

AVIS n° 84

Avis sur la formation à l'éthique médicale

Membres du groupe de travail :

Mmes : CH. DESCHAMPS
N. QUESTIAUX
MM.: S. BELOUCIF
J.-F. BLOCH-LAINE
C. BURLET
J.-P. CAVERNI
O. de DINECHIN
P. LE COZ (responsable)
J. MICHAUD
D. PELLERIN
M. SELIGMANN
A.-G. SLAMA

Personnalité auditionnée :

Professeur Anne FAGOT-LARGEAULT

Sommaire :

Introduction

I Les points essentiels du rapport Cordier

I.1. Quatre motifs légitimes de préoccupation

- a) Les effets de dépersonnalisation liés à la spécialisation
- b) L'effacement de la clinique
- c) Les limites du « tout juridique »
- d) Les retombées d'un contingentement des soins

I.2. Un enseignement de l'éthique en prise directe avec la clinique

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

II.1. Transmettre des normes ou des dispositions au questionnement ?

II.2. L'initiation universitaire à l'éthique médicale

- a) Difficultés d'un enseignement de l'éthique en première année de médecine
- b) L'éveil au souci de la rigueur épistémologique
- c) Un stage en deuxième année de médecine orienté sur la dimension éthique des pratiques

II.3. L'initiation éthique dans la formation aux autres métiers de la santé

II.4. Les modalités d'organisation pour la mise en place du programme de formation en éthique

- a) Difficultés relatives au contenu des cours
- b) Difficultés relatives au choix des enseignants
- c) La recherche en éthique

III La contribution des structures éthiques hospitalières

III.1. Formation continue et « Espace éthique régional »

III.2. Différence entre « Espaces éthiques » et « Comités d'éthique locaux »

Conclusion

Introduction

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été saisi le 9 juillet 2003 par Monsieur Jean François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, des propositions énoncées dans le rapport « Ethique et professions de santé » qui lui a été officiellement remis le 19 mai 2003. Ce document¹ est le fruit des travaux d'une commission présidée par Monsieur Alain Cordier qui - en qualité d'ancien directeur général de l'AP-HP - a fondé en son sein le premier Espace éthique hospitalier en France. Formée de onze membres, dont un directeur d'hôpital, un conseiller d'Etat, sept médecins, une sage-femme et un cadre infirmier, cette commission, créée le 26 novembre 2002, était chargée de rendre un rapport sur la nature des besoins des professions de santé en matière d'éthique à dessein de proposer des pôles d'enseignement et de recherche en éthique médicale. Le texte remis au Ministre préconise de renforcer les passerelles entre l'hôpital et l'université, par le biais de formations en éthique médicale, sous la forme d'Espaces éthiques intégrés au sein des CHU.

Le Rapport comporte deux volets sur lesquels le Comité est appelé à se prononcer :

- Les recommandations relatives à la réforme de l'enseignement universitaire,
- Les propositions de collaboration hospitalo-universitaire susceptibles d'améliorer la qualité humaine des pratiques de soin.

Le CCNE se trouve en outre concerné par la proposition qui lui est faite, dans la deuxième partie du document, de porter un regard sur les structures éthiques hospitalières existantes et d'établir les bases d'une charte pouvant servir à régir l'organisation de certaines d'entre elles. Il reprend, dans le présent avis, les éléments du Rapport qui lui semblent devoir être mis en valeur et interroge les propositions qui lui sont explicitement faites de s'associer au projet d'extension de la formation des étudiants en médecine et des professionnels de la santé.

Toutefois, les réflexions présentées dans les pages suivantes ne s'en tiendront pas à une lecture trop littérale du texte confié à son examen. Après avoir évoqué, sous la forme d'une synthèse préliminaire, les quatre points qui lui ont paru essentiels dans le rapport Cordier, le Comité affrontera, dans un deuxième temps, la question de la concrétisation des projets de formation à l'éthique médicale que le document n'a pas envisagée. Il s'agira, entre autres, et sur la base d'un examen des propositions faites par la commission Cordier, d'aborder les difficultés que pose l'idée même d'un « enseignement » en éthique, dès lors qu'il est entendu que l'éthique médicale ne peut faire l'objet d'un savoir normatif à l'instar de la déontologie.

¹ Disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/cordier>

A ce deuxième niveau de l'analyse, l'Avis s'attachera à mettre en évidence le caractère délicat que revêt l'institutionnalisation d'un enseignement de l'éthique lorsqu'il est question de la formation des étudiants en médecine, dans le cadre général du déroulement des études médicales en France. Reprenant l'esprit général du rapport Cordier dont il partage les inquiétudes et le désir de changement, le Comité entend contribuer au débat sur la formation à l'éthique médicale en pointant quelques-uns des problèmes concrets que soulèvent la nomination de référents en éthique ainsi que les incertitudes quant à la forme et au contenu des cours. La troisième partie concernera davantage la formation continue et l'implication des professionnels de santé déjà en exercice à l'intérieur de structures éthiques hospitalières.

I. Les points essentiels du rapport Cordier

I.1. Quatre motifs légitimes de préoccupation

Le rapport Cordier expose les raisons pour lesquelles la réflexion éthique devrait se développer aussi bien dans les établissements de santé que dans les formations aux métiers de la santé. Une lecture d'ensemble permet de dégager quatre grandes lignes argumentatives:

a) Les effets de dépersonnalisation liés à la spécialisation : En quelques décennies, l'éclatement de la prise en charge hospitalière a transformé les liens de la communauté soignante avec les patients et les familles. L'éventail des connaissances médicales se répartit désormais sur un échiquier de compétences plurielles qui rend chaque éclairage partiel² conduisant parfois le malade, à l'occasion d'un bilan, à suivre un parcours multidirectionnel qui dépersonnalise sa relation aux divers interlocuteurs du monde médical. Cette dissémination de l'exercice de la médecine hospitalière en une multiplicité croissante de spécialités trouve son pendant dans l'émergence de nouveaux circuits de communication qui élargit le colloque singulier aux confrères, aux professions paramédicales, aux personnels administratifs et aux laboratoires d'analyse. Or, lorsque la responsabilité d'un seul se dilue dans la coordination généralisée du partenariat, la relation de soin devient plus performante, plus technique, mais aussi plus anonyme (« *on s'occupe de vous* »). Travaillant à la chaîne et

² Le Comité a déjà eu l'occasion de souligner que les données médicales continuent de s'accroître dans des proportions telles qu'il semble impossible, sauf à un effort titanesque d'assimilation permanente, d'ajuster la pratique quotidienne du soin au savoir disponible : « Aucun médecin ne peut plus prétendre savoir toute la médecine : les connaissances apprises deviennent rapidement obsolètes, le praticien doit constamment les remettre à jour » (Avis 58, *Les cahiers du CCNE* n°17, « Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche », oct. 1998, p.10.)

montre en main, l'œil rivé sur la pièce du fonctionnement corporel dont la microanalyse relève de leur spécialité, chacun des agents du dispositif sanitaire ausculte les corps soumis tout à tour à leur examen sans avoir toujours pleinement conscience de la totalité psychique et affective que constitue la personne incarnée. C'est la raison pour laquelle la démarche de soin nécessite une réflexion plus concertée sur le rapport de communication que les soignants doivent nouer entre eux de manière à mieux prévenir les effets de déshumanisation engendrés par cette logique de spécialisation.

b) L'effacement de la clinique : Les progrès des techniques d'imagerie constituent l'illustration la plus caractéristique d'un phénomène sournois de « mécanisation » du corps. Le médecin se trouve insensiblement intronisé en « faiseur d'images » et le malade disparaît derrière un arsenal technologique qui fait écran, dans tous les sens du terme. La technicisation de la prise en charge médicale réduit le corps à ce qu'en livrent les images de l'échographie, de la radiographie de l'IRM ou du scanner. Ce réductionnisme technologique qui ramène l'être du patient à la perception iconographique et numérique d'un corps sur mesure, paramétré et immobilisé par les nécessités pratiques, tend à dissoudre le rapport clinique au corps vécu³. Les avantages thérapeutiques et préventifs offerts par ces techniques d'exploration de l'intimité corporelle sont si évidents qu'on en oublierait presque que la médecine est un art et que l'hospitalité se doit d'être incarnée dans la chaleur d'une proximité. Or, à l'ère de la médecine technoscientifique, ausculter, palper, toucher et caresser la peau d'un corps meurtri sont des gestes qui se marginalisent au profit d'un rapport aux personnes médiatisé par des appareils toujours plus sophistiqués. En favorisant de la sorte l'objectivation du malade, la technicisation croissante de la médecine convertit insidieusement l'art de soigner en procédure d'expertise, au risque de faire oublier que la technique ne tient pas lieu d'hospitalité.

c) Les limites du « tout juridique » : Les textes législatifs en faveur de la protection des malades ont contribué à estomper la dissymétrie trop accusée qui existait il y a peu encore entre celui qui sait et celui qui souffre. Le respect du patient n'est plus simplement suspendu à la contingence des vertus individuelles du médecin mais commandé par la nécessité contraignante de la loi. En même temps néanmoins, chacun s'accorde à reconnaître

³ Cordier A., *Rapport*, <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/cordier>, p. 16 : « Le poids de la technique dans l'acte médical se fait croissant. La main du clinicien posée sur le corps du malade se retire peu à peu pour laisser place à des moyens techniques indirects. Les données médicales objectives, non relativisées, s'accumulent et font de chaque personne un générateur de signaux de diverses natures quasi inépuisables. »

qu'il n'est pas possible de régler l'ensemble des difficultés relationnelles qui affectent les rapports entre soignants et usagers par des chartes et des textes de loi. Le champ des liens intersubjectifs qui organise la vie à l'hôpital échappe souvent aux règles de droit. Le risque serait de perdre de vue que le médecin ne se trouve pas en face d'un citoyen soucieux de faire valoir ses droits mais d'un être humain assailli par une souffrance qui demande à être entendue et non mise à distance par le respect formel de ses droits. En certains cas, la juridicisation(*) de la relation médecin/malade peut même créer un effet de distance malvenu. En effet, l'accent qui a été mis sur la dimension du « risque » dans la démarche d'information, au cours des dernières années, a conduit à identifier l'acte psychique de réception du message informatif à une déclaration d'acceptation d'un risque. Cette situation n'est pas sans rapport avec la « montée d'une forme d'ardeur procédurière »⁴ symptomatique d'un glissement de la juridicisation de la relation vers sa « judiciarisation » (**). La loi a renforcé l'obligation pour le médecin de se constituer une preuve de l'exécution de son devoir d'information, dans la mesure où le meilleur moyen de prouver qu'une information a été délivrée demeure la trace écrite. Ceci peut conduire à ce que les patients soient amenés à affronter de plus en plus des réflexes défensifs de la part des praticiens. On conçoit qu'en dépit des paroles rassurantes que peut lui prodiguer son médecin, le patient anxieux ne trouve guère de motifs d'apaisement dans ce climat vaguement suspicieux. Symptôme d'une mauvaise qualité de la communication, la judiciarisation est en même temps une aporie dans la mesure où les doléances exprimées régulièrement aux dépens des praticiens portent en germe la menace de transformer en tactique de prudence ce qui relève de l'art de mettre en confiance. Cet élément de méfiance grandissante est d'autant plus fâcheux qu'il se nourrit souvent d'une confusion entre ce qui peut apparaître comme une simple demande légitime de renseignements complémentaires, parfois une réclamation, et la mise en route d'un procès pénal qui reste rare.

d) Les retombées d'un contingentement des soins : Il existe une tension croissante entre l'individu et la société liée aux coûts que génèrent les nouveaux médicaments et les techniques médicales contemporaines. Face au péril d'une dislocation à terme du

(*) *Intrusion jugée excessive du droit dans l'activité médicale*

(**) *Recours aux procédures pénales pour traiter les conflits médicaux*

⁴ *Ibid.*, p. 13. Cette expression, quoique vigoureuse, n'est pas sans fondement si l'on s'en rapporte au nombre des contentieux qui se multiplient à l'encontre notamment des établissements hospitaliers (Cf. sur ce point *Le Quotidien du Médecin* du 27/02/04).

système de couverture universelle des soins, la réflexion éthique doit permettre l'éveil des consciences à la responsabilité collective⁵. Les ressources allouées au secteur de la santé n'étant pas indéfiniment extensibles, l'amplification actuelle des dépenses de soin requiert que les praticiens réfléchissent davantage à la juste répartition des biens et des services sanitaires⁶. Parler des maladies en termes de coûts ne doit plus être un tabou. Au vu du prix exorbitant des molécules qui font irruption sur le marché, les formules rituelles et convenues selon lesquelles « la santé n'a pas de prix », « le médecin n'est pas un comptable » deviennent difficilement tenables. Les progrès dans la sophistication des techniques diagnostiques, pronostiques et préventives, vont ainsi conduire à rendre toujours plus sensible la dimension d'équité des décisions, étant entendu que ce qui est dispensé à l'un n'est pas attribué à l'autre et pourtant toutes les personnes doivent avoir un accès égal au système de soins⁷. Sans doute, l'équité dans la distribution des biens de santé ne relève-t-elle pas de la seule prérogative du corps médical. Elle renvoie à des choix de société et convoque le politique. On imagine mal, néanmoins, que les professionnels de santé ne soient pas impliqués dans les procédures de choix et d'évaluation.⁸

Les quatre motifs de préoccupation que nous avons ici synthétisés justifient l'appel du rapport Cordier en faveur d'une intégration de l'éthique dans le cursus des formations initiales et continues. L'enseignement relatif aux professions de santé doit sans conteste prêter une plus grande attention à la composante éthique de l'activité hospitalière. Les autorités devraient en conséquence prendre les mesures qui s'imposent en faveur du développement de structures

⁵ *Ibid.* : « La pérennité de la prise en charge collective se joue, aussi microscopiquement que ce soit, dans chaque prise en charge ». Le Rapport pointe « l'effet multiplicateur et dévastateur de dépenses microscopiquement inutiles ».

⁶ Le Comité a déjà eu l'occasion de souligner ce point dans son avis n°57 du 20 mars 1998 intitulé : « Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs » en rappelant qu'« il y a une profonde dimension éthique dans cette exigence d'une utilisation optimale de l'effort consacré à la santé, puisque seule elle est de nature à garantir le meilleur respect des valeurs de justice et de solidarité. En effet, tout divertissement partiel de cet effort hors des actions où il serait le plus efficace, à court, moyen et long terme, aboutirait à ce que des améliorations possibles en matière de santé ne puissent être apportées » (p.1).

⁷ Une décision peut entraîner un gaspillage des ressources budgétaires et donc indirectement causer un préjudice à d'autres malades. Anne Fagot-Largeaut notait déjà il y a vingt ans qu'« on dépense des milliards pour sauver quelques journées de vies humaines (thérapeutiques de pointe, dans les maladies terminales) et qu'on refuse de faire un effort financier bien moindre pour en sauver beaucoup plus (prévention des accidents ou de la malnutrition) » - *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*. Maloine, Paris, 1985, p. 23.

⁸ Cf. à ce propos l'avis n°57 du 20 mars 1998, chapitre VI « L'impératif de l'évaluation » : « L'appréciation des besoins de santé, de l'efficacité des procédures, de la réalité et de l'importance des risques, indispensable à la mise en oeuvre de politiques de santé efficaces et sages, repose avant tout sur la qualité de l'évaluation (...) Il faudra aller plus loin encore en encourageant la constitution d'un réseau suffisamment dense de compétences pour que le débat soit possible, les organismes professionnels doivent y être associés et les universités doivent développer ce type de recherches ».

permettant aux médecins en exercice de se concerter et de confronter les cas de conscience qui se présentent à eux dans leur pratique quotidienne. Non moins dépourvue de fondement est la proposition générale du Rapport d'attaquer le problème à sa racine par un réaménagement des programmes d'enseignement universitaire. C'est en effet en amont, au niveau du système des formations aux professions de santé, que doivent se contracter les nouvelles habitudes d'agir et de penser.

I.2. Un enseignement de l'éthique en prise directe avec la clinique

A propos de la formation des étudiants en médecine, le rapport Cordier recommande un travail de sensibilisation des consciences aux questions éthiques que ceux-ci sont appelés à rencontrer dans leur pratique ultérieure. L'enseignement actuel privilégie les réponses techniques, l'empilement d'examens destinés à une rationalisation apparente de l'abord du malade. Pour que sa parole soit reçue, elle doit s'intégrer dans des paramètres et des normes, entrer dans des catégories, être identifiée par des images et des chiffres. Il y a tout lieu de craindre que cette standardisation scientiste de l'intelligence médicale ne constitue un assèchement de son inspiration hippocratique d'origine. De ce point de vue, il semble indispensable d'éveiller les étudiants à la perception des situations difficiles, tout en leur apportant des conseils de méthode dont ils semblent avoir besoin à une époque où les nouvelles techniques d'investigation contribuent à la multiplication des dilemmes moraux et la judiciarisation à celle des situations de tension entre soignants et malades. Nombre de procès seraient probablement évités aujourd'hui si les médecins avaient pu bénéficier, durant leur formation, de cours consacrés par exemple à une réflexion éthique sur l'information du malade. Les plaintes procèdent en effet souvent du sentiment éprouvé par les patients de n'avoir pas été correctement informés. L'expérience montre qu'ils sont moins enclins à instruire un procès à l'encontre d'un médecin qui reconnaît, après coup, n'avoir pas opté pour la meilleure option thérapeutique qu'à un médecin qui tente de dissimuler une erreur ou qui n'a pas donné d'information. D'une façon générale, le phénomène de judiciarisation gagnerait à être abordé avec les étudiants tant il est clair aujourd'hui que la peur qu'il suscite chez un certain nombre de praticiens influence leurs conduites, subordonnant dangereusement le souci du malade au souci, par le médecin, de sa propre protection.

S'agissant du contenu général de l'enseignement, le CCNE partage le souci des rédacteurs du présent Rapport de ne pas tomber dans le travers d'une éthique par trop théorique. Ce privilège accordé à la pratique montre que, dans le document remis par la commission Cordier, le mot « éthique » est utilisé dans le sens de l'*éthique médicale*, c'est-à-dire d'une éthique centrée sur l'activité soignante beaucoup plus qu'au sens de la *bioéthique*, discipline plus récente qui embrasse l'ensemble des problèmes ayant trait à la santé et à la recherche, envisagés dans leurs dimensions sociopolitiques, biotechnologiques, économiques et scientifiques. Il s'agit là de deux compréhensions de l'éthique trop souvent confondues dans le schéma usuel du jugement commun. Or, pour n'être pas secondaire, la bioéthique n'en demeure pas moins un aspect second de l'éthique pour le médecin. Elle ne peut venir qu'après coup, s'inscrire dans le prolongement d'une réflexion éthique où la priorité revient au questionnement sur les valeurs et les usages de la pratique clinique en articulation étroite avec la déontologie.

En faisant de l'éthique médicale le centre de gravité de l'éthique, le Rapport laisse clairement entendre que la réflexion éthique, au développement de laquelle il invite présidents d'université, doyens, chefs de services hospitaliers et directeurs des hôpitaux à communiquer une nouvelle impulsion, ne saurait être la caisse de résonance de débats médiatiques qui fixent l'attention sur des prouesses spectaculaires ou des cas exceptionnels étrangers au quotidien de la pratique. L'éthique dont le document suggère la promotion est une « éthique du soin », une éthique en acte qui se reflète dans les moindres gestes du soignant, dans sa manière de parler et d'être avec les autres.

Il s'ensuit que l'objectif de l'initiation à l'éthique ne doit pas être de transmettre un cours didactique à la manière d'un savoir préétabli qui viendrait se juxtaposer aux autres contenus théoriques des études médicales. En la matière, ce ne seront pas les cours magistraux mais les stages hospitaliers qui constitueront les « meilleurs vecteurs d'apprentissage à la réflexion éthique »⁹.

La question essentielle n'est pas tellement celle de savoir comment « enseigner » l'éthique (si tant est que l'on puisse l'« enseigner » à strictement parler), que de faire partager une réflexion éthique sur le sens de la démarche de soin. Ainsi, un questionnement sur la manière de mettre en confiance un patient, sur le choix des mots utilisés pour communiquer avec lui, sur sa réceptivité au débat et à la tonalité émotionnelle de la voix qui lui parle, a sa

⁹ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 28.

place dans une réflexion éthique. Car ce qui confère son intérêt à un questionnement éthique est précisément sa capacité à ne pas se couper de tout substrat empirique et empathique, à s'arrêter aux détails du quotidien afin de prendre la mesure de l'importance qu'ils revêtent aux yeux des patients. C'est en nourrissant sa réflexion d'une prise directe avec le concret et la clinique que l'éthique peut revêtir la forme d'une présence quotidienne au sein de l'acte de soin, d'une inquiétude, d'un questionnement au service de l'excellence.

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

II.1. Transmettre des normes ou des dispositions au questionnement ?

Contre la tentation pernicieuse d'une "éthicisation" généralisée des questions médicales, le rapport Cordier prend soin de rappeler qu'« il ne s'agit pas de considérer que l'ensemble des problèmes soulevés relève de la seule réflexion éthique »¹⁰. Il faudrait même peut-être aller plus loin en précisant que les décisions médicales habituelles ne posent pas de question d'éthique. En bien des cas, en effet, les habitudes de pensée nourries par l'expérience qu'il a acquise au cours du temps, à travers la diversité des situations cliniques, suffisent au soignant pour prendre des décisions ajustées à la particularité des contextes. Une grande partie des décisions s'éclaire à l'aune de considérations d'ordre scientifique ou pragmatique et ne semble pas devoir être marquée du sceau de la réflexion éthique pour trouver sa justification. Cela ne vaut pas seulement, d'ailleurs, pour les décisions relatives aux cas bénins car même des décisions cruciales peuvent ne pas susciter de débat éthique, tant elles s'imposent par leur évidence. Il reste qu'en marge des décisions relevant d'une justification univoque et immédiate, il existe tout un pan de l'éventail décisionnel de la médecine pour lequel l'éclairage intuitif de la conscience demeure insuffisant, sans que le code de déontologie puisse venir compenser ce déficit. La déontologie, en effet, n'est pas un corpus de justifications toutes prêtes à l'emploi; elle ne peut servir que de cadre de référence. Elle dispense des règles de conduite que tout étudiant doit connaître mais n'a pas pour fonction de justifier pourquoi tel article et non tel autre doit être appliqué en telle ou telle circonstance. En bien des cas, seule une argumentation éthique serait à même de justifier pourquoi c'est cette

¹⁰ *Ibid.*, p. 64.

règle-ci et non celle-là qui doit être mise en œuvre. Dans le présent, le médecin ne peut que trancher entre des options qui, en plusieurs cas, pourraient se justifier au regard de recommandations déontologiques avec le même degré de pertinence, ces options seraient-elles antagonistes. Il en va ainsi, par exemple, lorsque au-delà des soins d'urgence immédiats, un praticien multiplie les interventions à visée curative pour un blessé devenu tétraplégique après avoir tenté de mettre fin à ses jours. Ce genre de démarche est-il conforme à la déontologie ? Selon l'article 37 du code actuel de déontologie « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique »¹¹. D'un autre côté, l'article 38 énonce que « 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 reconforter son entourage »¹². Pour indispensables qu'elles soient, de telles normes ne sauraient prétendre à être autre chose que la source inspiratrice d'un questionnement. Il est clair qu'elles ne peuvent pas dire, dans le concret d'une situation donnée, où commence l'« obstination déraisonnable ». Ce type de concept n'a pas pour fonction de décrire un seuil ou une pratique objectivement déterminables mais de susciter une interrogation sur la qualité de vie du patient, et la détermination de son « bien » en termes de durée de vie.

Le champ de l'éthique, à proprement parler, se manifeste à travers l'émergence de questionnements articulés autour des notions cardinales de la déontologie. Des dilemmes se posent entre la règle du respect de la vie et la prise en compte de la qualité de la vie. Dans son avis n°63, le CCNE a eu l'occasion de rappeler que « le dilemme est lui-même source d'éthique ; l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine »¹³.

Le conflit de valeurs que pose le problème de la fin de vie illustre - outre les irréductibles limites de la puissance médicale¹⁴ - la différence entre éthique et déontologie. ***La déontologie fixe le cap mais elle ne saurait tenir lieu de réflexion éthique.*** Elle se présente « comme un ensemble de règles exprimées de façon formelle et explicite et dont la

¹¹ Cf. <http://ordmed.org/CODESept95.html>.

¹² *Ibid.*

¹³ Cf. <http://www.ccne-ethique.fr/francais>; « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », n°63, 27 janvier 2000, p.12.

¹⁴ Dans un style certes paradoxal, le Rapport Cordier a bien exprimé cet aspect : « Chaque étudiant serait ainsi éveillé par l'enseignant à comprendre davantage l'impuissance que la puissance de la médecine » (p. 30).

transgression est susceptible de sanction»¹⁵. Ces règles qui assurent la transmission des valeurs les plus propices au bon déroulement de l'activité médicale (le respect du secret professionnel, par exemple) « tendent plus à imposer une *réponse* dans les situations problématiques que peut rencontrer le professionnel dans l'exercice de son métier qu'à exposer et arbitrer les dilemmes moraux que ces situations peuvent engendrer »¹⁶. L'éthique médicale surgit dans les interstices du code de déontologie, pour affronter les dilemmes moraux par un *questionnement* qui ébranle les convictions en multipliant les sources d'éclairage et les mises en perspective. Elle enseigne l'humilité de l'incertitude en opposant aux réponses définitives (« je suis pour ceci et contre cela ») l'inquiétude morale et le sens de la contingence des décisions.

Aussi, et quelque public qu'elle concerne, une formation éthique doit-elle comporter, outre la transmission du savoir des normes (comme le code de déontologie ou la charte du patient hospitalisé), une plage de cours centrés sur l'éveil des *dispositions*¹⁷ au questionnement devant les cas particuliers à la lumière de la pluralité des situations, des contextes. Former à l'éthique, n'est-ce pas « allumer des feux » plutôt que de « remplir des vases », pour paraphraser Montaigne ?

II.2. L'initiation universitaire à l'éthique médicale

a) Difficultés d'un enseignement de l'éthique en première année de médecine

S'il doit y avoir place, en dehors de l'acquisition du savoir des normes, pour un enseignement d'éthique dans les formations qui préparent aux métiers de la santé, il reste à s'interroger sur les modalités concrètes de son organisation. Faut-il, comme le suggère le rapport Cordier, organiser au profit des futurs praticiens des stages préparatoires qui commenceraient dès avant la première année de médecine ? Si l'on s'en rapporte aux propositions énoncées, l'idéal serait de mettre les *futurs* étudiants d'emblée « en situation », afin qu'au contact direct de la clinique ils puissent éprouver la force de leur motivation. Celui

¹⁵ Siroux D., article « Déontologie » in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, PUF, 3^e éd., 2001, p. 401.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Il n'est pas indifférent à cet égard que lorsqu'il entame son chapitre sur la justice dans son *Ethique à Nicomaque*, Aristote ne fasse pas immédiatement référence à un système de normes établies mais à « une disposition » (*Ethique à Nicomaque*, GF., Flammarion, Paris, 1992, p.135). La définition de la justice comme conformité aux lois en vigueur n'intervient que plus loin dans son texte. Encore cette définition est-elle savamment nuancée : « Il est évident que tous les actes conformes aux lois sont *en quelque façon* justes » (*Ibid.*, p. 137).

qui désire embrasser la carrière de médecin pourrait, par ce biais, tester son désir de s'investir à long terme dans l'apprentissage intensif des disciplines composant l'enseignement de la médecine. L'essentiel serait qu'il ne s'engage pas à la légère dans ce long cursus : il faudrait impérativement qu'il ait conscience que le métier auquel il se destine se définit comme une véritable « vocation ».

La profession de médecin requiert une capacité à se mettre au service des autres particulièrement exigeante. Toutefois, il est permis de se demander si la « vocation » peut faire l'objet d'un apprentissage, ce terme serait-il dépouillé de toute connotation religieuse. Le concept de « vocation » relève de dispositions intimes, subjectives et contingentes. Il n'appartient sans doute au pouvoir d'aucun enseignant d'implanter une « vocation » dans le cœur d'un futur médecin, quels que soient les moyens employés, et encore moins de s'assurer que ce dernier se rapporte à la profession qu'il envisage d'exercer sur le mode d'une « vocation »¹⁸. La motivation peut naître aussi chemin faisant, et se raffermir peu à peu chez l'étudiant au fil des années.

Même en première année, la formation à l'éthique se heurte à plusieurs difficultés. Le Rapport estime que « le PCEM 1(*) peut être un lieu privilégié pour donner un bagage minimum, en quelque sorte une boîte à outils d'éveil, utile pour les reçus comme pour les recalés appelés dans leur citoyenneté à la même exigence de réflexion éthique »¹⁹. Il semble, toutefois, que le nombre de nouveaux étudiants qui s'inscrivent chaque année à la faculté de médecine, le volume des connaissances ainsi que les modalités de leur transmission en PCEM 1, ne s'accommodent guère d'une sensibilisation aux cas de conscience soulevés par la clinique. L'enseignement de l'éthique (de l'avis du Rapport lui-même) nécessite une approche pédagogique spécifique. Il doit se constituer de cours moins directifs et plus interactifs que dans les autres disciplines, afin que l'échange entre étudiants puisse revêtir une dimension étrangère à celle de la compétition sans merci qui règne en PCEM 1. Supposons qu'un enseignement d'éthique soit placé en première année. Au regard du climat au sein duquel elle viendrait se fondre, il est à craindre que l'initiation à l'éthique revête très vite la forme d'un apprentissage mécanique et vite oublié ou qui pourrait donner ultérieurement l'impression artificielle d'un « déjà vu ». Il suffit pour s'en convaincre de songer à la rigueur des

(*) *Premier Cycle des Etudes Médicales*

¹⁸ On ne compte pas moins de 8 occurrences du terme « vocation » dans le rapport Cordier.

¹⁹ Cordier A., *Rapport... op. cit.*, p. 27.

contraintes pédagogiques qui encadrent les quelques heures d'éthique qui figurent actuellement dans la partie « sciences humaines » du concours. La façon dont ces cours sont organisés atteste de l'imprégnation de la formation éthique par l'esprit de sélection qui préside à l'ensemble des matières du concours. C'est pourquoi les vœux les plus réalistes que l'on peut émettre à ce stade de la formation universitaire ne peuvent aller au-delà de quelques suggestions relatives à leur contenu. On pourrait ainsi concevoir que les heures qui sont actuellement dispensées en PCEM 1 laissent une plus grande place à quelques exemples dont on privilégierait la forme contradictoire d'exposition. Davantage que sur l'assimilation d'une série de notions-clé, de tels cours pourraient être ordonnés autour de l'étude de cas cliniques, un volet étant consacré aux cas exemplaires (ou « cas d'école »), un autre aux cas empiriques. Les premiers cas seraient destinés à faire comprendre le sens des principes et des règles éthiques, les seconds à montrer les difficultés que rencontre leur mise en œuvre dans la pratique.

b) L'éveil au souci de la rigueur épistémologique

Il est vrai que l'on peut toujours contester le mode de recrutement des futurs praticiens tel qu'il se pratique actuellement dans les facultés françaises. N'y a-t-il pas quelque paradoxe à réclamer davantage de scrupules en matière d'éthique de la part des médecins, en commençant par les dresser à un mode de fonctionnement intellectuel qui favorise l'individualisme des conduites ?²⁰ Il paraît toutefois difficile de concevoir un système de sélection très différent de celui qui a cours actuellement à l'entrée des facultés de médecine françaises. A coup sûr, il existe de sérieuses raisons de douter que la procédure actuelle de sélection soit conforme à l'objectif didactique affiché qui est de familiariser les futurs médecins avec une connaissance scientifique très poussée de l'organisme humain. De l'aveu même de ceux qui ont à charge d'organiser ce concours de recrutement, la frontière entre assimilation du savoir médical et étourdissement des esprits est parfois difficile à discerner. *L'enseignement privilégie l'accumulation au détriment de la réflexion et du recul critique.*

Cela ne saurait toutefois remettre en question la nécessité d'une sélection fondée sur un corpus de connaissances scientifiques. A la question soulevée par le Rapport : « Quel profil de femmes et d'hommes est recherché en priorité par le mode de sélection retenu pour l'entrée

²⁰ Le Rapport fait allusion à ce paradoxe à la page 27 : « Le PCEM 1 est un concours. Ce climat compétitif, créateur parfois de comportements non éthiques, pèse lourd. »

dans les études médicales et paramédicales? »²¹, il est permis de répondre que l'esprit scientifique, s'il ne sensibilise pas plus qu'un autre au questionnement éthique, ne le prédispose pas non plus à s'y montrer indifférent. Certes, l'histoire des sciences est émaillée de nombreux cas de plagiat, de falsification de résultats d'expérience, de prises de position publiques étrangement méprisantes de l'humain qui montrent assez que tout scientifique n'est pas moins exposé aux mêmes faiblesses que le commun des mortels. Si la banalité de telles évidences n'autorise pas à les négliger, elle ne doit cependant pas nous faire perdre de vue que la démarche scientifique comporte en elle-même - par ses exigences intrinsèques de rigueur, de précaution et de transparence - des vertus qui concourent à l'éthique, en incitant chaque chercheur à cultiver le souci de l'honnêteté intellectuelle. C'est pourquoi il nous semble que la proposition d'« éveil à l'éthique » dès la première année gagnerait en force si elle passait par ce biais épistémologique²². Il s'agirait alors de mettre en place une sélection des candidats qui ne reposerait plus exclusivement sur leurs facultés de mémorisation mais qui prendrait appui sur leur capacité à analyser la rigueur de la méthode ou des outils d'analyse empruntés par les auteurs de publications scientifiques. Le développement de l'esprit critique sans lequel le mot « éthique » n'a guère de sens est au cœur de la démarche épistémologique qui consiste à évaluer les données recueillies dans la littérature, en termes de pertinence et d'utilité pour le cas à traiter. En un mot, un éveil à la réflexion éthique en PCEM1 ne peut faire l'objet d'une proposition applicable que si elle signifie une nouvelle manière d'enseigner la médecine .

c) Un stage en deuxième année orienté sur la dimension éthique des pratiques

S'agissant de l'éveil à l'éthique (considéré indépendamment du souci de rigueur épistémologique), il pourrait s'opérer aux échelons suivants du cursus selon les modalités préconisées par les auteurs du rapport Cordier. Les mises en situation *in concreto* suivies d'entretiens d'évaluation qui sont suggérées dans le document permettraient en effet à l'étudiant (à partir de la deuxième année d'étude) de s'interroger, chemin faisant, sur le sens de sa pratique. Toutefois, dans le souci pragmatique de ne pas multiplier les stages, il serait peut-être plus opportun d'insérer au sein même de ce qu'il est d'usage d'appeler le « stage infirmier », un volet consacré à la dimension éthique des pratiques médicales. Suivant cette optique – et dans le cadre de ce stage hospitalier centré sur l'appropriation du savoir clinique -

²¹ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 26.

²² Cette suggestion ne contredit pas l'esprit général du Rapport puisque ses auteurs font valoir que « la première des exigences éthiques est la compétence attendue de chaque médecin et soignant » (*Ibid.*, p. 25)

l'étudiant se verrait accorder la possibilité d'exprimer, en toute liberté, la violence éventuelle de ce qu'il a ressenti et de poser les questions éthiques que cette rencontre avec le terrain a fait surgir en son esprit. L'échange ainsi engagé ne serait pas moins enrichissant pour les responsables du stage. Une des modalités par lesquelles cet espace d'expression pourrait prendre forme serait celle de la participation de l'étudiant à un atelier de réflexion durant deux jours à la fin du stage. A l'issue de cette expérience, celui-ci rédigerait un mémoire d'une dizaine de pages autour d'une scène qui lui a paru bouleversante, d'un dilemme moral, d'un conflit observé entre soignants, de la doléance d'un patient, ou de quelque autre épisode empirique auquel il aurait personnellement assisté durant son stage. Il lui appartiendrait, sur la base du cas qu'il aurait privilégié, de construire une réflexion éthique méthodologiquement organisée.

Remarquons qu'un tel rapport de stage - qui serait présenté et évalué au cours d'une session orale à la fin du PCEM 2 - aurait en même temps l'intérêt d'évaluer la qualité de son expression écrite et verbale. Il paraît essentiel, en effet, que les futurs praticiens bénéficient d'un lieu, au sein de leur cursus, où ils puissent éprouver leurs capacités oratoires tout en les entraînant au maniement de la langue française. La maîtrise de leur langue maternelle n'est-elle pas implicitement requise par les critères énoncés par les règles déontologiques relatives à l'information du patient ?

II.3. L'initiation éthique dans la formation aux autres métiers de la santé

Evoquant la formation en éthique à l'attention des étudiants en médecine, le rapport Cordier invite à s'inspirer « des solutions retenues pour les études d'infirmiers »²³, ce qui laisse entendre que l'éveil au questionnement éthique s'y trouverait déjà institutionnellement organisé et développé de façon homogène. Dans l'état actuel des choses, la formation en éthique des personnels soignants peut-elle servir de fil conducteur à celle des futurs médecins ? Le Rapport cite deux textes relatifs à la formation de la profession d'infirmier dont l'un met l'accent sur l'aptitude à « dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne », et l'autre sur la nécessité de faire « participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité. »²⁴ Mais précisément un tel texte ne fait aucune mention au vocable « éthique ».

²³ *Ibid.*, p. 31.

²⁴ *Ibid.*

Ces deux réclamations s'apparentent davantage à la déontologie qu'à l'éthique. Il reste, en conséquence, à la libre appréciation des formateurs d'évaluer dans quelle mesure le texte précité recommande la promotion de cours centrés spécifiquement sur la dimension éthique d'une prise en charge.

Face à la disparité que l'on observe *in situ* au sein des Ecoles en la matière, on ne peut être toujours certain que le cursus infirmier soit actuellement « le plus proche de ces attentes en intégrant l'éthique à chaque module et en donnant une grande part au travail en groupes restreints »²⁵.

D'une façon générale, il est essentiel de ne pas préjuger au départ qu'au sein des cursus formant aux professions de santé, certaines catégories ont plus besoin d'éthique que d'autres. Il serait sans doute plus conforme à la réalité des faits de dire que, pour l'heure, l'initiation à l'éthique reste à encourager dans toutes les branches formant aux professions de santé, de l'odontologie à la pharmacie, en passant par la formation des kinésithérapeutes ou des psychologues cliniciens. Certains passages du Rapport plaident en ce sens, en évoquant la formation initiale des acteurs du monde de la santé dans leur ensemble, toutes professions paramédicales et administratives comprises. On remarque ainsi qu'il est fait mention des élèves directeurs d'hôpital et on ne peut que souscrire à la proposition faite au bénéfice de ce type de public d'« une accentuation nette, par rapport aux enseignements actuels, de l'éveil au questionnement éthique, aussi bien à l'occasion des stages en établissements que par un enseignement académique approprié, l'organisation de séminaires de réflexion éthique »²⁶.

II.4. Les modalités d'organisation pour la mise en place du programme de formation en éthique

a) Difficultés relatives au contenu des cours

La visée humaniste inhérente à toutes les professions de santé ne peut clairement apparaître à l'esprit de ceux qui se destinent à l'exercer que si les institutions universitaires concernées prennent au sérieux la formation à l'éthique. Aussi est-ce à juste titre que le rapport Cordier souligne la nécessité d'assigner à l'éthique un nouveau statut pédagogique de telle sorte que l'enseignement dont elle doit faire l'objet cesse d'être une simple option dans

²⁵ *Ibid.* p. 65, Annexe 2.

²⁶ *Ibid.*, p. 31.

les programmes universitaires²⁷. Son caractère facultatif actuel lui donne un aspect subsidiaire qui jette sur elle un grave discrédit tout en induisant une fausse dissociation entre éthique et thérapeutique. Sur ce point, le projet d'un séminaire de réflexion orienté sur des questions de casuistique à l'attention des internes (séminaire étendu sur trois jours et auquel la participation obligatoire serait requise pour la validation de l'Internat) est un projet tout à fait bienvenu²⁸. Chacun aurait ainsi le loisir de tester la consistance interne de ses opinions à la lumière d'un débat contradictoire avec les autres étudiants.

Le présent avis met toutefois en garde contre une trop grande indétermination du contenu de la formation en éthique à partir de la deuxième année et recommande, sur ce point, une formalisation qui soit plus affichée. Il est en effet essentiel que son contenu ne soit pas laissé à la libre initiative des référents, mais clairement déterminé sur le plan national au moyen d'un programme prédéfini. Les auteurs du rapport Cordier évoquent, à la page 34, « des heures d'enseignement sur la dignité du malade » qui seraient annihilées par un contre-exemple pratique. Mais c'est une question précisément de savoir si la formation éthique en université doit comporter « des heures d'enseignement sur la dignité ». Ce passage du Rapport laisse supposer que le référent pourrait se voir confier un cours sur ce qu'est un bon médecin au risque de voir ensuite l'étudiant aussi démuné qu'au départ devant le caractère inopérant de l'enseignement reçu. Plutôt qu'à la transmission d'un catéchisme moral, l'enseignement envisagé doit s'adosser à cette « exigence intellectuelle de compréhension aussi complète que possible » que les philosophes, depuis l'Antiquité, ont placée « au fondement de l'éthique »²⁹.

D'une façon générale, le rapport Cordier tend à minorer la conception de l'éthique en tant que délibération rationnelle fondée sur des principes éthiques universellement reconnus au profit de la dimension existentielle et intersubjective à laquelle il accorde une large prépondérance. Des principes d'usage courant dans la littérature bioéthique internationale tels que les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice³⁰ devraient pouvoir être enseignés sous une forme volontiers critique. Le concept de dignité doit faire

²⁷ Cf. *op. cit.*, p. 30 : « Il conviendrait de faire en sorte que dans chaque module transversal, une part obligatoire de l'enseignement porte sur le sens de la recherche, des investigations, de la thérapeutique ».

²⁸ *Ibid.*, p. 32 : Les auteurs du Rapport assortissent cette recommandation de deux propositions pertinentes. D'une part, ils pensent que l'assiduité seule devrait être « obligatoire et nécessaire à la validation de l'Internat ». Ils font le pari de la « gratuité » de ce séminaire en termes d'évaluation, ce qui semble être effectivement la solution la mieux indiquée pour ce type d'enseignement. D'autre part, la formule du séminaire pourrait être étendue aux chefs de service.

²⁹ Canto-Sperber M., *L'inquiétude morale et la vie humaine*, PUF, Paris, 2002, p.128.

³⁰ Ces valeurs ont fait l'objet de travaux reconnus à l'échelle internationale à travers la publication quatre fois rééditée du livre classique de T.L Beauchamp et J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New-York/Oxford, 1999 (1^e édition en 1979).

l'objet d'un enseignement dialectique comme celui de la liberté de la recherche, du consentement éclairé, de la confidentialité, de l'honnêteté intellectuelle, de la solidarité, etc. En effet, si l'éthique n'admet pas de références communes, et se dilue dans l'infinie singularité des cas, son enseignement risque de ne pouvoir recevoir aucune forme déterminée. Dès lors, il serait laissé au bon vouloir de chaque professeur-référent d'enseigner ce qu'il entend, quant à lui, sous le vocable « éthique ».

Le Comité recommande, sur ce point, l'instauration d'un socle commun à partir duquel pourrait s'organiser un programme national relativement homogène et susceptible de limiter les risques de l'improvisation pédagogique. Le fait qu'un cours en éthique ait à privilégier les dimensions d'échange et d'interactivité ne saurait occulter la nécessité de lui assigner une orientation pédagogique à visée cognitive. C'est seulement sur la base d'une matière à réflexion que les étudiants seront disposés à prendre la parole en public. L'expérience des formations déjà existantes en éthique montre, en effet, qu'ils sont peu enclins à nourrir des débats de façon spontanée. Timidité, apathie, inhibition liées aux carences en matière de culture générale constituent autant d'obstacles que le responsable du cours doit être à même de surmonter. Lorsqu'il s'agira de privilégier des cours à caractère interactif, la forme du séminaire sera sans doute la mieux adaptée.

Un cours d'éthique doit donc asseoir la discussion avec les étudiants sur la plate-forme d'un contenu culturel. En évoquant les quatre principales raisons pour lesquelles l'éthique doit se développer dans l'univers hospitalo-universitaire (les effets de dépersonnalisation liés à la spécialisation, les limites du « tout juridique », l'effacement de la clinique, les retombées dommageables d'un rationnement des soins³¹), le rapport Cordier a lui-même préparé le terrain pour une formation organisée autour de quatre grandes thématiques.

L'éveil à la réflexion éthique dans les facultés de médecine pourrait alors consister, pour les étudiants de deuxième année, à se conformer à un programme découpé en quelques grandes sections telles que « l'information du patient », « les situations difficiles du début et de la fin de vie » ou « le problème de l'équité dans la distribution des biens et des services de santé », par exemple. Quelles que soient les thématiques privilégiées, il paraît indispensable de construire une nomenclature et un index de notions-clés qui facilitent la mise en ordre du travail universitaire de réflexion en éthique. Si l'éthique doit faire l'objet d'un cycle de formation reconnu, il convient que le volume des travaux et mémoires qui sont actuellement

³¹ Cf. *supra* p. 2.

réalisés chaque année dans différentes universités se prête à une classification nationale soigneusement codifiée qui facilite l'archivage, suggéré d'ailleurs par le rapport Cordier³².

b) Difficultés relatives au choix des enseignants

Une question essentielle est de savoir à quels responsables sera confié le soin de faire exister l'éthique sur le plan universitaire.

La commission Cordier propose, plutôt que de recourir aux éthiciens professionnels d'Outre-atlantique, d'adopter le modèle de « référents » en éthique médicale, aussi bien dans l'enseignement que dans la vie des institutions de soins. Elle considère que « la formation complémentaire pour devenir référent pour la réflexion éthique devrait concerner en priorité des personnes engagées dans la prise en charge des malades et qu'il ne serait pas inutile de prévoir d'étendre cette formation aux enseignants en sciences humaines soucieux d'entrer en dialogue profond avec la culture médicale et la réalité du soin ».

En accord avec les présidents des universités, les doyens des facultés de médecine et les directeurs d'UFR de sciences de la vie devraient confier à des enseignants issus des sciences humaines ou juridiques des cours d'éthique destinés aux étudiants ou aux professionnels du soin ou de la recherche. C'est déjà le cas pour certaines d'entre elles, et le CCNE considère que cela est souhaitable.

Par exemple, on peut fort bien concevoir qu'un historien de la médecine - à la faveur de mises en perspective entre les pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui - contribue à mettre en relief des aspects de l'activité soignante autres que proprement techniques et scientifiques, ou encore, qu'un professeur de philosophie enseigne aux étudiants de disciplines médicales et paramédicales la philosophie morale et les formes d'argumentation existantes en matière d'éthique.

Qu'il s'agisse de confier un cours d'éthique à des professionnels non médecins, à des cliniciens ou à des chercheurs scientifiques, le CCNE suggère qu'un pré-requis indispensable devrait être l'obtention d'un doctorat portant sur un sujet de thèse attestant de leur double compétence et présenté devant un jury mixte et véritablement pluridisciplinaire, dans le cadre d'une école doctorale. De même, si le ministère de l'Enseignement Supérieur procédait à la

³² Cordier A., *Rapport... op. cit.*, p. 35.

création de postes de maître de conférence des universités (suggérée par le rapport Cordier) ou de professeurs spécifiquement consacrés à l'enseignement de l'éthique, leur recrutement devrait faire l'objet de l'aval d'une commission de spécialistes pluridisciplinaires et/ou d'un CNU(*) mixte, comportant des membres provenant de deux sections correspondant à des disciplines distinctes. En outre, pour des enseignants en éthique d'origine médicale, la possible dissociation des disciplines universitaire et hospitalière pourrait faciliter ce type de recrutement.

Le CCNE considère que, dans un avenir proche, l'éthique médicale devra bénéficier, par le biais de la création de quelques postes universitaires spécifiques, d'une consécration institutionnelle, qui seule lui permettra d'exister véritablement et de développer une réflexion collégiale.

c) La recherche en éthique

La recherche universitaire française en matière d'éthique se traduit, sur le plan international, par une relative faiblesse de publication qui contraste avec la vitalité de la littérature bioéthique anglo-saxonne³³. Il va de soi que lorsqu'il existe des enseignements consacrés à l'éthique à l'université, comme c'est le cas dans de nombreux Etats d'Amérique et d'Europe du Nord, la recherche dans le domaine biomédical trouve des conditions plus favorables à son développement que là où l'éthique n'a pas de statut universitaire. Si les autorités compétentes entendaient promouvoir l'éthique à l'Université, la piste proposée d'une création de départements pluridisciplinaires où des travaux de recherches « axiologiques »³⁴ seraient consacrés à l'amélioration des pratiques gagnerait à être explorée. Le concept d'*axiologie* est bien choisi dans la mesure où il laisse entendre que le thème fédérateur de ces pôles de recherche serait le recueil et l'analyse critique des normes, celles qui commandent les mœurs et les pratiques hospitalières autant que celles qui président aux décisions médicales dans une société donnée (démarches médicales ayant trait à la vie de l'embryon, par exemple). Faut-il que de tels travaux débouchent sur l'obtention d'un master spécifique de

(*) *Conseil National des Universités*

³³ Même si certains travaux, par exemple, ceux du Laboratoire d'éthique médicale et de droit de la santé et de santé publique de la faculté de médecine de Paris-Necker, de l'université catholique de Lille, de l'Espace éthique de l'AP-HP, de l'Espace éthique méditerranéen ou de l'Espace éthique aquitain, témoignent d'une vitalité existante.

³⁴ Cordier A. *Rapport.... op. cit.*, p. 64.

recherche en éthique³⁵ ? Ne devraient-ils pas plutôt prendre place au sein de masters d'autres disciplines scientifiques et médicales ? On peut penser que l'éthique semble davantage destinée, du fait de sa particularité, à exister à titre de modules intégrés dans les formations préparant aux divers masters de la faculté de médecine et des sciences.

Un certain nombre de masters de recherche pourrait comporter un versant éthique au sein duquel les travaux axiologiques préconisés par le Rapport viendraient prendre place. On notera, à cet égard, que de grandes écoles et certaines universités ont déjà incorporé l'épistémologie et l'éthique au sein de leur cursus en s'appuyant sur le concours de philosophes, suivant en cela les recommandations du rapport Lecourt³⁶. La connaissance des philosophies morales (utilitarisme, personnalisme, etc.) qui dominent la culture éthique contemporaine pourraient servir d'outils d'approche pour orienter et mener à bien la recherche en éthique. Il est du reste permis de penser que la formation en éthique gagnerait à être présente dans l'ensemble du domaine universitaire et non réservée uniquement aux seules professions de santé, tant il est certain que l'exercice du questionnement éthique met en jeu une dimension essentielle de la citoyenneté.

III La contribution des structures éthiques hospitalières

III.1. Formation continue et « Espace éthique régional »

Indépendamment du problème de l'insuffisance de la formation initiale en éthique, le rapport Cordier aborde la question du développement de l'éthique dans les établissements de santé au bénéfice des professionnels déjà en exercice. C'est sans doute dans la formation en éthique que se situe l'intérêt majeur du concept d'« Espace éthique » et la mission essentielle qui lui a été confiée³⁷. Le questionnement éthique doit, en effet, pouvoir se poursuivre au-delà

³⁵ *Ibid.*, p. 63 : le rapport suggère de « développer la création de DU, DESS et DEA (ou futurs masters) en éthique médicale ».

³⁶ Cf. rapport Lecourt www.education.gouv.fr/rapport/lecourt/lettre.htm : Le ministère de l'Éducation Nationale en 1999 a recommandé le développement de la philosophie dans les filières préparant aux métiers des sciences et de la santé : « Un tel enseignement devrait contribuer à développer l'esprit critique et inventif des étudiants des disciplines scientifiques, dans un monde où la science occupe une place intellectuelle et sociale sans pareille. Dans la tradition de la philosophie des Lumières, il faut demander à une philosophie vivante de contribuer à ce que l'accroissement des connaissances conduise à une plus grande liberté ». On notera que l'actuel ministère de l'Éducation a approuvé cette recommandation.

³⁷ Lors du projet de loi relatif à la bioéthique adopté par l'Assemblée nationale le 11 décembre 2003, le législateur a souhaité que soit diffusée au plan national une démarche qui relève du projet mis en œuvre depuis dix ans par les Espaces éthiques, d'abord à Paris puis à Marseille.

de la formation initiale, et s'adresser aux médecins libéraux ou hospitaliers ainsi qu'à tous les membres de la communauté soignante. Et même si des difficultés liées à la disposition d'esprit général qui prévaut actuellement en France rendent problématique sa réalisation concrète, il n'est pas vain de rappeler l'opportunité d'un projet de formation éthique au profit des enseignants des professions de santé eux-mêmes³⁸.

Comme pôle d'enseignement et de recherche, un Espace éthique régional présente la particularité d'être ouvert non seulement aux personnels de santé, mais aussi entre autres aux juristes, philosophes, psychologues, scientifiques, représentants associatifs ... C'est ensuite un lieu d'échanges des expériences et des savoirs. Le terme « espace » doit s'entendre ici en deux sens : au sens premier et physique du terme qui indique la présence (au sein de quelques CHU) de locaux mis à disposition des personnes concernées. Au sens second et métaphorique, la notion d'« espace » symbolise la liberté de parole et l'ouverture d'esprit³⁹. Évoluer dans un Espace éthique signifie, pour la pensée, pouvoir se déployer dans un horizon de réflexion plus large que celui des espaces exigus de la scène médiatique, de s'épanouir en dehors des institutions politiques, scientifiques ou ecclésiastiques où elle demeure trop souvent confinée. Les soignants s'y organisent en fonction de leurs préférences, de leurs champs de compétence ou de préoccupation (la douleur, la prise en charge du handicap, l'aide à la procréation, etc.) selon des groupes de discussion appelés, selon les cas, « commissions éthiques » ou « ateliers de réflexion ». Leur objectif n'est pas de donner des directives ou des recommandations en fonction de l'urgence d'une situation clinique ou d'une décision médicale à rendre au plus vite. Il est bien plutôt de prendre du recul vis-à-vis du contexte émotionnel dans lequel se déroule l'action, pour repenser le sens et les objectifs d'une activité donnée.

Comme lieux de rencontres, les Espaces éthiques régionaux offrent la possibilité aux médecins et juristes de croiser leurs regards sur les problèmes de santé ailleurs que sur la scène du contentieux à laquelle leur relation tendait à se limiter depuis quelques années. D'une façon générale, les Espaces éthiques régionaux représentent une chance d'échapper au cloisonnement des disciplines dont l'université française a longtemps pâti au cours des

³⁸ Cf. Académie nationale de médecine, Rapport 179, « A propos du rapport CORDIER : Ethique et Professions de Santé. Médecine et humanisme », mars 2004, http://www.academie-medecine.fr/upload/base/rapports_179 : « N'est-ce pas alors les enseignants qu'il faut convaincre de cette exigence, et ne seraient-ils pas ceux auxquels il conviendrait d'apporter la possibilité d'une formation appropriée ? Il semblerait particulièrement opportun que soient organisés pour eux de courts séminaires leur offrant l'occasion de rencontres et de fructueux échanges avec d'autres médecins, des philosophes, des psychologues, des sociologues, et avec des représentants d'associations de malades, et des sociétés savantes particulièrement concernées par les questionnements éthiques spécifiques à leur domaine d'activité ».

³⁹ Comme le dit le rapport Cordier « la notion “d'Espace” s'avère davantage propice à l'expression et aux débats, aux partages d'expériences, à l'acquisition et à l'appropriation des connaissances, à commencer par les connaissances scientifiques ».

décennies passées. On ne peut que se féliciter de voir des soignants (médecins et infirmiers [ères]) y côtoyer économistes de la santé, acteurs des sciences humaines et sociales, représentants associatifs, hommes de réflexion appartenant à des familles philosophiques ou religieuses différentes. Leurs rencontres et leurs travaux communs permettent une approche multidimensionnelle des problèmes d'éthique. Prenant le contre-pied d'un *habitus* multiséculaire, les Espaces éthiques brouillent les frontières convenues qui séparent théoriciens et praticiens. Ces nouvelles formes de coopération entre scientifiques et acteurs de terrain présentent l'intérêt non négligeable de faire participer les soignants aux réformes de l'équipement sanitaire, à l'organisation des services hospitaliers, dans la mesure où la recherche d'une allocation équitable des crédits « relève pleinement du questionnement éthique »⁴⁰.

Au vu de ces multiples apports, on ne peut qu'acquiescer à la proposition du rapport Cordier de développer ce type d'institution hospitalo-universitaire de telle façon qu'il existe, d'ici quelques années, au moins un « Espace éthique » par région⁴¹. Parmi les avantages les plus immédiats de cette multiplication des Espaces éthiques à travers la France, le Rapport met en avant la diffusion des informations et des connaissances au sein d'un réseau fédératif. L'expérience montre que les professionnels de la santé sont en demande de ce type de formation, qu'ils sont motivés et tout disposés à s'investir dans un questionnement éthique sur leurs pratiques. L'intérêt du réseau fédératif serait de mettre à leur disposition les travaux et les publications des participants d'autres Espaces éthiques, tout en assurant la circulation des informations au sujet des colloques, des conférences, des débats, des activités de réflexion qui sont en cours dans chaque région.

La dynamique culturelle que favorise cette mise à disposition d'une documentation substantielle en éthique et en sciences humaines et sociales au profit des professionnels du soin, ainsi que les conférences-débats ouvertes gratuitement au grand public, font des Espaces éthiques régionaux les ferments d'un renouvellement de la perception collective de l'hôpital qui exprime un réel besoin de ceux qui y travaillent au quotidien. En même temps qu'ils font de l'hôpital un lieu d'enrichissement culturel et humain, ils contribuent avantageusement à dissiper le sentiment d'isolement des uns et des autres, soignants autant que patients, en créant un foyer de discussion qui favorise l'harmonisation des conduites en fonction d'orientations éthiques communes. Aussi le Comité consultatif national d'éthique est-il pleinement disposé à apporter sa caution et son soutien aux initiatives régionales coordonnées par les CHU dotés

⁴⁰ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 64.

⁴¹ *Ibid.*, p. 45.

d'Espaces éthiques. En particulier, il exprime un avis favorable à la sollicitation qui lui est faite explicitement de s'associer à un partenariat dans le cadre d'un compte rendu de l'Observatoire des Espaces éthiques régionaux aux journées annuelles du CCNE⁴².

Pour autant, étant donné qu'il n'est pas habilité à édicter des normes et que ces Espaces sont placés sous la responsabilité d'autorités locales compétentes et institutionnellement reconnues, le CCNE laisse toute latitude aux organisateurs quant à leur mode de fonctionnement interne. Accordant toute sa confiance aux organisateurs de ces espaces, il s'accorde aussi à reconnaître le devoir de laisser à leur réseau « le caractère souple et contractuel d'une "fédération" »⁴³.

III.2. Différence entre « Espaces éthiques » et « Comités d'éthique locaux »

Peut-on penser néanmoins que la formation continue en éthique organisée sous l'égide d'Espaces éthiques régionaux puisse suffire aux soignants à surmonter les situations moralement difficiles qui se posent à eux dans la pratique ? Les auteurs du Rapport font observer incidemment que « certaines équipes ou Institutions de soins ou de recherches expriment le besoin d'un Comité d'éthique susceptible de produire des avis au regard de questions précises qu'elles se posent »⁴⁴. Référence est faite ici aux Comités d'éthique hospitaliers. Le Comité national a déjà eu l'occasion de se prononcer au sujet de ces instances consultatives, lorsqu'elles avaient à charge la rédaction d'avis sur les problèmes d'éthique posés par la recherche (cf. Avis n°13⁴⁵). La loi Huriet et l'instauration des CCPPRB (comités consultatifs de protection des personnes se prêtant à une recherche biomédicale) ont, depuis, contribué à limiter l'espace de délibération confié à ces comités locaux⁴⁶. Or, même si l'utilité des comités locaux d'éthique n'en a pas été pour cela remise en question, il reste que de tels comités devraient être restaurés en tant que comités d'aide éthique à la décision médicale. Cette appellation aurait l'avantage de dissiper toute équivoque tant au niveau de leur finalité intrinsèque qu'au sujet de leur rapport au CCNE. En l'état actuel des choses, en effet, il n'existe pas de textes législatifs instituant un quelconque lien entre les comités locaux ou

⁴² *Ibid.*, p. 63.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*, p. 43.

⁴⁵ Avis du CCNE n° 13 du 7 novembre 1988, « Recommandations sur les Comités d'éthique locaux ».

⁴⁶ Notons au demeurant que ce n'est pas la réforme prévue des CCPPRB en « comités de protection des personnes dans la recherche » (CPPR)⁴⁶ qui modifiera la donne, attendu que le souci éthique de la protection des participants demeure un des objectifs fondamentaux de ces organismes de contrôle.

régionaux et le Comité consultatif national d'éthique. Cela tient essentiellement au fait que - comme l'avait déjà mentionné l'avis n° 13 du 7 novembre 1988 - il n'entre pas dans la mission du Comité consultatif national d'éthique d'investir une fonction d'autorité morale qui l'habiliterait à délivrer des agréments à quelque instance que ce soit :

« Pareille attribution relèverait non plus de l'avis mais de la décision et serait de nature à entraîner sur le plan juridique des conséquences qui ne seraient plus conformes à l'esprit de l'institution. L'agrément dans ces conditions ne peut émaner que d'une autorité publique »⁴⁷.

Mais, en l'absence de procédure d'agrément, comment éviter l'auto-institution de tels comités ? Le rapport Cordier fait remarquer que l'une des principales préoccupations est d'« éviter de transformer de telles structures en lieux d'idéologie »⁴⁸. L'auto-proclamation de certaines instances qui (tels des « comités éthiques » de sociétés savantes) prononceraient des avis en vase clos soulève des interrogations dont le Comité a évoqué la gravité à l'occasion de son avis sur la neurochirurgie fonctionnelle d'affections psychiatriques sévères⁴⁹. La logique scientifique dans laquelle s'inscrit la démarche médicale est particulièrement périlleuse lorsqu'il s'agit d'aborder des maladies dont la résonance existentielle est majorée par sa composante mentale ou psychologique⁵⁰, d'où l'importance de l'agrément par une autorité publique.

La commission Cordier ajoute que « compte tenu de ses missions, le CCNE pourrait être en charge d'élaborer une Charte nationale précisant les règles de composition, de représentativité et de fonctionnement de ces différents Comités »⁵¹. S'agissant d'une telle sollicitation, le Comité estime que les recommandations qui ont été faites dans son avis n° 13 du 7 novembre 1988 - même si elles s'adressaient alors plus spécifiquement à des comités délivrant des avis sur des protocoles de recherche - demeurent des points de repère qui gardent toute leur pertinence. Les recommandations qu'on peut y lire au sujet de la composition et des prérogatives attribuées aux comités locaux apportent les garanties recherchées. Elles semblent par conséquent pouvoir suffire à la rédaction d'une charte se

⁴⁷ Avis du CCNE n° 13 du 7 novembre 1988, « Recommandations sur les Comités d'éthique locaux », ch II – « Organisation. Modalités de création et de mise en place ».

⁴⁸ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 43.

⁴⁹ Avis n°71 du 25 avril 2002.

⁵⁰ Dans le cas de psychoses graves, par exemple, l'avis n° 71 a suggéré de minimiser le risque de l'unilatéralité des avis par l'instauration d'un comité comportant, outre médecins traitants et experts, « des personnels médicaux pluridisciplinaires et extra médicaux, avec des personnes capables d'évaluer ce qu'est un handicap, la souffrance de la personne, de sa famille et de son entourage, permettrait d'atténuer les souffrances et l'anxiété de la prise de décision ».

⁵¹ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 43.

donnant pour objectif de baliser le champ d'intervention balayé par ce type d'organisation locale⁵².

Le présent avis se bornera donc à reprendre, avec un vocabulaire qui tienne compte des changements survenus depuis lors, les principaux garde-fous susceptibles de leur assigner cette « marque d'authenticité et de sérieux » évoqués par l'avis n°13, tout en décourageant la « prolifération de groupements approximatifs »⁵³ :

a) Les comités d'aide éthique à la décision médicale ne devraient pas être composés exclusivement de spécialistes. Il est indispensable que leurs membres soient issus d'horizons divers de telle manière que les avis rendus puissent paraître justifiés aux yeux de personnes n'appartenant pas au corps médical⁵⁴ ou infirmier;

b) Ils devraient s'assurer du renouvellement périodique de leur composition, de leur procédure de nomination, et de la transparence de leur mode de financement ;

c) Ils sont strictement consultatifs et ne peuvent en aucun cas se substituer à la décision prise en concertation par une équipe soignante, un chef de service ou un médecin généraliste ;

d) Ils assurent un relais entre le corps médical et la société civile en produisant des documents et en diffusant des informations qui seront répertoriées dans la littérature scientifique, médicale ou éthique.

Ces structures d'aide éthique à la décision diffèrent donc totalement des « Espaces éthiques » par leur objectif de proposer une réponse à une question pratique⁵⁵.

⁵² Cf. Avis du CCNE n°13 du 7 novembre 1988, Ch. I « Les missions des Comités d'éthique ». Les recommandations émises dans ce document comportaient la prise en compte par les comités d'éthique locaux ou régionaux d'avis étendus à l'ensemble de l'activité médicale : « Au-delà d'une mission d'évaluation de la recherche, on voit ainsi apparaître la possibilité d'exercice d'un rôle de conseil auprès des médecins, y compris pour des conduites diagnostiques ou thérapeutiques ».

⁵³ Introduction de l'avis du CCNE n° 13 du 7 novembre 1988, « Recommandations sur les Comités d'éthique locaux ».

⁵⁴ On reprendra sur ce point la distinction éclairante opérée par l'avis n° 13 entre « pluridisciplinarité » et « pluralité » : le premier concept annonce seulement la différence de compétences de techniciens et de praticiens appartenant à des domaines d'activité médicale divers. Le second signifie la présence de citoyens et de profanes. Seule cette deuxième formule, celle de la « pluralité », est en mesure d'éviter l'objection de l'unilatéralité de l'avis rendu. Elle est le gage de sa crédibilité, et ce pour deux raisons : « En premier lieu, il est difficile pour des professionnels, quels qu'ils soient, de s'évader de leurs domaines et d'évaluer la totalité des questions qui se posent à eux. Un concours extérieur est un apport précieux. En second lieu, un avis rendu par un Comité de composition unitaire aura moins de crédit qu'un avis rendu par un Comité pluraliste, aux yeux de l'opinion qui trouvera dans ce second cas le reflet de ses propres préoccupations et aura le sentiment justifié d'avoir eu des interprètes ».

⁵⁵ Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 41.

A côté de ces structures, la formule de l'éthique clinique, telle qu'elle existe déjà Outre-atlantique, peut, peut-être, trouver une place dans la mesure où elle fonderait sa finalité dans une « aide au dialogue entre les soignants et les soignés, compte tenu de la demande croissante des malades et de leurs familles d'être partenaires dans la décision médicale »⁵⁶, sans pour autant la dicter. Il s'agit davantage d'une entreprise de clarification des paramètres de la décision, destinée à « faciliter la réflexion des uns et des autres quant aux fondements d'une décision, à la légitimité de celui qui prend la décision, à la place des différents acteurs concernés, au sens de la décision »⁵⁷. Un Centre d'éthique clinique semble donc être une structure d'éthique modélisable par la modestie de la contribution qu'elle ambitionne d'apporter, à titre de « tiers extérieur », n'ayant d'autre dessein que d'inciter les protagonistes de la situation clinique « à aller au bout d'un argumentaire »⁵⁸. Son action peut se révéler pédagogique, en donnant aux soignants, au sens large du terme, l'exemple d'une élucidation et d'une mise en forme des facteurs décisionnels dans la démarche médicale. Le risque paradoxal est que le centre d'éthique clinique, malgré ses objectifs d'aide à la réflexion éthique, soit plus perçu comme un centre de référence éthique qu'un lieu de mobilisation éthique. S'il s'avère avec le temps que la ligne de fonctionnement suivie par cette structure éthique s'est cristallisée autour de règles de conduite éprouvées par la durée, qu'elle n'entraîne pas de déresponsabilisation de la part des médecins, alors le concept de l'éthique clinique pourrait être encouragé⁵⁹, dans des formes adaptées à la culture éthique française.

Conclusion

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

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ibid.*, p. 53

⁵⁹ Le délai de trois ans suggéré par le Rapport paraît ajusté à l'entreprise d'évaluation. Cf. Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 53 : « Le fonctionnement assez particulier de l'expérience engagée à l'hôpital Cochin (la garde « éthique »), l'obligation de formation) ne sera pas nécessairement repris partout. C'est pourquoi il y a place pour laisser le temps nécessaire à l'évaluation de cette structure pilote et de cette acception de l'éthique clinique, qui pourrait intervenir dans un délai de trois ans ».

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

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

- Il existe de nombreux foyers de résistance à l'extension de la réflexion éthique dont il faut avoir une conscience lucide, si l'on veut ajuster les ambitions aux possibilités réelles. La valeur des intentions ne dispense pas d'une interrogation sur la faisabilité des recommandations. Ainsi, même si l'intention d'intégrer l'éthique dans les réunions médicales est louable, on voit mal par quel biais elle pourrait être suivie d'effets dans la pratique⁶⁰.

⁶⁰ Cf. Cordier A., *Rapport, op. cit.*, p. 29 : « Il convient donc de libérer davantage la parole éthique au sein des staffs ».

L'exigence éthique s'éprouve, elle ne se contraint pas. Sans doute, la place qu'ils ont consacrée au problème de la formation pour réformer les conduites est-elle là pour attester que les auteurs du rapport Cordier n'ignorent pas que les habitudes acquises constituent une pierre d'achoppement autant qu'un facteur d'inertie incompressible. Il reste que même en amont, les difficultés sont sérieuses. Qu'il s'agisse de s'entendre sur le contenu à assigner à un « enseignement » de l'éthique, de l'objectivité des procédures de qualification des personnels enseignants destinés à devenir « référents en éthique » ou encore des lacunes culturelles des étudiants, les motifs de douter de la possibilité de « provoquer un « choc culturel » décisif »⁶¹ en ce domaine ne sont pas minces. Le rapport Cordier a lui-même souligné à juste titre le peu de crédit qui s'attache actuellement à la notion d' « éthique » dans le milieu médical⁶².

- Les initiatives et réalisations qui ont déjà été accomplies, les volontés déjà exprimées, doivent être reconnues et même encouragées. Il ne faut pas désavouer les initiatives universitaires déjà prises en France d'introduire des référents en éthique dans les facultés des sciences biologiques et médicales. Si l'on tient pour acquis que le *statu quo* actuel n'est guère propice à la résolution des graves problèmes précédemment évoqués⁶³, alors les efforts entrepris jusqu'ici pour faire évoluer la situation française doivent être soutenus et reconnus à leur juste valeur. Force est en effet de constater qu'à défaut de bénéficier d'une consécration institutionnelle, l'éthique peine à exister véritablement et que le temps qui devrait lui être dévolu continue à être perçu comme superfétatoire. Il s'ensuit que l'énergie créatrice des médecins se dirige soit sur l'efficacité des procédures diagnostiques et thérapeutiques, soit sur la recherche, au détriment d'un temps d'écoute toujours plus exigu, d'un examen clinique du malade toujours plus mesuré et d'une réflexion éthique de moins en moins familière aux acteurs de soin.

Certes, le risque de dérive n'est pas dérisoire. Mais il serait faux de croire que les facultés ne disposent d'aucun moyen d'apprécier les qualités pédagogiques de leurs responsables pour intervenir si ceux-ci en viennent à manquer aux missions qui leur sont confiées. Aussi, et même s'il a passé sous silence les difficultés structurelles que représente leur exploration, le rapport Cordier semble fondé à proposer des voies nouvelles. C'est pourquoi le Comité a jugé utile de proposer quelques pistes en évoquant un recrutement selon la formule de

⁶¹ *Ibid.*, p. 32.

⁶² *Ibid.*, p. 18 : « L'éthique vient en quelque sorte comme un luxe ornant voire même camouflant d'autres considérants moins glorieux. L'éthique s'est usée avant même d'avoir servi réellement ! Assez d'éthique commence-t-on d'entendre... ».

⁶³ Cf. *supra* I.1. « Quatre motifs légitimes de préoccupation ».

l'intersection des CNU, dans des proportions modestes et à titre expérimental, tout en assortissant la nomination des référents d'instructions relatives aux modalités de leur formation et de celle qu'ils donneront⁶⁴. En tout état de cause, quelle que soit la formule que retiendront les autorités compétentes, il semble indispensable de veiller à ce que les responsables de la formation travaillent au développement d'une réflexion collégiale, dans une association étroite avec les praticiens hospitaliers et les autres enseignants des facultés des sciences biologiques et médicales, des sciences humaines et juridiques. Il convient à tout prix d'éviter de donner aux étudiants le sentiment fâcheux que ces référents détiennent le monopole de l'éthique. Si le ministère de l'Enseignement Supérieur souhaitait encourager la présence de référents au sein des institutions universitaires préparant aux métiers de santé, le Comité estime que leur enseignement ne devrait pas prendre l'allure d'un cours traditionnel et être uniquement dispensé aux étudiants des facultés de médecine. Il devrait s'élargir à des fonctions de coordination et d'animation au sein de formations continues, afin qu'ils soient des éléments fédérateurs entre l'hôpital et les facultés des sciences de la vie et de la santé. En participant à l'organisation de rencontres interdisciplinaires et de séminaires, de conférences ou de commissions de réflexion transversales, les référents en éthique feraient apparaître l'essence dialogique et la dimension pluraliste de l'éthique.

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

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

⁶⁴ Nous avons utilisé à dessein le terme « formation » de préférence à « enseignement » qui connote l'idée d'une matière à inculquer, en gommant la spécificité que doit revêtir un cours d'éthique au regard des disciplines déjà existantes.

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

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

Jeudi 29 avril 2004