



# Conflits de conscience

<b>Introduction, Michel Baur</b>	<b>76</b>
Particularité du conflit de conscience à l'hôpital	76
La dualité du conflit de conscience	78
Une responsabilité lourde et trop souvent individuelle	80
Enjeux du professionnalisme et d'une éthique de la discussion	81
<b>Cellule de réflexion de l'Espace éthique</b>	<b>84</b>
Le droit comme expression de la conscience collective	84
Conflits de conscience et normes	86
Conscience professionnelle et attitudes du médecin	89
Justesse et respect face aux demandes d'IVG	91
Les valeurs en cause	95
Négocier dans l'institution les situations de crise	98
Un compromis sans compromission	101
Face aux maltraitements	101
Acte médical et pluralité éthique	105
S'engager dans une réflexion exigeante et pluraliste	108
<b>Annexe - Décision médicale au quotidien, Laurent Beaugerie</b>	<b>112</b>
Les bases intellectuelles de la décision médicale	112
Anatomie de la décision médicale	113
Responsabilités engagées et partagées	115
Problèmes spécifiques de la décision médicale à l'hôpital	117
Marges de manœuvre de la décision médicale individuelle	118
Finalités et enjeux de la décision médicale	119
Délibération et finalités de la décision médicale	119
Conflits au regard de la santé d'un individu	120
Conflits entre santé individuelle et santé publique	120
Ergonomie de la délibération	121
Tendre à la qualité de la relation	121

# Introduction

Michel Baur \*

Face à une problématique aussi difficile, il n'est probablement pas inutile de définir ce que nous mettons derrière les mots.

La notion de conflit se comprend facilement : elle oppose des termes irréductibles et opposés par leur nature et pour lesquels, au sein d'une situation donnée la seule alternative sera le dépassement ou la négation, voire le refoulement de l'un des termes.

La notion de conscience, beaucoup plus abstraite, est considérée par certains auteurs comme indéfinissable parce qu'elle se confondrait avec le savoir ; pour d'autres, elle renvoie à des concepts philosophiques tellement diversifiés qu'il serait vain en quelques lignes d'espérer en délimiter le sujet.

Cette brève introduction visera donc simplement à mesurer ce qui nous semble constituer les enjeux concrets et les questionnements implicites qui découlent de cette question concernant les acteurs hospitaliers dans l'exercice de leurs responsabilités éthiques, juridiques ou médico-sociales.

## Particularités du conflit de conscience à l'hôpital

Le médecin, l'infirmière, le soignant sont, certes, des professionnels, c'est-à-dire des techniciens ; mais ils sont avant tout des êtres humains. Lorsque dans l'exercice de leur métier ils connaissent des conflits de conscience, c'est parce qu'ils ne se contentent pas de n'être que des professionnels ; ils revendiquent d'être aussi des personnes morales.

Une partie du problème réside dans le fait que, à travers l'acte technique qu'ils sont seuls habilités à effectuer, ils peuvent être amenés à faire prévaloir leur propre conscience sur celle du malade et lui dénier ainsi sa liberté de choix et de jugement. Or, dénier la liberté d'autrui, c'est du même coup, dénier sa propre liberté. Il faut comprendre ici le mot de liberté dans le sens du "libre arbitre", d'une spécificité proprement humaine dont la reconnaissance vaut d'une manière universelle : tout le monde ou personne !

---

\* Conseiller auprès du directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Diminués physiquement, psychologiquement ou moralement, les patients sont-ils toujours réellement libres? À partir de quel moment considérera-t-on qu'ils sont libres ou aptes à exprimer un choix ou un jugement? Si l'on considère qu'ils ne sont pas, du fait de leur état, qui va décider? Enfin, de quel droit et au nom de quelle légitimité éthique les professionnels de santé ou les institutions vont-ils pouvoir se poser en juges de la liberté de l'autre, c'est-à-dire de son humanité?

**En effet, deux possibilités s'ouvrent à nous :**

- soit nous affirmons : l'homme est libre, et c'est cette liberté qui fait son humanité - au sens universel des droits de l'Homme - et, alors, rien n'autorise à ne pas dévoiler au patient les informations médicales sur son état de santé ou les risques inhérents à un acte médical, et rien n'autorise à refuser le droit d'avorter ou pas, de demander une assistance face à la mort, d'avoir un enfant avec le sperme d'un défunt, etc.;

- soit, nous admettons des atteintes à ce principe pour des raisons estimées au moins égales ou supérieures, en considérant, par exemple :

- qu'un patient n'est pas apte à décider librement, du fait de son état. Mais au nom de quelle éthique? À partir de quels critères la volonté d'une personne souffrante, d'un débile, d'une personne handicapée est-elle moins respectable que celle d'un individu en bonne santé?

Ce point de vue ne revient-il pas à présupposer qu'il y a un seul type de personne qui soit réellement une personne? : l'adulte en bonne santé.

Il faut bien admettre que, dans le droit comme dans les faits, c'est ainsi que nous pensons et agissons. Nous refusons au mineur, au déprimé grave, au handicapé profond ou au vieillard atteint de la maladie d'Alzheimer, un statut d'homme à part entière parce que nous estimons qu'ils ne disposent pas ou plus du plein exercice de leur raison, cette dernière apparaissant alors comme le critère essentiel de la pleine humanité. Sous une apparente modernité, notre société reste, de ce point de vue, profondément "paternaliste" à l'égard d'un certain nombre de ses "sujets" auxquels elle dénie, de fait, le statut de personne;

- que l'usage de cette liberté présuppose l'aide technique d'un tiers (médecin, soignant), lequel doit également pouvoir faire usage de sa propre liberté à l'égard du patient. On notera, *a contrario*, que parfois, les professionnels ne considèrent leur intervention que comme une parenthèse "technique", dénuée de toute valeur morale;

- que l'activité de soins s'exerce dans un cadre particulier qui est celui du service public hospitalier, financé par la collectivité et soumis, de ce fait, à des engagements et à des devoirs importants : respect des budgets, accès équitable aux soins, accueil de tous, etc.;

---

- que la liberté de chacun ne peut aller jusqu'à attenter à la dignité de l'homme, du moins à l'idée que se fait une société de cette dignité et à l'image culturelle qu'elle a de l'homme, car ce que l'on fait subir à chaque homme concerne l'ensemble de notre humanité.

Le caractère particulièrement "pointu" de ces interrogations n'est pas qu'éthique ou qualitatif; il est aussi terriblement concret : 70 % des individus souffrent et meurent à l'hôpital, dix millions le fréquentent annuellement au travers des situations de détresse ou de soins qui, à un moment ou un autre, peuvent relever de ce type d'interrogations. Ces dernières n'épuisent naturellement pas le sujet, puisque l'on pourrait également, bien sûr, parler des situations dans lesquelles le patient n'est plus à même de faire usage de la parole (comas, états végétatifs).

Au-delà d'une réflexion idéologique sur les valeurs, qui resterait probablement antagoniste ou stérile, trois caractéristiques essentielles me paraissent devoir être mises en exergue au travers des débats que nous avons pu avoir dans les groupes de travail ou la cellule de réflexion de l'Espace éthique de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris :

- la dualité du conflit de conscience ;
- le poids et la solitude liés à cette responsabilité ;
- la nécessité du professionnalisme et de la médiation.

## **La dualité du conflit de conscience**

Dans les débats théoriques philosophiques, la question du conflit de conscience est souvent accaparée par les oppositions de jugement sur les idées (idéologie) ou biaisée par un conflit de valeurs posé de façon close sur soi-même, excluant l'autre : *"Je serais en conflit parce que contraint d'effectuer un acte qui heurte mes convictions personnelles."* C'est cependant mal poser le problème du conflit de conscience tel qu'il se présente dans les situations hospitalières concrètes.

Lors de nos débats, Didier Sicard en a donné une excellente approche : *"C'est un glissement entre conscience professionnelle et conscience morale, accepter que l'autre puisse mettre en péril mes propres valeurs, accepter le divorce en soi-même, entre sa connaissance professionnelle et sa conscience morale."*

Le conflit de conscience est, en effet, (souvent? parfois? toujours?) un conflit entre moi et l'autre, entre mes intérêts (professionnels ou personnels, y compris mes intérêts moraux) et ceux de l'autre (le patient), entre ma personne et sa personne. Refuser d'effectuer une interruption de grossesse, c'est se placer avant l'autre, ma conception morale avant celle du patient qui sollicite cet acte. Le conflit de conscience ne peut se résoudre que par le sacrifice de soi ou de l'autre.

Abraham lui-même, en acceptant de sacrifier son fils ne sauve-t-il pas ainsi l'idée qu'il a de lui et de Dieu au détriment de la vie de son fils? Mais Dieu l'arrête...

Les scientifiques dont les travaux contribuèrent à la construction de la bombe atomique furent, eux aussi, amenés à affronter des conflits de conscience. Max Planck, par exemple, considérait que l'on pouvait se trouver placé en face de situations où toute décision, quelle qu'elle fût, ne pouvait être que mauvaise et sans un recours permettant de choisir entre deux maux le moindre, comme le croient parfois certains décideurs. Heisenberg, quant à lui, conçoit l'exemple suivant : un dictateur jette en prison dix de ses adversaires. Il propose ensuite à un juriste de couvrir la légalité d'un meurtre en déclarant sa victime coupable en échange de la vie sauve des neuf autres détenus. Si le juriste refuse, les dix prisonniers seront exécutés. Que doit faire le juriste? Sa "bonne conscience professionnelle" et le respect du droit ont-ils davantage de valeur que la vie des neufs détenus? La justice et la loi, ou la charité? La justice et la charité à l'égard d'autrui constituent des notions essentielles et très souvent complémentaires de la vie en société. Toutefois, dans certains cas ne s'excluent-elles pas mutuellement?

La vie hospitalière est, on le sait, porteuse de situations de ce type : qu'il s'agisse, par exemple, des problèmes liés à l'euthanasie, des soins à dispenser aux étrangers en situation irrégulière ou aux criminels en fuite, du secret sur les risques que fait peser sur sa femme un mari séropositif, etc.

Conflit entre moi et l'autre, le conflit de conscience est aussi un conflit entre la Valeur et l'homme; l'homme réel, contingent, celui qui souffre, *hic et nunc*, par opposition à l'idée de l'Homme - c'est-à-dire à la valeur. Mais, quelle valeur prend la Valeur si elle aboutit à sacrifier l'homme au nom de l'Homme (l'homme abstrait, celui de la loi et des droits de l'Homme)? Inversement, que reste-t-il concrètement des droits de l'Homme si l'on accepte, par charité, de toucher, ne serait-ce qu'une seule fois, à l'Homme abstrait?

Les conflits de conscience à l'hôpital vont ainsi interroger, le médecin, le soignant et l'administrateur au travers de dualismes où toutes les solutions sont parfois plus mauvaises les unes que les autres :

- conflits entre plusieurs valeurs faisant partie d'une même éthique mais incompatibles entre elles dans le cadre d'une situation réelle : l'avenir de la mère ou la vie sauve pour l'embryon, le consentement "libre et éclairé" ou le refus "d'aggraver" l'état du malade en lui révélant la vérité de sa pathologie, etc. ;

- conflits entre valeurs de cultures différentes : chrétiennes, islamiques, juives, laïques, etc., concernant des problèmes aussi divers que le don d'organes, le refus de dépistage anténatal, le refus de césarienne, etc. ;

---

- conflits entre le professionnel et le patient : ce que me dictent le savoir et ma déontologie de professionnel face au choix, à la volonté et au désir du patient ; conflits de l'administrateur qui devra arbitrer budgétairement entre des besoins légitimes et d'une égale importance en matière de santé publique.

À l'inverse des discussions philosophiques, la vie hospitalière va ainsi exiger de la part des professionnels de santé une décision immédiate et la mise en œuvre de sa responsabilité.

## **Une responsabilité lourde et trop souvent individuelle**

La solitude est l'une des caractéristiques du conflit de conscience dans le monde hospitalier. Certes, comme Emmanuel Hirsch le rappelait lors de notre réunion du 20 mars 1997, une institution comme l'AP-HP, instrument du service public hospitalier, se doit de porter des valeurs essentielles concernant la dignité des personnes, les droits du patient en termes d'équité, d'accès aux soins, etc., et tous les collaborateurs du service public sont impliqués dans la communauté de ces valeurs partagées. En outre, certains professionnels comme les médecins se doivent de respecter des règles déontologiques d'une grande rigueur dépassant celles de l'institution.

L'histoire contemporaine montre cependant leur extrême relativité collective comme moyen de soutenir la responsabilité individuelle. Par exemple, qui se souvient que le premier pays à avoir édicté des règles éthiques fut l'Allemagne, en 1931 ? : *"Directives concernant les thérapeutiques nouvelles et l'expérimentation scientifique sur l'homme"*. Ce code éthique imposait aux médecins allemands de recueillir obligatoirement le consentement informé des patients. Il était toujours en vigueur à la fin de la seconde guerre mondiale...! on sait ce qu'il en est advenu dans les faits...

Au risque de choquer, il faut dire que n'existe pas en fait de conscience collective, au sens moral du terme (opposé à la conscience comme connaissance), mais seulement des lois, des mœurs, des normes communes. Parler de conscience collective est fondamentalement dangereux et ouvre la voie à l'irresponsabilité.

La conscience est (et doit être) ce qui met le professionnel de santé face à ses responsabilités personnelles (en tant que personne), car c'est uniquement en tant que personne qu'il pourra *"répondre de"* et non pas en vertu d'un code ou des règles du service public hospitalier, et ce face à une situation concrète - la maladie et la souffrance d'un patient -, à moins qu'il ne se réfugie dans le statut d'un pur technicien agissant sur une pathologie.

Lorsqu'un malade sollicite le soignant pour qu'il abrège sa vie, les praticiens des soins palliatifs affirment que si l'on explore plus avant la demande, ce n'est pas la mort qui est forcément souhaitée mais qu'il s'agit là de l'expression d'une grande détresse à laquelle le médecin doit répondre. Il en est souvent de même en ce qui concerne le suicide. On imagine la difficulté que cela peut représenter lorsque le quotidien renvoie, sans d'autres précautions, ce type de demande vers le personnel soignant : une infirmière seule dans son service de nuit ou encore dans une équipe où le dialogue et la continuité des soins en équipe s'avèreraient déficients. On pense inévitablement à l'infirmière du centre hospitalier de Mantes-la-Jolie, mise en examen pour avoir abrégé les souffrances d'une trentaine de malades incurables.

La vie hospitalière échappe difficilement à ces situations dans lesquelles, le technicien de santé - qui est aussi un être moral - se trouve en conflit avec cet autre être moral qu'est le patient, reconnu comme un véritable sujet, même diminué ou incapable de s'exprimer.

Plus que jamais, ce changement fondamental que constitue la nouvelle place du patient qui aspire à devenir sujet dans la relation thérapeutique, fera que nous devons simplement ne jamais oublier que, avant d'être des fonctionnaires nous sommes des êtres humains, de même que, avant d'être un malade, le patient est un être humain à part entière.

Cet humanisme profond renvoie fondamentalement à des responsabilités et à une solitude qui sont le contrepoint de sa richesse. Mais la solitude de la conscience ne doit pas être confondue avec l'exercice solitaire de la décision, qu'il convient, au contraire, de réduire le plus possible si l'on veut réellement adopter une démarche éthique.

## **Enjeux du professionnalisme et d'une éthique de la discussion**

Souligner l'opposition entre des valeurs ne consiste pas à fustiger l'une au profit de l'autre. La connaissance des maladies, la déontologie, en fait le professionnalisme, sont des moyens d'éviter d'être livré à soi-même et d'éviter des dilemmes. C'est le professionnalisme, lequel pêche parfois à l'hôpital, qui constitue le plus sûr rempart contre toutes les dérives inutiles.

Le simple fait de dire "bonjour" en entrant dans la chambre d'un patient, que l'on soit médecin, soignant ou directeur, représente le plus sûr moyen de se rappeler de la prééminence de la personne. Le professionnalisme, c'est évidemment plus que cela, mais son plein exercice permet de tracer une ligne claire entre ce qui relève de la conscience professionnelle et ce qui relève de la conscience morale

---

dans l'exercice des missions du quotidien, et de distinguer les questions éthiques de ce qui résulterait de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles.

Si la conscience morale, quant à elle, renvoie à la solitude de la responsabilité, il est probable que le développement de l'éthique soit en partie dicté par cette nécessité de ne pas la confondre avec l'exercice solitaire de la décision, mais, au contraire, de favoriser l'expression du libre choix du patient dans le cadre d'un dialogue qui l'associe.

L'essor de cette éthique de la discussion (CCPPRB, comités d'éthique, groupes de réflexion, etc.) a permis d'alléger le poids et la solitude de la responsabilité en l'étayant par le discours critique. Le "bien" devient alors ce qui fait consensus au terme d'un débat "rationnel" (ou prétendu tel). Mais, du même coup, le bien ne devient-il pas, non seulement plus pragmatique, mais également relatif, socio-culturel ? Ce qui sera toujours difficilement acceptable par les tenants des pensées idéalistes ou universalistes : religieux, "kantien", etc.

Cette difficulté est au cœur du débat sur l'opportunité de légiférer ou non en matière de questions bioéthiques. La loi est, en effet, l'expression du "vivre ensemble", mais ne prétend pas (et n'a pas à prétendre) à la vérité. De fait, il n'y aura jamais de loi qui puisse permettre de régler tous les conflits de la vie hospitalière qui relèvent de la conscience. En définitive, le problème n'est pas le conflit de conscience - car, il sera de plus en plus inhérent à la montée du respect des personnes dans la vie hospitalière - mais les moyens que l'on se donne pour le résoudre. Accepter le conflit de conscience dans nos pratiques professionnelles, c'est déjà ne pas le fuir, le poser en tant que tel : là est l'éthique plus que dans la solution donnée. C'est, en même temps, prendre ses responsabilités : "*répondre de*", c'est être prêt à assumer ses décisions dans la transparence, à mettre sa personne en jeu. Il faut être prêt à mettre gros dans la balance lorsqu'on évoque une décision prise "en son âme et conscience", sans quoi il ne s'agit pas d'un conflit de conscience mais du vague à l'âme.

C'est pourquoi, il revient à la loi de limiter au maximum ce genre de situations. À l'Espace éthique AP-HP, aux divers groupes de réflexion, à la formation, de soutenir au maximum les individus quant à l'exercice de cette responsabilité. L'institution hospitalière est par nature confrontée à l'Homme, elle doit limiter au maximum les cas limites mais en sachant ainsi qu'elle devra les accepter comme fondement de sa spécificité.

Comme le signale Catherine Labrousse-Riou : "*la loi essaie de satisfaire tout le monde, elle établit des règles parfois confuses ou ambiguës et ne règle en aucun cas le conflit à la place des gens.*" Si bien qu'elle les met dans une situation qui



ajoute à l'intensité du conflit et, reprenant Hannah Arendt, *"le plus grand désordre social surgit quand les individus sont placés trop fréquemment par la société dans l'obligation - faute de loi - de trancher trop souvent des conflits difficiles"*.

Mais le conflit de conscience en matière d'éthique biomédicale se situe toujours dans le présent, à la croisée de lois qui ne permettent pas toujours de viser au consensus souhaité.

La vulnérabilité de la responsabilité individuelle éprouvée par chaque professionnel de santé dans ses fonctions, justifie que nous puissions l'alléger chaque fois que possible par la médiation. C'est l'immense intérêt de "l'éthique de la discussion" que nous voyons se développer au sein des services, de l'hôpital, des institutions, qu'ils s'appellent CCPPRB, Comités d'éthique, Espace éthique, groupes de réflexion, etc. Ils se doublent de plus en plus souvent d'une formation spécifique dans les cursus de base : UFR de médecine, Instituts de formation en soins infirmiers ou formation continue. Le but de ces efforts vise à constituer le maximum de lieux de référence et de recherche pour, au-delà de la loi, permettre aux professionnels d'être le moins désarmés possible face à des situations qui mettent en jeu l'humanité de la personne et éviter ainsi l'hétérogénéité des comportements.

Albert Camus écrivait : *"Je sais que l'on peut mourir pour une idée, et je sais que c'est facile. Mais mourir pour un sentiment ? Si, l'homme n'est pas capable de mourir pour un sentiment, alors, il ne m'intéresse pas."* Ailleurs, il déclarait : *"Entre ma mère et la justice, je choisis ma mère."* Charité contre justice ? L'homme contre la raison ? Le monde de la vie hospitalière ou celui des idées de Platon ? Aucun professionnel de santé n'a pu ou ne pourra, un jour ou l'autre, échapper à cette redoutable interrogation.

# Conflits de conscience

20 mars 1997

## Invités experts

Dr Paul Atlan (gynécologue-obstétricien, responsable de la consultation éthico-religieuse, hôpital Antoine-Béclère, AP-HP), Maryse Hournarette (psychologue, centre d'orthogénie, hôpital Avicenne, AP-HP), Pr Catherine Labrusse-Riou (professeur de droit à l'Université de Paris I).

## Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Dr Alain Baulon, Michel Baur, Michèle Deloche, Chantal Deschamps, Françoise Duménil-Guillaudeau, Pr Patrick Hardy, Emmanuel Hirsch, Dr Jacques Lebas, Dr Antoinette Salem, Pr Didier Sicard, Jean Wils.

## Le droit comme expression de la conscience collective

Catherine Labrusse-Riou

Je n'apporterai que peu de commentaires concernant la pratique médicale. Néanmoins, j'ai pleinement conscience de l'importance et de la gravité des conflits de conscience auxquels peuvent être confrontés les médecins. En tant que juriste, il s'avère difficile de parler des conflits de conscience. Mon point de vue sera de nature théorique et ma réflexion pourra vous apparaître très abstraite. Que veut dire conscience pour un juriste et comment situer la question des conflits de conscience au regard du droit ?

Un sens oublié reste tout à fait pertinent : la connaissance partagée, le savoir commun, qui renvoie à l'idée de conscience collective. Dès lors, inévitablement, le juriste pense que le droit peut être l'une des expressions de la conscience collective. La norme juridique et le bien fondé de cette norme s'inscrivent dans la conscience collective. On devine alors comment le droit façonne les consciences singulières, invitées à intérioriser la norme afin de rendre conforme leur comportement individuel ou d'accepter le jugement dans l'hypothèse d'une transgression faisant l'objet d'une sanction juridictionnelle.

---

\* Cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique, prolonge l'échange consacré le 18 avril 1996 à : *Le légal et le moral*, publié dans *Espace éthique. Éléments pour un débat. Travaux 1995-1996*, Paris, AP-HP/Doin, 1997, pp. 289-333.

La conscience collective, du point de vue du droit, n'apparaît pas sans ambiguïté si elle se conçoit comme l'une des sources de la norme juridique. Pensons par exemple, d'un côté à la fiction politique théorisée par Jean-Jacques Rousseau, de la démocratie pour construction totalement abstraite et, d'un autre côté, à "*l'esprit du peuple allemand*", expression romantique du droit, transformée en délire collectif conférant au droit une vision peu conforme à la tradition occidentale. Force est alors de constater que le droit ne relève pas de la conscience collective de manière univoque : ce serait de l'unanimité.

Or, la Raison et le principe de Justice autorisent le jugement des produits de cette conscience collective pour trancher des conflits qui naissent au sein du corps social.

Ceci étant, l'idée de conscience comme connaissance partagée semble abandonnée. Son sens actuel recourt à la connaissance intime de soi, caractéristique fondamentale de l'être humain, fondatrice de son autonomie, de son aptitude à juger et qui se déclinerait en plusieurs types de consciences : la conscience psychologique et la conscience morale. C'est alors que se rencontrent les conflits de conscience : l'aptitude de l'humain à formuler des alternatives, à accepter l'existence du conflit et à se poser en juge de soi-même. Dès lors se pose la question : comment être soi-même son juge lorsque l'on est à la fois pour et contre soi, procureur et avocat, témoin et juge, juge et partie ? Si la conscience individuelle est l'aptitude à se juger soi-même, cela témoigne de la complexité majeure à laquelle nous devons faire face. L'expérience juridique montre que dans le for externe, par opposition au for interne, cela relève de l'impossible. On ne peut tenir plusieurs rôles à la fois et toute l'organisation judiciaire a pour mission d'indiquer à chacun sa place, dans un débat qui doit être clos par un tiers : le juge.

Je me suis demandée, si ce qui n'était pas possible pour la conscience collective le devenait pour l'individu. Le conflit de conscience, caractéristique de l'humain, se propage de l'individu au groupe. La première réaction de l'individu et du groupe est le désir de fuir le conflit. Attitude subtile qui consiste à nier son existence ou à ne pas accepter d'en connaître les données. Réalité du corps social dans ses différentes strates et réalité politique qui s'exprime lors de l'élaboration des lois et dans la recherche systématique du consensus, probable solution de fuite face à ce conflit de conscience.

Cette recherche systématique du consensus amène à réduire au silence les minorités. Par exemple, au sein du Comité consultatif national d'éthique au sein duquel j'ai siégé, le vote était refusé sous prétexte que l'on ne vote pas sur la morale. Pourquoi ne pas voter sur la morale ? Pourquoi ne pas laisser la voix aux consciences individuelles dissonantes ? Attitude très courante en France qui, d'une certaine manière, permet de juguler la dureté du conflit de conscience, voire de nier son existence.

---

Même cas de figure dans les décisions de justice : en France, les opinions dissidentes des juges ne doivent pas être connues. Les décisions sont prises à la majorité, au nom du peuple français, masquant ainsi les opinions divergentes de certains magistrats composant le tribunal. Rendue au nom du peuple français, la décision révélerait les conflits de conscience des juges. Le conflit de conscience ferait transparaître la faiblesse de la vérité juridique énoncée.

En revanche, dans les pays anglo-saxons les opinions dissidentes sont acceptées et énoncées. Elles affaiblissent la portée de la décision judiciaire, non pas tant dans son autorité immédiate que pour sa valeur de précédent. De ce fait, la difficulté de la décision, la possibilité de diverger soulèvent la non-existence d'une vérité unique. Il faut cependant que le jugement soit rendu et cette vérité-là indiquée par les opinions dissidentes sa propre relativité.

Le rapport de la conscience individuelle et de la conscience collective est bien entendu une question qui m'a beaucoup préoccupée. Quelle est l'attitude du droit à l'égard des consciences individuelles? Les conflits de conscience sont omniprésents pour qui veut les voir, aussi bien pour les individus que pour le groupe social ; d'ailleurs, je ne crois pas qu'un conflit de conscience puisse se targuer de n'être qu'individuel, dans le for interne, puisque tout conflit appelle une solution, bonne ou mauvaise, et induit par là même une action ou une décision qui concerne autrui. Par conséquent, on sort du champ de la conscience individuelle pour s'intéresser à autrui et entrer en relation. À supposer qu'un individu soit seul avec lui-même, dès qu'un acte est posé il prend un sens pour autrui, et le rapport à la conscience collective s'en trouve nécessairement institué.

## **Conflits de conscience et normes**

Se pose alors un premier problème de méthode : préciser l'existence du conflit. Y a-t-il bien conflit? N'existe-t-il pas, en fait, plusieurs aspects qui ne sont pas inévitablement conflictuels? Beaucoup de faux conflits sont créés. On connaît bien d'ailleurs ce problème en droit, même s'il n'est pas traité correctement. Par exemple, on reconnaît que la règle internationale prévaut sur la règle nationale ; en conséquence, en cas de conflit, la règle internationale l'emporte. Encore faut-il qu'il y ait conflit.

Repérer l'existence du conflit et éviter de créer de faux conflits semblent nécessaires, même sur un plan strictement théorique. Un exemple de faux conflit est d'estimer que l'interruption d'une grossesse signifie la disqualification de l'enfant conçu comme personne. Ce n'est pas parce que l'interruption de grossesse constitue une faculté

de la mère, que pour autant l'enfant n'est pas reconnu en droit comme une personne. On observe là, un conflit de décision et non pas un conflit théorique, ce qui nécessite de donner un sens aux mots et d'accepter que la conscience collective, au nom de la loi commune, s'accorde à arrêter le cours de la vie d'un être humain ou d'une personne.

Il existe bien d'autres situations où la loi commune autorise la cessation volontaire de la vie. On recourt à une certaine ruse de l'esprit en se persuadant que l'embryon n'est pas une personne, ceci afin de contourner le conflit. Néanmoins, les vrais conflits existent et sont fréquents. La difficulté est de savoir les poser exactement.

Schématiquement, le droit cherche à protéger l'autonomie de la conscience individuelle. Il compose et organise l'ensemble des relations sociales en partant d'un présupposé selon lequel la personne est autonome et que l'autonomie de sa conscience mérite une protection d'autant plus réelle en situation d'extrême vulnérabilité. Pour illustrer ce propos, on pourrait décliner toutes les conditions du droit des contrats tentant de protéger la volonté libre, protections contre les pressions morales exercées sur le consentement. De plus, la liberté de conscience, notamment dans le domaine des religions, est un principe constitutionnel. Dans l'exercice des professions, le corps médical, les avocats et les journalistes disposent de protections spéciales leur permettant d'opposer une "clause de conscience".

Le droit va même plus loin. Il peut accepter, au nom de la conscience individuelle, qu'un individu déroge à la loi commune. C'est le cas de l'objection et de la clause de conscience. Il s'agit en fait, de la possibilité de dire "non", même si l'individu est en position de devoir dire "oui". Cela vaut pour les journalistes, les médecins et dans d'autres circonstances prévues par la loi. Bien sûr, des limites existent car la norme collective ne cède pas facilement son autorité. Cette faculté de déroger à la norme, acceptée et reconnue *a priori* par la règle générale, reste un pouvoir strictement individuel et ne peut être exploitée pour s'opposer à la légalité générale. Un médecin peut avoir recours à la clause de conscience en cas d'interruption volontaire de grossesse, mais les groupes qui la réfutent ne sont pas autorisés à perturber l'organisation des services hospitaliers, au nom de leur conscience personnelle ou conscience de groupe, dans l'intention de discréditer la légalité.

Ces marges de solutions *a priori* d'un conflit de conscience entre norme collective et norme individuelle, délibérément organisées par le droit, sont strictement délimitées. C'est donc le droit qui reconnaît *a priori* la possibilité à l'individu de déroger à la loi commune et ne le fait que de façon déterminée par lui-même. Au nom de sa conscience, un avocat n'est pas dispensé de respecter le secret de l'instruction. Au nom de sa conscience, un médecin n'est pas dispensé de respecter la personne humaine. Cela nous renvoie à cette affaire jugée par le Conseil d'État,

---

dans laquelle un médecin prétendait, au nom de sa conscience, avoir le droit d'expérimenter sur des personnes en état végétatif chronique ou de mort cérébrale. Point très important, puisque nous constatons, au nom des libertés de conscience, que dans certaines circonstances déterminées, la loi générale accepte des situations hors normes.

On va même plus loin. Dans certains domaines de la vie professionnelle ou de la vie civile, il semble que l'on admette non seulement une liberté de conscience protégée dans les limites de la légalité, mais également un véritable devoir d'agir en conscience. Ce devoir d'agir en conscience n'a ni sa source, ni sa mesure dans la conscience individuelle : il nous renvoie au droit commun. C'est le devoir d'agir en conscience, en son âme et conscience.

Tout cela est certes général, mais dans bien des cas particuliers, nous observons sur le terrain de l'énoncé des règles, les mêmes difficultés qu'éprouvent les individus dans le règlement des conflits de conscience. Lorsqu'il y a conflit, le législateur fuit lui aussi. Cependant, essayant de satisfaire tout le monde il établit des règles confuses et ambiguës et ne règle en aucun cas le conflit à la place des gens, si bien qu'il les met dans une situation qui ajoute à l'intensité du conflit. Il s'agit là d'une sorte de démission. La loi refuse de régler le conflit et donc renvoie tout aux consciences singulières en jetant le trouble le plus complet. C'est le grand problème rencontré dans les questions d'éthique biomédicale.

Les troubles de la conscience individuelle existent aussi lors de l'élaboration des normes, des lois collectives. Concernant les lois de bioéthique de 1994, finalement les vrais conflits n'ont pas été posés et les solutions requises sont ambiguës et peu claires, ce qui redouble le poids du conflit de conscience pour les individus qui s'efforcent de comprendre ou de respecter ces règles dans leur pratique. Je citerai de mémoire une phrase d'Hannah Arendt qui disait : *"le plus grand désordre social surgit lorsque les individus sont placés trop fréquemment par la société dans l'obligation, faute de lois, de trancher trop souvent des conflits difficiles."* On constate donc la nécessité, pour la norme collective, d'alléger le poids du conflit de conscience, sans quoi on serait exposé à des désordres. Cela révèle la vulnérabilité de la conscience individuelle. Tout ériger en obligation de conscience suppose des individus moralement forts et risque de dériver vers la reconnaissance de la puissance. Cela m'amène à penser que la conscience individuelle est loin d'être le tout de la conscience. Je suis étonnée par la propension à ériger les conflits de la conscience morale en pathologies ou en troubles de la conscience. Soit le médicament de l'esprit remplace l'examen de conscience, soit l'analyse et la psychanalyse renvoient vers l'élément premier de la conscience morale qui est la conscience psychologique, avec toute sa complexité.

Pour terminer, je dirai qu'il n'y a pas de césure ou de position schizophrène entre la conscience collective que traduit en partie le droit et les consciences individuelles. Elles se nourrissent l'une de l'autre de leurs conflits, de leurs confusions, de leurs malentendus et de leurs modes de solution.

## **Conscience professionnelle et attitudes du médecin**

Paul Atlan

Je me placerai du point de vue du médecin, en cherchant à savoir s'il éprouve des conflits de conscience dans sa pratique médicale. Pour le médecin, la conscience est la connaissance d'une problématique, plus ou moins claire, que chacun peut avoir de son existence et du monde extérieur : un sentiment intérieur qui pousse à porter un jugement de valeur sur ses propres actes. Puis il y a l'autre, la personne qui me demande aide et conseil, avec cette connaissance plus ou moins claire que je peux avoir de mon existence et de la sienne, et enfin, ce sentiment intérieur qui peut représenter le sens du bien et du mal.

À ce propos, il y a ce que nous appelons tous la conscience professionnelle qui définit le soin avec lequel on doit exercer son métier. Dois-je me satisfaire d'un sens moral abandonné à lui-même ? Je ne le crois pas.

S'offrent à nous deux recours non nécessairement inconciliables que sont Dieu et la raison. Sur le plan médical, doit-on prôner une unicité éthique ou préférer une pluralité éthique ? Quand on évoque le conflit, il n'y a pas nécessairement consensus. Ce qui nous préoccupe réside dans l'acceptabilité publique d'une affaire qui comporte une dimension morale. L'IVG en constitue l'exemple le plus emblématique et le législateur l'aura bien perçue. Dans la loi de 1975 est incluse une clause de conscience qui autorise à ne pas pratiquer l'IVG. Cependant, avec cette clause de conscience peut toutefois inférer un conflit de conscience puisque la loi oblige le médecin à informer la femme sur les centres effectuant les IVG, même si cela suscite des questions d'ordre moral.

La rationalisation des pratiques publiques ne garantit pas toujours le consensus. Dans ces conditions, cela explique la persistance du conflit de conscience. Il existe deux oppositions entre ce que les philosophes ont appelé le conséquentialisme et la déontologie. Le conséquentialisme est la théorie qui stipule que pour opérer un choix particulier, il en faut examiner ses conséquences. Nous essayons de l'appliquer avant chacun de nos actes. La déontologie dit que certains actes sont moralement obligatoires ou au contraire prohibés, sans considération aucune, à l'égard de leurs conséquences éventuelles. Comment distinguer les bons actes des mauvais ? le problème de l'interprétation se posant en filigrane.

---

Se pose également la question du consentement. Comme médecins, nous essayons de recueillir le consentement éclairé de nos patients. Doit-on les informer de toutes les conséquences connues d'un acte médical afin d'obtenir leur consentement? Ou bien, est-on autorisé à certaines pratiques en vue d'une meilleure thérapeutique? Actuellement, le droit nous oblige à exposer toutes les conséquences des actes que nous réalisons.

Pour illustrer mon propos, voici cinq exemples de situations qui nous confrontent à des conflits de conscience.

- L'insémination avec sperme de donneur. En cette matière, il n'existe pas de clause de conscience. Même s'il pense qu'il va contribuer à une confusion des générations, le gynécologue est obligé de la pratiquer. Il s'agit d'un acte médical qui s'intègre dans une nomenclature et qui est pratiqué dans nombre d'hôpitaux.
- J'ai ouvert une consultation éthico-religieuse à l'hôpital Antoine-Béclère en sollicitant le concours de quatre personnalités religieuses (le père Olivier de Dinechin, le pasteur Stewarts, le recteur Dalil Boubakeur et le grand rabbin Michel Guggenheim) afin qu'ils m'apportent leur aide, lors de situations de conflits de conscience qui impliqueraient des considérations religieuses. Une femme musulmane a été hospitalisée au quatrième mois de grossesse pour une HTA (Hypertension artérielle) gravidique qui évoluait crescendo. À chaque grossesse, cette hypertension s'aggravait, si bien qu'à la troisième grossesse on lui a proposé une stérilisation tubaire, refusée d'emblée. Lors de sa quatrième grossesse, sa pression artérielle oscillait entre 22-25 cm Hg. Se posait alors l'indication d'une ITG (Interruption thérapeutique de grossesse), rejetée aussitôt par la patiente. Le motif invoqué était que les musulmans ne devaient pas interrompre une grossesse de plus de 120 jours. Cette femme se trouvait pourtant en situation de grand danger. Après 45 minutes d'entretien, je lui ai proposé d'en parler au recteur Dalil Boubakeur qui m'a faxé aussitôt les références de la Charia selon laquelle la vie de la mère primait sur celle du fœtus. La grossesse pouvait dès lors être interrompue. Ce fut l'un des moments forts de cette consultation éthico-religieuse. J'espère que de telles situations ne se reproduiront pas. Si cette femme avait refusé l'ITG, ne nous serions-nous pas trouvés en situation de non-assistance à personne en danger?
- La trisomie 21 et les marqueurs sériques. Probablement du fait de la consultation éthico-religieuse, je reçois un peu plus qu'ailleurs des femmes qui refusent le dépistage prénatal de la trisomie 21, pourtant remboursé depuis le 1er janvier par la sécurité sociale. En fonction des connaissances actuelles de la science, je me dois d'insister pour qu'elles acceptent ce dépistage. J'observe toutefois, chez beaucoup de mes confrères, l'existence d'un certain terrorisme intellectuel à l'égard de ces marqueurs.



- Le refus de césarienne de la part de patientes africaines est une réalité bien souvent observée. Avec René Frydman, à deux reprises déjà il nous a été nécessaire de solliciter le concours d'un marabout, pour convaincre ces femmes de la nécessité de la césarienne. Là aussi, se pose un conflit de conscience relatif à l'intérêt de l'enfant qui va naître au regard de celui de sa mère.
- Le cancer du sein. Une patiente atteinte d'un cancer du sein opposait un refus de soin. Le cancer du sein n'est pas considéré comme une urgence. Un cancer évolue souvent de manière insidieuse, parfois rapide, parfois lente. La patiente refuse de se faire soigner. Que dois-je faire? Je suis médecin, j'ai choisi cette profession pour soigner des gens et elle refuse. J'assiste alors complètement impuissant à un suicide...

Que signifie l'éthique pour un médecin? Il s'intéresse à la philosophie parce qu'elle l'aide dans sa profession. Dans le dictionnaire, l'éthique est définie comme *"partie de la philosophie qui étudie les fondements de la morale"*, laquelle constitue *"l'ensemble des règles d'action et de valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société"* ou encore *"l'ensemble des règles de conduite"*. En tant que médecin, l'ensemble des règles de conduite constitue l'attitude médicale.

Pour conclure, j'aimerais citer Aristote qui, à propos de l'essence de la médecine, a écrit : *"Sur le terrain de l'action et de l'étude, il n'y a rien de sûr. Pas plus que dans le domaine de la santé; il appartient toujours d'examiner ce qu'il est opportun de faire comme dans le cas de l'art médical."* Pour moi, chaque cas est un cas particulier. Je travaille dans un hôpital public et sous les lois de la République.

## **Justesse et respect face aux demandes d'IVG**

Maryse Hournarette

J'aimerais nous ramener sur le terrain des questions concrètes. Depuis 1983, j'exerce comme psychologue, conseillère conjugale et familiale au Centre d'orthogénie de l'hôpital Avicenne à Bobigny, qui donne deux orientations principales à son activité :

- un centre de planification et d'éducation familiale ;
- un centre d'Interruption volontaire de grossesse (IVG).

C'est tout particulièrement à cette dernière que se réfèrent les enjeux du thème de ce soir.

---

Une précision préliminaire s'impose, celle contenue dans les textes : un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Il s'agit là de l'exercice de la clause de conscience individuelle.

Si l'on considère différents professionnels qui peuvent être appelés à participer au dispositif d'accueil et de soin prévu par les lois relatives à l'interruption volontaire de la grossesse (loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 et loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979) on observe plusieurs attitudes dans leur choix de poste :

- la majorité d'entre eux fait un choix assez spontané, selon leur conscience. C'est beaucoup leur habitude de pensée, leurs *a priori*, qui les aident à se situer vis-à-vis de la loi Veil ;
- d'autres sont davantage guidés par un souci de conformité aux valeurs de leur métier, de leur groupe d'appartenance ou de leurs références idéologiques. D'autres, enfin, demandent un délai de réflexion. Leur conscience morale ainsi interpellée leur fait examiner les attentes qui leur sont exprimées et les exigences de la situation ;
- pour beaucoup, l'IVG et/ou la législation sur l'avortement a comme fil conducteur réflexif un "statut d'objet conflictuel", expression qui rend compte de la somme des ambiguïtés rencontrées, même si un consensus rapproche les différents partenaires professionnels à savoir que l'expérience professionnelle consiste à être agissant et à se traiter soi-même comme moyen mis à la disposition des fins d'autrui. Les motifs, les circonstances du recours dans leur diversité déplacent les représentations de chacun, et dans leur signification "mettent à mal" les éléments qui aménagent ou étayent le choix moral de chacun et la capacité du groupe à être le cadre de l'expression et de l'élaboration des problèmes moraux qui peuvent apparaître (par exemple la qualification IVG ou ITG, respect de la personne et respect du statut de mineur). Ainsi se mettent à jour dans une équipe les règles générales du devoir pour traiter chaque cas avec pertinence et équité, selon la raison pratique ;
- les enjeux constitutifs des conflits de conscience qui traversent la vie morale de chacun ou de toute une équipe peuvent être caractérisés dans l'examen de la formation et la mise en place historique des textes légaux référents des diverses pratiques. Ainsi ces documents sont-ils toujours à disposition et assez souvent réabordés et discutés entre professionnels car ils peuvent être objet de fortes oppositions, antagonismes souvent restés latents alors que l'abord clinique de femmes ou de couples conduit à leur nécessaire conflictualisation. Brigitte Bouquet, auteur d'une thèse de sociologie consacrée à l'avortement souligne ce

fait : *"Les ambiguïtés de la loi et de son application, la remise en cause des rôles impartis aux divers acteurs sociaux, le renforcement des polémiques idéologiques font de la réalité sur IVG l'analyseur des principaux conflits traversant une société en mutation"*. Fait de société, le problème de l'avortement a toujours existé à l'issue de luttes militantes, de l'évolution des mœurs, de la prise en compte des risques, et d'un traitement souvent inégalitaire des demandes. Le législateur s'est efforcé de médicaliser le recours, et d'aider les femmes en détresse. Le dispositif légal de l'IVG et les pratiques professionnelles ont fait ainsi émerger un nouveau fait moral porteur de contradictions de conflits et de cas de conscience.

Dans le domaine médical, on les repère au plan idéologique, par exemple :

- se référer à la clause de conscience en l'appliquant à une collectivité, ce qui empêche un service d'assurer le recours selon les règles établies par la loi ;
- se référer à la clause de conscience sans en faire suffisamment clairement part à la femme, ce qui lui fait perdre ses chances de respecter le délai légal de recours, soit 12 semaines d'aménorrhée ;
- contribuer à mettre en place un dispositif plus ou moins accessible et/ou coûteux en temps et en argent (notions de forfait, de tiers payant, etc.).

Au plan de la pratique professionnelle, on a pu affirmer que "l'IVG prend la médecine à contre-pied". La femme ou le couple prenant l'initiative de la demande, le praticien ne serait-il qu'un exécutant passif, à distance, ou près de la question du respect de la vie, de la liberté de la donner ou non. Laissé dans le doute quant à "l'indication" véritable d'une IVG, le médecin peut ressentir les ambiguïtés de la situation d'une manière plus ou moins projective : toute-puissance de la femme, absence de dimension thérapeutique reconnue et à l'opposé du Serment d'Hippocrate, responsabilité dans un acte considéré comme techniquement facile, mais acte porteur de mort. Enfin, cet acte peut être envisagé et vécu par une femme avec une plus ou moins grande ambivalence, ce qui s'exprime dans la relation soignant/soigné.

Dans le domaine institutionnel, sur le plan idéologique les conditions de l'ouverture et ensuite les moyens de fonctionnement d'un centre d'IVG constituent les meilleurs indicateurs du sens et de la place reconnus à cette mission au sein d'un établissement. Ainsi en va-t-il des dépenses engagées qui peuvent être ressenties comme "prises" sur l'objectif central des soins de la part consacrée à la formation continue, etc.

Dans le domaine psycho-social, toujours sur un plan idéologique, la place et le sens de la consultation sociale ou de l'entretien pré-IVG avec remise d'une attestation à l'issue de cet acte professionnel, constituent un élément très controversé dans les représentations et les opinions relatives au parcours des femmes.

---

L'intérêt d'un tiers dans la relation soignant/soigné, les ambiguïtés dues à l'idée d'un contrôle social ainsi exercé ainsi que celles liées proprement à la finalité de la demande et du centre, alimentent les débats autour du caractère obligatoire et de la conduite de ces entretiens de face à face ou de couples.

Au plan de la pratique professionnelle, les conceptions et limites de territoires procèdent de la diversité des formations et donc de l'identité et du statut des professionnels qui assurent ces entretiens proposés de façon individuelle ou collective.

### **En conclusion provisoire**

- Les conflits généraux au sein de la société s'observent dans les situations de recours à IVG, comme source de conflits de conscience pour les personnes qui en font la demande, ou celles qui écoutent cette dernière. Ils concernent fréquemment :
  - le rôle et le statut de l'homme et de la femme, la question de la sphère du privé et celle du public ;
  - les places respectives de la contraception, de l'espacement des naissances et de l'IVG ;
  - la définition de l'expression "respect de la vie" ;
  - la valeur du discours des associations, des églises etc., avec la mise en exergue des discussions sur l'embryon, le couple et la famille.
- L'abord global des questions soulevées par les aspects cliniques et éthiques de l'interruption volontaire de grossesse concerne plusieurs points. On peut les énoncer :
  - qu'entend-on et que différencie-t-on en spécifiant IVG médicale et IVG thérapeutique ?
  - le statut des centres intégrés ou autonomes ;
  - les limites à l'information sur la loi Veil puisque la propagande est interdite et que la loi de 1920 n'a pas été abrogée. On observe, semble-t-il, une ignorance assez grande de la part des gens que nous rencontrons. La période militante étant tout à fait dépassée, on est quelque peu étonné de la méconnaissance de ce sujet ;
  - le droit à la formation continue des personnels ;
  - l'IVG, acte médical donnant droit à d'éventuelles réparations ;
  - les aspects déontologiques de l'échographie ;
  - le respect des lois républicaines : les actions des commandos anti-IVG ;
  - la comparaison avec l'évolution au plan international ;
  - le recueil du consentement des mineures ;
  - les demandes dans un contexte de handicap ;
  - les conditions de séjour et de légalité pour les femmes de nationalité étrangère ;
  - la place de l'argent et du secret, la ressemblance et la distinction entre des actes d'état-civil et des bulletins médicaux de déclaration obligatoire.

Sans consensus profond et durable, les lois de 1975 et de 1979, dites lois Veil, ont pourtant introduit une modification de notre environnement. Dans une perspective anthropocentrique, s'ouvre aux professionnels un champ de réflexion et d'élaboration théoriques concernant leurs principes et pratiques. Il s'agit là d'éclairer l'action de chacun - chaque métier est sollicité à sa façon, dans son domaine de compétence - et d'assurer également les chances de la pluridisciplinarité afin de répondre avec le plus de justesse et de respect aux demandes.

## **Les valeurs en cause**

Didier Sicard

Dans la médecine contemporaine, l'élaboration du conflit de conscience par le médecin nous amène à nous demander s'il est véritablement en mesure de se considérer lui-même comme valeur, comme référence ou encore comme norme. J'ai le sentiment assez aigu d'assister à un glissement entre conscience professionnelle et conscience morale, comme si l'une se substituait à l'autre, comme s'il s'agissait d'une sorte de recouvrement moral d'une conscience professionnelle, prisonnière d'une connaissance technique. La gravité réside dans ce discours qui se voudrait dépositaire d'une certaine conscience morale. Le médecin ne représente que l'émergence des connaissances qu'il a acquises. Comment doit-il alors réfléchir sur ce rapport entre conscience professionnelle et dogmatisme?

Le philosophe Emmanuel Levinas permet de s'extraire du conflit de conscience individuelle. La seule porte de sortie réside dans la capacité d'accepter que l'autre puisse mettre en péril ses propres valeurs, ses propres connaissances professionnelles, qu'il consente au divorce en soi-même, entre sa connaissance professionnelle et sa conscience morale. Karl Popper dit tout à fait justement : *"Quand bien même nous croirions que Dieu existe, cela ne nous dispenserait pas de décider si les commandements divins sont justes et acceptables."* Ce qui me paraît le plus grave dans la médecine actuelle, ce sont ces médecins qui se drapent dans leur toge et qui, au nom de leur conscience, vont imposer leurs convictions à l'autre alors qu'il convient de tenir compte de la constitution, de plus en plus technique, d'une conscience médicale.

---

## Michel Baur

Je remercie Catherine Labrusse-Riou d'avoir évoqué la connaissance partagée et la connaissance intime de soi. Pour rester pragmatique, j'attribuerai à ces notions d'autres dénominations : conscience qui vient de l'intérieur et de l'extérieur. En tant que responsable, le conflit réside dans les procédures de la décision que je vais devoir prendre. En fait, cela n'équivaut à parler de conflit de conscience que s'il existe des situations et des décisions concrètes, sans quoi il ne s'agit que d'un exercice juridique et philosophique.

Selon les systèmes, on va assister à des situations très surprenantes n'ayant parfois rien à voir avec le droit ou la philosophie. Demande-t-on aux gens d'avoir une valeur ajoutée ou une "intelligence ajoutée"? Leur demande-t-on d'avoir des états d'âme? Les médecins ont ce privilège, de pouvoir recourir à cette clause de conscience.

J'ai vu proposer à une infirmière profondément croyante de participer à une IVG. Situation pour le moins choquante, personne ne s'en est pour autant ému. Il ne s'agit pas ici d'un problème juridique ou philosophique. On considère qu'il y a des gens qui ne bénéficient pas d'intelligence ajoutée.

Je suis fonctionnaire, je travaille dans le secteur de la santé, j'exécute les ordres et, théoriquement, j'essaie de faire respecter jusqu'à la dernière virgule la circulaire. Ce que l'on me demande, c'est surtout de ne pas avoir de valeur ajoutée. Comment des acteurs, qui vont théoriquement dans le même sens, s'organisent-ils alors dans des ordres totalement différents? Certaines contradictions mériteraient fortement d'être explorées.

Même ceux qui ont droit à la parole sont sérieusement cadenassés. Sans reprendre les propos de Didier Sicard, je dirai qu'existent des ordres professionnels. Pour les médecins, tout en reconnaissant une certaine liberté d'action ces ordres professionnels permettent-ils de tout faire? Le problème du conflit de conscience m'a fait penser à l'organisation Taylorienne. Pour simplifier les tâches dans la construction automobile, Taylor assurait que l'on pourrait prendre des singes pour assumer le travail. Il considérait que les tâches devraient être portées à un tel degré de simplicité qu'un gorille puisse les exécuter... Lorsqu'une tâche est exécutée, le conflit de conscience n'existe pas, alors qu'il peut apparaître dès lors qu'on s'implique dans une mission. Alain Cordier a dit un jour que *"dans le service public les innovations constituent dans bien des cas une désobéissance"*. Si le malade est le cœur de notre action, notre fonction à son service ne relève pas d'une tâche mais d'une mission, ce qui implique forcément le problème du conflit de conscience, particulièrement important pour des fonctionnaires qui obéissent à la règle.

La question du conflit de conscience ne se pose que si l'on agit par rapport à l'humain. C'est en cela que je suis en désaccord avec Catherine Labrusse-Riou lorsqu'elle affirme que l'on ne peut pas être juge et partie. Il s'agit là de la richesse même de nos pratiques soignantes.

### Chantal Deschamps

Dans le cadre du groupe Miramion *Soin citoyen* auquel j'appartiens et qui mène une réflexion sur "la citoyenneté du malade hospitalisé", le problème du conflit de conscience a été plusieurs fois abordé. En fait, mieux vaudrait parler de "crise de conscience" car les interrogations rapportées par certains membres du groupe ont toujours été formulées dans un contexte de "crise" : celle que provoque une situation de maltraitance.

En effet, les travaux du groupe Miramion *Soin citoyen* ont porté, pendant un an, sur "la citoyenneté bafouée", réalité rencontrée au cours de leur parcours professionnel ou de leur séjour hospitalier par plusieurs des 12 participants : en services psychiatrique, pédiatrique ou de prise en charge du handicap, dans les services où les malades sont très dépendants, comme en gériatrie.

Devant le constat d'une violence spontanée ou organisée, le groupe a pris conscience du fait que le comportement des témoins différerait beaucoup en fonction de leur responsabilité, de leur statut, de leur place dans l'équipe, et donc de leur possibilité d'être entendus et soutenus.

En fait, la "crise de conscience" surgit avec plus d'acuité chez ceux dont les fonctions sont les plus humbles et qui n'ont pas accès à des lieux de parole.

Leur dilemme est le suivant : parler ou se taire ?

Parler avec le risque de ne pas être cru ou la peur de voir un collègue - peut-être un ami - perdre son travail et aller en prison. Se taire avec le remords de laisser un malade confronté à la cruauté.

Une aide-soignante, membre du groupe, posait la question en ces termes : "*Que faire pour que le mal disparaisse à jamais, sans produire d'effets qui causent davantage de mal : des représailles, par exemple, sur le malade que l'on veut défendre ou sur soi-même ?*"

Mais pour les membres du groupe n'appartenant pas à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, ce conflit n'a aucune valeur : il n'est que l'expression de solidarités professionnelles qui doivent être brisées. L'important, c'est le respect des droits de l'Homme : "*En pareilles circonstances, vous ne pouvez pas vous taire et évoquer un*

---

*éventuel conflit de conscience. Vous devez assumer "en conscience" votre devoir de citoyen qui peut aller, si vous en êtes témoins, jusqu'à dénoncer les faits en justice."*

Ce n'est pas si simple. L'institution joue également un rôle capital qui peut, indirectement, fragiliser la conscience des professionnels. Ses valeurs, ses priorités et ses décisions marquent et forgent les individus qui la servent : ainsi, quand un hospitalier dérobe des deniers publics, il est irrémédiablement chassé et poursuivi. En revanche, quand un soignant maltraite gravement un malade, la sanction se borne le plus souvent à des contraintes administratives et, dans bien des cas, il est réintégré dans le service et remis au chevet du malade.

## **Négocier dans l'institution les situations de crise**

**Alain Baulon**

Il me semble que la nature du conflit de conscience relève de la capacité à rendre compte de sa conduite ou à justifier son attitude. En tant que soignant, le danger serait de ne pas s'en remettre à la conscience collective, de ne pas se soumettre au jugement de ses collègues, ce qui ne nous permettrait pas de parer le type de situations évoquées par Chantal Deschamps, malheureusement rencontrées dans des services de longs-séjours comme en gériatrie ou en psychiatrie. Petit à petit se créent des tensions qui, si l'on n'y prête pas suffisamment attention, peuvent devenir malsaines. C'est en luttant contre ce confinement néfaste, cet isolement entre soi, que l'on peut agir.

Tous les services confrontés à l'agressivité, à la violence, à des prises de décisions critiques, comme des décisions thérapeutiques chez des malades en fin de vie, doivent organiser des espaces de parole et de réflexion, susceptibles d'éviter ces déviances que l'on peut parfois observer.

**Catherine Labrusse-Riou**

En présence d'infractions pénales graves, vous n'êtes pas juge, et vous n'avez pas à rester bloqué dans une situation qui se révèle intolérable pour tout le monde. Il existe pour cela des mécanismes et des procédures de jugement.

**Alain Baulon**

Il est des individus atteints d'une certaine perversité qui s'exacerbe dans le cadre du soin. Si l'on n'y prend pas garde, elle s'exprimera d'autant plus que ces personnes seront isolées. Pour reprendre certaines affaires dont on a beaucoup parlé récemment,



on a l'impression aussi qu'elles ont été favorisées par des conditions où faisait défaut le soutien qui aurait pu empêcher ou arrêter à temps ces déviances.

### **Jacques Lebas**

Ce n'est pas en préservant un secret institutionnel que nous anticipons pour nous préparer à affronter le problème. Bien au contraire. Aujourd'hui les situations préjudiciables que nous évoquons se savent : il n'y a rien de plus perméable que les murs d'un hôpital et d'une institution. Pour affronter ce genre de problèmes, de la part de l'institution il faut pouvoir envisager une réaction vive, rapide et drastique. L'opinion publique est actuellement très sensible à ces questions qui existaient probablement auparavant, mais sans pour autant franchir les enceintes des institutions. Tout le progrès réside dans la capacité de l'équipe soignante à dire et à partager ce qu'elle vit et ce qu'elle éprouve.

### **Michel Baur**

Je rejoins Jacques Lebas, parce que je n'ai pas compris tout à l'heure ce que Catherine Labrusse-Riou a dit en parlant des systèmes de droit qui favorisent la prise en compte de ce type de conflit de conscience. C'est une façon de s'interroger sur la valeur et la hiérarchie de la loi. De même que l'on demande au fonctionnaire de ne pas s'interroger sur le fondement même de l'institution. Quand vous dites qu'il existe des vérités relatives dans le système anglo-saxon, est-ce dans un ordre négatif? Comment s'interroger sur la loi sinon par le biais des conflits de conscience qui constituent le reflet d'une bonne ou d'une mauvaise loi?

### **Catherine Labrusse-Riou**

Un système juridique doit rendre possible la reconnaissance du conflit de conscience. Il n'est pas là pour l'étouffer, bien au contraire, puisqu'il représente le lieu de règlement du conflit. Le mécanisme du jugement n'est là que pour cela, car le conflit porte un potentiel de désordre social épouvantable. Le jugement n'a pas pour but de désigner le bien et le mal ; il vise à rétablir la paix, de telle sorte que la violence confinée ne devienne pas explosive. Par la pesanteur de l'institution, un système quel qu'il soit, rend difficile la négociation d'un conflit. Dès lors, la tentation est grande de le régler discrètement, de le mettre en marge. Certaines situations nous conduisent à une appréciation d'opportunité de la modalité du règlement, avec des différences selon que nous nous trouvons en présence d'interdits fondamentaux ou d'autres délits mineurs.

---

## Antoinette Salem

J'ignore s'il faut nécessairement avoir tout de suite recours au droit et aller au tribunal. Avant de mettre en cause toute une institution, on peut probablement envisager une possibilité de règlement local d'un problème en recourant sur place à des médiateurs. Il y a certainement conflit entre la conscience individuelle de celui qui voit et qui constate, et la conscience collective du groupe ou de l'ensemble du personnel de l'hôpital. Alors comment faire ? Un jour où l'autre, on ne pourra pas échapper à une grande remise en question. Mais j'estime que l'on ne peut pas être complice de ce que l'on apprend, en ne réagissant pas.

## Paul Atlan

Nous voilà renvoyés au problème de l'individuel et du social puisque ces deux niveaux coexistent. Quand un tel événement se produit, comment vont réagir des personnes qui en sont témoins, que feront-elles ? Nous sommes au cœur du conflit de conscience immédiat. Faut-il intervenir, se taire, réagir ou attendre ? En sachant que c'est extrêmement délicat, dans la mesure où l'individu se trouve confronté à une hiérarchie et à des contraintes il est inutile de jeter la pierre à quiconque se tairait dans cette situation. Par ailleurs, ces manifestations constituent-elles le signe d'un désordre beaucoup plus grave qui risquerait d'atteindre l'institution, dans la mesure où elles menacent ses fondements et ses valeurs ?

Cela me paraît d'autant plus grave qu'un certain nombre d'actes apparaissent dans un contexte social et politique qui risque de permettre la réalisation de ces actes. Aujourd'hui, on réagit moins qu'hier et peut-être plus que demain. Il importe donc de tenir compte d'un risque pour les valeurs fondamentales de notre institution, bien qu'elles soient affirmées et réaffirmées et que l'on souhaite que les soignants s'en emparent.

Nous évoluons dans un milieu de conflits et d'instances psychiques permanents. Toutes nos décisions, nos lois, nos engagements et nos implications infèrent constamment dans l'ordre du conflit. C'est presque un jeu normal d'homéostasie constante, d'un point de vue individuel.

Autre question de fond : a-t-on une intuition personnelle innée du bon qui s'appliquerait à la qualité de nos décisions et de nos choix pour en assurer la pertinence ?

## **Un compromis sans compromission**

Jean Wils

Hegel disait : *"C'est ainsi que l'intériorité est mauvaise."* Je pense, en effet, que l'on ne peut se contenter d'une intelligence des situations qui reposerait uniquement sur une conscience individuelle. S'il y a bien autonomie de la conscience, c'est dans le sens d'une prise en compte de l'environnement et du contexte, dans une relation de l'individuel et du collectif.

Je me suis posé la question de l'éthique comme conflit de conscience. J'ai cherché une définition de l'éthique chez Paul Ricœur : *"La vie éthique est le souhait d'un accomplissement personnel avec et pour les autres, sous la vertu d'amitié, et en rapport avec un tiers, sous la vertu de justice."* Cette position suscite de nombreuses questions. Dans la définition de l'éthique proposée, l'idée de vertu comme celle de justice interrogent la place des institutions et notamment des lois comme expressions possibles de cette conscience collective. Quant à l'idée de placer "sous", il s'agit bien là, de faire la preuve d'autonomie et pas seulement d'intérioriser la norme collective.

En ce qui concerne l'inter-relation avec les autres, elle va nous permettre d'avancer dans le domaine du conflit. Le conflit de conscience est souvent un conflit de valeurs, un conflit de choix entre des valeurs individuelles et d'autres, institutionnelles ou non. Cela nous interroge sur ceux qui portent ces valeurs, que ce soit la société, le social, le politique, mais aussi l'autre. Le conflit est presque nécessaire, et heureusement qu'il y a des conflits de valeurs, car cela signifie qu'il n'existe pas qu'une valeur. Reconnaître fondamentalement des valeurs différentes, reconnaître qu'il y a l'autre, impose le conflit. Il n'y a pas moyen de s'accorder : il faudra que l'un et l'autre reculent, consentent à des compromis. Il s'agit là du compromis sans compromission.

## **Face aux maltraitances**

Jacques Lebas

Je voudrais revenir sur le problème de la maltraitance en institution. À partir du moment où l'on sait, que doit-on en faire? En ce qui me concerne, je n'y vois pas un conflit de conscience. Il ne peut pas y avoir d'ambivalence dès lors que des valeurs sont en cause. Quand il s'agit de torture, c'est extrêmement grave. Si l'acte a été vu et constaté par des témoins, on ne peut pas se satisfaire du seul recours à la notion de conflit de conscience. Si l'on ne fait rien, on devient responsable

---

d'une faute professionnelle qui n'a rien à voir avec un conflit de conscience. A partir du moment, où comme membres de l'AP-HP nous partageons un tel secret, nous sommes tiraillés entre le refus d'en parler - ce qui se fait dans 90 % des cas - et l'obligation de ne pas en rester là. Les situations évoluent quand des gens ont eu le courage de dénoncer certaines situations.

### **Chantal Deschamps**

Dans notre groupe, nous avons renommé le problème de la maltraitance en lui substituant le concept de mal-fréquence. Il existe toutes sortes de nuances. Pourtant, quand on gravit une première marche, on risque de gravir ensuite les autres. En ce qui me concerne, j'ai quitté un hôpital de gériatrie où il y a eu maltraitance déclarée, gérée, pour rejoindre un hôpital de pointe où l'on n'entend pas parler de la maltraitance-torture. Néanmoins, il existe des témoignages qui nous renvoient à l'exercice de nos responsabilités.

### **Jacques Lebas**

Il s'agit ici de l'explication de phénomènes bien différents. C'est parce que l'on ne traite pas la maltraitance-torture, que l'on a tendance à tout confondre. On ne fait plus la différence, de telle sorte que des actes très graves ne sont pas punis.

### **Catherine Labrusse-Riou**

Vous avez dit quelque chose de très important : il ne faut pas tout confondre. Dans une affaire de ce genre, il faut faire très attention d'attribuer à chaque fait son exacte qualification. Une blessure par imprudence n'est pas la même chose qu'une blessure volontaire.

Quand j'évoquais le mécanisme judiciaire, cela pouvait constituer une métaphore. Tout régler par consensus représente une manière de ne désigner personne. Si la résolution du problème nécessite que l'on mette à l'écart un certain nombre de personnes, il faut faire attention à qui : par la production de quelles preuves et à la suite de quelles procédures ? Si vous ne respectez pas des règles de procédure, tout un système de vengeance publique peut se mettre en place. Il faut identifier les questions dans les modes de solution. Vous n'êtes pas forcément obligés d'aller devant le tribunal.

### **Michèle Deloche**

Quand un soignant exerce un geste de brutalité, la honte rejaille sur toute l'équipe !

## Patrick Hardy

Du conflit de conscience, j'avais jusque-là une conception plutôt individualiste, considérant comme centrale la problématique de la conscience subjective qui est à la fois le lieu où se formulent et s'affrontent les valeurs antagonistes et l'instance d'arbitrage du conflit.

Les échanges auxquels je viens d'assister ont, à juste titre, souligné le rôle déterminant joué par l'environnement, et plus particulièrement par "l'autre", le proche, dans le surgissement comme dans la résolution de ce débat intérieur.

L'importance de l'autre ne tient pas uniquement au fait que dans notre pratique soignante le conflit de conscience a très habituellement le malade pour objet. Nous le constatons, par exemple, lorsque se pose la question de la légitimité de pratiquer un soin vital contre la volonté d'une personne.

Son importance tient également au rôle déterminant que le patient, mais aussi l'entourage, voire d'autres soignants, jouent dans l'élaboration du conflit. Dans bien des cas, seule l'opposition du patient ou d'un tiers à notre visée thérapeutique, à nos règles de conduite, permet l'émergence d'une contradiction dans le champ de notre conscience. Cette obligation éthique exercée sur nous-même par autrui ne peut bien entendu s'exercer que si nous savons respecter l'autonomie de sa personne en intériorisant sa contradiction comme une valeur acceptable.

De ce point de vue, le soignant exerçant en milieu institutionnel est confronté à davantage d'opinions contradictoires que celui qui, dans un exercice libéral, se trouve presque exclusivement engagé dans des relations singulières. Les interactions entre membres d'une même institution génèrent en outre des conflits de conscience spécifiques, dans lesquels le sujet est en position de contester l'action d'autrui et non plus son action propre.

Le débat intérieur porte alors sur la légitimité de porter ce désaccord sur la scène publique. De nombreux intervenants ont souligné l'importance du "*devoir de conscience qui peut consister à dénoncer*". Une telle attitude apparaît clairement nécessaire, même si elle exige un certain courage, lorsqu'il s'agit de dénoncer ce qui est de l'ordre du scandale : on a pu parler de maltraitance de personnes vulnérables.

La conduite à tenir est plus difficile à déterminer lorsque la contestation porte sur un mode de fonctionnement institutionnel plus que sur une action particulière et s'accompagne du risque d'ouvrir un conflit sans certitude d'amélioration, c'est-à-dire d'ajouter un autre mal au mal, tant pour l'individu que pour le groupe. On peut toutefois estimer que le risque que se produisent de telles situations est plus important dans les services qui n'ont pas prévu d'organiser l'expression et la régulation des

---

conflits, à travers la mise en place de réunions de service par exemple. On peut à ce titre se demander s'il n'est pas de l'ordre de la responsabilité éthique d'une institution que de favoriser le développement de telles instances régulatrices au sein des différents services.

### **Maryse Hournarete**

Une telle structure existait dans notre centre mais avec le temps elle a été un peu vidée de sa substance. On est lié à l'institution mais dans le cas de l'IVG la légitimité émane d'un dispositif légal que d'aucuns ont attaqué et surtout discuté.

Par exemple, en ce moment on reprend la discussion relative à la signature des admissions concernant les mineures : certains essaient d'obtenir que le consentement des adultes responsables ne soit plus demandé pour les femmes mineures. Par rapport à l'institution AP-HP, énorme structure où l'on note l'existence de centres intégrés aux services de gynécologie-obstétrique et de centres autonomes, on ressent le sentiment de nettes variations de situations, sans soutenir que l'on peut y voir tout et son contraire.

Entre des choix extrêmes (ne proposer que des interventions sous anesthésie générale), s'offrent à nous une gamme de positions possibles susceptibles de créer des centres accueillants, partageant et faisant évoluer les pratiques.

Pour ce qui me concerne, je ne me réfère pas ou presque jamais à la notion de conflit de conscience bien qu'elle puisse affleurer dans la prise de décision d'une IVG. Les nouvelles lois nous offrent un cadre mais parfois elles se résument aux moyens donnés par l'institution aux professionnels qui sont aussi des citoyens. Je suis effrayée d'entendre qu'une infirmière est obligée d'aller au bloc opératoire où se pratique une IVG alors qu'elle ne souhaite pas le faire. Pour moi c'est scandaleux.

### **Françoise Duménil-Guillaudeau**

Cette infirmière dont vous parlez, exerce son métier en application du décret de compétence de 1993, définissant les différentes natures des activités infirmières.

Même dans les articles 2 et 3 relevant du rôle propre de l'infirmière, l'activité liée aux soins infirmiers est générée par l'activité médicale car s'il n'y a pas d'activité médicale aucun soin n'est dès lors envisageable, qu'il soit sur prescription ou sur rôle propre.

En ces circonstances, nous ne devons pas avoir d'état d'âme. Cependant, il me paraît grave qu'une infirmière exécutant des soins sur prescription et sous la responsabilité médicale, puisse se sentir obligée d'agir sans pouvoir exprimer ses

opinions, ses convictions ou ses valeurs. Le conflit de conscience doit également pouvoir s'exprimer de la part des infirmières.

### **Maryse Hournarete**

Là, nous divergeons totalement. C'est une soignante qui veut dispenser des soins, et elle n'est pas obligée de rentrer dans le bloc opératoire. Nous avons établi une distinction entre ne pas entrer au bloc en appliquant la clause de conscience des paramédicaux et ne pas assurer les actes infirmiers de surveillance postopératoire. Actuellement, des équipes se trouvent en difficulté parce que l'utilisation de la pilule abortive RU 486 conduit à ce que l'IVG ne se passe plus au bloc. Les paramédicaux se retrouvent en première ligne pour assurer la surveillance. L'IVG se déroule dans la journée. Les infirmières doivent vérifier la réalité de la fausse couche. À nouveau, dans les équipes se créent des mouvements et les pratiques sont remises en question, car les ajustements conçus pour respecter les paliers de conscience individuelle se trouvent contrecarrés par l'évolution d'une technique.

## **Acte médical et pluralité éthique**

### **Paul Atlan**

Tout à l'heure, vous avez pu vous demander si l'on acceptait que les gens aient des états d'âme. Lorsque nous avons ouvert cette consultation religieuse à l'hôpital Antoine-Béclère, il y a eu de nombreuses demandes d'interviews. Nous avons, René Frydman et moi, été interviewés lors d'une émission pour France Culture. René Frydman a déclaré : *"En accord avec Paul Atlan, nous avons intitulé cette consultation la consultation des états d'âme."* Nous acceptons donc que les personnes expriment des états d'âme.

Je voudrais revenir sur cette question : l'AP-HP a-t-elle une conscience? Je n'en sais rien, mais les médecins qui y travaillent devraient en avoir une. Tant qu'il y a un conflit de valeurs, il y a pluralité de valeurs. C'est ce que je disais dans l'introduction : y a-t-il, en comparaison avec le monothéisme, une unité éthique ou une pluralité éthique? Pour moi, il y a une pluralité éthique.

Didier Sicard a posé le problème : le médecin peut-il se prendre comme norme? Bien sûr que non. Mais nous sommes entrés dans une ère médicale où nous devons, en plus de la technique, reconnaître la dimension morale de nos actes. C'est précisément pourquoi, depuis des siècles les médecins faisaient de l'éthique sans le savoir. Cette dimension morale - surtout dans ma spécialité - fait qu'il existe une nouvelle donne pour les médecins qui ont commencé à voir des gens en bonne

---

santé auxquels on pouvait, malgré tout, proposer un acte médical. Le législateur l'a très bien compris, avec la loi de Lucien Neuwirth sur la contraception et celle de Simone Veil relative à l'IVG. On a ainsi introduit une dimension morale et juridique dans la pratique du gynécologue.

Troisième réflexion, vous disiez que l'on doit discuter les commandements divins. Je suis d'accord avec vous ; les talmudistes le font depuis des siècles. Maintenant je ne peux plus me taire face à ce dont j'ai pu être le témoin auprès de vous. Il est indispensable que l'Espace éthique AP-HP soit un lieu qui permette à la hiérarchie de l'institution d'être au courant : nous verrons alors si elle fait quelque chose. C'est à partir du moment où aucune décision n'est prise que nous devons assumer nos responsabilités individuelles. Pour moi, l'éthique c'est la responsabilité : celle qui revient au médecin, mais aussi celle qui relève de notre société. Je me sens en effet responsable de ce que j'ai entendu dans le cadre de notre échange.

### **Catherine Labrusse-Riou**

Dans ce cas, il s'agit effectivement d'un conflit mais pas d'un conflit de conscience car il n'y a pas d'antagonisme de valeurs opposées. On voit bien où est le mal et l'on veut essayer d'en réduire la portée.

De l'expérience juridique, on apprend que dans une société le mal n'est pas le conflit, mais l'absence de moyen pour le résoudre. De telle sorte que la manière de résoudre ces conflits est la question la plus importante. Face à l'incertitude éthique dans laquelle nous sommes le plus souvent, la procédure constitue l'un des chemins qui permet d'être un peu moins aveugle. Le ponctuel et le général, l'individuel et le social sont en interaction permanente. Il s'agit pour moi de la question la plus importante. Ce jeu permanent fait qu'il n'y a pas d'autonomie de chaque ordre, qu'ils sont en relation permanente bien qu'ils soient distincts. Je m'imagine mal avoir une conscience singulière dégagée de ce que j'ai reçu de l'environnement extérieur.

J'ai été très intéressée par ce dont parlait Didier Sicard lorsqu'il évoque la ruse qui consiste à habiller la conscience professionnelle de la morale, c'est-à-dire le déplacement des mots d'un champ dans l'autre et tout ce qu'un tel mouvement provoque comme dysfonctionnements, surtout lorsqu'une profession est envahie par une technicisation qui risque de prendre toute la place. Certains ont une façon de s'approprier la morale à travers la manière dont ils la vivent pour eux et, par là même, d'occuper des places qui ne sont pas les leurs. Ceci a des résonances directes dans le domaine du droit. Nous sommes confrontés depuis longtemps à des conflits de conscience collective dans l'élaboration des lois et j'observe dans



l'application des lois médicales que dès que les médecins conçoivent une finalité thérapeutique ou médicale, l'acte *a priori* illicite devient licite.

C'est ainsi que l'éthique médicale, qui s'est posée comme la valeur de référence, représente en réalité une série de références acquises au coup par coup, par transgression du droit commun grâce à des lois spéciales. Le point d'ajustement qui permet au moyen de justifier la fin relève d'un désir de salut par la santé. Au nom de la médecine, du secours à la souffrance - comme si toute souffrance était justiciable d'un acte médical - une place de pouvoir considérable a été occupée par le corps médical. Les technologies ont permis des choses impensables sur le plan humain ou psychologique. De telle sorte qu'il semble acquis que la justification médicale repose sur le principe selon lequel la fin justifie les moyens.

Toutes les lois traitant du corps démembré au profit d'une redistribution dans la société - gamètes, tissus, sang - ont posé des problèmes extrêmement difficiles à résoudre ou à penser, même sur le plan du droit. Il y a là, au nom d'une morale médicale, le désir d'apporter une réponse à toutes les souffrances humaines : une formulation de l'éthique qui couvre une vision professionnelle corporatiste qui s'est appliquée à l'ensemble de la société.

On voit se déplacer le champ de l'éthique au profit du médical. On a enlevé le terme thérapeutique pour le remplacer par celui de médical - donc pratiqué par un médecin. Sur le plan de l'appréciation de la création des lois, l'interdit est légitimé au nom de la finalité. Dans les cas particuliers de conflits de conscience que vous avez évoqués - refus de soin, information médicale, etc. - il n'existe pas de réponses toutes faites. Il s'agit dans tous les cas d'une question d'évaluation.

Il en est de même dans l'application de la loi : le juge doit à chaque fois se poser la question de l'adéquation de la règle générale à la situation particulière. Une série de mécanismes dans les lois répressives, permet d'en réduire ou d'en augmenter la sévérité. En revanche, pour une loi permissive, tel est l'exemple de l'IAD? (Insémination artificielle avec donneur) : est-elle obligatoire pour le médecin, malgré l'absence de clause de conscience? Tout ce qui est permis n'est pas forcément obligatoire.

Par définition, le permis constitue une faculté. Si, en tant que médecin, vous estimez que vous ne devez pas le faire - d'autant plus que l'on est là dans le médical et non dans la thérapeutique - vous avez la liberté de refuser. Le problème du respect obligatoire de la loi se pose en présence d'une loi d'interdit mais pas en présence d'une loi de permission et d'organisation qui laisse des marges d'appréciation, même s'il n'y a pas de clause de conscience expressément prévue.

---

**Paul Atlan**

Pour la contraception, il existe une loi permissive. Il y a des médecins qui ne voudraient pas prescrire une contraception et des pharmaciens qui ne veulent pas en vendre.

**Catherine Labrusse-Riou**

Le problème du pharmacien est différent : c'est un commerçant, de telle sorte que refuser de délivrer des contraceptifs serait assimilé à un refus de vente.

Quant aux médecins, ils disposent d'une liberté de prescription mais celle-ci ne les autorise pas forcément à imposer leur morale religieuse. Si l'on dispose de la liberté d'interpréter la loi divine, on n'a pas pour autant le pouvoir ou le devoir de l'imposer à autrui.

**Paul Atlan**

Dieu et la raison ne s'opposent pas nécessairement ; je pense que les deux peuvent nous aider.

## **S'engager dans une réflexion exigeante et pluraliste**

**Emmanuel Hirsch**

Le débat que nous avons introduit au cours de cette réunion, me semble se situer au cœur des responsabilités imparties à l'Espace éthique de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Il nous renvoie aux conditions concrètes de l'exercice d'une liberté personnelle, tenue au respect de principes, de valeurs et d'obligations qui relèvent des missions de notre institution.

Service public hospitalier, l'AP-HP se doit de considérer comme essentielles les notions de démocratie et donc la dignité de la personne, ses droits en termes d'équité dans l'accès à des soins de qualité. Les collaborateurs de notre groupe hospitalier se trouvent ainsi impliqués dans la communauté de valeurs partagées qui paraissent parfois mises en cause par des pratiques inédites qui bouleversent les repères et rendent davantage complexes les modalités de la décision.

En matière d'éthique, les situations de dilemme en appellent à un effort de délibération qui procède, avant toute autre considération, d'une analyse méthodique et rigoureuse de nature à ne pas minimiser ou dévaloriser les données constitutives d'une réalité humaine toujours singulière. Dès lors, comment assumer des responsabilités à la fois individuelles et collectives qui concernent des tiers qu'il convient

de reconnaître dans leurs propres demandes? Le principe de consentement, requis pour tout essai thérapeutique, conditionne la relation de soin qui se doit d'être - autant que faire se peut - réciproque, je veux dire attentive à l'expression d'un choix autonome, inscrit dans un rapport contractuel.

Toutefois, comment admettre une position soutenue par un patient, voire par ses proches, qui semblerait en contradiction avec les valeurs éthiques et déontologiques d'une équipe de soignants? Toute option est-elle acceptable? Ne conviendrait-il pas alors de se soumettre à l'ordre d'une procédure parfaitement argumentée et validée par une approche contradictoire, y compris lorsqu'elle met directement en cause les convictions des intervenants incités à la mettre en œuvre? Il n'est pas ici question de neutraliser la complexité d'enjeux forts, souvent énoncés de manière subjective, mais plutôt de préserver les conditions d'une approche réflexive invulnérable à des tentations utilitaristes souvent contestables.

Impliqués dans l'acte de soin, les protagonistes peuvent se satisfaire d'une position de neutralité qui ne me paraît pas conciliable avec les responsabilités qu'ils ont pour fonction d'assumer. Leur revient la mission d'informer, d'éclairer et d'inciter à l'accord, à l'adhésion volontaire en vue d'une position estimée bénéfique à l'intérêt direct de la personne, mais aussi à la préservation des valeurs qui sous-tendent nos conceptions sociales.

On l'a vu, la loi inscrit nos actes dans un ordre qu'elle encadre et délimite. Pourtant, dans bien des cas le législateur éprouve quelques difficultés à résister aux évolutions biomédicales qui génèrent une offre et donc une demande difficilement contrôlables. Les évolutions scientifiques bouleversent nos repères. Ce n'est pas pour autant que nous sommes exonérés du devoir d'interroger nos valeurs afin de produire les réponses adaptées à la complexité des circonstances. Le défi relève précisément de nos capacités d'investir une réflexion dans des champs nouveaux qui génèrent des conflits qui en appellent de notre part à une grande rigueur et à davantage de clarté dans les choix qui s'imposent à nous.

Une pédagogie collective s'avère nécessaire, afin d'accompagner toute mutation d'un surcroît de vigilance et de conscience sans, pour autant, verser dans un moralisme ou dans un dogmatisme qui apparaîtraient contestables.

Comme observateur des pratiques hospitalières, j'observe que dans bien des circonstances, au plus près des réalités ce sont les soignants qui s'investissent d'une responsabilité morale, trop souvent négligée ou évitée par les instances pourtant en charge d'une telle fonction. Ils n'ont pas le choix, dès lors qu'ils veulent maintenir un rapport de conscience et donc de responsabilité dans le contexte de leurs pratiques.

---

J'analyse ce phénomène comme significatif de la redistribution des légitimités dans notre société. À certaines compétences formelles se substituent des compétences pratiques qui résistent aux consensualismes de circonstance et défendent sur le terrain les valeurs qui leur semblent indispensables au devenir des pratiques dont ils éprouvent la charge et dont ils comprennent mieux que d'autres la signification.

Plus que de conscience, nous pourrions prendre en compte la notion de prudence appliquée à des activités professionnelles qui sont, chaque jour davantage dotées de nouveaux pouvoirs qu'il s'avère délicat de pondérer. Les acquis en termes de savoirs suscitent de multiples interrogations qu'il importe d'éclairer par la médiation d'approches transdisciplinaires qui reconnaissent dans leurs traditions les valeurs multiples que porte encore notre société.

À sa manière, notre institution hospitalière s'efforce de prendre en compte une interpellation forte. Comment parvenir à mettre à la disposition de nos professionnels les concepts et les règles susceptibles de favoriser un accompagnement éthique qui soit en mesure d'assumer et d'encadrer les mutations dont nous sommes à la fois les témoins et les acteurs? Comment également rendre possible une délibération collective pertinente, juste et de nature à anticiper?

Je partage les positions de Catherine Labrusse-Riou relatives à la négociation de conflits nécessaires, pour autant qu'on soit capable de les intégrer et de les résoudre. Encore importe-t-il de réinvestir nos valeurs communes d'une dignité et d'une légitimité qui leur confèrent une fonction déterminante dans l'élaboration des réflexions qui s'imposent à chacun d'entre nous.

Nos échanges nous renvoient à la notion supérieure que représente notre référence aux principes d'humanité. N'est-on pas surpris et choqué par des pratiques qui menacent d'anéantir ces principes et risquent de nous faire évoluer vers des situations inconciliables avec les valeurs qui fondent notre civilisation?

C'est lorsque nos conceptions de la vie, de l'existence d'une personne humaine, semblent mises en cause, que nous avons le sentiment qu'il convient de reconnaître sa juste place à l'exercice autonome de la conscience individuelle. Souvent dans l'urgence, voire en désespoir de cause, il s'avère nécessaire de rappeler que tout ne nous semble ni possible, ni acceptable et encore moins tolérable. Nous réaffirmons ainsi les principes et les engagements qui nous attachent à une certaine conception de l'homme, quitte à paraître décalés par rapport aux mystificateurs qui prétendent libérer l'homme de toute contrainte dont il souffrirait indûment.

Le rapport à maintenir entre conscience, liberté, responsabilité et prudence relève des missions que nous cherchons à honorer en constituant cette médiation dont est garant l'Espace éthique AP-HP. S'il convient de respecter l'autre dans son attente

et dans sa demande, encore est-il important de lui permettre d'accéder au niveau qui lui permette d'assumer une décision fondée et argumentée, alors recevable car légitimée.

Dans un contexte pluraliste, il semble judicieux de résister aux amalgames, aux tendances à l'indistinction ou aux systèmes d'équivalences qui amplifient la confusion et abolissent nos facultés de jugement.

Le conflit de conscience constitue, ainsi, l'expression d'une attention maintenue, d'un souci véritable témoigné à l'autre, qui gagnent à être reconnus pour ce qu'ils signifient et plus encore, pour ce en quoi ils engagent à une réflexion exigeante et pluraliste.

# Décision médicale au quotidien

Laurent Beaugerie \*

## Les bases intellectuelles de la décision médicale

D'après le *Petit Larousse*, la décision renvoie à une action : décider après examen. Il s'agit aussi du résultat de cette action. Dans leur pratique, les barbiers puis les chirurgiens ont vécu au quotidien l'intégration de l'acte intellectuel et de l'action. Faute de connaissances et de moyens diagnostiques et thérapeutiques, dans leur action les médecins ont longtemps été réduits aux soins palliatifs et à l'assistance psychologique. Chez Molière, la délibération médicale précédant la décision tient *a posteriori* du simulacre, participant à l'habillage de l'effet placebo des rituels thérapeutiques (saignées, purges, etc.). Plus tard, le fonctionnement de l'école neurologique française illustre la dissociation entre l'acte diagnostique intellectuel intelligent et structuré des cliniciens, et l'absence habituelle d'actions curatives ; en quelque sorte, décision sans décision.

Avec l'explosion des connaissances, la mise au point et la diffusion des traitements médicamenteux et des explorations diagnostiques, on constate au XXe siècle une véritable révolution. Longtemps, l'hôpital a constitué un lieu où l'on était admis dans un état clinique grave, et souvent à court terme condamné médicalement à mort. La décision médicale concernait alors un être humain nu, séparé définitivement de ses attaches sociales, et privé de désirs. Le besoin de réflexions sur le fonctionnement et les bases intellectuelles de la décision médicale est né logiquement de situations extrêmes, typiquement représentées par la décision de mettre fin ou non à une survie artificielle en milieu de réanimation. Dans ce cas, le patient est par définition absent des débats, et l'éthique de la décision est fortement teintée de la déontologie qui peut s'imposer entre les différents acteurs de l'équipe soignante.

De plus en plus, l'hôpital constitue un lieu de vie. On y accouche et l'on y consulte des spécialistes qui, dans le cadre de consultations ambulatoires, prescrivent des examens complémentaires et des traitements, relevant ou non d'une hospitalisation dont les modalités elles-mêmes se sont diversifiées (hôpital de jour, hôpital de semaine, etc.). La décision suivie d'action est donc omniprésente. Or, la plupart des

---

\* Docteur, service d'hépatogastroentérologie, hôpital Rothschild, AP-HP.

décisions médicales - même anodines en apparence - sont dangereuses. Ainsi les pharmacologues disent volontiers par souci de simplification que tout médicament efficace est dangereux. Les explorations diagnostiques invasives se multiplient et comportent pour la plupart d'entre elles un risque vital, même s'il est le plus souvent statistiquement minime, ainsi qu'un risque de traumatisme corporel et/ou psychologique définitif. Les actes diagnostiques, en apparence banals et non invasifs, n'échappent pas à la règle. Par le résultat d'un simple examen sanguin, des pans entiers d'une personnalité humaine peuvent s'effondrer en un instant. Le fait même d'envisager devant un patient la réalisation de tel ou tel examen diagnostique peut constituer une violence irréparable.

Ainsi, les médecins hospitaliers évoluent-ils en permanence dans un contexte délicat. Désormais, ils partagent avec les chirurgiens le pouvoir exorbitant de sauver à tout instant, mais en même temps d'abîmer ou de détruire. Parallèlement, la configuration de départ de la décision évolue. De plus en plus, la décision médicale est partagée entre un médecin et un "malade" en bonne santé, vivant dans son contexte socio-professionnel et familial habituel, et ayant à envisager des choix de gestion de son capital santé.

Enfin, la décision médicale n'a plus comme cadre privilégié la visite patronale et la chambre d'hôpital. La décision est partout présente, dans la salle de consultation, d'examen, dans un couloir, au cours d'un entretien téléphonique, dans un échange de lettres ou de fax. Dans un tel contexte, les qualités nécessaires au médecin ne se limitent plus à la compétence et la compassion. La psychologie et la prudence - non enseignées sur les bancs de la faculté - sont nécessaires. Mais au-delà, la "soif d'éthique" grandissante exprimée par certains médecins traduit le besoin réel de comprendre le fonctionnement, les enjeux et les motivations réels de la décision médicale. Cela peut inciter à tout mettre à plat et même accepter de remettre en cause les valeurs essentielles les plus "évidentes" des médecins, qui relèvent trop souvent d'héritages culturels devenus inadaptés.

## **Anatomie de la décision médicale**

Le cas d'école est celui d'une consultation au cours de laquelle le médecin et le patient sont seuls, et au terme de laquelle une décision d'acte diagnostique ou thérapeutique est prise ; l'acte ou le traitement comportant un risque potentiel.

La situation idéale est la suivante. Le temps imparti à la consultation est suffisant à l'interrogatoire, à l'examen et à la prise finale de décision. L'ambiance est calme. Le médecin maîtrise la transposition des termes techniques médicaux au répertoire

---

personnel du patient. De son côté, le patient intègre progressivement les informations qui lui sont délivrées. Le médecin est transparent et exhaustif dans l'explicitation du bénéfice individuel et des risques potentiels de l'examen et du traitement. Il n'y a pas d'obstacle familial, professionnel, culturel ou religieux à la réalisation de l'acte décidé. L'ambiance affective a été établie lors d'une précédente consultation, ou, s'il s'agit d'une première consultation, le "round d'observation" est déjà terminé. L'ambiance affective est neutre, sans érotisation ou transferts excessifs.

Dans la réalité, de nombreux obstacles peuvent venir perturber cette situation idéale.

Si les temps d'interrogatoire ou d'examen ont été plus longs que prévu, si le médecin a été interrompu par le téléphone - les temps de consultation n'étant pas extensibles pour les médecins qui souhaitent ne pas trop accumuler de retard par respect à l'égard des autres patients -, la décision risque de se prendre dans un climat de hâte générateur pour le malade de trouble et de frustration. La compréhension est imparfaite dans le cas où le médecin et le malade ne parlent pas la même langue, et ce handicap n'est que partiellement réduit par la présence d'un traducteur. Le médecin peut, par maladresse ou par peur d'être trop direct et brutal, abuser du langage technique médical. De son côté, le patient peut affirmer à tort qu'il a compris, par timidité, parce qu'il veut faire plaisir au médecin ou qu'il croit sincèrement avoir compris. Enfin, les médecins savent que certaines informations sensibles font l'objet d'un déni inconscient de la part du malade et qu'il faut parfois les répéter à plusieurs reprises avant d'être entendu.

L'exhaustivité dans l'exposé des bénéfices et des risques de l'acte représente un leurre. En effet, dans le cas d'un acte diagnostique il n'est pas possible d'énumérer tous les diagnostics possibles. Concernant l'exposé des risques, le médecin doit élaborer une synthèse de l'état des connaissances (littérature, congrès, formation médicale continue, médias), des recommandations des sociétés savantes, sans oublier l'aspect médico-légal. Dans un tel cadre, la juste évaluation du risque individuel du patient supposerait une maîtrise parfaite qui s'avère illusoire de la pondération du risque liée au terrain du patient, sans parler d'une impossible perception intuitive de risques iatrogènes (transmission d'agents infectieux) encore méconnus de la communauté scientifique.

Concernant les risques iatrogènes rares, on constate un conflit manifeste entre le mensonge par omission et le risque d'être anxiogène en disant tout, de telle sorte que le patient récuse l'examen et n'en bénéficie pas alors qu'il en a réellement besoin. Les sociétés savantes recommandent parfois de taire délibérément des accidents exceptionnels, pourtant réels. Enfin, le médecin peut-il s'affranchir de son propre tempérament? Concrètement en effet, un médecin de tempérament



anxieux et pessimiste induira inconsciemment ou non une image plus dissuasive d'un même examen qu'un médecin de naturel détaché et optimiste.

Le passage de la décision d'action à l'action peut se heurter à des obstacles familiaux, professionnels, culturels, religieux. Par exemple, une mère de famille pourra dire : *"Docteur, vous avez probablement raison; je devrais entrer à l'hôpital pour des examens, mais je ne le peux pas, car qui gardera mes enfants?"* ou *"Je vais perdre mon emploi encore précaire."* Deux concepts apparaissent alors : celui de la décision alternative ou de substitution (des examens moins contributifs mais moins contraignants seront proposés) et celui de conciliation entre le respect des valeurs et des priorités d'autrui et ce qu'on estime procéder d'une bonne décision. Deux attitudes sont possibles : la fermeté avec risque d'altération voire de rupture de la relation médecin/malade, ou la négociation et le compromis. Jusqu'où peut-on éthiquement composer ?

## **Responsabilités engagées et partagées**

Quels sont les effets de la symétrie et de la qualité de la relation médecin/malade sur la décision médicale ?

Les mêmes propos énoncés par un jeune interne maladroit et par un professeur reconnu et sûr de lui seront-ils perçus de la même façon par un même patient ? Inversement, un malade célèbre ou puissant ne peut-il "intimider" le médecin, au point d'en modifier sa démarche médicale naturelle ? La réponse à ces deux questions est probablement affirmative. Mais dans les deux cas, l'asymétrie de la relation peut être dissipée en quelques secondes par la qualité d'une poignée de main, d'un regard, d'un sourire.

Le climat de confiance mutuelle ainsi établi constitue sans doute le gage de la qualité de la relation médecin/malade. Pour le malade, la confiance est anxiolytique. Elle confère aussi objectivement au médecin un pouvoir et un poids accrus dans la prise de décision. Les questions qui se posent alors sont les suivantes : en dehors de ses aspects positifs, la confiance a-t-elle des effets pervers sur la décision ? Une confiance "aveugle" est-elle une bonne chose ? On pense ici au fait que si le médecin propose une décision lourde de conséquences mais erronée, un malade en pleine confiance ne cherchera pas le débat contradictoire en recourant à des informations complémentaires.

Le responsable qui prend la décision d'un acte dangereux doit-il - s'il en a la possibilité - le réaliser lui-même ?

---

Plusieurs éléments incitent à répondre par l'affirmative. Dans la réflexion du médecin, l'appréciation du risque d'un traitement ou d'un geste est d'autant plus aiguë qu'il en a déjà une expérience concrète. Supporter soi-même la responsabilité - sous tous ses aspects - de l'acte relevant de sa propre décision paraît cohérent et positif. Cela constitue la meilleure prévention d'une "dilution" morale mutuelle de responsabilité entre le décideur d'un acte dangereux et celui par qui la complication risque d'intervenir.

Que faire lorsque la décision médicale n'a plus de rapport direct avec la demande initiale du patient ?

Cette question est illustrée par l'exemple de l'"incidentalome", néologisme proposé par les cliniciens et les radiologues. Par exemple, après réalisation d'une échographie abdominale motivée par des douleurs abdominales, une tumeur bénigne du foie est découverte, qui n'est en rien responsable des douleurs initiales. Le problème est celui d'un débat qui n'a été suscité par aucun des protagonistes et qui s'impose à eux jusqu'à arbitrage.

Finalement, à qui revient la décision ? Laisser la décision au patient constitue-t-il un leurre ?

Le débat pourrait être introduit de cette manière.

*- Je propose un acte, vous disposez, c'est de votre peau qu'il s'agit. Je vous ai tout dit ; à vous de décider : faire ou ne pas faire, choisir entre deux options.*

Réponse du patient.

*- Docteur, faites comme si j'étais à votre place.*

Réaction du médecin.

*- Mais je ne suis pas à votre place ; nous n'avons sûrement pas le même tempérament, ni les mêmes valeurs.*

En amont de ce débat, il faut être conscient du fait que de la part du médecin la neutralité dans l'exposé des termes du choix est sans doute illusoire. En effet, il est probable que la préférence personnelle du médecin transparaisse dans le temps consacré à l'exposé et l'ordre de chacun des termes, dans le choix des mots, dans l'intonation et la fermeté de la voix, etc.

## **Problèmes spécifiques de la décision médicale à l'hôpital**

Au moment de la prise d'une décision stratégique diagnostique et thérapeutique dans le cadre d'une maladie chronique et/ou grave, le patient a besoin d'un interlocuteur médical privilégié, qui coordonne et synthétise tous les éléments du problème. Ce rôle était naturellement tenu dans la France rurale par le médecin généraliste, dit "de famille". Les réalités sont devenues beaucoup plus complexes dans le monde urbanisé et hospitalier. Le terme de médecin "réfèrent" est apparu, qui indique bien que ce praticien est le repère médical fixe et d'une certaine manière rassurant pour le patient.

S'agissant des maladies chroniques hautement spécialisées, ce médecin n'est plus toujours le médecin généraliste, bien qu'il soit bien souvent celui qui partage avec le patient la relation la meilleure et la plus ancienne. Lorsqu'un malade est hospitalisé - actuellement de plus en plus souvent pour quelques heures - il peut être placé sous la responsabilité de médecins autres que son ou ses médecins habituels, et qui interviennent encore sur un mode fortement hiérarchisé. Dans bien des cas, le médecin réfèrent ne travaille pas dans le même secteur du service ou n'occupe pas la position la plus élevée dans la hiérarchie. On constate dès lors un conflit de responsabilité évident à propos duquel l'institution hospitalière doit réfléchir puisqu'elle y est de plus en plus souvent confrontée.

Dans le cadre d'une consultation hospitalière, il est fréquent que confronté à une situation complexe le médecin déclare à son patient : *"Je vais soumettre votre problème à l'avis des autres membres de la communauté médicale. Revenez dans une semaine et je vous dirai ce qu'il nous paraît être pour vous la meilleure solution."*

Les avantages d'une telle démarche sont évidents : l'idée d'un collègue que le médecin réfèrent n'avait pas eue, la citation d'un article scientifique majeur consacré à un sujet que le médecin réfèrent ne connaissait pas, l'éclairage des médecins les plus expérimentés ou d'autres disciplines constituent autant d'éléments qui peuvent faire progresser utilement la discussion diagnostique et/ou thérapeutique. Dans certains milieux hospitaliers - notamment dans le domaine de la cancérologie - ce type de démarche a été institutionnalisé sous la forme de Comités décisionnels médicaux pluridisciplinaires, dont il conviendrait d'étudier en détail les règles de fonctionnement.

Certains aspects pervers de la décision prise ou élaborée en staff sont néanmoins à discuter. Ils dérivent pour la plupart d'entre-eux du fait que le principal intéressé, c'est-à-dire le patient, n'est pas présent au cours de la délibération. Ainsi, les dimensions psychologique et intime du patient ne sont pas prises en compte, de

---

telle sorte qu'on produit une attitude présumée la meilleure du point de vue de la technique médicale et du bon sens général.

Un autre danger relève du fait que la répartition du temps profite aux cas intellectuellement les plus difficiles, puisqu'ils éveillent plus d'intérêt, de prises de paroles, et d'excitation générale que d'autres cas médicalement plus simples, mais pour lesquels les décisions à prendre sont tout aussi lourdes de conséquences et importantes pour la personne directement concernée.

À cet égard, la sémantique trahit la pensée. Lorsque les médecins parlent entre eux d'un "beau malade", ils évoquent en général un diagnostic particulièrement complexe, même si le pronostic de la maladie s'avère effroyable et son traitement inexistant. Enfin, le huis clos des médecins de génération et de statuts différents est propice au développement de joutes intellectuelles plus ou moins feutrées, qui ne sont pas directement utiles au malade.

## **Marges de manœuvre de la décision médicale individuelle**

Le paragraphe précédent a largement introduit ce problème. Lorsque la conclusion personnelle du médecin référent est notablement différente de celle du staff, que doit faire ce dernier ? Doit-il se satisfaire de l'avis du plus grand nombre ou de celui du médecin le plus expérimenté, alors qu'il persiste à croire qu'il a médicalement raison ? Il s'agit d'une question centrale relevant de l'éthique de la décision médicale qui mérite un développement spécifique.

Outre sa composante philosophique, elle renvoie également à l'essence même du métier de médecin ainsi qu'à son évolution. Reste-t-il, et doit-il vraiment demeurer dans le domaine du soin médical une dimension artisanale ou artistique, alors que la fonction du médecin se limite de plus en plus à l'application des connaissances accumulées par une recherche clinique très codifiée. Dans les faits en tout cas, cette marge de manœuvre intrinsèque est de plus en plus réduite par les contraintes extérieures. À titre d'exemple, il est déjà parfois complexe et il sera sans doute de plus en plus difficile de proposer à un patient un médicament dans une application dont l'intérêt n'a pas été formellement démontrée dans le cadre d'études de recherche antérieures, ou qui n'a pas été recommandée par un collègue d'experts, mais également désormais dont le rapport coût/bénéfice apparaît incertain.

## **Finalités et enjeux de la décision médicale**

Comme toute action, la décision médicale constitue le résultat d'une délibération, délimitée par des contraintes, selon une finalité donnée.

Les contraintes sont multiples. Nous avons évoqué déjà celles du temps et du lieu.

Il en est d'autres. Par définition, l'espace de la délibération est encadré par l'état actuel des connaissances et des moyens techniques disponibles. Les contraintes macro-économiques sont représentées en pratique par le système de soins au sein duquel évoluent le médecin et son patient. L'échelle de ces contraintes financières tend de plus à se réduire (de l'échelle nationale à celle des établissements, et bientôt peut-être celle de groupes de médecins et de patients). Ce n'est plus là notre sujet de départ.

Il faut retenir de cette énumération que plus les contraintes sont fortes, plus l'espace de la décision est réduit, et plus la décision à prendre est simple. Ainsi, un médecin en mission dans un pays en développement, confronté à un syndrome méningé et n'ayant à sa disposition qu'un seul type d'antibiotiques adoptera la décision évidente qui consiste à administrer le traitement. Cette décision évidente, est vidée de sa substance de délibération. Inversement, le choix d'une stratégie thérapeutique en région parisienne pose à l'autre extrême le problème de l'infinité des choix possibles. Même si le type de traitement à mettre en œuvre s'impose, il existe forcément un autre médecin auquel le patient peut avoir facilement accès et qui bénéficie d'une plus grande expérience du sujet.

Cela renvoie au *complexe d'imposture* avec lequel doit apprendre à vivre tout médecin, et qui constitue un vrai problème d'éthique décisionnelle médicale individuelle. La question est de bien connaître ses limites et de savoir à quel moment envisager de prendre la décision qui consiste à laisser la décision à un autre médecin - dans l'intérêt du patient - au risque de compromettre une relation médecin/malade établie et de qualité. Plus généralement, cet exemple illustre aussi le fait que plus les possibilités de choix thérapeutique sont nombreuses, plus la délibération est douloureuse, et plus l'acte décisionnel est libérateur.

## **Délibération et finalités de la décision**

Ces deux notions ne peuvent être dissociées. Quelle est la finalité ultime de la décision médicale? Le bien du malade représente la réponse qui vient naturellement à l'esprit. Une première remarque sous forme de boutade consiste à dire que le médecin cherche aussi son propre bien. La profession de médecin est l'une de

---

celles que l'on embrasse le moins par hasard. Le poids de la responsabilité directe du patient participe sans doute à l'équilibre intérieur du clinicien. Maintenant que les formes d'exercice de la médecine sont extrêmement diversifiées et qu'une infinité de formes de responsabilité existent, pourquoi devient-on, puis reste-t-on, plutôt médecin du SAMU, médecin humanitaire, chirurgien, ou médecin de la Sécurité sociale ?

Plus sérieusement, quel bien du malade envisage-t-on ? S'agit-il avant tout de son bien physique, mental ou social ? Ces trois éléments n'évoluant pas toujours parallèlement, la notion de conflit, qui est consubstantielle de celle de délibération, donc de celle de décision, est bien partie intégrante de la décision médicale

## **Conflits au regard de la santé d'un individu**

La meilleure santé physique du patient peut altérer d'autres aspects de sa qualité de vie. Ainsi, pour certains individus, arrêter de fumer pour raison médicale est source d'une amputation de la composante hédonistique de leur vie. Une mère de famille à hospitaliser qui doit abandonner ses enfants en bas âge éprouve un désordre affectif. Au sein d'une même composante de la santé - physique par exemple - le conflit peut se situer entre le court et le long terme.

La médecine du troisième millénaire sera de plus en plus préventive, proposant à tous les individus des contraintes de comportement, d'alimentation, d'exams et de soins, dans une logique d'investissement personnel et collectif de santé. Au cours d'une maladie grave, accepter une opération lourde peut signifier l'abandon de projets majeurs immédiats dans l'espoir d'une meilleure espérance de vie. Ce dernier exemple permet de comprendre que dans la décision médicale intervient le tempérament du malade. Trivialement, un malade au tempérament "cigale" repoussera plus facilement l'idée d'une intervention qu'un malade au tempérament "fourmi". C'est pourquoi le malade qui dit à son médecin : *"Décidez pour moi !"* a sans doute tort si les tempéraments du malade et du médecin divergent.

## **Conflits entre santé individuelle et santé publique**

Les exemples en sont de plus en plus nombreux. Ils ne se posent pas seulement en termes économiques. Ainsi, le simple fait de maintenir en vie des patients atteints d'une maladie hautement contagieuse peut contribuer à accélérer son extension. En son temps, l'éradication de la variole a supposé le décès ou le handicap définitif d'enfants par encéphalopathie vaccinale. Les sources de conflit

de cette nature sont innombrables. Leur résolution procède de l'éthique de responsabilité de la société et de ses représentants, et non de l'éthique de conviction des médecins ou des patients eux-mêmes. Dans des domaines aussi sensibles, les arbitrages procédant souvent de lois représentent des éléments de contrainte obligée de la décision médicale individuelle, et non plus des arbitrages à résoudre au sein même de la décision individuelle.

## **Ergonomie de la délibération**

Si l'on estime - comme je le pense - que dans la décision médicale le décideur ultime doit être le plus souvent possible le patient lui-même, se pose dès lors le problème de l'ergonomie de la décision médicale. Si le patient est juge, il doit enrichir sa réflexion des éléments pour ou contre les différentes possibilités qui lui sont proposées. Au cours d'un procès d'assise, les jurés écoutent les points de vue de la défense et de l'accusation représentés par des personnes différentes.

Dans une même consultation médicale, le médecin peut-il être l'avocat éloquent d'un point de vue autre que celui qui correspond à son intime conviction? Cela semble douteux. Tout au moins le médecin peut-il essayer de ne pas condamner de façon péremptoire la stratégie thérapeutique qui ne correspond pas à son inclination propre, et tenter de garder une certaine neutralité dans l'exposé des avantages et des inconvénients de chaque méthode. En pratique, le temps de réflexion laissé au patient pour des décisions non urgentes est souvent mis à profit pour lui permettre de solliciter des avis au sein de son entourage. C'est dans un tel contexte qu'ont fleuri les consultations pour "deuxième avis" dont on peut douter qu'elles soient encore pour longtemps remboursées par la Sécurité sociale!

## **Tendre à la qualité de la relation**

Les décisions individuelles de santé ne résident plus uniquement dans la gestion des maladies graves. Elles font partie intégrante de la vie quotidienne, en particulier dans le domaine de la prévention, et s'immiscent dans les comportements privés (sexuels, alimentaires, etc.). Dans ce contexte, la décision médicale individuelle est de moins en moins souvent représentée par un groupe d'individus en blouse blanche se concertant autour d'un malade alité incapable de participer au débat. Un glissement progressif du médecin vers le patient comme acteur principal de la décision médicale est prévisible. Par ailleurs, si la santé constitue en France un des derniers sanctuaires de la solidarité nationale, dans d'autres pays elle tend à devenir un bien de consommation équivalent à un autre.

---

Une hypothèse consisterait à penser alors que le médecin se trouvera rapidement dans la situation du vendeur de grande surface. Avec les progrès de l'évaluation médicale et du *Decision-making* à l'anglo-saxonne, il pourrait se borner à vanter les mérites respectifs de tel ou tel traitement, avec l'espérance de vie et la qualité de vie statistiquement attendues attenantes, sans oublier les taux de remboursement à la clef. La garantie financière du patient pourrait être apportée par une inflation des procédures à l'américaine. Mais cette vision consumériste de la décision médicale individuelle fait abstraction d'une donnée fondamentale que constitue l'échange inter-humain entre le soignant et celui qui l'honore de sa demande d'aide.

La qualité de cette relation n'a pas de valeur marchande, mais elle contribue sans doute à la réussite de la prise de décision, quelle que soit sa configuration. De son côté, le médecin dont les formes de pouvoir et de responsabilité évoluent actuellement à une vitesse prodigieuse, peut éviter toute dérive fondamentale dans sa pratique quotidienne s'il conserve comme garde-fou de son comportement le principe de réciprocité, et comme préoccupation suprême celle de ne pas nuire.