sujets féminins

L'expérience 2 a été menée uniquement sur des sujets masculins. Dans cette variante (expérience 8, p. 81), Stanley Milgram cherche à savoir s'il y a variation selon le genre. Tout le dispositif est identique à l'expérience habituelle pour que la comparaison soit valide.

- Moyenne du choc maximal : **375 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **65 %**

Commentaire

Les 2 % d'écarts sont négligeables. Dans les faits, il n'y a donc pas ici de différence de comportement entre hommes et femmes. Deux hypothèses explicatives peuvent être proposées :

- L'esprit féminin et l'esprit masculins ne sont guère différents ; les croyances sociales surestiment les différences.
- Parmi les clichés culturels, on dit que les femmes sont plus sensibles que les hommes ; on dit aussi qu'elles sont plus obéissantes. Les deux aspects existeraient, mais s'équilibreraient ici.

L'expérience ne permet pas de trancher. Peut-être même pouvez-vous trouver d'autres hypothèses.

Variantes de l'expérience : jouer sur la proximité

Stanley Milgram a réalisé une série de variantes jouant sur l'impression de proximité, en particulier en mobilisant les différents sens. La première voit la suppression de la cloison : l'enseignant peut **voir** l'élève. La seconde rapproche l'élève pour que l'enseignant puisse le **toucher**. À l'inverse la troisième garde la cloison et supprime le haut-parleur, ce qui supprime les sensations **auditives**. Nous présentons ci-dessous les résultats pour l'ensemble de ces variantes (p. 55).

Variante avec cloison et sans haut-parleur de base : sans son, sans vision (exp. 1)

Les seuls sons perçus par l'enseignant sont les cris, atténués par la cloison, et des coups de pieds de l'élève dans la cloison.

- Moyenne du choc maximal : **405 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **65 %**

Expérience de base (avec cloison et haut-parleur) : avec son, sans vision (exp. 2)

- Moyenne du choc maximal : **375 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **63 %**

Variante sans cloison : avec son et avec vision (exp. 3)

- Moyenne du choc maximal : **315 V** (Choc extrêmement intense)
- Taux d'obéissance : **40 %**

Variante avec contact : vision, audition et toucher (exp. 4)

Dans cette variante, l'électrode n'est pas scotchée au bras. Il s'agit d'une plaque sur l'accoudoir du fauteuil. Comme il y a un peu de jeu dans la sangle et que l'élève refuse d'appliquer sa main, l'enseignant doit appuyer sur la main tout en administrant le choc électrique (p. 54).

- Moyenne du choc maximal : **270 V** (Choc intense)
- Taux d'obéissance : **30 %**

Q8 – Questions ouvertes – Proximité / distance

Commentaires

Je ne mets ici que mes commentaires. Ajoutez-y les vôtres. Vous pouvez aussi lire les très nombreuses réactions à l'expérience de Milgram.

Commentaire 1

Le sentiment de proximité / distance joue un rôle important.

Cette conclusion est d'autant plus solide qu'elle est scientifiquement bien fondée : nous comparons des expériences comparables, où seul un élément a été à chaque fois modifié.

Commentaire 2

L'acte est le même. À chaque fois, il est question de provoquer la même souffrance chez l'élève. Seule la perception qu'en a l'enseignant diffère.

Puisque l'acte est le même, l'attitude devrait être la même. Mais cette logique de la responsabilité est abstraite.

Comment mieux assumer la responsabilité des actes ? Comment renforcer le lien entre valeurs et actes ?

Ces variantes, qui portent sur l'influence de la sensibilité, conduisent à deux recommandations :

- Il est important de **savoir écouter, par la raison, la sensibilité**. Quand notre sensibilité nous avertit en nous faisant ressentir de la tension, de la répugnance, une envie de fuir, de la colère, etc., il est important d'écouter ces émotions et de regarder si elles résultent d'une situation difficile, mais où chacun fait bien son travail, ou si elles résultent d'une insatisfaction vis-à-vis de ce qui est fait, qu'on désapprouve. Dans ce dernier cas, vous prenez conscience d'un problème éthique.

Une remarque importante à ce sujet : on conseille parfois aux étudiants en médecine de « **se blinder** », c'est-à-dire de devenir assez indifférent aux patients et aux soins. Cette orientation paraît **risquée**, car elle supprime l'avertisseur émotionnel. Par ailleurs, elle est humainement invivable pour soi-même, car c'est un enfermement émotionnel. Préférez plutôt cultiver le sens de votre rôle de soignant, ce qui suppose une implication émotionnelle dans ce rôle d'aide (et non pas de se mettre dans le rôle du patient) : votre rôle est d'aider, c'est-à-dire d'écouter, de réfléchir et d'agir.

- Il est important de **savoir susciter, par la raison, la sensibilité**. Il est plus qu'utile, souvent, de réfléchir et de faire en sorte que cette réflexion suscite de l'émotion en soi. La raison doit parfois impulser l'émotion, car l'émotion nous aide à nous mobiliser et à agir. Certains ont une capacité à s'indigner « à froid », à considérer rationnellement une des misères du monde et à se mettre en colère, à s'insurger, à agir. Inspirez-vous de ce type de capacité pour, vous-même, devenir capable d'une raison sensible, d'une raison qui se fait sensible. De plus, vous verrez qu'autrui est beaucoup plus réceptif à ce que vous direz lorsqu'il sent une vibration émotionnelle dans votre voix plutôt qu'un discours monotone et froid.

Variantes de l'expérience : les actes collectifs

Le second groupe de variantes qui nous paraît de grand intérêt consiste à enquêter sur les effets de groupe (Chapitre IX, pp. 143-153). Comme, dans le domaine du soin, l'acte est presque toujours collectif (on collabore avec le patient, avec d'autres soignants, avec des proches du patient, etc.), les effets de groupe sont presque constamment présents.

Rappel, l'expérience de base : seul (exp. 2)

- Moyenne du choc maximal : **375 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **63 %**

Variante « Deux pairs se rebellent » (exp. 17)

Dans cette variante, le sujet testé se retrouve avec deux autres personnes (des comédiens) devant le tableau de manettes. Le premier dit les couples de mot. Le second indique si la réponse est juste. Le sujet actionne les manettes.

Il est prévu dans le protocole que le premier refuse de participer à l'expérience à 150 V et que le second refuse à son tour à 210 V.

- Moyenne du choc maximal : **240 V** (Choc très fort)
- Taux d'obéissance : **10 %**

Variante « Un pair administre les chocs » (exp. 18)

Dans cette variante, le sujet testé se retrouve avec une autre personne (un comédien) devant le tableau de manettes. Le sujet a pour rôle de dire les couples de mots et d'indiquer si la réponse est juste. L'autre personne actionne les manettes.

Il n'est pas prévu que l'autre personne se rebelle.

- Moyenne du choc maximal : **405 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **93 %**

Q9 – Question ouverte – La valeur d'exemple

Commentaire 1 : l'effet de groupe

L'effet de groupe est un effet majeur, y compris lorsqu'il s'agit de groupes réduits à deux ou trois personnes.

Il est crucial d'y être très attentif.

Commentaire 2 : la valeur d'exemple des autres

Les deux expériences nous montrent l'**importance de la valeur d'exemple**.

Tirez profit des bons exemples (exp. 17) ; inspirez-vous d'eux ; apportez-leur votre aide lorsqu'ils en ont besoin.

À l'inverse, défiez-vous des mauvais exemples (exp. 18) ; méfiez-vous d'entrer dans le sillage de leurs routines et de leur influence sur le groupe, qui peut faire passer pour normal quelque chose d'inacceptable ; efforcez-vous plutôt de contre-balancer l'influence que peut avoir un mauvais exemple.

Commentaire 3 : la valeur d'exemple de soi-même pour les autres

Prenez aussi conscience de **votre propre valeur d'exemple**. Par votre seule présence vous influencez autrui. L'expérience 18 montre que l'absence de réaction a une influence majeure, puisqu'on passe d'un taux d'obéissance de 63 % à 93 %. L'absence de réaction de votre part est un exemple d'absence de réaction aux yeux d'autrui.

À l'inverse, assumer positivement sa valeur d'exemple en étant parfois moteur, en impulsant une meilleure ambiance, en sachant poser la bonne question, au bon moment, avec le doigté requis : cela va exercer une influence positive sur le groupe. Souvent, vous vous apercevrez que d'autres viennent aussitôt vous étayer et qu'ils n'attendaient qu'une chose : que quelqu'un fasse le premier pas.

Dans la partie 1, nous indiquions que ne rien faire, c'est montrer qu'on fait « rien », ce qui a des effets sur la réalité et qu'il faut les assumer. Vous en avez ici la démonstration.

Sous-partie facultative – Variantes de l'expérience : les autorités

Ce quatrième groupe de variantes modifie le statut de l'autorité.

Rappel, l'expérience de base (exp. 2)

- Moyenne du choc maximal : **375 V** (Attention choc dangereux)
- Taux d'obéissance : **63 %**

Variante « Un individu ordinaire donne les ordres » (exp. 13)

Dans cette variante, l'expérimentateur en blouse blanche est remplacé par un individu ordinaire (un comédien). Il a à sa disposition les quatre injonctions habituelles. Au cours de l'expérience, il est prévu que son téléphone sonne et qu'il doit quitter la pièce pour régler un imprévu. Il assure néanmoins au sujet qu'en son absence tout sera enregistré automatiquement et qu'ils doivent continuer comme prévu.

- Moyenne du choc maximal : **240 V** (Choc très fort)
- Taux d'obéissance : **20 %**

Variante « Deux autorités qui se contredisent » (exp. 15)

Dans cette variante, il y a deux expérimentateurs. A 150 V, quand l'élève demande à arrêter, l'un dit qu'il faut arrêter et l'autre dit le contraire (expérimentateur habituel).

- Moyenne du choc maximal : **150 V** (Choc fort)
- Taux d'obéissance : **0 %**

Commentaire

L'affaiblissement du statut, l'absence, ou la contradiction des autorités ont une influence majeure.

De fait, dans ce type de contexte, le sujet a beaucoup plus tendance à assumer son autonomie et à décider.

Comme, à l'hôpital, les chefs sont régulièrement absents, cela semble laisser beaucoup plus de marges de manœuvre. Attention, toutefois : les consignes qu'ils ont laissées sont souvent les plus pertinentes. Mais il arrive aussi, parfois, qu'elles soient insatisfaisantes pour diverses raisons, par exemple parce que la situation a changé, ou parce qu'il leur manquait une information ou encore parce que leur compétence n'est pas absolue.

La situation des directives contradictoires, à l'hôpital, pose bien plus problème que dans l'expérience de S. Milgram, car le soignant ne sait plus quel soin donner. Parfois, il se trouve même utilisé de façon délétère comme un pion dans un conflit de personnes.

Sous-partie facultative – Autres variantes de l'expérience

Voici deux autres variantes intéressantes.

Variante « Autre lieu » (exp. 10)

Dans cette variante, l'expérience n'a pas lieu à l'Université de Yale (prestigieuse), mais dans un immeuble de bureaux de Bridgeport, ville industrielle voisine.

- Moyenne du choc maximal : **315 V** (Choc extrêmement intense)
- Taux d'obéissance : **48 %**

Variante « Le sujet choisit le niveau de choc » (exp. 11)

Il s'agit d'une variante de l'expérience où l'enseignant a le droit de choisir l'intensité du choc administré. L'expérience s'arrêtait au bout de trente exercices et non pas avec l'utilisation de la dernière manette ou le refus de continuer.

- Moyenne du choc maximal : **90 V** (Choc modéré)
- Taux d'obéissance : — (donnée non pertinente)

Commentaire 1

Le statut du lieu (exp. 10) a une influence modérée. Il n'y a qu'un effet très limité dû au prestige ou à l'autorité universitaire institutionnelle.

Commentaire 2

La liberté laissée dans le choix de la manette à actionner (exp. 11) montre qu'effectivement les individus ne sont pas méchants et ne prennent pas prétexte d'une situation pour déjouer une sorte d'agressivité naturelle réprimée.

Cette expérience joue surtout comme une sorte d'expérience témoin, faisant mieux ressortir le sens des autres expériences, puisqu'on peut ainsi savoir qu'il n'y a pas de propension à infliger des souffrances. Ce qui ressort dans les autres expériences est donc bien la pression de l'autorité et le rôle des circonstances.

Éthique de la recherche

L'expérience de S. Milgram a suscité des interrogations éthiques sur elle-même : était-elle bonne ou néfaste pour les sujets testés ? La question est d'autant plus pertinente qu'elle repose sur la mise en tension des personnes et la création d'un conflit interne intense, propre à ébranler la personne.

A l'époque où elle a été menée, l'activité recherche, en particulier dans le domaine de la psychologie, était beaucoup moins normée qu'aujourd'hui. Peu d'arguments légaux pouvaient être évoqués à son encontre si ce n'est des éléments généraux. Les questionnements qu'elle a suscités ont été plus des questionnements éthiques que juridiques.

Il convient donc de s'interroger sur la balance bénéfice / risque de l'expérience pour les personnes.

Pour être plus précis, d'un côté on pouvait se demander s'il n'y avait pas un effet traumatique : s'apercevoir qu'on a commis un acte abominable et qu'on a torturé quelqu'un ne laisse pas indemne. Peut-être certains en ont-ils gardé une estime de soi dégradée, voire la conviction qu'ils étaient des faibles ou des salauds.

D'un autre côté, on pouvait se demander si la participation à l'expérience n'avait pas un effet cathartique ou pédagogique : je me suis laissé piéger une fois, on ne m'y reprendra pas. Dans ce cas, la personne peut être contente d'avoir participé à une expérience qui l'a fait progresser.

Suite aux remarques et critiques de ses collègues, Stanley Milgram consacre l'Appendice I (pp. 237-248) de son ouvrage, Soumission à l'autorité, à cette question d'éthique de la recherche. Il souligne que lors des entretiens, on assurait aux sujets que l'élève n'avait reçu aucune véritable décharge électrique, afin de réduire en partie le poids de la culpabilité. Il y avait même un dialogue de réconciliation entre le sujet et l'élève. Dans l'entretien, il leur était aussi expliqué que leur comportement lors de l'expérience n'était pas déviant vis-à-vis des comportements des sujets précédents. Il était aussi indiqué dans l'entretien que tous les sujets recevraient le rapport de recherche. De plus, la porte était laissée ouverte à des discussions ultérieures et à des contacts téléphoniques si le sujet en ressentait le besoin.

S. Milgram a demandé à un médecin impartial de mener une étude complémentaire sur les risques que l'étude faisait porter aux sujets. Ce psychiatre s'est particulièrement intéressé aux quarante cas qu'il estimait potentiellement les plus concernés et il a eu des entretiens avec eux. Ces conclusions indiquent que « nul indice ne permettait de déceler chez eux le moindre traumatisme » (p. 242).

Par ailleurs, un questionnaire a été adressé, une fois le programme terminé, à tous les sujets pour déterminer leur degré de satisfaction ou d'insatisfaction à avoir participé à cette expérience. Les résultats sont présentés ci-dessous (p. 240).

TABLEAU VIII				
Extrait du questionnaire utilisé dans l'étude complémentaire de l'enquête sur l'obéissance				
<i>Après avoir lu le rapport et tout bien considéré...</i>	<i>Sujets rebelles</i>	<i>Sujets obéissants</i>	<i>Tous sujets</i>	
1. Je me félicite vivement d'avoir participé à l'expérience.	40.0 %	47.8 %	43.5 %	98.8 %
2. Je me félicite d'avoir participé à l'expérience.	43.8 %	35.7 %	40.2 %	
3. Je ne me félicite ni ne regrette d'avoir participé à l'expérience.	15.3 %	14.8 %	15.1 %	
4. Je regrette d'avoir participé à l'expérience.	0.8 %	0.7 %	0.8 %	1.3 %
5. Je regrette vivement d'avoir participé à l'expérience.	0.0 %	1.0 %	0.5 %	

Nota : 92 % des participants ont retourné ce questionnaire. Nous avons comparé leurs caractéristiques à celle des sujets qui ne l'avaient pas renvoyé. La seule différence était une question d'âge : le groupe qui n'avait pas répondu accusait une majorité de gens plus jeunes.

Comme on peut en juger, 83,7 % sont heureux d'avoir participé à l'expérience. Si on ajoute les 15,1 % qui ne sont ni heureux ni malheureux, on s'aperçoit que 98,8 % des participants en retirent un bilan positif ou nul. La balance bénéfique / risque est donc très positive.

Bien sûr, on peut se demander si les sujets qui se sont rebellés n'en tiraient pas plus de satisfaction alors que le risque de perte d'estime de soi serait supérieur pour les sujets obéissants. Les résultats ne montrent pas de différences importantes, à une exception près.

La lecture de la dernière ligne montre qu'alors qu'aucun sujet rebelle de regrette « vivement » d'avoir participé, 1 % des sujets obéissants le déclarent. Ce sont ces personnes, en très faible nombre, qui nous interrogent le plus et posent question.

De l'autre côté, de nombreux témoignages attestent des bénéfices.

Un an après sa participation, l'un d'eux m'écrit : « Cette expérience a renforcé ma conviction que l'homme doit s'abstenir de toute action préjudiciable à son semblable, même si cela doit l'amener à défier l'autorité. » Un autre a déclaré : « L'expérience m'a fait comprendre... la nécessité de posséder ou de découvrir un fondement solide sur lequel asseoir mes décisions, si insignifiantes puissent-elles sembler. Je crois que les gens devraient faire un effort de réflexion pour mieux se connaître et définir la nature de leur relation aussi bien avec leur milieu immédiat qu'avec leurs semblables en général. Si cette expérience contribue à les arracher de leur autosatisfaction foncière, elle aura atteint son but. » (p. 241)

Considérant que 98,8 % des participants en ont tiré un bénéfice positif ou nul et considérant l'intérêt pédagogique manifeste de cette expérience, il nous a donc paru éthique de parler de cette expérience dans nos enseignements, et de réaliser ce enseignement.

Conclusions

Stanley Milgram a cette phrase, qui résonne tout particulièrement dans un enseignement d'éthique :

Le sens moral est moins contraignant que ne voudrait nous le faire croire le mythe social. (p. 23)

De fait, cette expérience montre qu'il est crucial, pour l'éthique, de s'intéresser à la question du passage des valeurs aux actes. L'éthique ne peut pas être simplement une réflexion sur les valeurs ou sur la théorie, elle doit aussi porter sur la mise en application effective.

Nous vous invitons donc à renforcer votre cohérence. Posez-vous régulièrement la question de savoir ce que vous faites et de savoir si ce que vous faites est en cohérence avec vos valeurs.

Cela ne pourra qu'améliorer votre agir ; cela vous évitera aussi, sans doute, des moments d'amertume où l'on regarde avec regret ce qu'on a fait.

Ce souci de sa propre cohérence éthique nous tourne de façon positive vers un approfondissement de nous-même, vers une progression, plutôt que vers une ossification où les routines finissent par nous piéger.

Nous vous invitons, dans la foulée, à passer à la partie 3, car elle est en connexion directe.

Au-delà des données quantitatives, S. Milgram s'est intéressé à l'aspect qualitatif : qu'est-ce qui faisait que les sujets obéissaient ? Quels étaient les différents ressorts psychologiques qui les conduisaient à se déresponsabiliser et à poursuivre une action que, pourtant, ils désapprouvaient ?

Telles sont les questions qui sont traitées dans la partie 3 : Responsabilité et déresponsabilisation.

Partie 3 – Responsabilité et déresponsabilisation

Brève introduction

L'expérience de Stanley Milgram, exposée dans la partie précédente, révèle que de nombreuses personnes peuvent faire le mal sans le vouloir vraiment, tout en ayant bien conscience.

Cette situation paradoxale s'enracine dans des ressorts psychologiques qui permettent à ses personnes d'échapper à leur conflit intérieur entre respect de l'autorité et respect de la bienveillance.

En termes d'éthique, on peut ainsi parler de **phénomènes de déresponsabilisation**.

Tout particulièrement, l'expérience de S. Milgram permet d'en mettre plusieurs en lumière⁵. Or, ces voies de déresponsabilisation abusive peuvent aussi s'illustrer dans le soin.

Le concept de responsabilité

Dans la partie 2, nous avons indiqué sommairement qu'être responsable, c'est répondre de ses actes, en nous appuyant sur l'étymologie. Nous avons simplement ajouté que la responsabilité est le lien entre un acte et son auteur. Ceci nécessite d'être précisé.

Nous voudrions ici expliciter quelques éléments-clefs du **concept de responsabilité** :

- (a) **Responsabilité** : lien de cause à effet qui lie un auteur ou une autrice à ses actes.
- (b) **Auteur/autrice** (au sens éthique) : personne qui cause un acte ; être auteur/autrice suppose d'être capable de penser, capable de choisir et capable de passer à l'acte.
- (c) **Acte** (au sens éthique) : effet, dans le réel, d'une action faite par une personne, ainsi que les et répercussions de cette action. Ces répercussions peuvent concerner des personnes, des choses ou d'autres entités.
- (d) **Valeur d'un acte** (au sens éthique) : au regard de vos valeurs, la valeur d'un acte est l'évaluation que vous faites de l'action et de ses répercussions. La valeur d'un acte peut couvrir tout le spectre du bon au mauvais.
- (e) **Imputation de la responsabilité** : 1° reconnaissance que tel état de fait est un acte (quelqu'un-e a fait...), ce qui indique qu'il y a un auteur ou une autrice, même si on ne l'a pas encore identifié-e ; 2° reconnaissance que tel acte a été commis par telle personne (telle personne a fait), ce qui attribue tel acte à tel auteur ou telle autrice.

Le concept d'auteur/autrice (b), au sens éthique

Considérons d'abord la notion d'**auteur/autrice** (b) au sens éthique. La condition humaine comprend, la plupart du temps, une **capacité à penser** ce qu'on peut faire, une **capacité à choisir** ce qu'on veut faire et une **capacité à passer à l'action**, à faire. Cette triple capacité fait que nous sommes les causes, au sens éthique, de nos **actes**, donc que nous sommes **responsables** de nos actes.

Remarquez que cette triple capacité peut être absente dans certains cas : une personne dans le coma, sans capacité de penser, ne peut pas être tenue pour responsable. De même, une personne en *locked-in syndrome* peut penser et choisir, mais n'est pas en capacité d'agir, car le contrôle qu'elle a de son corps est parfois drastiquement réduit. Ou encore, une personne qui savait ce qu'elle pouvait, mais qui était dans l'impossibilité de ne pas le faire, ne sera pas tenue pour responsable, comme c'est le cas lors

5 Milgram Stanley : *Soumission à l'autorité*, Paris, Calmann-Lévy, 1974, Chapitre Premier, pp. 24-29.

d'affections psychiatriques produisant une compulsion irréprouvable. Bien sûr, il peut exister des situations intermédiaires, qui vont alors atténuer la responsabilité plutôt que de la suspendre.

Autre cas de figure, si on vous braque un pistolet sur la tempe en vous obligeant à faire quelque chose, alors on considérera que l'auteur/autrice de l'acte n'est pas vous, mais la personne qui vous y oblige. Là encore, le niveau de pression dans l'obligation est lié à un niveau d'atténuation de votre responsabilité. Une simple injonction verbale n'est pas une obligation. Une menace commence à l'être. Un pistolet sur la tempe l'est assurément.

Disons-le autrement encore : il existe une **chaîne causale** qui relie un **acte** à son **auteur/autrice**, parce qu'il en est justement l'auteur/autrice, l'origine. Nous voulons dire par là qu'il lui est possible de ne pas faire cet acte. **Être auteur/autrice, c'est donc être une cause, au sens éthique, c'est-à-dire être à l'origine d'un acte.**

Cette situation est très différente de celle d'une pierre qui tombe d'une falaise. La pierre n'y peut rien ; elle n'a rien décidé, rien discerné, et, compte tenu des lois de la physique, elle ne pouvait pas tomber ailleurs.

Par ailleurs, insistons sur **le concept de « capacité »**. Il suffit d'être « capable de... » pour être jugé responsable, **y compris lorsqu'on n'a pas exercé cette capacité**. Si, insouciant·e, vous conduisez une voiture en papotant au téléphone et que vous percutez une personne que vous n'avez pas vue parce que vous ne faisiez pas attention, alors vous serez jugé·e responsable parce que vous aviez la capacité de savoir que votre façon de conduire induisait des risques pour autrui et que vous aviez la capacité de ne pas commettre cet accident. Vous n'étiez pas dans l'incapacité ; vous étiez dans l'inexercice de votre capacité.

Le concept d'acte (c), au sens éthique.

Un acte, au sens éthique, est un effet que nous avons eu dans le réel, effet que nous étions capable de penser, de moduler et de faire autrement.

Si nous considérons plus attentivement ce que nous faisons, nous pouvons nous apercevoir qu'à tout instant nous faisons une multiplicité d'actes.

Au vu de nos valeurs, certains nous apparaîtront bons, d'autres mauvais, d'autres ni bons ni mauvais (d). Nous ne sommes pas seulement responsables de ce que nous faisons de mal, mais de tout ce que nous faisons. Il est d'ailleurs tout à fait normal de ressentir une satisfaction de soi pour la responsabilité d'actes bons. En ce sens, **la responsabilité n'est pas un fardeau ; elle est simplement le lien que nous avons à nos actes.**

Nous pouvons aussi souligner les **cascades d'effets** qui s'enchaînent, de façon plus ou moins dérivée et plus ou moins incertaine. Nous causons des effets qui causent des effets et ainsi de suite. Le concept d'acte est plus complexe qu'il n'y paraît. Nous y reviendrons dans la partie 4 : Démarche éthique et responsabilité.

Ajoutons enfin que pour certains actes, **l'auteur/autrice est collectif**, ou, plus précisément, que plusieurs auteurs/autrices ont contribué, chacun·e à sa façon, à cet acte. Cette complexité est particulièrement importante dans le soin où, la plupart du temps, les actes sont collectifs, avec des rôles parfois bien définis.

Le concept de responsabilité (a), au sens éthique

La responsabilité est ainsi une chaîne causale qui relie un·e auteur/autrice à ses actes.

Remarquez que **la responsabilité n'est pas déclarative, mais effective.**

Nous voulons dire par là qu'elle n'est pas de l'ordre d'une déclaration, mais inscrite dans le réel. Ce n'est pas en disant « Je ne suis pas responsable de telle chose. » qu'on se défait de sa responsabilité si on a fait cela.

De ce fait, nous pouvons rencontrer différents obstacles éthiques à assumer la responsabilité, par exemple lorsqu'on est soit aveugle à ce qu'on a fait ou lorsqu'on est de mauvaise foi.

Le concept d'imputation de responsabilité (e), au sens éthique

Nous venons de voir la chaîne causale de responsabilité dans son orientation chronologique et réelle : de l'auteur/autrice qui l'impulse à l'acte réalisé.

Vu dans l'autre sens, en remontant de l'acte à l'auteur/autrice, nous avons une relation d'**imputation** de responsabilité, quelle que soit la longueur de cette chaîne causale.

Imputer la responsabilité d'un acte, c'est reconnaître que tel phénomène dans le réel est dû à un-e auteur/autrice, puis l'identifier. Cette reconnaissance de la responsabilité est une façon d'avoir conscience de **qui fait quoi**, c'est-à-dire d'avoir conscience des influences humaines. Elle concerne autant les actes bons que les actes mauvais.

Plutôt que de prendre le monde comme une sorte de mêlée confuse de choses qui arrivent comme des fatalités impersonnelles, **cette reconnaissance de responsabilité humanise le monde en ayant conscience de l'empreinte humaine que nous y laissons.**

La responsabilité n'est pas déclarative, mais effective, disions-nous. Il faut ajouter que **l'imputation de la responsabilité, parce qu'elle repose sur une reconnaissance, n'est pas effective, mais investigatrice.** L'imputation de la responsabilité n'est pas une évidence immédiate ; elle est le fruit d'une enquête plus ou moins longue au terme de laquelle nous pouvons déclarer d'abord « ceci a été fait par quelqu'un », puis « ceci a été fait par cette personne ».

De multiples formes de déresponsabilisation (abusive)

En ayant à l'esprit ces éléments du concept de responsabilité, on peut s'apercevoir, déjà théoriquement, que plusieurs formes de déresponsabilisation peuvent l'affecter.

Nous partons ici d'une situation théorique où une personne a fait tel acte, c'est-à-dire qu'il y a responsabilité réelle. Dans ces formes de déresponsabilisation abusive, le problème vient d'un brouillage de l'imputation, qui brouille la reconnaissance de la responsabilité.

En voici une liste, non exhaustive :

- **Transfert à autrui** : considérer qu'on n'est pas auteur/autrice de son action, en l'imputant à un-e autre
- **Transfert au monde** : considérer qu'on n'est pas l'auteur/autrice de son action, parce que c'est le Monde qui l'a faite (ou le « Système », la « Société », la « Fatalité », « Dieu », etc.)
- **Dissolution de soi** : considérer qu'on n'est rien, qu'on n'a aucune influence, donc qu'on est irresponsable
- **Instrumentalisation de soi** : considérer qu'on n'est qu'un petit rouage négligeable, purement agi par les autres, un simple outil dans la main d'un-e autre
- **Insouciance** : être insouciant-e de ce qu'on fait, ne pas y faire attention alors qu'on le pourrait
- **Fiction d'une absence de choix** : considérer qu'on n'avait pas différents choix possibles, qu'il n'y avait que cela de possible
- **Contrainte illusoire** : considérer qu'on pouvait penser à d'autres choix, mais que pour le passage à l'acte on était totalement contraint-e et qu'on ne pouvait pas faire autre chose
- **Mauvaise foi** : assurer que vous n'êtes pas l'auteur/autrice de votre acte
- **Contestation causale** : considérer qu'on n'a pas causé tel effet et donc qu'on n'est pas responsable de cet acte

- **Confusion causale** : introduire de la confusion dans la reconnaissance de la chaîne causale de façon à brouiller l'imputation
- **Marchand de doute** : assurer qu'il n'est pas certain qu'on ait été la cause de cet acte, la chaîne causale étant trop complexe, donc qu'on ne peut pas nous en imputer la responsabilité⁶
- **Inversion causale finaliste** : considérer que l'effet appelait la cause, donc que l'effet était en fait la cause, que l'effet vous a appelé à faire cela (finalisme : la fin cause le moyen)
- **Dilution collective** : dans les actes collectifs, minimiser sa part, voire assurer qu'elle était négligeable, et reporter la responsabilité de l'acte sur les autres acteurs/autrices ou créer une confusion qui fait qu'on ne pourrait plus rien vous imputer
- **Dévalorisation de l'acte** : considérer que l'effet est négligeable, que la valeur de l'acte est nulle puisqu'il ne représente rien, donc qu'on n'est pas responsable de quelque chose de notable, ou que ce n'est pas la peine d'y faire attention
- Etc.

Q10 – Question ouverte – Déresponsabilisation

Comme la responsabilité est liée à notre condition humaine, nous verrons aussi qu'à chaque fois qu'on distord la responsabilité, on instaure une forme de déshumanisation, qu'elle concerne l'auteur, l'entourage, ou les personnes pour lesquelles cet acte a eu des effets.

Tout ceci est un peu abstrait. Les exemples qui suivent, tirés de l'expérience de S. Milgram, vont vous montrer des illustrations éloquentes. Nous compléterons avec quelques exemples de situations analogues dans le domaine de la santé.

Déresponsabilisation par instrumentalisation de soi

Exemple de l'expérience de S. Milgram

S. Milgram indique ceci :

L'un des [mécanismes] les plus caractéristiques est la tendance de l'individu à se laisser absorber si complètement par les aspects techniques immédiats de sa tâche qu'il perd de vue ses conséquences lointaines. [...] Tous nos sujets sont totalement obnubilés par les détails pratiques de la méthode expérimentale : ils lisent les mots en les articulant de leur mieux et actionnent les manettes avec la plus grande application. (p. 24)

Ce premier exemple de déresponsabilisation est donc celui qui conduit à **ne se penser soi-même que comme un instrument**, un moyen technique au service de quelqu'un d'autre. On ne se pense

6 L'expression « marchand de doute » désigne historiquement une stratégie de l'industrie du tabac pour contrer les réglementations. Plutôt qu'un déni frontal du type « notre produit n'est pas nocif », la stratégie du marchand de doute vise à saper une connaissance qui les gêne : « êtes-vous bien sûr que... ? » ; « l'étude X, montre plutôt que... ».

Le but est de conclure : « en l'absence de consensus, n'est-il pas préférable de reporter toute décision sur ce dossier ? » Inaugurée pour les industriels du tabac aux États-Unis, cette stratégie est très utilisée par le *lobbying*. Elle l'a été massivement pour le réchauffement climatique aux États-Unis, pour les perturbateurs endocriniens en Europe, etc.

Cf. Oreskes Naomi, Conway Erik : *Les marchands de doute : ou comment une poignée de scientifiques ont masqué la vérité sur des enjeux de société tels que le tabagisme et le réchauffement climatique*, Paris, Éditions du Pommier, 2014.

Cf. aussi : Horel Stéphane : *Intoxication – Perturbateurs endocriniens, lobbyistes et eurocrates : une bataille d'influence contre la santé*, Paris, La Découverte, 2015.

que comme un rouage utilisé par un-e autre, un pion sur un échiquier, un pion qui s'efforce de jouer au mieux son rôle de pion. **On cesse de se penser comme auteur/autrice de ce qu'on fait.** On s'oublie en tant que personne.

Déresponsabilisation et déshumanisation

En termes éthiques, il s'agit d'une forme de déshumanisation, une véritable **déshumanisation de soi**, par instrumentalisation. Une des pierres angulaires des théories éthiques est la distinction entre choses et personne. Emmanuel Kant rappelle ainsi qu'on doit respecter une personne et non une chose ; on ne doit jamais oublier qu'une personne est une personne, alors qu'une chose peut n'être considérée que comme une simple chose, qu'on peut posséder, utiliser, façonner, consommer, voire détruire.

Lorsque, comme ces sujets de l'expérience de S. Milgram, on en vient à se persuader qu'on n'est qu'un simple instrument, un outil dans les mains d'autrui, **on porte atteinte à soi en tant que personne, on s'oublie en tant que personne, on se déshumanise.**

Dans l'expérience de S. Milgram, l'attitude des sujets, un peu maniaques et perfectionnistes, montre qu'il y a dans cette fuite une part de mauvaise foi ou de déni. Ce n'est qu'un pis-aller psychologique pour éviter le conflit intérieur, mais néanmoins cela suffit à suspendre temporairement le sens de la responsabilité. Celui-ci revient en pleine face, après l'expérience, lors de l'entretien.

On pourrait dire ici que pour mettre de côté le devoir d'humanité et de moralité, le psychisme met en avant un devoir d'habileté technique. Obéir scrupuleusement aux ordres, être un exécutant irréprochable. Ce sont des aspects qui ont été d'ailleurs clairement vus au moment du procès Eichmann. Dans ce cas comme ailleurs, le devoir d'obéir aux ordres, y compris lorsqu'on les désapprouve, est très souvent évoqué. En oblitérant son propre sens de la responsabilité et en mettant de côté la question « Dois-je obéir à cet ordre ? », ce ressort psychologique crée une exonération un peu trop automatique de la responsabilité. De plus, cette attitude courante permet à la fois de se déculpabiliser, évitant d'affronter l'autorité, et de recevoir des gratifications de l'autorité pour le zèle technique mis au travail.

En même temps, dans les faits, **ne se considérer que comme un moyen, c'est s'aveugler soi-même, s'interdire de penser aux fins de l'action et donc disparaître en tant que sujet éthique pour n'être qu'un simple objet technique.** Cette première déresponsabilisation est obtenue, en somme, par une déshumanisation de soi-même.

Q11 – Question ouverte – Instrumentalisation de soi

Exemples médicaux

Quelques médecins ont parfois tendance à se considérer comme de purs instruments, de purs techniciens, aux dépens de l'écoute du malade. Ils ou elles ont l'impression d'être alors dans une objectivité rigoureuse, parce qu'automatique. Toute cette routine technique est au fond une forme de fuite pour éviter la peur ou l'embarras ressenti devant les malades. De ce fait, il est important d'être formé-e, à la fois théoriquement et pratiquement (par des jeux de rôle par exemple) pour être à l'aise devant les malades et éviter cette tentation de la fuite.

De même, il est aussi possible pour un-e médecin de ne se considérer que comme un outil intellectuel, en délaissant la prudence dans l'énoncé d'un diagnostic grave, où au contraire en n'expliquant rien à ses patient-e-s. Dans ces dérives vers le jargon – on ne se parle qu'à soi-même – ou vers la muflerie – on fait comme si les patient-e-s n'étaient pas là – le contact est froid, impersonnel. Le ou la médecin s'est mis-e en mode « robot » et sa personne, comme cause éthique,

s'absente, se dissout. Le ou la médecin se déshumanise, ne s'assume pas comme cause produisant des actes concernant autrui, et, au fond, là aussi il s'agit d'une forme de fuite. Il est important, alors, que ce-tte praticien-ne résolve son malaise, qui lui pourrit la vie autant qu'il choque les patient·e·s. Le travail en groupe de pairs, les conseils de collègues, la supervision, le groupe Balint, etc., peuvent aider à trouver son équilibre pour trouver son équilibre en tant que médecin.

Déresponsabilisation par transfert à autrui

Exemple de l'expérience de S. Milgram

Ce second processus de déresponsabilisation consiste à penser que ce n'est pas moi, mais un autre, qui est responsable.

Au cours de l'entretien post-expérimental, lorsque nous demandions aux sujets pourquoi ils avaient continué, nous obtenions invariablement cette réponse : « Je n'aurais pas agi ainsi de moi-même. J'ai fait ce qu'on me disait de faire, c'est tout. » Incapables de se révolter contre l'autorité de l'expérimentateur, ils rejetaient sur lui toute la responsabilité. C'est toujours la vieille antienne de « faire son devoir » qui a été entendue maintes et maintes fois comme argument de défense au cours du procès de Nuremberg. Il serait faux cependant d'y voir un alibi fragile inventé pour les besoins de la cause. C'est plutôt un mode de pensée fondamental pour nombre d'individus à partir du moment où ils sont enfermés dans une situation de subordonné à l'intérieur d'une structure d'autorité. La disparition du sens de la responsabilité personnelle est de très loin la conséquence la plus grave de la soumission à l'autorité. (p. 25)

Le sujet de l'expérience, devant son tableau de manettes qu'il actionne, considère l'expérimentateur comme seul responsable. Les sujets, parfois, insistaient verbalement et disaient ce genre de chose : « Si je continue, vous en serez le seul responsable, je me dégage de toute responsabilité ». Et ils continuaient.

Ils avaient pourtant le pouvoir de faire cesser l'expérience, comme le prouvent ceux qui, à un moment, ont refusé de continuer. À tout le moins, ils avaient le choix de refuser de coopérer, le choix de ne plus appuyer sur une manette. Ce geste leur appartenait. De ce fait, leur responsabilité est manifeste. C'est ici que prend sens ce que nous disions plus haut : la responsabilité n'est pas **déclarative**, elle est réelle, **effective**. Ce n'est pas par ce que nous **disons**, mais par ce que nous **faisons** que nous sommes liés à un acte dont nous portons alors la responsabilité.

Le transfert de sa responsabilité sur autrui est alors abusif.

En se considérant comme irresponsables, ils ont joué une sorte de comédie du « comme si », « comme s'ils n'avaient rien à faire avec tout cela, comme s'ils n'étaient pas là » (dissolution de soi), et surtout : « comme s'ils n'apportaient aucun concours à cet acte qui n'est plus alors vu que comme l'acte d'un autre auteur ». On glisse dans une fiction.

La posture est si confortable qu'ils peuvent même, dans ce jeu de déconnexion entre leur pensée et leur action, condamner avec vigueur les actes auxquels ils collaborent et qu'ils jugent immoraux. Cette résignation permet de se donner bonne conscience à peu de frais.

Déresponsabilisation et déshumanisation

Ce phénomène de déresponsabilisation est une autre forme de déshumanisation de soi en oubliant sa capacité de personne à influencer sur le cours des choses. Elle procure à la fois l'illusion d'un non-engagement et l'illusion d'une pureté éthique, puisque l'autre va porter toute la faute. Non seulement on s'excuse, mais aussi on accuse, tout en étant confortablement installé·e à distance, mentalement, dans sa petite forteresse d'illusion.

Q12 – Question – Transfert à autrui

Exemples médicaux

Imaginez, compte tenu de cela, les phénomènes de déresponsabilisation qui peuvent arriver dans un service hospitalier où l'acte de soin, par essence, engage toute une équipe comprenant médecins, infirmier·e·s, aides-soignant·e·s, etc., en plus des patient·e·s. La collectivité de l'acte donne autant de prétextes à transférer la responsabilité abusivement.

De ce fait, certains s'exonèrent un peu facilement de leur responsabilité : « Ce n'était pas à moi de faire cela. » En même temps, d'autres prennent sur eux une responsabilité qui ne devrait pas être la leur (sur-responsabilisation), allant même parfois au-delà de leurs compétences ou au-delà de leurs forces.

Le concept de **rôle** est ici essentiel. **Qui fait quoi ? Quel est le rôle de chacun ? Comment ces rôles s'articulent-ils ?** Quand untel n'est pas là, comment son rôle est-il réparti ? Nous y reviendrons dans la partie 4.

Dans les faits, cela peut conduire un·e patient·e à une grande solitude parce qu'il ou elle voit que personne ne s'occupe de lui/elle. Cela peut aussi le/la conduire à angoisser ou à se mettre en colère en voyant comment chacun se renvoie la balle. Le/la patient·e se sent d'autant plus misérable qu'il/elle se sent oublié·e. Le *Code de Déontologie médicale* français rappelle pourtant l'obligation d'accompagnement du patient (nous soulignons) :

Article 37 : En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état **et l'assister moralement**.

Ceci reste vrai quand les soins curatifs ont échoué et que la mort approche :

Article 38 : Le médecin doit **accompagner** le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.

De même, il peut arriver que le/la médecin se défausse de sa responsabilité en la renvoyant sur le dos du patient : « C'est la faute au patient ». D'une part ce n'est pas parce que le/la patient·e, parfois, à une part de responsabilité dans la maladie que cela exonère le/la médecin de sa propre responsabilité (conduisant par exemple à lui refuser des soins, ou à l'ignorer, ou à le/la mettre en accusation). D'autre part, une telle accusation est particulièrement mal venue à ce moment-là de la maladie. Elle ne va faire que renforcer une culpabilité latente, présente chez la plupart des patient·e·s.

Dernier exemple dans le domaine de la santé : la triste affaire du « sang contaminé ». Alors que dès mai 1983 la firme américaine Travenol-Hyland se donna pour règle de chauffer le sang pour inactiver le virus du Sida, la France ne prit ce type de mesure qu'en 1985. Pire : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) continua ensuite à écouler ses stocks de produits non chauffés, en partie pour des raisons financières. Selon un rapport ultérieur du CNTS, il semble qu'une centaine d'hémophiles furent contaminé·e·s à cause de ses retards, en plus de celles et ceux qui l'avaient été avant qu'on ne connaisse le risque. Ce constat entraîna des condamnations pour plusieurs responsables du CNTS ainsi que pour le ministre de la Santé Edmond Hervé, ce dernier pour trois motifs : le retard dans la généralisation du dépistage, l'absence de sélection des donneurs de sang et l'interdiction tardive des produits sanguins non chauffés. La plupart des personnes mises en cause ont eu tendance à renvoyer la responsabilité sur les autres. Au Canada, avec un autre fonctionnement institutionnel et une autre structuration du système de santé, un procès a aussi eu lieu, qui aboutit à l'acquittement des médecins mis en cause. Dans ces deux pays comme dans d'autres, ces affaires ont eu pour conséquence la mise en place de procédures plus claires et plus performantes.

Si vous êtes intéressé·e·s par d'autres affaires, vous pouvez consulter ce que Wikipedia – ou une autre source indépendante – raconte sur le Stalinon, le Distilbène, les implants PIP, le Mediator, etc.

Déresponsabilisation par transfert au « Système »

Exemple de l'expérience de S. Milgram

Une troisième façon de se déresponsabiliser consiste à faire intervenir, psychologiquement, une instance supérieure, une sorte de fiction-mystification.

Il existe aussi une propension à conférer une qualité impersonnelle à des forces qui, par leur origine et leur permanence, sont essentiellement humaines. Pour certains, les systèmes érigés par la société semblent avoir une existence propre dont le champ d'action se situe bien au-delà et au-dessus des contingences humaines [...]. Ils se refusent à voir l'homme derrière les systèmes et les institutions. Ainsi, quand l'expérimentateur lui dit : « L'expérience exige que vous continuiez », le sujet ressent cette injonction comme un impératif transcendant le simple domaine de l'autorité humaine. Il ne se pose pas la question qui semblerait devoir tomber sous le sens: « L'expérience de qui ? Pourquoi obéirais-je à celui qui l'a conçue alors que la victime souffre ? » Les ordres d'un homme – le promoteur de l'expérience – sont devenus partie intégrante d'un schéma qui s'imprime avec une telle force dans l'esprit du sujet qu'il l'emporte sur toute considération personnelle. « Il faut continuer, il faut continuer ! », n'arrêtait pas de répéter un des participants. Pour lui, l'expérimentateur n'était pas un simple mortel à son image ; l'élément humain s'était volatilisé et « L'Expérience » avait acquis une existence propre, totalement désincarnée. (pp. 25-26)

Ainsi, certains sujets ont dit « l'expérience exige... », sans se demander : « l'expérience de qui, pour qui, pour quoi ? ». Cette attitude a déconnecté la situation de tout son soubassement humain et l'a érigée comme une entité transcendante, supérieure.

De façon courante, on peut d'ailleurs entendre des allusions au « Système », à la « Société », aux « Gens », qui forment des entités abstraites toutes-puissantes. Un tel phénomène de pensée aboutit d'ailleurs à une vision fataliste en même temps que suspicieuse. Elle permet aussi, psychologiquement, une grande passivité devant ce qui se passe, tout en gardant bonne conscience à peu de frais.

Déresponsabilisation et déshumanisation

Stanley Milgram a tout à fait raison de souligner une caractéristique de cela : **cette attitude déshumanise la situation**. Plutôt que d'invoquer « l'Expérience » comme une divinité, il convient de ne pas oublier la part humaine : cette expérience n'est pas tombée du ciel, elle a été conçue et elle est réalisée par des personnes. Au lieu de l'acquiescement fataliste, il est plus correct de s'interroger : « l'expérience de qui ? » dit S. Milgram. Plutôt que de cultiver la méconnaissance, il est nécessaire de cultiver la reconnaissance des responsabilités et de rechercher les auteurs et autrices.

En réhumanisant la situation, on fait réapparaître la question de l'imputation, la question des chaînes causales qui peuvent lier des auteurs/autrices à des actes.

Q13 – Question – Transfert à une « Entité » abstraite

Exemples médicaux

Les exemples abondent dans le domaine de la santé.

Sans doute avez-vous entendu ou entendrez-vous : « C'est l'Hôpital » ; « C'est la T2A » ; « C'est l'Économie » ; « C'est le Ministère... » ; « C'est l'aléa thérapeutique », etc. Plutôt que de se satisfaire de ces formulations générales, stériles et déprimantes, posez-vous la question du « qui ? » : « Qui, à l'hôpital ? » ; « Qui est responsable de ce système de T2A ? » ; « Qui a fait ces choix économiques et pourquoi ? » ; « Qui, au Ministère... », « N'est-ce vraiment qu'un aléa thérapeutique ou n'y a-t-il pas eu la négligence de quelqu'un-e ? ». Ce type de questions ouvre l'investigation et, de ce fait, elles vous apprendront beaucoup.

Par le passé, les médecins ont aussi utilisé ce type d'affirmation : « C'est la Nature qui reprend ses droits... » ; « C'est l'Épidémie... » ; « C'est la Vieillesse... », etc. Les travaux de Louis Pasteur, de Robert Koch et de beaucoup d'autres ont mis en lumière la part naturelle des épidémies, mais aussi leur part humaine, et des mesures d'hygiène, d'antisepsie, de régulation des échanges et des contacts ont eu une influence majeure, comme l'épidémie de Covid-19 l'a de nouveau montré. De même, parler de vieillesse cache tout un spectre varié de phénomènes, dont certains ont une causalité en partie humaine (usure professionnelle, tabac, alcool, malbouffe, pollution, etc.).

Déresponsabilisation par dévalorisation

Exemple de l'expérience de S. Milgram

Le dernier exemple que nous voulons prendre s'attaque à la gravité de l'acte et à la qualité de la victime, en la dévalorisant.

Beaucoup dénigraient âprement l'élève, mais chez eux, cette attitude était une conséquence de leur manière d'agir envers lui. Nous avons eu maintes fois l'occasion d'entendre des commentaires de ce genre : « Il était si stupide et si borné qu'il méritait d'être puni. » Pour justifier leur comportement, ces sujets trouvaient nécessaire de déprécier la victime qui s'était elle-même attiré son châtement par ses déficiences intellectuelles et morales. (p. 27)

Dans ce cas de figure, le sujet dévalorise la victime et, en la dévalorisant, il déprécie sa dignité humaine. Froisser rageusement une feuille de papier n'a en soi ni valeur positive ni valeur négative, puisque la feuille n'est qu'une chose. Frapper un chien est déjà plus choquant. Battre un être humain l'est beaucoup plus parce qu'il s'agit d'une personne. Mais si vous vous persuadez que cette personne ne vaut pas plus qu'un chien, vous dévalorisez votre victime et vous pouvez vous persuader que votre acte est anecdotique. Dans l'expérience de S. Milgram, le prétexte « Il était stupide » conduit à considérer l'élève comme un humain inférieur, sur lequel on peut s'autoriser des brimades.

Cela signifie, dans l'esprit du sujet de l'expérience, qu'il peut avoir toute une graduation dans la valeur humaine. Tout en bas de l'échelle, certains humains seraient si peu humains qu'on pourrait les considérer presque comme des choses. Leur faire mal serait anecdotique.

Être bête, ou ne pas être performant à tel ou tel moment, doit-il, selon vous, entraîner une dégradation de la valeur humaine ?

Cette dévalorisation se combine ici avec une déresponsabilisation par **inversion causale** : l'élève devient la cause de ses propres déboires. Le sujet pense qu'il n'avait qu'à bien répondre pour ne pas recevoir de punition. Dans ce récit des choses, la victime devient aussi le coupable ; l'agressé devient aussi l'agresseur.

Pourtant, quelle faute y a-t-il ici ? **Est-ce répréhensible de se tromper dans un exercice ?** Où est le mal ? Allons même plus loin : **ce n'est pas une faute d'être stupide si vos capacités cognitives sont parfois limitées ; c'est simplement un fait.** (Incidentement, nous avons tous nos moments de franche stupidité, l'auteur de ses lignes le reconnaît d'emblée pour lui-même).

Déresponsabilisation et déshumanisation

Comme on peut en juger, la dévalorisation est directement une déshumanisation.

Considérez bien l'expérience de S. Milgram. Rien, pourtant, n'était propice à cette dévalorisation. Tout est fait pour renforcer la proximité et l'identification du sujet à l'élève : ils ont fait connaissance, comme des pairs, dans la salle d'attente ; ils ont été considérés de façon égale par l'expérimentateur lors des explications ; ils ont été tirés au sort, montrant leur égalité de statut. Pourtant, l'élève se trouve assez vite accusé et dévalorisé. Comment passe-t-on en quelques minutes de la sympathie à une sorte de morgue un peu haineuse, pleine de reproches, une agressivité où l'humanité de l'autre se voile et s'effrite ?

Considérez maintenant l'arrière-plan d'interrogation historique sur lequel S. Milgram se penche. La situation était bien pire, bien plus propice au dérapage :

- Avant même l'Allemagne nazie, il y avait eu pendant des décennies un dénigrement des Juifs (et des Tziganes). De même, puisque l'extermination a commencé par les malades mentaux, un ensemble de discours tendait à dépeindre ces derniers comme des « dégénérés », des « tarés » (porteurs de tares), des délinquants, des fardeaux dont le poids économique ne devait pas être porté par la société, qui devrait plutôt les mettre à l'écart ou les faire disparaître. Des prix Nobel comme Alexis Carrel (1912) et Charles Richet (1913) étaient farouchement eugénistes, ce qui passait d'abord par un classement de la valeur humaine.
- Le cas extrême, atteint par les nazis, consiste à ne plus considérer du tout la victime comme une personne humaine. Primo Levi, Juif italien déporté à Auschwitz, raconte dans *Si c'est un homme* qu'une des choses qui l'a le plus blessé moralement, c'est de servir un jour d'essuie-mains à un surveillant⁷. Cet homme l'avait fait sans haine, en oubliant totalement son humanité. Historiquement, l'idée d'une hiérarchie de la dignité humaine a d'ailleurs été dominante : hiérarchie du blanc sur le noir, de l'homme sur la femme, du noble sur le roturier, du riche sur le pauvre, du natif sur l'étranger, etc. Le point de bascule fut porté par la Philosophie des Lumières, qui portait le principe révolutionnaire d'une égale dignité de tous, qui finit par être gravé dans le marbre de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme par l'Organisation des Nations Unies (ONU). C'était le 10 décembre 1948, une époque qui n'est pas si éloignée que cela ; une époque que vos grands-parents ont connue. Le principe de l'égalité de dignité a encore du chemin à parcourir pour être pleinement assumé.

Observez bien, aussi, comment, au petit jeu de la dévalorisation humaine, ce sont en premier lieu les personnes les plus faibles, les plus vulnérables, qui se voient déshumanisées.

Q14 – Question ouverte – Dévalorisation

Exemples médicaux

Si nous pensons aux situations de soin, remarquez toutes les « faiblesses » que peuvent présenter les patient·e·s. En voici quelques-unes :

- allongé·e·s dans un lit, en position inférieure vis-à-vis de vous
- en pyjama alors que vous êtes en tenue de travail
- fatigué·e·s, épuisé·e·s
- somnolent·e·s et apathiques (parfois à cause des traitements)
- âgé·e·s et décrépité·e·s
- laid·e·s, parce que la maladie rend rarement beau
- souffrant·e·s et se plaignant de douleur
- assez stupides, parce que la douleur, la fatigue, le mal-être rendent souvent stupides
- incohérent·e·s et confus·e·s
- indécis·e·s
- mutiques
- débordant d'agressivité, voire insultant·e·s ou violent·e·s

7 « Entre-temps, je suis arrivé à sa hauteur : sans haine et sans sarcasme, Alex s'essuie la paume et le dos de la main sur mon épaule pour se nettoyer ; et il serait tout surpris, Alex, la brute innocente, si quelqu'un venait lui dire que c'est sur un tel acte qu'aujourd'hui je le juge, lui et Pannwitz, et tous ses nombreux semblables, grands et petits, à Auschwitz et partout ailleurs. » (p. 66)

- d'une odeur repoussante (certaines maladies sentent mauvais)
- phobiques
- avarés
- exigeant·e·s
- portant des espérances « déraisonnables »
- avides de tout comprendre, demandant mille détails
- etc.

Toutes ces caractéristiques peuvent être autant de prétextes à les regarder de haut, à les dévaloriser, à les négliger voire à les malmenier. Recadrer un·e patient·e peut arriver, mais il faut recadrer avec respect.

Les anthropologues et les psychologues de la santé savent, de plus, que les patient·e·s se sentent très souvent en partie coupables d'être malades. Il est inutile d'en rajouter, bien au contraire.

Pensez que la maladie peut engendrer un épuisement mental ou physique et amoindrir la capacité d'attention des patient·e·s, en les rendant moins disponibles pour écouter et comprendre ce qu'on dit. N'en faites pas, mentalement, des idiot·e·s.

En règle générale, n'est-il pas maladroit de « coller » des **étiquettes** de caractères, des stéréotypes, sur vos patient·e·s ? Que savez-vous vraiment de leurs vies, de leurs caractères, pour vous permettre de les étiqueter ainsi ? Même les étiquettes un peu affectueuses (« une petite mamie »...) sont en fait des œillères.

Pensez à l'**image** parfois mauvaise qui existe sur certaines catégories de patient·e·s : les malades mentaux, les handicapé·e·s physiques, les vieillard·e·s, les personnes dans la misère ou broyées par la vie. Il est tellement facile de les dénigrer, de les tourner en ridicule, de leur reprocher leur infirmité ou leur indigence. Méfiez-vous de ces représentations qui pervertissent la relation avec le patient ou la patiente, et respectez-les.

Plutôt que de déshumaniser, adoptez l'attitude inverse : humaniser davantage, pensez toujours que derrière l'apparence que peut donner un patient·e, il y a une personne que vous ne connaissez pas. De plus, la relation médecin-patient·e est en partie un jeu de miroir. En humanisant les patient·e·s, ceux-ci vous humaniseront aussi en retour et s'humaniseront eux-mêmes davantage.

Ce patient comprend mal ce que vous lui dites : **vous faites avec** cette caractéristique, sans le dénigrer. Celle-ci entend mal : **vous faites avec**, en parlant plus fort, sans vous agacer. Cet autre est cachectique et ressemble de façon saisissante à un cadavre encore vivant : **vous faites avec**.

De même, lorsqu'un·e patient·e vous déshumanise et vous considère comme un service à consommer ou comme un·e larbin, humanisez votre relation et recadrez en exigeant une relation humaine et respectueuse.

Conclusions

Nous vous laissons vous-mêmes tirer vos conclusions pour cette partie.

Partie 4 – Conscience éthique et responsabilité

Brève introduction

La partie 1 vous a indiqué la spécificité et la place de l'éthique, construite sur la question « Que dois-je faire ? » Les parties 2 et 3 vous ont montré à quel point cette question était importante, puisque les enjeux peuvent être majeurs et les défaillances éthiques impressionnantes. Ceci est tout particulièrement pertinent pour le domaine du soin.

Cette partie-ci est le cœur de cet enseignement d'éthique. Les travaux d'approche étant faits, il s'agit de construire votre propre éthique, en vous proposant une **méthode**.

Vu ce qui a été dit dans les parties précédentes, cette méthode doit être :

- **Assez simple** – elle doit être facile à mémoriser et à mettre en œuvre, car l'éthique doit être orientée vers la pratique
- **Cohérente et bien structurée** – elle doit vous permettre de construire de façon satisfaisante vos réponses aux questionnements éthiques
- **Ouverte** – elle ne doit pas vous dicter ce que vous devez faire, mais vous aider à déterminer ce qui vous paraît éthique au regard de vos propres valeurs (nous ne proposerons pas ici un catalogue de réponses toutes prêtes, mais une aide pour trouver vos propres réponses)

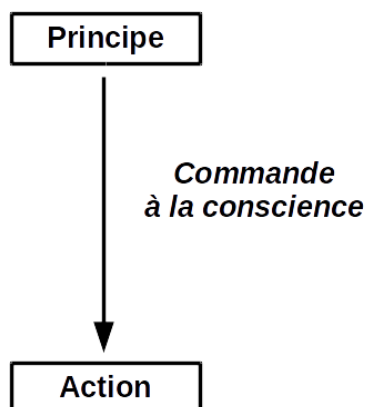
Le schéma que vous découvrirez à la fin de cette partie vous donnera une méthode synthétique qui répond à ces trois exigences. Vous n'aurez aucune difficulté à le mémoriser pour passer à la pratique quotidienne.

La partie 5 « Conduite éthique », complétera cette méthode en montrant comment l'éthique peut être présente même lorsqu'on a peu de temps pour s'interroger et réfléchir, ce qui arrive assez souvent. Cette partie 5 sera assez courte, mais elle est, elle aussi, essentielle.

Les approches classiques (de façon simplifiée)

Avant de vous expliquer la méthode que nous vous proposons, il est utile d'indiquer, par comparaison, les approches classiques. De façon très schématique, toutes ont pour but explicite de guider l'action. Toutes, aussi, reposent sur la détermination du bon principe qui doit commander cette action.

On peut les schématiser ainsi, en simplifiant à l'extrême :



Le « principe » commande à la conscience l'action à faire.

Petit panorama des principes possibles

Comme l'étymologie l'indique, le « principe » est à la fois ce qui vient en premier et ce qui est le plus important. L'assise théorique repose sur l'idée que le principe étant posé, le reste s'ensuit, c'est-à-dire que la conscience suit le principe et le met en œuvre, en tenant compte de la situation.

Toutefois, nous avons vu avec l'expérience de Stanley Milgram que ce présupposé est erroné. Il ne suffit pas d'avoir de beaux principes pour les suivre. Ce sera notre première remarque, qui nous conduit à nous écarter de cette structure classique.

Pour ces approches, la question essentielle est celle de la détermination de ce « principe ». Dans l'histoire de l'éthique, il en existe une multitude de variantes, selon l'assimilation de ce principe à telle ou telle source. En voici quelques-unes :

- Les éthiques du Destin – Nous devons accepter la fatalité ; tout est écrit.
- Les éthiques du Divin – Dieu ou les dieux, ou les esprits, doivent être nos guides.
- Les éthiques de la Nature – Nous devons suivre l'ordre de la Nature, son harmonie (cf. le discours de Socrate dans *Gorgias* ; ou encore le respect de la « loi naturelle » dans l'Encyclique « *Evangelium Vitæ* » du pape Jean-Paul II).
- Les éthiques de la Raison – Cette dernière nous indiquerait ce que nous devons faire ; cette idée est très présente dans la Philosophie des Lumières, au XVIII^e siècle, par exemple chez Emmanuel Kant.
- Les éthiques du Chef – Peu théorisées, elles sont pourtant bien présentes socialement, s'appuyant sur la conviction que le Chef a raison ou qu'il est la référence légitime ; l'histoire (avec le « Führer », le « Duce », le « Caudillo », le « Père des Peuples »⁸ et tous les cultes du Chef) a sapé cette conviction, mais elle demeure vivante à une échelle réduite
- Les éthiques de la Loi – Il s'agit ici du respect, par principe, de la loi, indépendamment de ce qu'elle peut avoir de juste ou d'injuste ; cette posture s'appelle le légalisme
- L'éthique des Principes – Nous nous référons ici aux *Principes de l'éthique biomédicale* de Tom Beauchamp et James Childress, qui reconnaissent quatre principes devant guider l'action médicale : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice

Je choisis quel principe ?

Deuxième remarque, comme il y a en théorie différents principes possibles, la conscience va devoir non seulement suivre le principe, mais aussi le choisir. Quel doit être son guide pour ce choix ? La question « Je choisis quel principe ? » conduit à la question « Quel principe dois-je adopter pour choisir un principe ? »

Le problème se trouve donc reporté en amont : **quel principe va me permettre de déterminer quel est le « bon » principe à choisir ?** Et ainsi de suite dans une spéculation à l'infini.

À ce petit jeu, le risque est grand de consacrer tout son temps à des questions théoriques de principes et à oublier presque totalement la question concrète « Que dois-je faire ? »

8 Il suffit de traduire. *Führer* (Hitler), *Duce* (Mussolini) et *Conducător* (Ceaucescu) signifient « conducteur », « guide » en allemand, en italien et en roumain. *Caudillo* (Franco), comme le mot « chef », vient de l'étymologie latine *caput*, signifiant « tête ». Le « Père des Peuples » (Staline) nous considère comme des enfants. Le « Grand Timonier » (Mao Zedong) dirige le navire. Jusqu'à 1946, l'empereur du Japon était *arahitogami*, une divinité ayant pris forme humaine. Le « Lider Maximo » (Fidel Castro) était le « plus grand leader » (littéralement : meneur, celui qui mène). Aujourd'hui, Kim Jong-un (Corée du Nord) est le leader suprême, le grand stratège, etc. Le culte de la personnalité est toujours une façon de proclamer qu'il faudrait suivre le chef parce qu'il serait la référence légitime, et que son intelligence et sa vision nous dépasseraient de très loin...

La place à accorder à la conscience

Troisième remarque, cette structuration classique ne laisse qu'**une place congrue à la vie de la conscience**, à son approfondissement, à son cheminement. Tout se passe comme si elle ne faisait pas confiance à la conscience et cherchait à lui assigner un guide extérieur, une tutelle.

Puisque l'éthique doit s'ancrer dans la subjectivité humaine, il nous paraît nécessaire qu'elle soit une recherche **par** la conscience. Non seulement la conscience doit être au premier plan, mais elle doit être pleinement active.

La démarche éthique que nous avons élaborée tient compte de ces trois remarques. Plutôt qu'une doctrine centrée sur un principe, elle choisit d'être une méthode, dont la conscience s'empare et qu'elle s'approprie, à sa façon.

Une tension entre les valeurs et les actes

**Valeurs
(Universel)**

Quelle doit être la première brique de notre méthode à construire ? Si nous reprenons les soubassements fondamentaux de l'éthique, nous savons que toute éthique est dans une tension entre valeurs et actes. De ce fait, notre schéma de départ sera celui qui est tracé ici, à droite.

?

Comme nous l'avons indiqué, il s'agit d'établir une liaison entre deux domaines foncièrement différents. Les valeurs relèvent de l'universel tandis que les actes relèvent du particulier. Les valeurs sont abstraites ; les actes sont concrets. Les valeurs ont vocation à être normatives, à impulser un sens au devoir-être ; les actes sont des faits.

**Actes
(Particulier)**

La difficulté de l'éthique réside dans l'effort de résolution de cette tension entre ces domaines dissemblables.

Les valeurs

Commençons par prendre en considération les valeurs.

Il n'est pas aisé de définir le concept de **valeur**.

Une **valeur** est ce qui vaut autant que ce pourquoi elle vaut et pour qui elle vaut.

Pour être un peu plus explicite, une valeur a trois caractéristiques :

- **Une valeur est abstraite** ; elle est un noyau de signification, avec une portée générale, voire universelle
- **Une valeur porte une hiérarchie** avec un sens de ce qui vaut plus et de ce qui vaut moins
- **Une valeur est une implication de votre personnalité et de votre subjectivité** qui dit « cela vaut pour vous »

Par ailleurs, nous parlons des valeurs, au pluriel, ce qui indique une richesse de significations qui ne peut se résumer à un seul noyau. Par contrecoup, cette pluralité pose la question de leur articulation.

Q15 – Question – Vos valeurs

Q16 – Question – Sens des valeurs

Q17 – Question – Ce qu'elles valent pour vous

Q18 – Question – Conflit de valeurs

Les valeurs...

Vos valeurs sont vos valeurs. Nous n'avons pas à vous les dicter.

À pur titre d'information, lorsque, par le passé, nous avons posé cette question à des groupes d'étudiant-e-s en médecine, soins infirmiers ou études de sages-femmes, voici les réponses (un peu regroupées) que nous avons obtenues :

- Le respect de l'autre, le respect de tout être humain
- L'honnêteté, la sincérité, la lucidité
- L'écoute, la tolérance, la compréhension, l'empathie
- La curiosité, l'intelligence, l'ouverture d'esprit
- La bienveillance, la générosité
- Le bonheur, l'amour, l'entente

À titre d'information, voici celles qui sont souvent évoquées dans les textes d'éthique médicale :

- Le respect de la vie
- Le respect de la personne et de son autonomie, ce qui signifie :
 - Lutter contre ce qui porte atteinte à l'autonomie (mort, souffrance, incapacités, etc.)
 - Respecter au mieux l'intimité (secret médical, préservation de la sphère privée, etc.)
 - Aider autrui à comprendre au mieux la situation et les possibilités (≠ donner information)
 - Essayer de s'adapter au mode de relation et de décision préféré par le patient (décideur, conseillé, consentant, etc.)
- La bienfaisance : adopter toujours l'acte de soin qui aura la meilleure balance bénéfice-risque (BBR), c'est-à-dire le meilleur rapport entre les effets positifs et les effets négatifs escomptés
- L'honnêteté, l'obligation morale de ne pas mentir
- La compétence (cf. la définition indiquée dans une des parties précédentes), qui comprend : savoir, technicité et aptitude humaine (savoir, savoir-faire, savoir-vivre)

L'éthique et la multiplicité des valeurs

La valeur dominante : le Bien

Dans le cadre d'une démarche éthique, par définition **la valeur dominante est le Bien**.

Ceci reste très vague, mais traduit néanmoins une **intention de bonne volonté**.

Le repérage des valeurs

La question qui suit est de savoir quelles valeurs, dotées d'un peu plus de signification précise, on souhaite placer sous cette valeur dominante du Bien ?

L'exercice que vous avez fait avait ce but. Bien sûr, par simplification pédagogique, nous vous avons demandé arbitrairement vos trois valeurs principales. Transformez l'exercice à votre façon, pour vous, en ne vous limitant pas à trois valeurs, et opérez les regroupements qui vous paraissent avoir du sens parce que les noyaux de signification vous paraissent imbriqués.

L'articulation des valeurs entre elles

Les valeurs étant désormais connues, **quelle doit être l'organisation de ces valeurs sous la valeur dominante du bien ?**

Il est évident qu'avec des noyaux de signification différents, certaines situations vont aboutir à des **conflits de valeurs**. Comment les régler ? Quelle valeur faites-vous prévaloir ou quel compromis de valeurs établissez-vous ?

Un des conflits classiques est celui d'une demande d'euthanasie lorsqu'un patient lucide, dont la douleur est bien contenue et qui n'a pas de dépression, demande à mourir. D'un côté la valeur de vie vous conduirait à refuser, de l'autre la valeur de respect de l'autonomie de la personne, d'écoute de sa volonté, vous conduirait à suivre sa demande. Puisqu'il s'agit d'un conflit de valeurs franc et massif, il est d'ailleurs normal que nous soyons presque tous tirillés en face d'une telle demande. Le questionnement éthique est alors frontal et incontournable.

Q19 – Question facultative – Des anti-valeurs ?

Indiquez trois « anti-valeurs », c'est-à-dire des valeurs contraires aux vôtres, et qui induisent de votre part une implication en réaction à elle.

Le jugement délibératif

Appliquer les valeurs...

**Valeurs
(Universel)**

Reprenons notre schéma de départ (ci-contre).

Nous avons indiqué qu'il s'agissait d'**établir une liaison** entre deux domaines foncièrement différents. Les valeurs relèvent de l'universel tandis que les actes relèvent du particulier.

?

Cette liaison s'appelle un « **jugement** ».

De façon générale, un jugement est un moyen de juger un acte au regard d'un universel.

**Actes
(Particulier)**

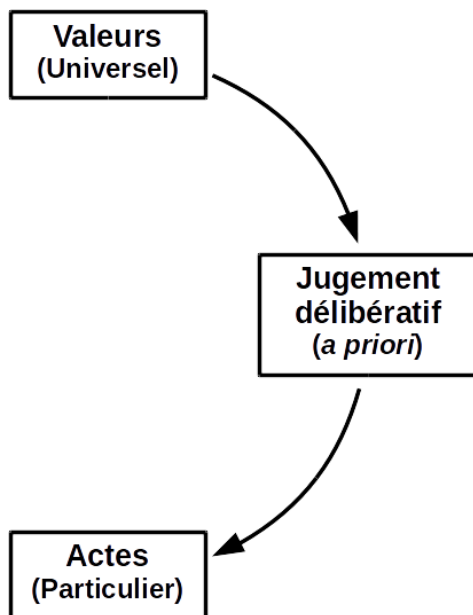
Par exemple, les jugements que font les tribunaux jugent un acte commis au regard de la loi.

Toutefois, le questionnement éthique a deux différences importantes qui le distinguent des jugements des tribunaux :

- l'universel n'y est pas la loi, mais les valeurs personnelles
- l'acte n'est pas un acte commis, mais l'acte à faire, l'acte à venir

De ce fait, nous parlons ici de « **jugement délibératif** ».

Nous pouvons compléter notre schéma :



Ce jugement peut aussi être appelé « jugement *a priori* » parce qu'il précède la réalisation. La question « Que dois-je faire ? » est tournée vers un acte futur. **La conscience doit délibérer avec elle-même du choix de ce qu'elle va faire.** Voilà pourquoi nous empruntons à Aristote le concept de **délibération**. Pour cet auteur comme pour nous, une délibération (*boulè*) précède le choix volontaire (*proairésis*) (Aristote : *Éthique à Nicomaque*, III, 4-5). De plus, notre mot francophone associe plusieurs noyaux sémantiques intéressants :

- Celui de la **liberté** de conscience et de choix – avec la racine « liber »
- Celui de la **volonté** – faire quelque chose « de façon délibérée » signifie qu'on l'a fait intentionnellement, volontairement
- Celui de la **discussion** avec soi-même – La délibération d'un jury, qu'il s'agisse d'un tribunal ou du Festival de Canne, est un temps de discussion argumentée

Éthique et délibération : une des trois formes de l'agir humain

Agir de façon délibérée : cela paraît une évidence, mais en fait à quand remonte votre dernier choix délibéré ? Pourtant, entre temps, n'avez-vous pas agi à de multiples reprises ?

Classiquement, en philosophie, on raisonne à partir de l'opposition entre servitude et liberté, c'est-à-dire entre **agir sous contrainte** et **agir librement décidé**. Cette vision dichotomique est en fait erronée, car assez souvent nous agissons sans y avoir été contraint, mais sans avoir non plus fait un choix délibéré, ce qu'on peut appeler un **agir inattentif** ou un agir spontané, d'où le tableau qui suit.

Les trois formes de l'agir humain		
Contrainte	Inattention	Délibération
Le sujet n'est pas en position de choisir son action	Le sujet peut choisir son action, mais il ne le fait pas	Le sujet choisit son action.
Hétéronomie	Anomie	Autonomie
Asservissement	Laisser-faire	Liberté
Irresponsabilité	Responsabilité	

Sous la contrainte (quelle soit humaine ou naturelle), nous agissons de façon aliénée, sans capacité à choisir l'action. Il s'agit d'une situation d'**hétéronomie** puisque **la règle de conduite m'est extérieure** (*hétéro* : autre ; *nomos* : la loi, la règle)). Nous sommes alors asservis. Le véritable auteur, s'il s'agit d'une contrainte humaine, n'est pas vous, mais cette personne qui vous contraint. De ce fait, que vous soyez contraint par quelqu'un ou par la nature, vous n'êtes pas responsable.

À l'opposé, lorsque vous agissez de façon délibérée, vous avez choisi votre action. Vous l'avez fait de façon autonome puisque vous vous êtes fixé à vous-même (*auto* : préfixe réflexif ou autoréférent) votre propre règle de conduite. Vous l'avez fait librement. **Être autonome, c'est être son propre législateur**, si vous considérez le concept en lui-même. De ce fait, vous êtes responsable de votre acte.

Entre les deux, quand vous agissez de façon inattentive, vous n'avez pas été contraint. Vous pouviez d'ailleurs agir autrement. Au fond, vous avez agi sans vraiment y penser, sans vous poser la question d'un éventuel choix à faire. Vous n'avez rien décidé vraiment. Ce n'est ni de l'hétéronomie, ni de l'autonomie, mais de l'**anomie : un agir sans législateur, sans orientation de conduite**. Détail crucial, **comme vous pouviez faire autrement, vous êtes responsable de ce que vous avez fait**.

Cette approche ternaire permet de se rendre compte de deux points :

- **La zone de liberté et la zone de responsabilité ne coïncident pas.**
- **La zone de l'agir inattentif est une zone importante dans l'agir quotidien ; il ne faut pas la marginaliser et la considérer comme négligeable.**

Ces brefs éléments théoriques nous conduisent à insister sur ceci :

Pour qu'il y ait une décision éthique et un choix délibéré, encore faut-il qu'il y ait déjà une décision et un choix.

Un prérequis au jugement délibératif est l'existence d'un temps où on s'interroge sur ce qu'on va faire, ce qui requiert l'effort de sortir du rail de l'agir automatique, inattentif.

Les temps du jugement délibératif

Le bon sens indique les temps obligés de ce jugement :

- (1) Connaître la situation**
- (2) Se représenter les actions possibles**
- (3) Les évaluer** (c'est-à-dire les passer au crible des valeurs)
- (4) Décider de l'action** qui paraît la meilleure.

(Formule mnémotechnique : CoRepÉvalDé)

Bien sûr, des aller-et-retours sont possibles entre ces temps,.

(1) Connaître la situation

Connaître une situation requiert des **ressources** de connaissances – présentes avant la confrontation à la situation – et une **capacité d'enquête** face à cette situation. Trois grands registres de connaissance doivent être associés :

– Des connaissances objectives

Ces connaissances générales permettent de faire des liens entre des causes et des effets : connaissances étiologiques, connaissances thérapeutiques, connaissances techniques, connaissances socioprofessionnelles des rôles et fonctions, connaissances de psychologie médicale, etc. Ce n'est pas sans raison que la déontologie médicale comprend une obligation de mise à jour de ses savoirs.

Ces connaissances sont, d'une part, des ressources internes que le médecin a acquises, de l'autre, des ressources externes qu'il a appris à mobiliser (sources documentaires, réseau de confrères, etc.).

Le médecin puise dans cette connaissance objective générale ce qui est pertinent pour la situation, afin d'obtenir une connaissance objective du cas qui se présente.

– Des connaissances compréhensives

La connaissance du patient doit permettre au médecin de comprendre la demande de cette personne, ses motivations et ses intentions, ses craintes et ses espoirs, son état émotionnel. Là

encore, ce n'est pas sans raison que les référentiels de compétences recommandent de privilégier l'**Approche Centrée Patient** ou la Décision Partagée, plus pertinentes que l'approche biomédicale car plus complètes.

Comprendre le patient permet d'éviter de mettre en place un soin théoriquement « idéal », mais inapproprié pour le patient, qui ne le suivrait pas. Ce qu'on vise n'est pas un soin « idéal », mais le meilleur soin réel.

Cela permet aussi de nouer un dialogue, avec des motivations partagées sur lesquelles le tandem médecin-patient fait équipe – l'**alliance thérapeutique**.

– Des connaissances contextuelles

La connaissance des grandes lignes de l'histoire du patient, de son environnement familial, de son contexte professionnel, de son lieu d'habitation, est souvent requise.

Faudra-t-il passer un petit coup de téléphone le lendemain, pour vérifier que le patient n'entre pas dans une phase dépressive comme celle qu'il a vécu trois ans plus tôt ? Faut-il associer tel proche ou au contraire l'éloigner du patient ? Faut-il discuter avec son conjoint des repas ? Faut-il un arrêt de travail, ou au contraire s'appuyer sur son épanouissement au travail ? Faut-il discuter de ses pratiques sportives, trop intensives ou trop faibles ? Faut-il mettre en place certaines aides vu l'éloignement de ses proches ? Faut-il proposer d'aménager l'appartement ? Ce type de questions, très communes dans l'exercice de la médecine, n'est pas accessoire.

Sans doute avez-vous reconnu ici une façon d'utiliser la grille d'analyse de l'approche bio-psycho-sociale, dont la mise en œuvre donne des résultats plus efficaces que la seule analyse biomédicale, comme l'a montré George Engel dès 1980⁹. Toutefois, nous intégrons cette grille d'analyse dans un modèle plus large et efficace, celui de l'**Approche Centrée Patient** (*Patient-Centred Care*), car il ne s'agit pas seulement pour le/la médecin de recueillir des données bio-psycho-sociales puis de décider, mais de faire équipe avec le/la patient-e pour construire le soin le plus approprié.

(2) Se représenter les actions possibles

La situation étant connue, il convient de délibérer sur ce qu'on peut faire.

Parfois il existe des référentiels ou des protocoles pertinents ; il faut alors veiller à les adapter à la situation. Parfois encore il va falloir choisir entre des voies qui s'excluent les unes les autres. Parfois enfin les possibilités peuvent se combiner les unes aux autres.

Remarque importante, la différence entre les solutions théoriques « clefs en main » et la situation mérite un **effort d'imagination** pour adapter une possibilité, voire pour en inventer une. Par exemple, le médecin généraliste Luc Perino, dans le documentaire d'Hélène de Crécy *La Consultation* (2005), discute avec une patiente ayant un sévère torticolis. Il sait qu'elle n'a que des revenus modestes et qu'elle risque d'hésiter à acheter une minerve. De ce fait, il lui explique, gestes à l'appui, comment en fabriquer une, tout à fait fonctionnelle, avec une serviette éponge et du papier journal.

En fait, le/la médecin a constamment une double injonction de normalisation et d'imagination. En tant que philosophe de la médecine, à chaque fois que nous avons suivi des collègues médecins dans leurs consultations (en médecine générale, en oncologie, en chirurgie, en rééducation fonctionnelle, etc.), nous avons assisté au mariage de connaissances générales affûtées et précises et d'un souci de trouver et parfois d'inventer ou de bricoler une solution bien adaptée. Il n'est pas étonnant de constater que les médecins, encore aujourd'hui, sont de grands inventeurs d'outils et de dispositifs (par exemple en matière de prothèses) tout en étant aussi, dans la relation avec les patient-e-s, constamment en train de ce projeter dans leur quotidien de malade, parfois très étrange, et d'essayer de l'aider. En tant que **praticien-ne**, le/la médecin est à la fois dans une pratique recommandée, normée, mais aussi dans une pratique qui ne cesse de s'inventer.

9 George Engel : « The Clinical application of the Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, 137:5, 1980, pp. 535-544.

(3) Évaluer les actions possibles

Troisième étape, il convient d'évaluer les actions possibles. Pour chacune d'elles, il s'agit d'établir le rapport entre effets positifs et effets négatifs (rapport bénéfices/risques), puis de retenir celle qui présente le meilleur rapport.

De façon classique, le monde de la santé appelle cela la **Balance Bénéfice-Risque (BBR)** :
La Balance Bénéfice-Risque est le rapport entre les effets positifs et les effets négatifs escomptés.

Ce concept est essentiel. Il est simple dans son idée de base, mais peut se révéler complexe dans sa mise en œuvre. En voici quelques raisons :

- Parfois, il va falloir comparer des choses dissemblables, par exemple la capacité de parler et l'espérance de vie (cas d'un cancer de la gorge) ; tout va dépendre de vos valeurs et de la façon dont vos valeurs vous conduisent à prendre en compte les valeurs du patient – qui peuvent le conduire à apprécier différemment la situation. **On peut appeler cela le** facteur de pondération des différents aspects, ou le facteur de gravité.
- Parfois, les effets ne sont pas certains, mais ont une certaine **probabilité**, connue par la littérature scientifique ; il convient d'en tenir compte.
- Parfois, il n'existe même pas de mesure de cette incertitude et le soignant n'a pas de probabilité ; cela l'oblige à suppléer cette carence par une **estimation**.
- Souvent, il existe des **effets liés** : un peu moins de douleur peut conduire à une meilleure rééducation fonctionnelle, qui elle-même retentit sur les résultats biomédicaux et les aspects sociaux, etc. Ou bien, à l'inverse, une petite perturbation peut, chez une personne âgée, entraîner peu à peu une cascade délétère.
- De façon plus générale, l'action a toujours une profondeur temporelle dans ses effets, à court, à moyen et à long terme, qui ont tous leur importance pour peser la balance bénéfice-risque.

Du fait de cette complexité comprenant des zones d'ombre mal évaluables, et du fait aussi de l'aléa qui est toujours présent lorsqu'on touche à un organisme vivant, le soignant n'a pas une obligation de résultats mais une obligation de moyens, comme le dit le Droit français. L'aléa thérapeutique n'est ni une erreur ni une faute, c'est un impondérable qu'il faut tenter de réduire, mais qui appartient à la vie elle-même.

Enfin, concernant cette évaluation, il faut faire attention au **biais du chiffrage**. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas de mesure de tel ou tel effet qu'il faut les négliger et, de même, ce n'est pas parce qu'on a un chiffre précis pour tel ou tel effet qu'il faut lui accorder une place surévaluée¹⁰.

(4) Décider de l'action

Enfin vient la **décision**. Ici encore, cela pourrait paraître simple et évident, mais il y a en fait tout un art d'adapter sa façon de décider à la situation.

L'urgence vitale ne s'accommode pas de tergiversations et requiert de décider très vite. Cela suppose d'être formé pour ces situations afin d'avoir acquis les bons automatismes (cf. Partie 5 « La conduite éthique »). Vous n'avez pas le temps de réfléchir.

¹⁰ À titre d'exemple, dans le cas du test combiné de la trisomie 21 en France (marqueurs sériques, âge de la mère, mesure de la clarté nucale), ce test conduit à constituer un groupe à risque un peu plus élevé que la normale, auquel cas on vous invite à procéder à une amniocentèse diagnostique. Il peut s'écouler quelques semaines entre le résultat du test et le résultat de l'amniocentèse. Comme l'effet nocebo de ce placement dans un groupe à risque n'a pas été étudié, il n'est pas connu. On n'a aucune idée des effets en termes de suspension de la grossesse ou de désinvestissement, ou encore d'angoisse (mais toutes les femmes qui l'ont vécu pourront vous en parler comme de semaines redoutables). Or, n'étant ni étudié ni connu, la plupart des études n'en tiennent pas compte et ne raisonnent que sur les indicateurs statistiques classiques, tels que la sensibilité du test, sa spécificité, ses valeurs prédictives positives et négatives. Cf. les travaux de la Pr. Marie Flori sur ce sujet.

Au contraire, dans d'autres situations, il va falloir s'accorder du temps, en impliquant le patient le mieux possible, afin que le traitement soit le plus efficace possible. Parfois, il est même nécessaire de s'obliger et/ou d'obliger le patient à un délai de réflexion pour mûrir la décision.

Jugement délibératif et devoir

Ce que nous avons indiqué pour le jugement délibératif implique deux devoirs :

- Un **devoir de connaissance** (savoir quelles causes produisent quels effets)
- Un **devoir d'imagination** (puisque la connaissance n'est pas totale, il faut savoir transposer les situations, parfois inventer des réponses, faire preuve d'astuce, etc.)

Il n'est pas courant de voir ceci figurer dans une éthique. Quelques-unes mentionnent ou comprennent de façon implicite un devoir de connaissance – par exemple avec le courant utilitariste-conséquentialiste. Aucune à notre connaissance ne parle d'un devoir d'imagination – même si *Le Principe responsabilité* (1979) de Hans Jonas peut s'en approcher avec la notion d'« heuristique de la peur ». Pourtant, ces deux devoirs nous semblent incontournables.

Comme peut-on savoir ce qu'on fait et agir par devoir avec une connaissance déficiente ? L'éthique ne peut pas mépriser le monde technique et scientifique sans se contredire elle-même. Ceci est encore plus marqué aujourd'hui, dans un monde de plus en plus technologisé.

Quant au devoir d'imaginer, nous sortons à peine d'une période de méfiance envers l'imagination qui a duré jusqu'au XIX^e siècle, où elle a commencé à cesser d'être considérée comme la folle du logis irrationnelle. Il n'est donc pas si étonnant qu'après avoir été reconnue positivement par les arts et les sciences, elle le soit enfin par la philosophie et l'éthique.

Q20 – Question courte – Formes de l'agir humain ?

Q21 – Question courte – Les temps du jugement délibératif

Q22 – Question courte – Les registres de connaissance à associer

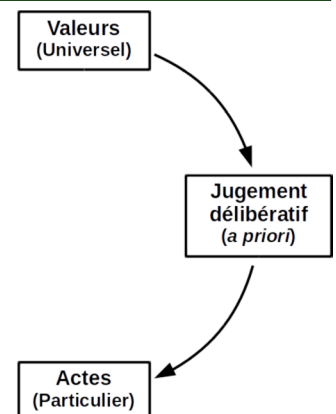
Q23 – Question courte – Balance Bénéfice-Risque

Q24 – Question courte – Devoirs

Les actes

Après avoir travaillé sur les valeurs, puis sur le jugement délibératif, venons-en aux actes.

Une fois la décision prise, le passage à l'acte s'impose. En apparence, la notion d'acte est évidente. Rappelons toutefois la définition donnée dans la partie 3 :



(c) **Acte** (au sens éthique) : effet, dans le réel, d'une action faite par un auteur et répercussions de cette action. Ces répercussions peuvent concerner des personnes, des choses ou d'autres entités.

Dès que nous prenons conscience qu'un acte comprend à la fois l'**action** (ponctuelle) et ses **conséquences** (non ponctuelles), les difficultés apparaissent. D'une part le domaine de l'action a une empreinte bien supérieure à ce sur quoi on se focalise, d'autre part la question de la profondeur de prise en compte des conséquences est ardue.

L'empreinte de l'action

Notre attention a tendance à se focaliser. Avec un geste aussi simple que celui d'écrire, nous focalisons notre pensée sur ce que nous sommes en train d'écrire, et nous ne prêtons pas attention à notre main qui écrit, aux mimiques de notre visage, etc.

Dans cette partie, nous avons déjà rencontré cette question lorsque nous avons distingué la servitude, l'inattention et la délibération. Nous en avons tiré une conclusion : nous sommes responsables non seulement de ce que nous avons fait sciemment, mais aussi de ce à quoi nous avons été inattentifs, mais que nous pouvions faire autrement. Ceci nous avait alors conduit à une première conclusion : essayer d'être davantage attentif, de délibérer le plus possible de ce que nous allons faire.

La seconde conclusion à en tirer est d'**assumer notre responsabilité envers la part inattentive de nos actions** autant qu'envers la part délibérée. Autrement dit, il s'agit d'assumer pleinement l'**empreinte** ou la trace que nous laissons dans le monde.

Par exemple, cette interne qui, au chevet d'un patient, prescrit verbalement tel médicament, a en fait une empreinte d'action bien plus large que les mots qu'elle prononce :

- Elle a parlé sur un ton clair et mesuré, ce que tous ont perçu
- Elle s'inscrit dans un contexte de soin où cette prescription s'inscrit de façon cohérente
- Elle a prononcé sa prescription devant le patient, qui a entendu (mais qui n'a pas eu d'explication)
- Elle a enchaîné sans prêter attention à un petit geste d'agacement de l'infirmière
- Elle est passée aussitôt dans une autre chambre

L'empreinte de l'action comprend toute une extension. On a tendance à penser l'action comme une intervention ponctuelle dans la ligne d'une chaîne causale liant des événements qui se suivent. En fait, cette intervention est plutôt **une interférence dans tout un contexte** – une situation – qui entrelace un réseau de chaînes causales allant en tous sens.

Le caillou jeté dans une flaque d'eau peut être une bonne métaphore. Penser de façon étroite et linéaire ne fait saisir que l'impact sur la surface de l'eau. Penser de façon située, en réseau, fait d'emblée voir que ce caillou percute la surface avec tel angle, que cette surface est déjà parcourue d'une multitude d'ondes, que la forme entière de la flaque retentit sur ces ondes en créant des interférences secondaires, que le caillou apporte aussi un peu de terre qui trouble la limpidité de l'eau, qu'il s'est produit un bruit bien particulier, que des gouttes ont jailli hors de la flaque, etc.

La profondeur des conséquences

La question des conséquences à prendre en compte dans ce qu'est un acte est plus difficile encore.

Si nous reprenons l'exemple précédent, les conséquences sont multiples :

- En parlant calmement et en inscrivant sa prescription de façon cohérente, l'impression d'une interne compétente va se renforcer dans l'équipe soignante et auprès du patient, ce qui favorise la confiance.

- Le geste d’agacement de l’infirmière est lié au fait qu’elle sait que ce médicament évite tel risque de complication, mais induit aussi un goût bizarre dans la bouche et des ballonnements ; elle s’agace parce qu’elle sait qu’elle va devoir s’en occuper et elle n’est pas persuadée que l’ajout de ce médicament soit pleinement justifié.
- Pour le patient, le manque d’explication laisse un trouble. Il fait confiance, donc il prendra le médicament. Mais quand il ressentira le goût bizarre et souffrira des ballonnements, les doutes vont l’envahir, son humeur va chuter, il va se demander d’où cela vient, il va angoisser sur une nouvelle manifestation de la maladie, puis, après les explications de l’infirmière, il passera un long moment à expliquer à l’interne tous les désagréments qu’il subit et se demandera si c’est bien justifié, etc.
- En passant rapidement dans une autre chambre, l’interne a certes gagné un peu de temps dans une journée chargée, mais elle a aussi semé des graines de conséquences gênantes qui vont retentir sur le patient, l’infirmière, l’interne suivant·e, la cohésion de l’équipe, etc. Rien ici n’est vraiment grave, mais on peut se demander si cette économie de temps à court terme ne va pas s’avérer une perte de temps à long terme. On peut aussi se demander s’il n’y avait pas un meilleur soin possible, par exemple en prévenant le patient des désagréments tout en assurant l’intérêt global du traitement, ou bien en lui indiquant que l’équipe serait à l’écoute si les effets étaient trop gênants, etc. Dans ces autres possibilités, l’alliance thérapeutique est renforcée et le patient peut se sentir plus serein, avec le même traitement.

Cet exemple fictif, presque anecdotique, n’a qu’un seul but pédagogique. Saisissez toute la pelote des conséquences de ce qu’on a fait comme de ce qu’on n’a pas fait. Ne considérez pas comme négligeable ce qui ne l’est pas. Évitez une forme de réductionnisme fonctionnel qui réduit votre rôle professionnel à tel ou tel aspect seulement, etc. Bref, il s’agit de regarder avec lucidité la **profondeur** des conséquences, afin d’assumer sa responsabilité.

En fait, cela nous conduit aussi à poser la question inverse : jusqu’où étendre cette profondeur des conséquences et cette responsabilité ; où poser la limite ?

De quelles conséquences sommes-nous responsables ?

Pour délimiter nos actes, faut-il ne retenir que les conséquences prévues ?

Faut-il retenir toutes les conséquences prévisibles ?

Faut-il retenir toutes les conséquences ?

Tantôt on risque de trop restreindre aux effets proches, évidents ou certains, tantôt on risque de s’égarer vers des effets sur lesquels nous n’avons aucune prise. Pourtant, puisque nous sommes responsables de nos actes, cette question est cruciale.

En pratique, si nous reprenons la notion d’acte, de responsabilité d’acte en tant qu’auteur, le champ peut se circonscrire. D’un côté, nous ne pouvons être tenus pour responsable d’acte que nous ne pouvons pas prévoir. D’un autre, il est non moins évident que nous sommes responsable de ce que nous avons prévu.

Entre les deux se pose la question de ce qui était prévisible. Si le concept d’acte repose sur celui d’un auteur de l’acte qui est en **capacité** de faire ou de ne pas faire cet acte, alors la notion de **capacité** est un socle essentiel. Nous sommes donc responsables de ce que nous étions en capacité de prévoir et que nous étions en capacité d’agir. Les deux caractéristiques doivent être retenues, la capacité de prévoir parce qu’elle signifie une capacité de conscience, et la capacité d’agir parce qu’elle signifie une capacité à moduler son agir, à pouvoir en décider.

En résumé, **nous sommes responsables de ce que nous pouvions prévoir et sur quoi nous pouvions agir.**

Au sein de ce vaste ensemble, certains actes ont évidemment plus de répercussions humaines que d'autres. Être responsable d'une feuille de brouillon froissée ce n'est pas être responsable de la mort d'un patient. Une démarche éthique doit s'occuper en priorité de ce qui peut avoir le plus de poids au regard des valeurs.

Dans ce que nous pouvons prévoir et agir, nous devons considérer prioritairement ce qui a le plus d'importance au regard de nos valeurs.

L'empreinte de l'action, la profondeur des conséquences et l'imputation

L'empreinte de l'action nous a permis de comprendre que l'intervention se produit **dans un contexte et interagit de façon multiple**, en particulier avec les autres acteurs.

La profondeur des conséquences nous a fait saisir les **retentissements à longue distance dans l'espace et dans le temps** que peut avoir une action.

Ces deux aspects compliquent **l'imputation d'un acte à un-e auteur/autrice**. En particulier, deux situations méritent attention.

- En premier lieu, lorsque les conséquences d'une action ont des **effets éloignés dans le temps ou dans l'espace**, il n'est pas facile de remonter des effets aux causes. Cela exige une enquête et des connaissances. Or, cet effet d'éloignement induit des risques accrus de déresponsabilisation abusive (cf. l'expérience de Stanley Milgram).

Cela implique pour le soignant de ne pas occulter des conséquences qui se produiront plus tard, hors de sa présence. Par exemple, oublier d'informer le patient d'un effet secondaire probable, ou travestir un diagnostic grave, sont deux actes qui facilitent le futur proche, mais peuvent avoir de lourdes conséquences plus tard : perte de confiance, sentiment de trahison, perturbant les soins futurs.

- La seconde situation d'imputation compliquée est due au **travail en équipe** (équipe hospitalière, réseau de soin en ambulatoire, coopération avec le patient, etc.). Dans ces situations, il est important que chacun sache quelle doit être sa part dans l'acte collectif. La définition des **rôles propres** de chacun est cruciale pour une bonne coordination (cf. l'expérience de Stanley Milgram). La clarté éthique requiert un organigramme des responsabilités.

La déontologie insiste sur l'obligation de continuité des soins. Cela signifie une transmission claire et précise des consignes et des responsabilités. De même, il faut souligner la nécessité de veiller, pour chaque soignant comme pour les équipes, à éviter tout dysfonctionnement du groupe. Une équipe n'est pas un agglomérat informe, mais un ensemble coordonné d'acteurs du soin, ayant chacun ses compétences et ses tâches professionnelles. Rien n'est plus désagréable qu'un collaborateur sur lequel on ne peut pas compter, ou qui empiète sur votre rôle propre, ou encore qui cherche à vous faire assumer des responsabilités qui ne sont pas les vôtres. À l'inverse, une équipe qui marche est à la fois un gage d'efficacité, de satisfaction et de responsabilités bien assumées.

Responsabilité négative et responsabilité positive

Les théories éthiques insistent surtout sur la responsabilité des actes jugés mauvais.

La démarche éthique présentée ici considère qu'il faut **tenir compte aussi bien des actes bons que des actes mauvais**. Lorsqu'un acte, par ses conséquences, s'avère bon, il est normal que son auteur puisse en tirer une reconnaissance positive. Lorsqu'un acte s'avère meilleur que son auteur ne l'attendait, il est même de son devoir de regarder pourquoi il a été meilleur pour s'en instruire.

En somme, nous vous incitons à quitter la focalisation unique sur ce qui va mal et à préférer considérer à la fois ce qui a été bien fait, ce qui a été fait de façon ni bonne ni mauvaise et ce qui a été mal fait. Instruisez-vous de tout.

Q25 – Question courte – Acte

Q26 – Question courte – L’empreinte de l’action

Q27 – Question courte – La profondeur des conséquences

Q28 – Question courte – Les conséquences dont est-on responsable

Le jugement réflexif

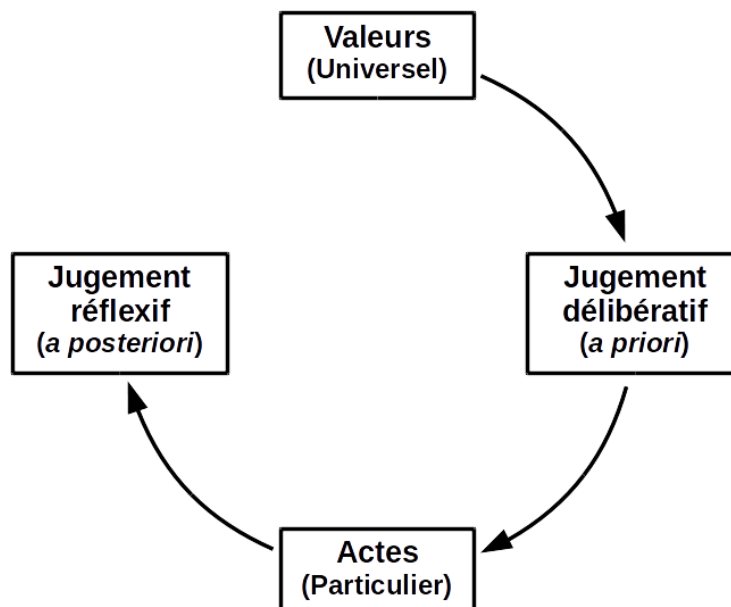
Valeurs, délibération, acte : l’arc éthique pourrait paraître complet puisqu’il lie les valeurs et les actes. En fait, notre responsabilité ne s’arrête une fois l’acte accompli.

Assumer sa responsabilité d’être humain, capable de progresser, c’est se faire un devoir de **tirer les leçons du passé**.

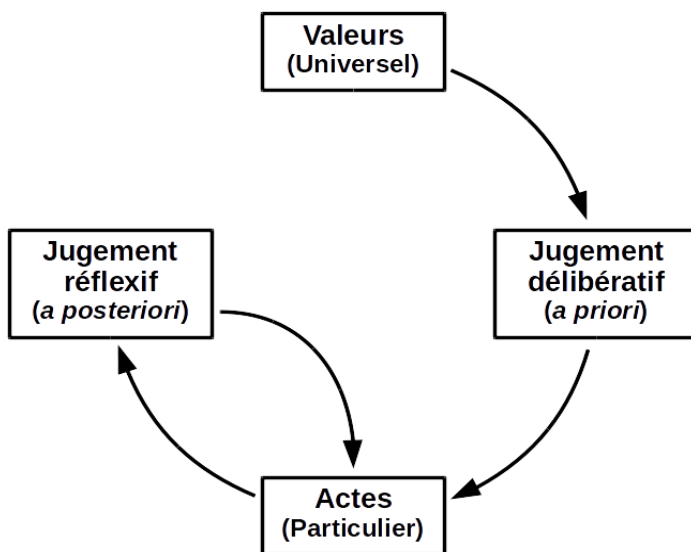
Le dicton latin ne dit-il pas : *Errare humanum est, sed perseverare diabolicum est*¹¹ ? L’erreur est humaine, la répéter est impardonnable.

Ce second type de jugement, venant après l’action, peut être appelé jugement réflexif, ou jugement a posteriori.

Notre schéma se complète ainsi :



¹¹ L’auteur de cette maxime n’est pas connu, mais l’idée qu’elle véhicule est présente chez de nombreux auteurs de l’Antiquité, comme Ménandre (*Commettre deux fois la même faute n’est pas d’un homme sage*), Augustin (*L’erreur est humaine, mais persister dans l’erreur par arrogance est diabolique*), Cicéron (*Le propre de l’homme est de se tromper, mais seul l’insensé persiste dans son erreur*), etc.



Réfléchir à ce qu'on a fait

En premier lieu, il faut faire retour sur les faits et comparer l'acte prévu avec l'acte réel. La réalité peut être différente de ce qu'on attendait : il faut s'en instruire. Qu'il soit pire ou qu'il soit meilleur, **l'acte réel est une source d'enseignements.**

Par exemple, il est important de suivre les patients, de voir s'ils réagissent aux traitements comme prévu. Certains effets secondaires vont conduire à réviser le traitement pour tel malade, voire à un signalement de pharmacovigilance. À l'inverse, l'obtention d'un effet inespéré peut ouvrir une nouvelle perspective thérapeutique.

Approfondir notre vision

Entre ce qui est prévu et ce qu'on devait prévoir, la différence est parfois importante. Une démarche éthique soucieuse des actes est une incitation continue à l'approfondissement de sa vision. Deux voies sont à cultiver de front : celle des connaissances et celle de la compréhension.

Les connaissances scientifiques et techniques

La première vise à une meilleure connaissance des liens de causalité. Relier une action au groupe le plus important possible de conséquences permet de s'appuyer sur une vision riche. Les connaissances scientifiques sont essentielles, mais elles ne tombent pas du ciel. Soyons curieux, et apprenons¹².

Comme nous l'avons déjà signalé, il est important de porter une attention toute particulière aux chaînes causales complexes :

- Celles qui incluent un temps long entre causes et conséquences (profondeur temporelle)
- Celles qui retentissent à longue distance de nous (profondeur spatiale)
- Celles qui mêlent de multiples incertitudes (profondeur estimative)
- Celles qui se répandent de façon proliférante (profondeur diffusive)
- Celles qui résultent de la combinaison de plusieurs acteurs (profondeur collective)

Le professionnel de santé est confronté à toutes ces formes. Un geste peut avoir des répercussions plusieurs décennies plus tard (profondeur temporelle). Un médecin doit tenir compte de l'incertitude du savoir présente dans les essais cliniques, de l'incertitude diagnostique devant un tableau de symptômes peu clair, de l'incertitude humaine liée au suivi du traitement, etc. (profondeur estimative). Un médecin doit savoir être un bon collaborateur pour parvenir à un soin efficace où chacun contribue selon son rôle et ses compétences professionnelles (profondeur collective). Etc.

Une des conséquences professionnelles de cette importance des connaissances dans le soin est l'obligation déontologique de constamment **maintenir à jour son savoir.**

12 Par exemple, il aura fallu une collectivité de scientifiques – les milliers de membres du Groupe International d'Étude du Climat, le GIEC – pour avoir une vision claire et profonde du retentissement de nos actes sur le climat, connaissance que nul ne doit plus aujourd'hui négliger vu les enjeux humains considérables qui sont dans la balance : menaces sur les productions agricoles, sur les littoraux et les ports, sur les habitations, sur les maladies, sur la déstabilisation des populations, etc.

La compréhension humaine

Pour marcher sur deux pieds, il est important de travailler à la fois sur les connaissances et sur la compréhension humaine.

L'**Approche Centrée Patient** est un puissant moyen de progresser vers un soin plus efficace, d'où sa promotion par les agences de santé (la Haute Autorité de Santé en France). Par exemple, elle permet :

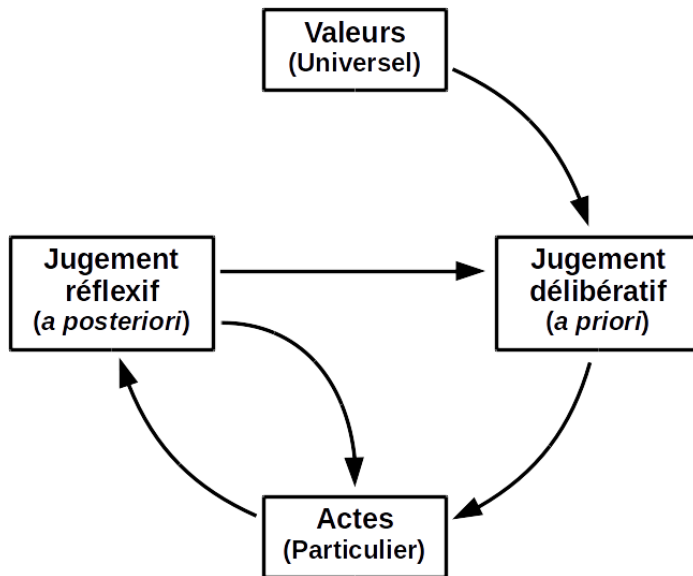
- **Un meilleur décryptage de la demande** – La demande apparente n'est pas forcément la demande réelle et le patient a parfois besoin de votre aide pour mieux la déterminer lui-même – sachez écouter et enquêter.
- **Une meilleure concordance de vues entre médecin et patient·e** – Clarifier les intentions respectives, la perception de chacun des enjeux, la présence de craintes et d'espoirs permet de construire une vision partagée – sachez dialoguer et révéler.
- **Une meilleure alliance thérapeutique** – La concordance de vues induit une concordance sur le projet de soin ; construire le projet de soin sur les motivations des patient·e·s est gage de réussite – sachez coopérer.
- **Une meilleure confiance** – Chaque moment passé où le/la patient·e s'est senti·e entendu·e, compris·e et associé·e produit un effet de confiance, une sorte de lien humain qui se thésaurise et facilitera l'avenir – Michael Balint parlait d'une sorte de « compagnie d'investissement mutuelle » (*Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2003 [1957]).

L'exemple d'une consultation où le tabac est abordé est paradigmatique de l'efficacité thérapeutique et de la qualité humaine de l'Approche centrée Patient·e. Le médecin qui se contente de questionner de façon objective (Combien de cigarettes par jours ?) et assène ensuite un discours sur les méfaits du tabac et prononce une injonction à arrêter dit vrai, mais il est maladroit et peu efficace. En taçant le patient, il suscite un mécanisme de résistance et d'opposition. Lorsqu'on vous force la main, votre tendance est de vous opposer. À l'inverse, le médecin qui discute de façon détendue avec le patient de ce qui le pousse à fumer, de ce qu'il pense de sa consommation, de ce qu'il ferait peut-être, de la façon dont cette consommation interagit avec son contexte familial, professionnel et social, etc., ce médecin fait un repérage des obstacles et des facilitateurs à l'arrêt du tabac. Il va pouvoir ensuite se placer dans un rôle d'aide et de soutien, en renforçant les facteurs facilitateurs et en discutant avec le patient des façons dont ils pourraient ensemble aplanir les obstacles. Il ouvre à un projet positif qu'il ne fait que co-construire avec le patient.

En jeu de rôle, la simulation d'une consultation tabac menée de façon autoritaire versus en approche centrée patient offre peut-être assez spectaculaire. Une étudiante qui jouait le rôle d'une patiente fumeuse (alors qu'elle ne fumait pas elle-même), nous a dit en substance ceci lors du *debriefing* : « Pour écourter la consultation, j'ai fait semblant de dire 'oui' à tout ce qu'il disait, mais il insistait tellement que j'étais en colère. Je n'avais qu'une envie : partir et aller en griller une rien que pour le contredire. » Joué une seconde fois avec les deux mêmes actrices, mais après avoir indiqué à l'étudiant-médecin comment faire une approche centrée patient·e, le *debriefing* a abouti à un tout autre discours : « Plus on discutait, plus je me disais que la cigarette, finalement, je voudrais en être débarrassée. Je lui ai parlé de mes enfants, du fait que j'avais songé à arrêter pendant les grossesses. À la fin, c'est moi qui lui ai dit que j'allais essayer de ne plus fumer devant les enfants. Il m'écoutait. Je sais que j'en reparlerai avec lui quand j'aurai vraiment envie d'arrêter. Du moins, c'est ce que je penserais si j'avais vécu réellement cette situation simulée. »

Réfléchir aux jugements délibératifs passés

En second lieu, il est utile de **réfléchir à ses jugements délibératifs passés**.



On peut ici reprendre les phases clefs du jugement délibératif :

- Ai-je bien saisi la situation ? Pourquoi n'ai-je pas compris ceci ? Suis-je bien à jour sur telle pathologie ? Etc.
- Avais-je pensé aux possibilités les plus intéressantes ? Pourquoi ai-je occulté celle-ci ? Pourquoi n'ai-je pas pensé à celle-là ? Pouvait-on imaginer mieux ? Etc.
- Les ai-je bien évaluées ? Pourquoi ai-je surévalué celle-ci et sous-évalué celle-là ? Etc.
- Ai-je décidé avec à propos, sans précipitation ni tergiversation ? Etc.

Ce type d'examen, couplé à une prise de conscience de soi, permet d'améliorer son art de juger et de délibérer.

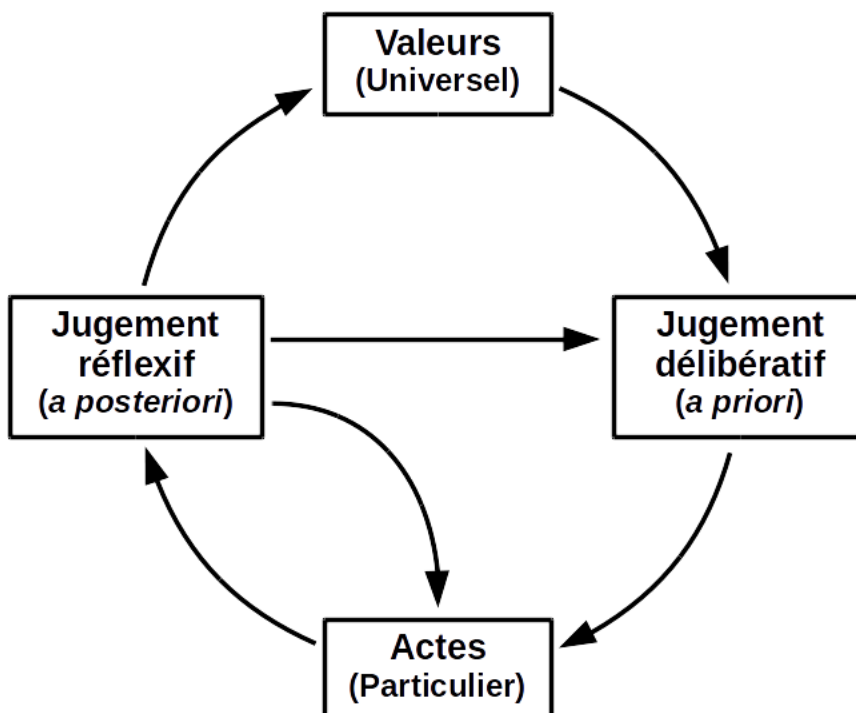
Réfléchir à ses valeurs

En troisième lieu, il est nécessaire de **s'interroger sur ses valeurs**.

On peut s'apercevoir que l'acte a été conforme à ce qu'on en attendait, que le jugement délibératif a été bien construit, mais qu'une gêne persiste, une gêne qui porte sur les valeurs au nom desquelles on a jugé (ou sur leur coordination). Parfois, on s'apercevra qu'on a privilégié une valeur aux dépens d'une autre, ou qu'on n'a pas vraiment assumé une valeur à laquelle, pourtant, on tient (« Ai-je été vraiment honnête ? », etc.).

Cette interrogation fait partie intégrante du sens et du devoir de la responsabilité. Elle permet, de plus, d'approfondir notre personnalité, notre cohérence, notre capacité à évaluer ce qu'on va faire.

Nous aboutissons à ce **schéma final de la conscience éthique** :



Prenez le temps de le mémoriser.

Conclusion : éthique, responsabilité et auto-apprentissage

En guise de conclusion, nous pouvons faire un petit exercice de comparaison vis-à-vis des approches éthiques classiques, reposant sur la ligne « un principe commande une action ».

Une éthique-méthode

Notre démarche a un caractère foncièrement **dynamique**. Ce dynamisme d'une conscience éthique qui ne cesse d'avancer se trouve bien traduit par la notion de **démarche**, de **méthode**, de **pédagogie** éthique, ou d'**auto-apprentissage**. Une telle méthode est plus utile qu'une collection de recettes ou de protocoles, condamnée à être prise en défaut par la diversité des situations. Le dynamisme de cette conscience lui donne des capacités d'**adaptation** pour affronter la diversité surprenante du monde.

Une éthique de l'autonomie

Dans cette méthode éthique, la conscience est face à elle-même, face à sa propre responsabilité. **La conscience est constamment la puissance agissante, la puissance humaine qui s'autodétermine**. À ce titre, cette démarche est – vis-à-vis de tout ce que nous connaissons de l'éthique – celle qui exprime au mieux la valeur d'**autonomie**, de souveraineté de soi, de soi comme auteur/autrice.

Cette démarche est une éthique de l'épanouissement de soi dans une conscience qui se réalise.

Une éthique du cheminement, de la progression

Il s'agit également d'une éthique qui rompt avec l'idée angoissante de perfection ou du « zéro défaut ». Elle ne pose pas un objectif à respecter, une norme absolue, devant laquelle, peu ou prou, on va se trouver toujours en défaut.

Soigner n'est pas une chose simple.

Cette méthode, en ouvrant la perspective d'une **amélioration progressive**, permet d'éviter le découragement, voire la perte d'estime de soi ou l'amertume que rencontrent nombre de soignants. Elle donne une orientation professionnelle positive.

Transition : de la conscience éthique à la conduite éthique

La démarche éthique qui vient d'être présentée repose sur un **travail de conscience** dans chacune de ses phases. **Or réfléchir prend du temps et occupe de l'attention.**

La réalité de la vie des professionnel-le-s du soin les oblige à faire le meilleur usage possible de leur temps. Dans la majeure partie de leur travail, ils/elles n'ont que peu de temps pour s'interroger et réfléchir. C'est ce qu'on peut appeler **le problème du temps de la réflexion éthique**.

La partie 5 « La conduite éthique » est une réponse à ce problème, une réponse qui va articuler le temps de réflexion dans l'ensemble du temps professionnel.

Facultatif – Remarque : démarche éthique et Evidence-Based Medicine

Comme nous le faisait remarquer le Pr. Yves Zerbib, cette démarche peut être comparée à celle de l'*Evidence Based Medicine (EBM)*, la « médecine fondée sur les données probantes » (par « données probantes » il faut ici entendre à la fois celles de la littérature scientifique et de l'expertise du clinicien).

Si nous nous référons à la version actuelle de l'EBM, elle se structure en cinq phases¹³ :

- (1) La traduction de l'interrogation clinique en une question susceptible de réponse, en incluant le questionnement critique, l'examen de l'intention et les niveaux de données probantes.

13 Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, et al. (2005). « Sicily statement on evidence-based practice », *BMC Med Educ.* 5 (1): 1. doi : 10.1186/1472-6920-5-1.

- (2) La collecte systématique des meilleures données probantes disponibles
- (3) L'évaluation critique des données probantes (évaluation des biais, etc.)
- (4) L'application pratique des résultats de cette évaluation
- (5) L'évaluation de la performance

Il est intéressant de noter les similarités entre les deux démarches, et ce qui les distingue.

- Les deux partent d'une situation et les deux construisent une question
- Les deux se soucient d'une bonne connaissance et d'une bonne compréhension (mais notre démarche éthique a une vision plus complète des connaissances en jeu)
- Les deux reposent sur une évaluation, pour permettre une décision avisée (mais, là aussi notre démarche est plus complète et approfondie sur les critères d'évaluation de l'action)
- Les deux posent le temps de l'application comme un moment important (mais dans l'EBM, ce temps est peu développé et aborde peu l'importance du contexte de soin et des motivations côté patient·e)
- Les deux parlent d'une étude *a posteriori*, même si l'EBM se restreint à une évaluation de la performance sous un angle assez biomédical, alors que notre démarche le fait de façon plus complète (certaines réussites biomédicales sont des ratages de soin)

En fait, on peut souligner quatre différences majeures :

- L'EBM ne comprend pas un questionnement sur les valeurs. Or, c'est à partir de ce questionnement qu'on peut penser le soin non pas uniquement sous l'angle de l'efficacité biomédicale, mais surtout sous l'angle de l'efficacité dans l'aide apportée au problème du patient. L'EBM raisonne en termes de décision biomédicale et non de décision bio-psycho-sociale et encore moins d'Approche Centrée Patient·e. Le processus de traduction que comprend l'étape (1) est la transformation du problème du patient en une question biomédicale, ce qui est réducteur.
- L'EBM accorde une très grande place à la collecte et à l'évaluation de la littérature scientifique. Ce bloc, par son intense développement, a tendance à écraser le reste. On a l'impression d'une démarche dont les différents pans n'ont pas fait l'objet de la même attention et de la même volonté de formalisation – d'où le malentendu récurrent qui tend à réduire l'EBM à ce seul aspect. Notre démarche éthique paraît plus équilibrée, plus apte à intégrer l'efficacité de l'Approche Centrée Patient·e et plus apte à penser le choix du soin dans la dynamique médecin-patient·e plutôt que de raisonner uniquement en termes de décision du ou de la médecin.
- L'EBM parle très peu du contexte de soin et de la coordination des acteurs et actrices du soin (médecin, patient·e, pharmacien·ne, infirmier·e, etc.). Or, cela est crucial pour la qualité des soins. Il ne suffit pas d'avoir fait le bon diagnostic et la bonne prescription, encore faut-il qu'elle soit bien mise en œuvre.
- L'EBM parle d'évaluation de la performance, c'est-à-dire d'une enquête *a posteriori* pour voir à quel point la décision a atteint son objectif biomédical. Cela est bien sûr nécessaire, mais réducteur. Le jugement réflexif regarde les résultats non seulement au regard des valeurs ou critères retenus, mais aussi questionne ces valeurs et critères. Il interroge non seulement les éventuelles lacunes dans l'évaluation scientifique, mais aussi les lacunes dans la compréhension de la situation du ou de la patient·e en général. Par exemple, réussir la pose d'une prothèse de hanche à une personne âgée peut être une complète réussite biomédicale, mais un soin raté si la personne a trop peur de marcher et n'en fait pas usage. On a pris alors des risques peut-être inutiles, ou bien on a oublié un pan du soin, celui du travail sur ou avec les peurs de perdre l'équilibre, et celui des dispositifs physiques et humains qui peuvent rassurer.

En somme, tout en retenant les aspects positifs et intéressants de l'EBM, la démarche éthique que nous avons présentée nous paraît une approche plus efficace du soin et humainement plus satisfaisante, parce qu'elle est plus complète.

Partie 5 – La conduite éthique

Breve introduction

La partie 4 « Conscience éthique » vous a apporté une méthode pour développer votre propre ancrage éthique. Cette méthode repose sur un travail de la **conscience**, qui prend le temps de réfléchir à ce qu'elle doit faire.

Chacun le sait : **réfléchir prend du temps**. Or, les professionnel·les de santé ont un temps contraint, qui ne leur permet pas de réfléchir à loisir. Compte tenu de cette réalité, l'éthique est-elle condamnée à une présence réduite ?

Nous allons voir dans cette partie comment il est possible d'avoir une **conduite éthique** même lorsqu'on n'a pas le temps de réfléchir et de s'interroger.

L'enjeu est important, puisque cela permet à nos valeurs et à notre éthique de rayonner sur toute notre activité. Notre attitude éthique ne se limite pas à quelques moments d'apparition fugace.

La situation courante de manque de temps pour réfléchir

Chaque professionnel·le de la santé vit au quotidien le problème du temps. Celui-ci n'a d'ailleurs fait que croître, en France. D'un côté, en exercice libéral, la pénurie de médecins généralistes a considérablement accru leur charge de travail. De l'autre, à l'hôpital, l'augmentation de la productivité et l'assimilation des médecins à des agents de production de soin, interchangeables, a engendré une sorte de taylorisation de l'usine à soigner qu'est devenue la structure hospitalière. Partout, le temps manque.

(Pour ceux qui souhaiteraient en savoir plus sur les raisons de cette évolution en France : cf. B. Mas, F. Pierru, N. Smolski, R. Torrielli : *L'Hôpital en réanimation*, Ed. du croquant, 2011)

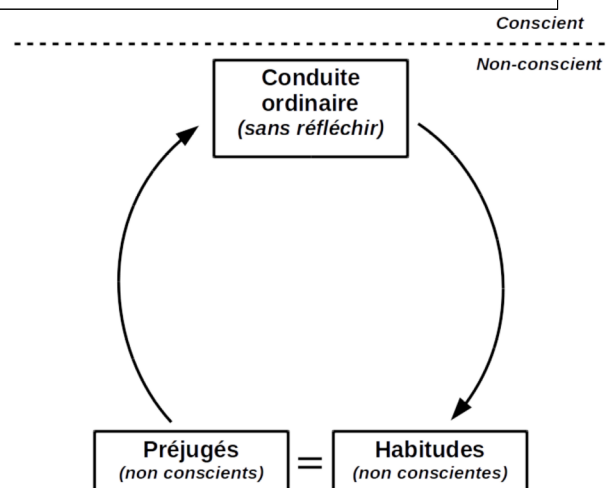
Or, le problème du manque de temps est un problème aigu pour l'éthique. Que se passe-t-il lorsque nous n'avons pas le temps de réfléchir ? Qu'est-ce qui guide et oriente nos actions lorsque nous faisons les choses sans les décider vraiment, sans délibérer sur les raisons d'agir de telle façon plutôt que de telle autre ?

Dans ces situations de manque de temps, nous activons des automatismes, nous vivons sur des routines, nous suivons nos habitudes.

Dans ces moments-là, tout se passe donc de façon non consciente, tacite, involontaire.

Pour le dire autrement, nous agissons sur la base de préconceptions, de **préjugés**, c'est-à-dire de schémas comportementaux que nous avons auparavant reçus et que nous ne questionnons pas, puisque nous n'avons ni le temps de les questionner ni la disponibilité d'esprit pour prendre du recul. **Les habitudes acquises sont les préjugés que nous appliquons aux actions du moment.**

On peut illustrer cette situation par le schéma que nous avons dessiné à droite.



La conscience éthique et ses effets

La situation pourrait apparaître comme une impasse pour l'éthique.

Toutefois, il est aussi possible de considérer les choses sous l'angle inverse : **la démarche éthique, consciente, ne laisse-t-elle pas, elle aussi, des traces non conscientes ?**

À chaque fois que, peu ou prou, nous réfléchissons et considérons notre agir sous un angle éthique, c'est-à-dire à chaque fois que nous interrogeons nos valeurs, que nous délibérons sur ce que nous devons faire, que nous agissons avec conscience, que nous faisons l'examen critique de ce que nous avons fait et de pourquoi nous l'avons fait, ne procédons-nous pas à une tâche qui nous façonne nous-même autant qu'elle façonne ce que nous faisons ?

Cette dynamique consciente n'introduit-elle pas, à chaque fois, en nous, une certaine marque qui persiste et qui nous a changé en partie ? N'introduit-elle pas de nouvelles habitudes ?

En fait, nous savons tous que nous pouvons nous donner de nouvelles habitudes. Nous savons tous que nous pouvons, moyennant un certain effort, modifier nos habitudes. L'habitude n'est pas une disposition absolue, gravée dans le marbre, mais une propension qui a sa part de malléabilité.

En même temps, nous savons tous aussi que l'habitude a une sorte de résistance propre qui fait qu'on ne peut pas en changer en un clin d'œil. Plus elle est ancienne, plus elle est automatique. Plus elle est intégrée à notre personnalité, plus elle est difficile à mouvoir parce qu'en voulant bouger telle habitude on doit alors bouger tout un réseau de liens et d'autres éléments qui lui sont liés.

Parvenir à changer une habitude, de ce fait, peut se produire selon toute une gamme de modalités dont un extrême est l'effort faible, mais continu et long, et dont l'autre extrême est le choc brutal, ou la révélation frappante, c'est-à-dire d'un moment bref, mais intense. D'un côté la stratégie de la calme résolution, de l'autre celle de la crise aiguë et de la révolution en soi.

L'exercice de la démarche éthique consciente se situe entre les deux, tantôt plus proche du premier pôle, tantôt plus proche du second.

L'essentiel est ici de retenir que l'exercice de la conscience éthique laisse des effets non conscients, ce qui ouvre la voie à une conduite éthique non consciente, grâce au façonnage des habitudes.

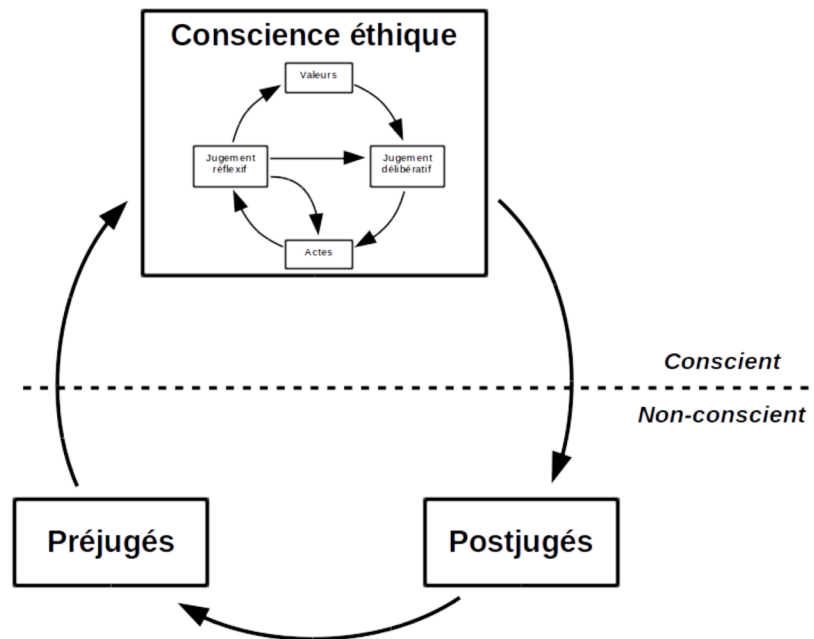
Jugements, préjugés et postjugés

Si nous comparons ce que fait la démarche consciente éthique et la situation ordinaire d'action irréfléchie automatique et routinière, nous voyons que dans les deux cas il est bien question de préjugés qui vont s'activer et orienter notre agir. Cependant, dans le cas de l'automatisme, ces préjugés s'enracinent dans un terreau **obscur** que nous n'avons jamais examiné, tandis que dans le cas de la trace comportementale laissée par la démarche éthique **claire**, ce préjugé est en fait le « postjugé » laissé par cette démarche. Dans ce dernier cas, nous avons fait auparavant un travail pour élaborer un jugement, un travail d'enracinement de ce jugement dans des valeurs que nous avons reconnues comme nôtres et qui s'est incarné dans une activité que nous assumons comme nôtre, ce qui justifie la création de ce néologisme de « postjugé ».

Bien sûr ces postjugés vont aussi être ensuite les préjugés pour les actions à venir lorsque nous n'avons pas le temps de réfléchir.

Ceci peut être illustré par le schéma figuré à droite.

Un tel schéma permet de comprendre comment l'exercice, de temps en temps, d'un questionnement réfléchi et conscient, peut ouvrir la voie à une conduite de plus en plus éthique, c'est-à-dire à une conduite qui résulterait de plus en plus de l'affirmation de ce que le « soi » souhaite être sa propre voie.



Q29 – Questions ouvertes – Vos habitudes

L'habitude est une seconde nature : se saisir de sa personnalité

Modifier et / ou approuver ses habitudes

Il est bien sûr possible de considérer la portée humaine générale de cela : **nous pouvons peu à peu décider de ce que nous souhaitons être**, même si cela ne se produit jamais par un coup de baguette magique qui abolirait en un clin d'œil le poids des habitudes passées. Les automatismes acquis vont toujours résister, mais nous savons que nous ne sommes pas dénués de pouvoir à leur égard.

Parfois, nous allons nous apercevoir que nous souhaitons changer d'habitude, ce qui va réclamer un effort. Nous allons alors résorber un peu l'écart entre « qui nous sommes » et « qui nous voulons être ». Nous progresserons vers une mise en cohérence du nous-même, nos habitudes entrant en écho avec notre conscience.

Parfois, nous allons nous apercevoir que certaines de nos habitudes sont utiles et justes. Dans ce cas, notre jugement d'approbation les renforcera. Non seulement elles continueront à exercer leur influence sur notre comportement, mais en plus nous garderons le sentiment de **légitimité** que nous leur avons accordé. Là encore cela renforcera notre cohérence avec nous-mêmes.

L'habitude est une seconde nature

L'Antiquité a ce dicton : « L'habitude est une seconde nature ». Par ces mots, les Grecs signifiaient que nous avons une première nature qui nous est donnée, une nature qui n'a rien de personnel, mais aussi que **nous avons une seconde nature qu'on nous a donnée**. L'attention parentale qui nous a été portée, l'éducation reçue et l'influence de notre environnement de vie ont été un don continu de cette seconde nature. Il s'agit bien d'une « nature » au sens où elle a ses règles, sa densité, son inertie. Mais il s'agit d'une « nature » culturelle, sociale, familiale, tout humaine. **Cette seconde nature, étant humaine, peut aussi être modifiée par une action humaine, la vôtre.**

En somme, nous sommes d'abord ce qu'autrui a fait de nous ; mais il nous appartient ensuite de prendre le relais et de nous faire nous-même, en défaisant et/ou en renforçant le façonnage antérieur.

Ce type de pensée, qu'on pourrait croire issue de la formule de Jean-Paul Sartre « L'homme est son projet » (*L'Existentialisme est un humanisme*, 1946), peut tout autant être vue dans sa filiation avec la Philosophie des Lumières lorsque Emmanuel Kant nous dit qu'être libre, c'est décider de soi pour soi, c'est être son propre législateur, son propre souverain, c'est-à-dire être « auto-nome » (*Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1785). On souligne trop rarement que la pensée des Lumières est non seulement une pensée de la liberté, mais aussi une pensée de la **pédagogie de soi**, une pensée de l'apprentissage de soi, c'est-à-dire une pensée de son épanouissement. Emmanuel Kant et Jean-Jacques Rousseau ont aussi écrit des ouvrages majeurs sur la pédagogie, comme leur précurseur, Michel de Montaigne (*Essais*, I, 26 : « De l'éducation des enfants »).

Une pédagogie de soi

En rappelant ici cette capacité que nous avons de nous saisir de nous-mêmes, d'être nos propres pédagogues, nous disons d'une part que cette autonomie de soi est un **épanouissement** parce qu'il est un approfondissement de notre cohérence personnelle, et d'autre part que **nous ne sommes pas parfaits**, mais que **nous sommes toujours en apprentissage de nous-mêmes**. Le but, humainement, n'est pas d'arriver au bout de la route, mais d'apprendre à marcher de mieux en mieux – la philosophie est un « cheminement », dit-on aussi ; il en va de même avec le métier de soignant·e.

Appliquée au rôle professionnel, cette façon de voir permet de penser qu'on va se forger peu à peu une personnalité professionnelle. Nous recevons des autres professionnel·le·s cette seconde nature, mais il nous appartient aussi d'examiner ce qu'on nous a donné et de nous forger nous-mêmes. Vue sous cet angle, la démarche éthique – le façonnage, peu à peu, d'une conduite éthique reposant sur des habitudes que nous avons approuvées – est aussi une voie pour considérer son implication professionnelle comme un terrain d'approfondissement de soi et d'épanouissement.

Vous n'êtes pas parfait·e·s et ne le serez jamais, mais il vous appartient de progresser, et vous pourrez toujours le faire. Si vous pensez « perfection », vous allez penser « échec ». Alors, pensez plutôt « apprendre » et vous allez penser « progresser ».

Vous vivrez mieux votre métier, difficile, de soignant·e – « difficile » parce que vous côtoyez la souffrance, la mort, les responsabilités, l'incertitude, etc.

L'importance des bonnes habitudes

Être bien formé·e

Une des leçons à tirer de ce qui vient d'être dit sur les habitudes est essentielle pour les médecins : **pour avoir une bonne conduite lorsqu'on n'a pas le temps de réfléchir, il faut avoir été bien formé·e**.

L'urgence médicale et la chirurgie en sont des exemples flagrants : ce n'est pas au moment où un·e patient·e fait un infarctus du myocarde que vous allez réfléchir à la façon de l'aider. Vous devez l'avoir appris auparavant. De ce fait, les professionnel·le·s ne cessent d'anticiper ces situations, ce qui veut dire : apprendre la conduite à suivre, répéter les gestes, vérifier la bonne tenue de l'environnement de travail, tout cela pour pouvoir agir correctement le moment venu.

L'**habituación anticipée** est une façon d'éviter à la fois l'ignorance et la panique. La réputation de « sang-froid » des médecins n'est pas due à un talent personnel inné, mais à une préparation et un vécu anticipé des situations difficiles. Cela fait partie du **professionnalisme**.

Ce qui vaut pour la situation d'urgence et pour le temps de l'opération chirurgicale vaut tout autant pour toutes les situations de soins déstabilisantes : avoir anticipé une conduite pour faire face à un·e patient·e agressif·ve, à un·e adolescent·e renfermé·e, à un·e patient·e envahissant·e, à une situation compliquée à expliquer, mais où il est indispensable que le/la patient·e comprenne, etc. : avoir été formé·e à ces situations permet d'y faire face au lieu d'être dans le désarroi.

Q30 – Questions ouvertes – Souvenirs

Les habitudes libèrent l'attention

L'autre leçon qu'on peut tirer du rôle positif des bonnes habitudes est qu'**elles libèrent l'attention**, qui peut alors se porter sur des aspects plus compliqués.

La vaccination d'un-e jeune enfant est un bon exemple, même s'il est trivial. Si vous n'êtes pas à l'aise avec le geste vaccinal, votre attention se focalisera sur lui. L'enfant et le parent sentiront votre tension, d'où une appréhension présente chez les trois personnes. Au contraire, si vous êtes bien formé-e et habitué-e au geste vaccinal, vous pourrez, tout en le faisant, prêter attention au reste : plaisanter avec le parent, discuter avec l'enfant de ses jeux vidéos ou de ses activités favorites, c'est-à-dire mettre en place une stratégie d'apaisement des appréhensions, d'orientation de l'attention sur autre chose. L'habitude du geste vous permettra d'orienter votre attention sur les personnes et de créer un climat propice, qui va faciliter le soin.

Dans l'apprentissage du soin, le bon sens nous conseille donc de commencer par se former à ce qui est prioritaire, afin d'acquérir de bonnes habitudes de base, puis de porter peu à peu l'attention et la conscience aux priorités suivantes, dans un apprentissage continu.

Peu à peu, cet apprentissage va compléter la conduite professionnelle, jusqu'à atteindre la maturité professionnelle.

À ce moment-là, l'attention va essentiellement porter au réexamen de ses conduites, à leur mise à jour, à leur approfondissement. Le professionnel est donc toujours en train d'apprendre.

Le sentiment de légitimité éthique

Le couplage que nous proposons entre **conscience éthique** et **conduite éthique** a deux avantages majeurs : répondre au problème du manque de temps et enraciner notre conduite dans l'éthique.

Il faut souligner ce second point. Si, par le passé, vous avez été confronté-e-s à une situation, que vous l'avez examinée en conscience en parvenant à déterminer l'action qui vous semblait juste, alors, lorsque vous rencontrez de nouveau ce type situation, votre habitude vous conduira à ce même type d'action, que vous avez validée. Même si vous n'avez pas le temps d'y réfléchir, en faisant cette action vous aurez le **sentiment de sa légitimité**. Vous sentirez ou vous aurez l'intuition qu'il vous suffirait d'y penser pour savoir pourquoi vous avez un sentiment de légitimité vis-à-vis de cette action. De ce fait, vous vous sentez plus à l'aise et plus confiant-e en vous, car vous pouvez vous fier à ce que vous faites.

À l'inverse, si vous ne faites que suivre des routines ou des automatismes que vous n'avez jamais pris le temps d'examiner, vous êtes dans une position de confiance aveugle, c'est-à-dire de confiance inquiète. Vous ne savez pas, au fond, si ce que vous faites est bon ou mauvais – ce qui est inconfortable et risqué.

De ce fait, le couplage entre conscience éthique et conduite éthique permet à la fois de bien agir, d'être efficace, mais aussi de développer un sentiment d'épanouissement, y compris dans des situations difficiles, parce que vous savez intuitivement que ce que vous faites est juste – ce qu'on a appelé ici un sentiment de légitimité.

Bien sûr, il est toujours possible de se tromper, mais le fait d'avoir examiné auparavant cette situation minimise le risque. La possibilité de se tromper, néanmoins, incite à garder une certaine vigilance et incite au réexamen régulier de ses habitudes.

Conclusion : à vous de jouer

Pour terminer, nous voudrions dire un petit mot de la **pédagogie du soin**.

À l'heure actuelle, trop souvent les études de santé suivent deux modèles défailants : le **modèle magistral** et le **modèle de la domination**.

Le modèle magistral est défaillant parce qu'il fait comme s'il suffisait de **savoir** pour **savoir agir**. Il oublie l'importance et la difficulté de l'intégration d'un savoir dans une capacité à le mobiliser de façon pertinente. Il est plus avisé d'adopter le modèle de l'apprentissage des **compétences**.

Le modèle de la domination – nous ne trouvons pas de formulation plus adaptée – consiste à constamment rappeler au novice ses lacunes, son incapacité, donc son infériorité professionnelle. Il peut aller parfois jusqu'à l'humiliation ou au mépris (avec des variantes sexistes, parfois). L'étudiant-e pourra alors ressentir un profond sentiment d'injustice ou d'écœurement, ou bien de honte et de perte d'estime de soi. D'où ce paradoxe : plus l'étudiant-e se sent impliqué-e, plus il/elle risque d'être sensible, négativement, à ce comportement blessant. Alors que les étudiant-e-s les plus impliqué-e-s sont potentiellement les meilleur-e-s professionnel-le-s futur-e-s, ils/elles sont aussi ceux/celles qui risquent le plus d'être « cassé-e-s » – résultat absurde et délétère.

Nous plaidons donc pour un apprentissage du métier du soin qui s'appuierait sur ces quelques principes de base :

- Le **principe de bienveillance générale** et un climat d'entre-aide, de compagnonnage
- Le **principe d'encouragement** atténuant l'appréhension quand l'étudiant-e apprend quelque chose de nouveau dans le soin ; il est normal qu'il/elle soit alors sous-performant-e vis-à-vis des professionnel-le-s confirmé-e-s
- Le **principe de travail pédagogique des erreurs** par leur examen non culpabilisant pour en tirer le maximum d'enseignements
- Le **principe d'accompagnement dans l'apprentissage**, en faisant le point, régulièrement, de la progression de l'étudiant-e : compétences acquises, compétences en cours d'acquisition, compétences non acquises. Pour les étudiant-e-s qui ont tendance à voir surtout le verre à moitié vide, cela leur évite l'enfoncement dans une estime de soi parasitée par le sentiment d'impuissance, l'obsession envahissante du « je-ne-sais-pas » et du « je-suis-nul-le ». Pour les étudiant-e-s qui ont tendance à voir surtout le verre à moitié plein et à être trop satisfait-e-s de soi-mêmes, cela évite l'aveuglement de soi et l'ivresse de toute-puissance

Ce type de modèle pédagogique, qui n'a rien de laxiste, aurait le double mérite de former des professionnel-le-s du soin plus efficaces et plus épanoui-e-s.

Q31 – Question – Évaluation de cet Enseignement en Autonomie (EeA)

Pour information, il existe trois UE de Master 1 Recherche Biomédicale touchant à des questionnements un peu voisins :

RB 28 : Sciences sociales et santé

RB 29 : Épistémologie, éthique et philosophie du corps et de l'activité médicale

RB 34 : Sciences et sociétés

Q32 – Post-test

Q33 – Recherche

Pour en savoir plus

- BEAUCHAMP Tom, CHILDRESS James (2008) : *Les Principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres.
- BENTHAM Jeremy (1789) : *Introduction aux principes de morale et de législation*, Paris, Vrin.
- FOURNIER Véronique, Foureur Nicolas (2021) : *Ethique clinique – L'éthique clinique en 10 repères méthodologiques*, Paris, Dunod.
- GANDHI (2011) : *Autobiographie*, Paris, Puf (Quadrige).
- GOFFETTE Jérôme (2020) : *Nous – Manifeste d'un nouvel humanisme*, Paris, BoD.
(En particulier : Chapitre 5 : Consentement ; Chapitre 6 : Accord)
- GOFFETTE Jérôme, ZERBIB Yves (2011) : « Vers une éthique de la responsabilité », pp. 319-324, in Collège des Enseignants de SHS en Médecine et Santé : *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres.
- GOFFETTE Jérôme, MALZAC Perrine (2011) : « Le consentement du patient et les modèles de la relation médecin-patient », pp. 302-311, in Collège des Enseignants de SHS en Médecine et Santé : *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres.
- GOFFETTE Jérôme (2011) : « Éthique de l'autonomie, principe d'autonomie », pp. 314-319, in Collège des Enseignants de SHS en Médecine et Santé : *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres.
- KANT Emmanuel (1785) : *Fondements de la métaphysique des mœurs*. (Il existe de multiples éditions)
- LEFEVE Céline, THOREAU François, ZIMMER Alexis (2020) : *Les Humanités médicales – L'Engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Paris, Doin.
- LEVINAS Emmanuel (1961) : *Totalité et infini*, Paris, Livre de Poche.
- RAMEIX Suzanne (1998) : *Fondements philosophiques de l'éthique biomédicale*, Paris, Ellipses.
- RICŒUR Paul (1949) : *Philosophie de la volonté*, Tome I : *Le volontaire et l'involontaire*, Paris, Aubier.
- ROMANO Claude (2011) : « L'équivoque de l'habitude », *Revue germanique internationale*, 13, 2011, pp. 187-204.
- SARTRE Jean-Paul (1946) : *L'Existentialisme est un humanisme*, Paris, Gallimard (Folio).

Présentation de l'auteur de ce support d'enseignement

Jérôme Goffette est Maître de conférence en Philosophie à l'Université Claude Bernard Lyon 1. À ce titre il enseigne les Humanités Médicales pour la Faculté de Médecine Lyon-Est.

Ses recherches, au sein du laboratoire EVS (UMR 5600) portent sur l'éthique, sur l'anthropotechnie (humanité augmentée), sur la philosophie et l'imaginaire du corps.

Il a publié en 2020 : *Nous – Manifeste d'un nouvel humanisme*, BoD, 8€.
(Ce livre est disponible gratuitement en pdf sur sa page chercheur)

Page chercheur : www.academia.edu