



Le légal et le moral

Introduction , par Michel Baur.....	291
Opposition du droit et de la morale.....	291
L'hôpital au cœur du débat.....	292
Le droit au respect de la dignité, ou quand le légal se veut moral... ..	293
Complémentarité du légal et du moral à l'hôpital.....	295
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	297
De la conviction à la responsabilité.....	297
Le légal et le moral, condition de notre liberté.....	300
Morale du service public et de l'intérêt général.....	303
Morale publique et dignité humaine.....	305
L'expression et la défense des valeurs.....	308
Les devoirs d'humanité et de justice.....	309
Groupe Miramion	315
Contraintes et décisions au quotidien.....	315
Décision médicale au quotidien à l'AP-HP.....	315
Les bases intellectuelles de la décision médicale.....	315
Anatomie de la décision médicale.....	316
Finalités et enjeux de la décision médicale.....	321
Séminaires philosophie et sciences humaines/histoire de la philosophie, les fondements de l'éthique	325
L'éthique à l'épreuve des situations concrètes.....	325
Les conditions de mise en commun d'un point de vue éthique.....	325
La nature du savoir éthique.....	326
L'approche éthique.....	327
L'engagement éthique : une démarche personnelle.....	328
<i>Entre nécessaire distance et bonne proximité</i>	331
Pourquoi le besoin de nécessaire distance ?.....	331
Pourquoi la bonne proximité ?.....	332

Le légal et le moral

Introduction : Michel Baur p. 291

Cellule de réflexion de l'Espace éthique p. 297

Groupe Miramion

- *Contraintes et décisions au quotidien*
- Décision médicale au quotidien à l'AP-HP p. 315

**Séminaires philosophie et sciences humaines/histoire
de la philosophie, les fondements de l'éthique**

- L'éthique à l'épreuve des situations concrètes p. 325
- Entre nécessaire distance et bonne proximité p. 331

Michel Baur*

Il n'existe pas de sociétés humaines, pour élémentaires qu'elles soient, qui ne connaissent de règles et ne distinguent le bien d'avec le mal. La morale en soi existe toujours et, contrairement à ce qui est souvent galvaudé, elle ne craint aucune espèce de disparition ou de dissolution.

Ce qui pose problème, c'est sans aucun doute l'application des règles, et au-delà, leur évolution : il est clair, en effet, que la vie ou la survie d'une communauté pose la question sans cesse renouvelée de la remise (ou de la non remise) en question des dites règles.

il s'agit donc de difficultés juridiques, philosophiques ou techniques auxquelles la morale ou le système de droit vont devoir répondre. L'organisation de la société se réalise donc à la fois :

- sur le plan du droit, qui détermine ce qui est légal et ce qui ne l'est pas ;
- et sur le plan de la morale, qui détermine ce qui est moralement acceptable pour le groupe et ce qui ne l'est pas.

Opposition du droit et de la morale

Dans nos sociétés « modernes », le légal est issu de la discussion démocratique sur les valeurs qu'une société entend retenir pour normaliser les rapports entre les individus et entre ces derniers et l'État.

La loi effectue un tri parmi les valeurs. C'est la loi de la majorité – et elle gomme les singularités individuelles : la loi est égalitaire et donc aveugle, chacun étant traité à la même aune. Elle évolue dans le temps, et donc souvent en retard sur le progrès ou les mœurs.

Ce sont les causes essentielles qui font que les cercles du légal et du moral ne peuvent se superposer, même dans une société évoluée (ou à cause) ; ainsi :

- des dispositions légales peuvent apparaître à certains totalement immorales (pour les opposants à l'avortement par exemple) ;
- alors que des tolérances morales peuvent être illégales (délivrance de stupéfiants à des toxicomanes, abrègement des souffrances à l'approche de la mort).

* Chargé de mission auprès du directeur général de l'AP-HP.

Le droit, et donc le légal, occupe dans le monde occidental une place de premier plan, à l'inverse des sociétés traditionnelles – africaines ou asiatiques, par exemple – où les obligations morales et sociales priment sur les règles juridiques. Celles-ci n'apparaissent que par défaut et dans leur brutalité, car elles négligent les circonstances et les situations. Le droit s'impose de l'extérieur et ignore, qu'après le procès les plaideurs devront à nouveau vivre ensemble dans le groupe et que, plus que le droit, c'est la sagesse qui est souhaitable.

Mais, européens nous sommes. Le droit, dans toutes nos démocraties, est regardé comme le régulateur de la vie sociale. Nous sommes en cela les héritiers de Montesquieu, de Rousseau, de Kant, des rédacteurs de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen qui impose au droit d'assurer la coexistence des libertés et de reconnaître aux autres des prérogatives identiques aux siennes.

Le droit, dans cette conception, s'impose à tous, après le débat démocratique, et comme l'énonçait déjà Aristote, ce qui est immoral c'est de ne pas respecter la loi. La vie sociale doit s'organiser autour de la loi, tempérée par la jurisprudence, dont il convient d'ailleurs de noter qu'elle peut être assez différente entre les pays anglo-saxons et latins.

L'hôpital au cœur du débat

Ces principes posés, tout pourrait être clair. Il est cependant des lieux particulièrement sensibles où les principes se heurtent à des réalités et des singularités qui font que la seule référence à la loi refléterait des modes barbares. Parmi ces lieux, se trouve bien sûr l'hôpital.

L'éthique hospitalière

Les établissements hospitaliers portent toujours les racines de leurs origines. Nés de la charité chrétienne, leur fonction a toujours été fondamentalement d'accueillir quiconque réclame de l'aide et des soins, et cela indépendamment des personnes et de leurs opinions.

L'institution hospitalière procède d'un ensemble de valeurs morales : compassion, partage, équité, etc., issues de la reconnaissance d'autrui et toujours présentes chez ses différents acteurs.

Tout au long du XX^e siècle, l'évolution de la société et du savoir médical a conduit à intégrer la relation de l'hôpital avec son environnement dans un cadre économique et légal structuré. Des valeurs morales, comme l'égalité d'accès aux soins, le respect des personnes, le secret médical, le consentement éclairé sont désor-

mais gérées par des textes législatifs autonomes. On pourrait ainsi croire que le lien avec l'origine morale et la problématique éthique est devenu désormais secondaire. Mais il est banal dans le domaine de la santé que la législation ne puisse répondre à l'ensemble des situations touchant à l'intimité du malade ou à l'avancée du savoir.

Ainsi, les médecins, les soignants, voire les administrateurs, se trouvent confrontés à des situations que le légal ne permet pas de résoudre. Soit que la réponse de l'arsenal législatif fasse défaut, soit que les principes légaux s'opposent à la seule réponse que l'interlocuteur puisse offrir !

Ainsi, se posa longtemps le problème de l'avortement, qui, illégal, pouvait cependant représenter la seule réponse morale à offrir à une femme en détresse. Ainsi se pose encore aujourd'hui le problème de ce que l'on appelle, par le biais d'un travestissement sémantique, « la mort accompagnée », et qui, pour le législateur, reste l'euthanasie et constitue une transgression majeure en l'état actuel de la loi.

Au quotidien, l'amélioration de l'espérance et de la qualité de la vie ont fait du corps un bien de prestige, qui constitue désormais l'objet d'un véritable contrat de confiance entre le malade, sa famille ou ses proches et ceux qui les soignent.

La distinction malade/maladie

Alors que le savoir scientifique débouche sur des connaissances qui permettront d'établir des normes dont la valeur en termes de Santé publique et collective s'imposera à tous – législateur, administrateurs de Santé, sécurité sociale, etc. – le Serment d'Hippocrate et le Code de déontologie médicale autorisent de nombreux espaces de liberté d'interprétation, à travers des notions comme : le dialogue individuel et singulier, le respect du patient après la mort, la liberté de prescription, le secret professionnel, le droit de taire la vérité aux malades, la liberté de conscience, etc. Certains rétorqueront que la loi prévoyant elle-même des exceptions à la règle, elles se trouveraient en quelque sorte légalisées !

En fait, dans un système où le droit domine l'économique et le social, la santé est l'un des rares domaines où le légal admet que le moral peut le supplanter, comme il arrive parfois que la raison d'État, dans certaines circonstances exceptionnelles, autorise l'abandon du droit.

Le droit au respect de la dignité, ou quand le légal se veut moral...

La révolution scientifique et clinique de l'hôpital a bouleversé l'environnement intime et psychologique du malade. Le malade, d'homme redevient facilement le patient

– c'est d'ailleurs le terme le plus employé –, qui supporte ses investigations et son traitement. Il devient trop souvent l'objet de ses observations cliniques à défaut d'être celui de ses inquiétudes et de ses angoisses, même si ont disparu les visages effarés des gravures de Jérôme Bosch ou les salles communes des hospices de Bruges de Memling où chacun côtoyait la souffrance, l'agonie, et la mort de l'autre.

Images de détresse qui nous rappellent que la dignité commence dans le regard de l'autre, là où aucun règlement ne pourra imposer le respect. Car si l'on doit proscrire le tutoiement, la familiarité, la brutalité, et respecter l'intimité des patients, de telles attitudes ne peuvent découler que de la culture d'un service, de l'institution hospitalière, et à défaut, de la seule conscience des acteurs de soins.

Cependant, au terme d'un renversement pour le moins paradoxal – encourageant ou inquiétant –, on observe aujourd'hui que le légal peut s'investir du moral pour tenter de l'imposer par la force du règlement. C'est par exemple le cas avec la Charte du patient hospitalisé, volonté d'humanisation désormais considérée comme un lien juridique s'imposant à tous.

L'éternelle singularité

Chaque spécialité médicale implique des approches différentes du corps à soigner et de la manière dont on interviendra sur la personne. Personne qui, elle-même, peut varier à l'infini de par sa personnalité, ou son état, âge, handicap, sexe, origine...

En d'autres termes, il s'agit de savoir de quelle manière peut être institué un dialogue entre soignants et soignés et de quelle nature peut être ce dialogue, de façon à ce qu'il ne soit pas seulement un acte où le patient est censé « faire confiance », mais produise aussi une donnée fiable du traitement.

Entre un patient qui « subit » et celui qui refuse ou discute – ouvertement ou dans le silence – son diagnostic ou son traitement, où se trouve la vraie tension éthique ? Cette tension entre points de vue divergents ne constitue-t-elle pas fondamentalement le vrai doute éthique quant à la bonne manière d'agir ?

Souvent ressentie et exprimée par les infirmières, cette discussion de l'acte médical en fonction de la singularité propre à chaque malade implique une médecine « intelligible » à l'égard de l'individu pour qu'il exerce et arbitre entre la logique médicale de son traitement, la responsabilité légale des soignants, sa liberté et sa propre morale individuelle, que cela concerne son destin, sa souffrance ou sa propre mort.

Complémentarité du légal et du moral à l'hôpital

Cela devrait être un pléonasme de dire de la morale qu'elle est « sociale ». En effet, ses deux racines étymologiques :

- latine : *moralis* (*mores* « mœurs ») ;
- grecque : *ethikos* (ce qui a trait aux mœurs, au caractère) ;

renvoient aux attitudes humaines en général, et plus précisément aux règles de conduite et à leur justification.

La responsabilité de tout hospitalier impose à la fois le respect de la loi et la nécessité d'une conscience. Nombre d'actions ou de décisions de la vie hospitalière impliquent de s'interroger préalablement pour savoir si elles sont justifiées, ou non, nécessaires, admissibles ou répréhensibles, en accord avec les valeurs reconnues ou en contradiction avec elles, socialement condamnables, individuellement acceptables. Cela va du droit ou non de soigner un étranger en situation irrégulière ou un non-assuré, de soulager des souffrances, de délivrer des médicaments, de privilégier le relationnel au détriment de la technique, d'informer (ou de taire), d'effectuer des actes non-autorisés...

À l'hôpital, même si l'action est collective, cette décision reste toujours individuelle. On comprend aisément l'importance d'un nécessaire dialogue, la nécessité de n'engager cette responsabilité qu'après avoir – quand c'est possible – sollicité tous les avis.

Même, si, le « légal » privilégie, par la richesse de ses textes, cette reconnaissance d'une responsabilité morale au corps médical, elle n'épargne cependant aucune catégorie d'agents : l'aide-soignante ou l'infirmière, face à la souffrance des patients, est quotidiennement confrontée à ce débat.

À ce titre, les administrateurs sont-ils épargnés ? Plus largement, la société doit-elle élaborer une éthique collective en matière de santé ?

Il y a deux siècles, en 1791, lors de l'abolition des corporations, le rapporteur, non sans humour, remarquait, concernant la médecine, que le principal problème relevait non des médecins mais surtout du manque de malades solvables... En est-il autrement dans un système de financement essentiellement basé sur la solidarité ?

Certes, il convient de ne pas mélanger les genres et de laisser à l'éthique ses champs essentiels, mais est-ce suffisant pour les extraire totalement des normes économiques ?

Le temps est désormais révolu où refuser d'intégrer la dimension économique aux problèmes de santé n'aboutissait qu'à remettre en cause les principes moraux fondateurs d'une conception de la solidarité nationale et de la Sécurité sociale.

La maîtrise des dépenses hospitalières renvoie aux notions de contraintes, de limites, mais, surtout, à une réévaluation de l'existant pour que les modalités de mise en œuvre respectent les équilibres moraux qui justifiaient l'affectation initiale des ressources.

À l'inverse de la théorie économique classique où un tel état serait résolu par l'ajustement automatique de l'offre et de la demande, soit par les prix ou les volumes, le gestionnaire de santé, les médecins, les soignants, ne sauraient ignorer les conséquences sur les besoins des malades. La contrainte budgétaire n'est pas qu'un palliatif consécutif à un manque ponctuel de moyens nécessitant de « faire mieux avec moins ». C'est aussi un formidable outil de rigueur médicale, de créativité et d'évaluation.

La variation des moyens – en plus comme en moins – suppose en permanence de les réadapter en fonction des besoins et de l'inégalité des risques. Sinon, la contradiction éthique serait flagrante de disposer d'unités de productions de soins de plus en plus dotées ou démunies dont l'essentiel du financement continuerait de reposer sur une contribution solidaire. Ce qui est vrai au niveau global, régional, l'est bien sûr au niveau quotidien de la vie des services.

L'abondance est certes préférable à la pénurie, mais, elle ne garantit en rien l'équité. Le progrès est lui-même générateur de choix multiples et dispendieux. Plus la médecine dispose de moyens, plus s'avère difficile la réévaluation car, interfèrent une multiplicité de besoins. Du point de vue des choix, elle renvoie certainement à privilégier des notions morales comme la prise en compte des populations les plus défavorisées, l'importance des risques sanitaires, la qualité des prises en charge si l'on veut que les modalités d'activités de nos professions restent « éthiquement » acceptables.

En conclusion, sachons quitter le monde des idées pour simplement considérer la chance exceptionnelle de pouvoir exercer nos fonctions dans un champ où nos responsabilités impliquent pour l'efficacité quotidienne la reconnaissance d'une possible différence des valeurs personnelles dans l'acceptation de valeurs collectives.

L'importance de l'Espace éthique, en tant que lieu de discussion ouvert sur toutes les situations concrètes de la vie hospitalière, ouvert à toutes les catégories professionnelles, sans recette pré-établie, constitue à cet égard une chance exceptionnelle pour l'institution, non en tant que lieu de résolution des problèmes, mais d'interrogations sur nos actions.

S'il n'existait pas, il ne nous resterait qu'à méditer, seul, la formule de Kant sur la nécessité d'une communauté minimale de la morale au-delà du droit : « Agis de telle façon que la maxime de ta volonté (ce qui inspire ton action) puisse valoir en même temps comme principe d'une législation universelle. »

Le légal et le moral

18 avril 1996

Invités experts

Jean-Michel Besnier (professeur de philosophie à l'École centrale), Père Jean-Paul Durand OP (Doyen de la faculté de droit canonique, Institut catholique de Paris), Pr Jean-François Mattéi (député des Bouches-du-Rhône), Michel Bilis (directeur de l'hôpital Broussais), Olivier Colin (directeur de l'hôpital Ambroise Paré).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Alain Cordier, Michel Baur, Pr Michel Dehan, Emmanuel Hirsch, Pr Didier Houssin, Dr Jacques Lebas, Pr Didier Sicard, Pr Adolphe Steg.

De la conviction à la responsabilité

Jean-François Mattéi

Le thème – le légal et le moral – m'apparaît comme l'un des plus difficiles qui soit. Nous vivons une révolution scientifique qui nous conduit à de nouvelles connaissances, donc à de nouvelles situations, de nouveaux choix, de nouvelles libertés et enfin à assumer des responsabilités.

L'éthique constitue l'étape du choix, ce qui conduit à s'interroger sur les comportements qu'il faut adopter conformément à l'idée que l'on se fait de la personne humaine. Naturellement, face à ces situations nouvelles, nous avons besoin de références qui peuvent relever du domaine de la morale, de la métaphysique et de la philosophie. En réalité, cela conduit à se forger une conviction personnelle, à se fixer une loi personnelle et un certain nombre d'interdits, sachant que la notion d'interdit présuppose obligatoirement celle de transgression et que la conscience est là pour tenter devant une situation que l'on juge particulière, voire pour permettre peut être de transgresser l'interdit. Mais je me situe au niveau des convictions intimes et personnelles. Or, nous pourrions opposer les notions de révélation et de raison, de transcendance et d'immanence, l'individu, l'homme et la société.

Lorsque l'on fait appel à la raison, les convictions diffèrent. Nous sommes obligés de prendre en compte les conséquences de nos actes sur le temps qui passe et sur les hommes qui nous entourent, ce qui induit naturellement la notion de responsabilité.

Partant d'une éthique de conviction, nous aboutissons au regard du temps, au regard des autres et naturellement au regard de la raison à une notion de responsabilité. Lorsque des problèmes surviennent, le médecin se retrouve seul face à des questions qui devraient être gérées en principe par les différentes personnes concernées.

C'est le cas par exemple dans l'assistance médicale à la procréation (AMP) : le couple soumet un problème qui relève de l'intimité la plus totale. Jamais aucune société ne devrait empêcher un couple d'alcooliques d'avoir des enfants. Elle peut seulement prévoir les mesures à prendre pour protéger des enfants qui viendraient à naître dans de telles circonstances. Mais il ne vient à l'esprit de personne de s'immiscer dans cette liberté fondamentale. Toutefois, quand un couple d'alcooliques consulte un médecin parce qu'il est stérile afin de bénéficier d'une AMP, ce qui relève de la seule liberté et responsabilité du couple devient une responsabilité partagée par le médecin. Il lui appartient éventuellement de rendre possible ce qui semble alors compromis. Quand il s'agit de ce qui relève du domaine de l'expérimentation humaine – de la transplantation d'organes, du secret médical, de l'AMP, du diagnostic prénatal –, le médecin se pose très vite la question suivante : « Ai-je l'obligation morale de satisfaire toutes les demandes qui me sont faites sous prétexte que je possède la technique ? ». La réponse est évidemment négative. En tant que tel, le médecin n'a pas d'obligation morale. Sa fonction de médecin doit être doublée de celle de juge s'il souhaite argumenter son refus ou son acceptation.

Si l'on revient sur la responsabilité individuelle, intervient dès lors la notion de clause de conscience que chacun connaît très bien. Apparaît la nécessité pour une société de déterminer un espace de liberté. Un espace borné par des limites au-delà desquelles la société ne se reconnaît plus comme humaine parce que cela dépasse ses références. À l'intérieur de cet espace, les libertés continuent à s'exprimer. C'est pour cela que très vite, au fil des années, est apparue la nécessité de légiférer dans un certain nombre de domaines, notamment médicaux et scientifiques mais dont les conséquences sont bel et bien d'ordre social.

L'homme peut-il être l'objet de sa propre expérience ? La loi doit répondre en indiquant comment l'expérimentation humaine qui est nécessairement immorale mais moralement nécessaire, peut être organisée tout en respectant l'homme. Que faire ? Les possibilités ne sont pas infinies ; j'en ai identifié trois.

La première consiste à ne rien faire, à laisser faire. Cette solution est hypocrite et lâche. Les problèmes ne peuvent se régler en affirmant que tout ce qui n'est pas interdit est permis. Par ailleurs, si l'on ne légifère pas, les tribunaux sont néanmoins saisis et rendent des décisions qui font jurisprudence. En l'absence de principes généraux dégagés par la société, nous serions amenés à nous prononcer à partir de cas particuliers. Il conviendrait également de se référer aux règles élaborées par les législations en vigueur dans d'autres pays.

La deuxième possibilité consisterait à interrompre le progrès. Il peut s'agir là d'une attitude individuelle rejoignant la clause de conscience. Pour ce qui me concerne, je ne crois pas qu'il soit dans le projet humain de renoncer à sa quête de connaissance. Ce n'est pas la connaissance en elle-même qui est dangereuse mais son utilisation ; donc il faut en définir les règles.

La troisième possibilité consiste à organiser. Les difficultés sont de trois ordres : comment trouver le juste équilibre entre le refus de l'ordre moral et la nécessité d'introduire des valeurs morales dans le débat public ? À chaque instant, nous avons souhaité que les pouvoirs publics ne puissent pas dire : « Ceci est bien ; ceci est mal. » parce que l'on sait très bien ce que sont les régimes décrétant politiquement le bien et le mal. C'est pourquoi, nous avons rejeté un tel ordre moral. Pourtant, nous ne voulions pas que les références soient totalement absentes du débat. La deuxième difficulté relève de l'objet du débat de ce soir : la différence entre le légal et le moral. Nous savons bien que dans notre pays nous disposons de lois qui n'ont pas de connotation morale (exemple, la loi sur le divorce). Par ailleurs, tout ce qui est moral n'est pas transmis dans l'ordre législatif, et tant mieux.

Donc le légal et le moral – même si l'on constate ici ou là des chevauchements et des liaisons indispensables – sont de natures différentes. La troisième difficulté tient au respect de la personne et à l'exigence de la collectivité. Par exemple, en ce qui concerne le secret médical, chacun a le droit au respect de son intimité. Cependant, dans une société moderne où chacun paie pour la collectivité, chacun a le droit de savoir ce que l'on fait de l'argent commun. La nature du secret médical peut en être altérée.

Il est clair que face à tant de difficultés et de contraintes, il nous avait été prédit que nous n'arriverions pas à déterminer des principes soutenant un projet de loi.

Pourtant, il est apparu assez rapidement que nous partagions une valeur commune : l'homme – à la différence de l'animal – est porteur d'une dimension qui lui échappe, qui le dépasse sinon qui le transcende. En clair, les croyants appellent cela l'âme, les non-croyants, l'esprit ou l'intelligence. Tous s'accordent pour reconnaître à l'homme cette valeur sacrée.

Pour légiférer, nous sommes partis de cette valeur commune, de ce repère commun qui n'avait naturellement aucune connotation religieuse. Dans le déroulement de nos travaux préparatoires avant de légiférer, il fallait effectivement distinguer les niveaux : rendre à César ce qui est à César, à Dieu ce qui lui revient, la loi civile au peuple et la loi morale aux consciences, sachant que la distinction peut parfois apparaître arbitraire. Que le Pape, dans des textes définitifs, indique très clairement un certain nombre de chemins qui, parce qu'ils sont suivis, mettent à l'écart, cela n'est pas choquant puisqu'il s'adresse à une communauté de convictions.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que nous sommes dans une République laïque où les opinions peuvent différer. À propos de l'assistance médicale à la procréation, le porte-parole du Vatican avait exprimé que, au-delà de nos convictions politiques et religieuses, nous devons trouver un consensus qui préserve notre vie sociale. On comprend donc, comment les choses peuvent s'articuler.

Au-delà d'une stricte définition du légal, ce qui est délicat et parfois inquiétant relève de l'application de la loi. Vis-à-vis de la loi de 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, je dis clairement que je l'aurais votée. Pourtant, j'affirme aussi que je suis profondément choqué par son application aujourd'hui. Si je reviens à ce que j'ai dit sur l'interdit et la transgression, la transgression fait partie de la condition humaine. C'est ainsi que l'homme exerce sa liberté, sa responsabilité. Mais dès lors que la transgression devient une habitude, l'interdit n'existe plus. Or, une société ne peut exister qu'à partir du moment où elle s'articule selon des interdits.

Il nous appartient de vivre en fonction de notre éthique de conviction et d'exiger de pouvoir vivre en fonction de notre éthique de conviction. Dans une société, il convient de reconnaître les différences. À partir de certaines valeurs de références mises en commun sur lesquelles on ne transige pas, on peut admettre que le légal n'obéisse pas formellement et entièrement à nos convictions. Toutefois, il faut veiller à ce que la transgression de l'interdit ne devienne pas une habitude.

Le légal et le moral, condition de notre liberté

Jean-Michel Besnier

Je voudrais vous inviter à réfléchir sur trois points concernant cette distinction ou cette opposition entre le légal et le moral. D'abord cette distinction signale le primat que nous accordons dans notre société à l'individu. En un second temps, je voudrais suggérer que cette opposition-distinction nous invite à consentir à la finitude humaine, à cette dimension qui nous demeure cachée et qui nous constitue fondamentalement. Et enfin, j'aimerais montrer que cette distinction entre le moral et le légal représente sans doute un encouragement à exercer notre liberté.

L'opposition entre le légal et le moral traduit vraisemblablement le triomphe d'une société individualiste. Dans une société que les sociologues appellent holistique, qui donne la prévalence au tout sur les parties, cette distinction n'aurait pas de sens. Dans nos sociétés, en revanche, ce que la loi enjoint de faire peut se trouver en décalage par rapport à ce que le cœur impose de faire pour autant que les individus aient assumé cette dimension de cœur. On suppose, dans tous les cas de figure, une prise de conscience de l'irréductibilité de la subjectivité qui met évidemment en question le principe d'autorité. C'est souvent comme cela que l'on

désigne les Modernes. Qu'est-ce qu'un Moderne ? C'est un individu qui refuse le principe d'autorité dans les différentes formes qu'il a pu prendre : à savoir Dieu, la nature ou les traditions.

Nous sommes modernes car nous refusons de nous laisser imposer ces transcurrences comme des évidences. De ce point de vue, l'opposition entre le légal et le moral est bien illustrée dans la tradition occidentale par cette grande figure tragique que représente Antigone. Les philosophes l'ont souvent énoncée pour argumenter l'opposition du sujet à la cité et en même temps pour illustrer ce basculement d'une société holistique qui fonctionnait sur l'évidence de la totalité vers une société qui va se décentrer, qui va constituer chaque individu comme un foyer d'initiatives et de décisions.

Le second emblème à évoquer est offert par le mythe de Gygès dans la République de Platon. Gygès est un berger de bonne réputation, bien élevé, vivant en bonne entente avec son entourage et qui a le malheur de trouver dans la montagne une bague magique ayant la vertu de rendre invisible. Il découvre très vite les bénéfices qu'il peut en tirer et de bien élevé qu'il était, il devient un voyou de la pire espèce commettant toutes les vilénies. La question de Platon consiste à se demander si Gygès était moral lorsque la conformité de son comportement dans la cité s'avérait irréalizable. Cette référence qui montre le décalage entre la légalité et la moralité va servir de veine de réflexion à d'autres philosophes dont le plus important est Kant qui distingue très nettement ce qui est moral et ce qui est légal, ce qui relève d'une éthique morale et ce qui relève d'une éthique juridique. Pour Kant, on est moral quand on confère pour mobile à son action la morale elle-même, tandis que l'on est dans la légalité quand on fixe pour mobile à son action le respect d'une contrainte extérieure ratifiée par une société. « La simple conformité d'une action avec la loi, abstraction faite du mobile de celle-ci, on l'appelle légalité, conformité à la loi. Toutefois, cette légalité dans laquelle l'idée de devoir tirer de la loi est en même temps le mobile de l'action et la moralité de celle-ci, les bonnes mœurs. » Une société qui se centre sur l'individu peut s'exposer à un décalage entre la légalité et la moralité.

Le légal et le moral s'opposent en traduisant notre finitude humaine, en révélant que nous sommes des êtres mortels, que nous ne sommes pas tout, que nous ne sommes pas Dieu. Si nous étions des saints, nous n'aurions ni besoin de morale, ni des lois. La morale serait sans objet, car il n'y aurait pas de devoir-être, puisque nous serions toujours présents dans l'Être, c'est-à-dire jamais en défaut. D'autre part, il n'y aurait pas besoin de lois, puisqu'il n'y aurait pas besoin d'interdits. Donc notre privilège d'avoir besoin de la morale et des lois tient au fait que nous ne soyons pas des saints. Kant le dit en des termes bouleversants, en mettant l'accent sur le mal radical : le mal est profondément enraciné dans l'homme, dès qu'il y a un homme, il y a mal. Ce mal est l'indice de cette finitude.

Ce que nous pouvons essayer de faire vise à rendre compatible la loi et la morale, de jouer des deux, afin de parvenir à ce que la loi soit moralement désirable et que la morale soit légalement instituée.

Notre champ d'action humaine consiste à louvoyer entre ces deux pôles et à tâcher de les rapprocher. Le légal pourrait être moralement obligatoire, la loi serait alors le bien. Et le moral pourrait avoir force de loi, et en ce cas-là, la morale serait la justice. Tout nous indique évidemment que nous sommes loin d'avoir rendu compatibles le moral et le légal.

L'actualité le dit, telles les lois sur l'immigration qui se prévalent volontiers de la morale sans pouvoir convaincre. De même que les commandos IVG (interruption volontaire de grossesse) qui se réclament du « Bien » pour braver une loi qu'une majorité de Français considèrent comme bonne. Puisque nous sommes des êtres finis, nous sommes condamnés à osciller de la loi à la morale. Nous sommes condamnés à osciller entre une sphère de l'hétéronomie dans laquelle nous avons besoin de recourir à une force extérieure et une aspiration à l'autonomie dans laquelle nous voudrions bien être les instigateurs de la loi.

Enfin, pour ne pas en rester à ce constat négatif. Le légal et le moral, précisément parce qu'ils se distinguent ou qu'ils s'opposent, constituent les conditions ou la traduction même de notre liberté.

Nous devons formuler un paradoxe et tâcher de vivre avec. Ce paradoxe peut être exprimé ainsi : c'est parce que nous sommes capables du pire, que nous sommes capables du meilleur. Le mal est la condition de notre liberté. Sans le mal, nous ne serions pas libres. Si le moral et le légal coïncidaient, nous perdriions toute liberté, nous serions intégralement déterminés, il n'y aurait plus de libre-arbitre. Les religions de la Loi sont celles qui nous exposent le plus à verser dans l'intégrisme. La Loi qui dirait le Bien nous obligerait à croire en elle et nous obligerait à nous doter de la force de l'imposer partout.

De même, la sociobiologie qui voudrait naturaliser les comportements moraux, c'est-à-dire les enraciner dans l'infrastructure neurophysiologique qui est la nôtre, aimerait bien imputer à la science le soin de dicter les lois à la morale et, ce faisant, évacuerait complètement la liberté. La liberté est donc un beau risque à prendre, risque qui nous condamne continuellement à l'ambiguïté. Ou bien nous voulons échapper à cette liberté et dans ce cas-là, nous n'obéissons plus qu'à la loi ; nous donnons tous les points à Créon contre Antigone. Nous devenons ce que Sartre désignait par le terme de « salaud », nous devenons des salauds qui passons notre temps à fuir cette liberté qui nous angoisse car elle nous conduit toujours à osciller. Et le prototype du salaud est Eichmann, celui qui se réclame de la loi pour justifier l'application de son libre-arbitre, de sa liberté.

Ou bien nous affirmons inconditionnellement notre liberté et nous refusons à ce titre toute loi et évidemment nous nous exposons à verser dans l'anarchisme nihiliste, le fanatisme de la conscience toute-puissante, et là aussi le risque est grand. La solution, dans l'entre-deux, consiste à rendre compatibles le légal et le moral dans les temps modernes, ces temps où l'individu n'est pas disposé à se laisser imposer quelque principe d'autorité que ce soit. Historiquement, dans les temps modernes la solution a été celle du jus-naturalisme – du Droit naturel – cette entreprise à la fois intellectuelle et institutionnelle destinée à adapter le légal positif au légal naturel, sachant que la détermination de la loi naturelle est toujours contingente, provisoire, qu'elle réclame ce que Aristote appelait la prudence, l'art de négocier dans le contingent, l'art de naviguer à vue.

Il est significatif que nous ayons eu à interpréter les droits de l'homme différemment, en rupture avec tout dogmatisme juridique. Les droits de l'homme ont, en effet, été interprétés comme horizon, comme idéal régulateur pour l'action et non pas comme corpus de principes qu'il faudrait imposer *ex cathedra* et autoritairement. Les droits de l'homme structurant pour l'action sont compatibles avec ce constat : comme nous sommes hommes, nous sommes condamnés à la contingence. Le légal et le moral sont en interaction constante. Que l'on redonne des points à la casuistique semble aujourd'hui plutôt une bonne chose, car la casuistique parfois décriée au nom de certains dogmatismes est exigée par le devoir de vivre, par la pragmatique à laquelle nous sommes invités quotidiennement. De ce point de vue, je décline la casuistique à partir de Kant et je la vois bien fonctionner dans certains comités d'éthique qui me font penser que nous sommes sur la bonne voie dans la négociation entre ces deux pôles que constituent le moral et le légal.

Morale du service public et de l'intérêt général

Jean-Paul Durand

La question d'un traitement par la légalité peut mettre un terme à la question de la morale ou du débat moral, à moins que le légal donne lieu à un nouveau débat moral et à un espace qui renvoie à la question de la casuistique. Mais nous sommes là dans une situation de macro-approche et il est important de ne pas oublier la micro-approche, c'est-à-dire la personne non pas pour l'opposer à la macro-approche mais pour penser ensemble et la personne et la société. Comment finalement situer les personnes dans leur singularité, dans un tout qui ne soit pas un tout étouffant et qui ne donne pas non plus illusion à la personne d'être elle-même capable de tout porter ?

En effet, nous nous situons dans une certaine crise du rapport entre le légal et le moral qui n'est pas nouvelle. Son contexte, lui, est certainement très nouveau par

la modernité et certains linéaments de post-modernité. C'est pourquoi, je me permets d'inviter à une recherche de quelques relais pour la personne et pour la société, pour ses hôpitaux et pour ses œuvres. Ce qui renvoie à une question de méthode et donc à la manière de rechercher des fondements. Nous savons qu'une hypothèse est l'hypothèse du débat habermassien ou encore du contrat, à moins que ce soit l'ontologique par le sacré, par la philosophie. En ce qui concerne les traditions juives ou les traditions chrétiennes, nous voyons à quel point cette ontologie a été pondérée par la place de la liberté et celle de la responsabilité. Une nouvelle fois, nous revenons à terme en ce qui concerne la casuistique.

J'essaie de travailler à partir d'un lieu d'observation constitué par la question des caractères propres – en particulier confessionnels – dans des œuvres, que ce soient des œuvres de soin ou d'enseignement. Nous pouvons observer derechef qu'un certain nombre de caractères de l'environnement, porteurs de la liberté scolaire ou de la liberté des services de soins, peuvent opérer sur le comportement du médecin, sur sa liberté, sa conscience. Or, il n'y a pas que ce dossier du caractère professionnel ou du caractère propre dans lequel une philosophie soit affirmée.

Des questions pourraient être formulées en des termes comme : qu'en est-il de la moralité ou du rapport à la loi d'un service public, que ce soit dans l'enseignement ou dans les soins ? Quel est le rapport d'un service public à la morale ? Cela nous conduit-il à un moralisme ? Est-ce que cela nous confronte à une nostalgie à la Jules Ferry de la morale de nos pères, nous évitant de poser la question des fondements de cette même morale judéo-chrétienne ? S'agit-il seulement de se distancer de la crainte d'un ordre moral ? Est-ce faire les frais d'une laïcité-neutralité qui peut être un lieu d'apaisement mais aussi d'occultation de pans entiers de ce qui est en jeu ?

Donc, cela renvoie à la question des contenus dont nous ne pouvons pas faire l'économie, ainsi qu'au contenu de notions tout à fait permanentes et quotidiennes de l'ordre public, de la santé publique, des bonnes mœurs, etc.

Le citoyen, le résidant sont dans une situation qui renvoie à la question du tout, plus cosmopolite, plus pluraliste que jamais. Alors qu'en est-il d'un service public, d'un intérêt général dans une société pluraliste ? Cela renvoie à la question d'un pouvoir sur l'homme et la société. Quel est ce pouvoir, en particulier celui que le parlementaire, le responsable politique exerce ? Tout peut-il être mis aux voix ? Tout dépend-t-il de l'État ? Comment assumer les limites du législatif et du législateur ? Il va de soi que nous ne rêvons pas d'un retour à un pouvoir religieux ni à celui des confessionnalismes quels qu'ils soient.

Nous cherchons une société ouverte avec un espace de libre-adhésion. Nous sommes dans cette formule kantienne des bornes et des limites. La présence de la question religieuse peut être un rapport seulement propositionnel d'éclairage.

Comment situer les moyens dont nous avons besoin, pour assumer le rapport tant personnel que collectif à l'éthique et à la fonction de l'ordre public, de la Santé publique, à des fonctions que nous devons porter ensemble ? Comment donc équiper tout homme et toute société ? Il est important d'être conscient – sans être enfermé dans un pessimisme ou une fatalité – d'un aléa que nous pouvons nommer de différents mots comme le mystère du mal. En tout cas, il existe un inadéquat, ce qui ne veut pas dire que tout est consommé. Les ressources qui nous habitent sont là pour être utilisées, terme inapproprié car il ne s'agit pas d'instrumentaliser, ni de réifier les ressources mais de leur permettre de grandir, de parler, d'exprimer ce rapport entre la morale et le pardon, la morale et la compassion, ce rapport de critique non négligeable entre la loi et la toute-puissance. Dès lors, il en va de la mise en présence non pas simplement du légal et du moral, mais également du légal, du moral et du sacré.

Je terminerai par cette évocation de l'ouvrage de Daniel Hervieux-Léger – *La religion pour mémoire* – qui me faisait penser que nous n'avons peut-être plus la mémoire de ces ressources. Nous l'avons peut-être perdue dans le cadre d'un conflit, d'un ressentiment et d'une méfiance ; mais comment rééquiper l'être humain de son passé flamboyant afin que, sans tomber dans les ornières d'hier, il ne néglige pas ce qui est vital pour lui ?

Morale publique et dignité humaine

Michel Bilis

Passionné d'histoire, je cherche et mesure les références culturelles et morales qui me confrontent aux événements historiques. Le terme moral me paraît devoir être analysé face aux évolutions historiques. Tous les régimes – même ceux qui apparaissent comme les plus criminels – ont toujours proclamé agir au nom du bien sans qu'une telle affirmation soit limitée à un effet d'annonce. Les masses qu'ils mettent en mouvement en sont intimement persuadées, c'est-à-dire qu'un régime criminel justifie toujours sa criminalité en démonisant, en diabolisant son adversaire, les opposants ou les gens qu'il persécute. Quand on observe des masses telles que l'on a pu le voir par exemple dans la société iranienne, l'élément d'explication facile est de se dire qu'il s'agit de fanatiques. Même si un pouvoir dispose de tous les canaux d'information et d'éducation qui permettent de mettre en mouvement des masses, on ne peut pas se limiter à une vision instrumentale selon laquelle les gens sont simplement « manipulés ». Ces comportements de masse font aussi appel à des valeurs morales.

Lorsqu'elle est publique, la notion de morale renvoie aux mauvais souvenirs de notre histoire. Les régimes qui ont mis en avant la morale ont souvent adopté des comportements extrêmement répréhensibles. En France, par exemple, sous

l'Occupation entre 1940 et 1944, le régime de Vichy s'est présenté comme incarnant une réaction morale face aux années précédentes qu'il estimait marquées d'immoralisme, de laisser-aller expliquant une défaite qui sanctionnait cette perte de références morales. Pour régénérer la société française, on pensait qu'il fallait revenir à des valeurs morales fortes. De ce point de vue, j'éprouve toujours une certaine réticence quand j'entends parler de morale publique. En revanche, me fondant sur les mêmes événements, je considère que les Français qui accueillaient un résistant ou un juif transgressaient manifestement la légalité. Ils la transgressaient au nom de leurs valeurs morales qui dans ce contexte devaient être très fortes.

C'est ainsi que je fonde ma conception de la morale qui consiste à se fixer des interdits personnels, à se déterminer des limites que l'on estime intangibles. Il s'agit là presque d'une conception défensive de la morale : voilà la ligne jaune que je ne dois franchir en aucun cas, quelle que soit l'exigence édictée par la société !

La morale consiste à être capable de se fixer un interdit qui renvoie à des convictions personnelles. La difficulté nous expose pourtant à des situations limites. Qu'en était-il de cette confrontation entre la morale et la légalité du moment qui enjoint par exemple à tout membre de la fonction publique d'affirmer sous serment qu'il n'est ni juif, ni franc-maçon ?

Dans la réalité quotidienne, nous ne prenons pas toujours conscience des enjeux et des limites, tant les situations procèdent de la complexité d'éléments qu'il n'est pas toujours simple d'évaluer. Comment concilier nos valeurs avec les nécessités du moment qui peuvent se traduire en impératifs d'ordre économique susceptibles de contrevirer à des principes démocratiques ou à des valeurs humaines, en particulier lorsque la loi qualifie d'irrégulière la situation des personnes immigrées dont les seules attaches sont pourtant dans notre pays ?

D'une façon générale, j'ai le sentiment que c'est plutôt la morale « minoritaire » qui fait évoluer les sociétés dans le « bon sens ». Il ne s'agit pas de dire que la minorité doit imposer sa morale à la majorité, mais de se rappeler que seules les personnes capables à un moment de transgresser les canons de la pensée dominante favorisent les mutations sociales et nous permettent de préserver notre vigilance. La connaissance et le souvenir des réalités les plus épouvantables et les plus extrêmes (génocides, crimes contre l'humanité, crimes de guerre avec leurs implications dans la vie quotidienne) ont contribué à l'élaboration de principes universels qui dépassent les considérations spécifiques et obligent les sociétés à concevoir une morale politique plus respectueuse de la dignité humaine.

Olivier Colin

En tant que directeur d'hôpital, l'opposition que vous avez relevée entre le légal et le moral fait partie de notre quotidien. En effet, chaque jour, nous sommes sollicités.

Fonctionnaires républicains, notre métier consiste effectivement à appliquer la loi. La loi jouit d'un certain prestige, mais derrière la loi, il y a le règlement qui fait partie du légal.

L'application du règlement est moins valorisante, pourtant il est de notre fonction de s'y consacrer. Pour le directeur d'hôpital, la difficulté procède souvent des réactions d'interlocuteurs à propos de la pertinence de la loi. Face à des situations spécifiques, ils sollicitent un accord de dérogation. Ainsi, nous sommes quotidiennement confrontés à cette opposition entre le légal et le moral. Le temps consacré au dialogue, à une réflexion plurielle, favorise une réconciliation des points, une possible conciliation, par exemple, des principes d'ordre éthique avec les contraintes économiques. Nous pouvons ainsi progresser ensemble dans les domaines du légal et du moral.

Pour illustrer mon propos, je vais prendre l'exemple de l'application de la loi bioéthique du 29 juillet 1994 concernant l'interdiction des autopsies à l'insu de l'entourage. Les familles doivent être prévenues quand des prélèvements à visée diagnostique sont effectués. Pour des raisons d'ordre pratique, cette règle est rarement appliquée. À l'hôpital Ambroise Paré, certaines circonstances nous ont conduits à approfondir cette question. En consultant les différentes personnes impliquées dans ce domaine particulier de l'activité médicale, il est apparu que certains médecins jugeaient moralement indéfendable d'informer la famille d'une nécessité d'autopsie pour des raisons qui semblent évidentes. Pourtant, au plan de la morale collective, de la démarche médico-scientifique, il importait malgré tout de mener une telle investigation sur le cadavre dès lors qu'elle était justifiée. Après de nombreuses réunions de travail, nous avons élaboré un règlement conforme à la législation en vigueur. Un imprimé a été rédigé fixant les règles. Nous ne pratiquons pas d'autopsie à l'insu des familles, quitte à diminuer le nombre de ces interventions. Nous avons mieux réfléchi aux modalités de consultation de la famille, aux conditions d'entretien, d'information et de sollicitation de son avis.

Sur la base de cette expérience, j'ai le sentiment que la confrontation entre le légal et le moral peut aboutir à une amélioration des comportements moraux des personnes dans leurs relations interindividuelles. Aussi, il a été suggéré que soit instauré un fichier national informatisé accessible dans tous les hôpitaux, où de son vivant chaque personne pourrait exprimer sa position relative aux prélèvements, qu'ils soient à visée thérapeutique ou scientifique. Avec cette réflexion, nous avons pu nous apercevoir également que la loi est perfectible.

L'expression et la défense des valeurs

Michel Baur

Je souhaiterais réagir à ces différentes interventions et dire en quoi le droit peut représenter la barbarie, en quoi aussi le légal peut être barbare et en quoi nos métiers sont impraticables si l'on renonce à se poser de telles questions.

Le rapport entre le légal et le moral ne se pose dans notre pays que depuis 1789. Auparavant, la loi était d'ordre divin, le monarque l'incarnait, de telle sorte que le légal et le moral étaient confondus. Pourtant, au sein même de ce type de régime, s'affirment les trois vertus théologiques : foi, espérance et charité. La charité est ce que l'on pratique sans aucune obligation, dans le sens du devoir. Elle se situe en amont de la justice qui nous renvoie à la notion de légal. Ainsi, au sein d'un système religieux qui lie le légal au moral, on prend soin de préciser que la charité est d'essence divine et que la justice constitue une vertu cardinale.

Le droit n'est jamais que le reflet des valeurs, donc de la singularité. Chacun, selon sa personnalité, exprime des valeurs. En société, il convient de choisir des valeurs afin de vivre ensemble, quitte à renoncer volontairement à certaines considérations individuelles. L'enjeu éthique se situe à ce niveau. Quelle opinion a-t-on de la justice ? Il est dit qu'elle est aveugle, impersonnelle, qu'elle ne connaît pas les gens. Pourtant nul n'est censé ignorer la loi. Or, il y a profusion de textes de loi, de telle sorte que la majorité d'entre-nous ignore la loi. La loi est réductrice, elle est complexe et pour être efficace elle ne peut être qu'aveugle. Comment peut-on exercer un métier qui concerne l'homme en prenant en compte de telles notions ? C'est impossible.

On pourrait penser qu'une société privilégiant la sagesse pourrait se passer du droit pour régler ses conflits. D'ailleurs, dans les sociétés asiatiques recourir au droit représente presque une injure. La morale devrait alors permettre de régler les différends entre les personnes.

Didier Sicard

En matière de légal et de moral, ce qui m'obsède, c'est le contemporain et pas tellement l'histoire.

J'observe une certaine confusion dans nos conceptions de la notion de responsabilité. Qu'une société individualiste demande de plus en plus à la loi de définir la responsabilité me paraît très étrange et m'inquiète. Cette confusion me semble déterminante aujourd'hui : une éthique de conviction devrait nécessairement faire surgir une éthique de responsabilité. En fait, l'éthique de conviction craint d'engager sa responsabilité morale en exprimant une responsabilité légale face à la loi. De

telle sorte que l'engagement par rapport à l'autre est sans arrêt découragé. La peur de la loi et l'inflation du corpus de loi finissent par faire perdre à l'humain le sentiment du besoin de transgression.

La responsabilité humaine qui constitue l'engagement par rapport à l'autre est de plus en plus menacée par la peur de la responsabilité au regard de la loi.

Michel Dehan

Je voudrais développer l'idée selon laquelle nous raisonnons souvent de façon binaire. C'est vrai que par définition nous sommes binaires : main droite, main gauche, hémisphère droit, hémisphère gauche, cavités droites, cavités gauches. Nous évoluons dans un système et dans un monde binaires : il y a la lumière et la nuit, l'homme et la femme. Pourtant, en réfléchissant à cette façon binaire de voir le monde, intervient toujours une résultante, une troisième dimension. Donc, nous sommes dans un monde à trois dimensions. Si nous ne réfléchissons que dans un monde à deux dimensions – horizontal – nous perdons beaucoup. Il est important de définir des concepts, des bornes mais il n'est pas certain qu'il faille toujours les opposer et rester au niveau de cette opposition.

J'essaie de trouver à travers des raisonnements pratiques, pragmatiques, des troisièmes voies, des troisièmes dimensions. Si l'aspect physique et scientifique de la médecine s'affirment, la dimension humaine ou psychologique des patients n'en doit pas pour autant être négligée. Intervient également l'aspect institutionnel de l'hôpital et d'autres considérations dont les aspects économique et social de notre responsabilité. Dans le débat entre le légal et le moral, il nous faut faire avec l'ensemble de ces données.

Pourtant, la résultante entre le légal et le moral, ne relève-t-elle pas de ce que l'on appelle justement l'éthique, la recherche éthique ?

Les devoirs d'humanité et de justice

Jacques Lebas

Comment le légal évolue-t-il ? Les lois de la cité seraient forcément oppressives, alors que la morale se situerait nécessairement du bon côté. Dans la pratique, l'approche est plus complexe. La morale renvoie aux notions de bien et de mal ; c'est le discernement que l'on doit instruire entre le bien et le mal et qui n'est pas toujours facile. Quand on affirme que le fait de prendre l'habitude de transgresser constitue un grand danger, cela dépend naturellement des circonstances. Certaines transgressions habituelles permettent aux lois de basculer, de subir des mutations. L'exemple du droit de regard – ce droit d'ingérence – exercé par la

communauté internationale à propos de ce qui se passe à l'intérieur des frontières d'un pays, a constitué de toute évidence une évolution.

Quand l'État est incapable de faire appliquer une loi, par exemple l'interdiction de l'usage de certaines drogues, il convient d'interroger le sens, la pertinence et l'efficacité de la loi. On ne peut pas toujours demeurer statique ou légaliste, d'autant plus face à des situations qui sollicitent la capacité d'exercer nos responsabilités individuelles. Quitte à prendre parfois le risque d'affronter la loi pour améliorer les conditions morales de nos sociétés. J'observe ce de point de vue, que l'institution hospitalière est en mesure de se transformer, pour autant que puissent s'y exprimer des considérations susceptibles de participer à des mutations dès lors qu'elles semblent s'imposer.

Adolphe Steg

Le légal tel que nous pouvons l'envisager nous renvoie aux principes démocratiques. Dès que le légal devient totalitaire, il n'y a plus de légal ; le moral consiste alors à s'opposer à ce que représente ce légal.

La période 1940-1944 en a constitué une vérification quotidienne ; seuls étaient alors considérés moraux ceux qui s'opposaient au légal. Très peu de fonctionnaires ont refusé de prêter serment sans forcément collaborer. L'État et ses fonctionnaires étaient nécessairement engagés dans la collaboration par leurs fonctions même. Le légal n'a de place légitimée que dans une société démocratique. On attend des politiques qu'ils soient soucieux du bien collectif.

Seule la personne humaine humanise le légal. « Vous serez pour moi des hommes saints » est-il écrit dans la Bible. Pourquoi ne pas avoir simplement prescrit : « Soyez des saints ! ». Selon les commentateurs, il faut rester homme même dans la sainteté. Vous n'êtes véritablement saints que dans la mesure où vous êtes des hommes, c'est-à-dire fragiles, avec des libertés, des transgressions, des choix. L'objectif n'est pas d'être un homme moral, mais d'essayer de se débrouiller au mieux avec la morale, de tendre vers une certaine action morale.

Je sens transparaître dans les discussions l'opposition entre éthique de la conviction et éthique de la responsabilité. La conviction nous renvoie à une notion de subjectivité, celle de responsabilité, au courage, aux devoirs. Pourtant, la responsabilité peut recouvrir bien des actes immoraux, cela beaucoup plus que l'éthique de la conviction. Un tel phénomène peut être tempéré par ce que vous avez dit de la justice. Une justice conçue non pas en tant qu'institution mais comme vertu, comme une synthèse et non pas en terme de magistrature.

Le professeur Henri Baruk avait mis au point un test susceptible de mieux comprendre comment les personnes appréhendent le juste. Il soumettait ses patients à

certaines situations en leur proposant des solutions possibles qui pouvaient paraître justes ou totalement perverses. L'immense majorité choisissait la solution juste, c'est-à-dire qu'indépendamment des normes sociales, généralement la personne est très profondément attachée aux principes de justice.

Alain Cordier

Ce qui me frappe, c'est que notre action quotidienne – heure après heure, seconde après seconde – constitue en elle-même une réponse à l'ensemble des questions que l'on se pose à travers notre réflexion.

Je crois vraiment à la notion de chemin, pour ne pas dire de cheminement, qui concerne chacun d'entre nous à travers ces deux termes : le légal et le moral. Au fond, pourquoi faudrait-il une loi ? On peut adhérer à l'idée selon laquelle la morale est une philosophie première, qu'elle est l'humanité par principe, la responsabilité qui l'emporte sur le pouvoir. Comme le dit Emmanuel Levinas, l'humanité est dans sa responsabilité, elle n'est pas dans son pouvoir. Donc, si l'on admet ce principe de la morale, je deviens homme quand l'autre est plus important que moi, lorsqu'il transcende mes préoccupations premières. Peut-être que nous devrions en rester là, or nous savons tous que nous ne le pouvons hélas pas.

La notion de déontologie est pour nous essentielle puisqu'elle essaie de régler un certain nombre de cas concrets de façon plus précise. La notion de justice me permet de ne pas être seul face à autrui : il y a toujours un tiers. Quand on assume une responsabilité de gestion en milieu hospitalier, il convient de faire prévaloir le principe selon lequel nous devons soigner toutes les personnes le mieux possible et non pas très bien seulement certaines d'entre-elles.

Par conséquent, nous sommes amenés à la difficulté de comparer des incomparables ; dès lors le légal entre en jeu.

Une deuxième notion relative à la vérité et à la liberté me paraît importante. La liberté individuelle est aussi de l'ordre de notre humanité, mais il ne peut exister de liberté sans vérité. En 1933, Emmanuel Levinas écrivait : « L'homme se complaît dans sa liberté et ne se compromet avec aucune vérité ». Cette non-compromission est une source de dérives auxquelles nous avons pu aboutir. Dans notre monde démocratique, nous tâtonnons autour de cela.

Le pluralisme éthique n'est pas toujours conciliable avec les situations que nous devons gérer dans nos hôpitaux. Il nous faut concevoir un consensus afin de permettre une vie sociale soucieuse des principes de démocratie. Nous avons besoin d'une forme de vérité révélée que nous apporte le législateur, donc la loi, au regard de cette dimension initiale que constitue la morale. S'il existe un bien et un mal, il nous appartient toutefois d'aller plus loin. Ainsi, la réforme de la Sécurité sociale

doit être confiée au Parlement qui a ainsi la responsabilité de fixer des besoins de santé et le montant des dépenses qui correspondent. N'est-ce pas la meilleure vérité révélée en démocratie que cette expression du peuple ? Mais si la loi interdit et parfois oblige de faire, elle encadre aussi notre action. Ce qui peut entraîner une confusion des responsabilités. Nous sommes dans une société où ma responsabilité est inscrite dans le texte de loi. Si je respecte le texte, j'en suis quitte. Si je ne m'y conforme pas, je suis responsable devant les tribunaux.

Dans le milieu hospitalier, notre responsabilité est moralement illimitée. Elle ne se limite pas à l'exercice de nos obligations à l'égard de la loi. J'éprouve le sens d'une responsabilité parce que je suis homme face à un homme souffrant ; parce qu'il est souffrant et faible, il s'impose à moi. Une autre notion très importante apparaît : celle de conscience.

Il n'y a pas d'humanité concevable s'il n'est pas admis qu'il n'y ait une priorité du jugement de la conscience personnelle sur toute autre injonction. La notion d'objection de conscience suit et se décline plus précisément du côté du législateur à travers le concept de clause de conscience. Dans certains cas, la loi intègre cette notion de clause de conscience. Puis advient la notion de discernement. Il nous faut respecter trois engagements : mieux soigner, mieux dépenser et aussi mieux discerner. S'il n'y a pas ce discernement, comment bien répondre aux deux premiers engagements ?

Face à une situation de pénurie, la loi ne pourrait pas dire autre chose que le tirage au sort s'impose. Pour autant, au nom du discernement je ne peux pas me contenter de cette seule réponse. Il importe que je me pose la question d'un discernement à travers mon action. Dans certains cas, en allant au bout du raisonnement, nous nous trouvons confrontés à de véritables obstacles.

En 1940, quand le directeur de l'Assistance Publique a produit une circulaire destinée aux directeurs d'hôpitaux à propos du statut des juifs, il a respecté la loi, il a fait son métier de fonctionnaire. Pour autant, son comportement était profondément immoral. Dans ce débat sur le légal et le moral, des questions se posent pour celui qui fait la loi et pour celui qui a pour métier d'appliquer la loi. De surcroît, le fonctionnaire a pour mission d'appliquer la loi républicaine. Une responsabilité qui pourrait être impartie au fonctionnaire consiste à faire évoluer la loi en fonction de ses observations et de son analyse des difficultés qu'il rencontre.

Dans le domaine médical et hospitalier, nous devons accepter une notion de risque : aller au-delà de l'écrit aussi bien pour un médecin que pour un fonctionnaire. Peut-être s'agit-il ici de la transgression ?

Si la transgression n'intervenait pas de temps en temps, il n'y aurait pas de médecine possible, ni d'hôpital possible. Certes, des lois existent mais certaines sont

appliquées, d'autres non. Est-il regrettable que certaines lois ne soient pas applicables ? Les lois hospitalières – telle celle de 1991 – comportent de nombreux points qui ne sont toujours pas appliqués. Nous pouvons nous interroger sur le champ de la loi, le nombre de lois, le domaine de compétence. Cela nous renvoie à ces notions de conscience, de discernement. Nous sommes en cheminement.

Emmanuel Hirsch

L'intitulé du débat n'était pas le légal *ou* le moral mais le légal *et* le moral, l'idée étant de formuler à travers nos pratiques les termes d'une conciliation possible entre la norme, la règle et cette éthique quotidienne qu'inspire une réflexion appliquée à nos responsabilités. Nous ne sommes qu'au début d'une recherche, d'un cheminement – pour reprendre la formule d'Alain Cordier – qu'il conviendra de poursuivre en tenant compte des considérations abordées au cours de cette réunion.

Il semble évident qu'un légalisme ou un moralisme excessif et par trop prudentiel menacerait de stériliser la créativité humaine, l'audace d'entreprendre, de s'adapter et de mieux répondre à la demande, à l'attente. Tout doit se situer dans un juste milieu, un équilibre favorable à l'expression des valeurs qui fondent l'engagement dans le soin et dans le respect de la personne. Les principes de démocratie, notre attention à l'égard du pluralisme des points de vue ou des intimes convictions, la recherche d'une cohésion, d'un sens ou d'un projet commun, plus que de ces consensualismes souvent réducteurs constituent autant de références susceptibles d'orienter nos recherches.

Notre observation au sein de l'Espace éthique nous permet de mieux comprendre la valeur de ce qui se joue aujourd'hui au sein du service public hospitalier que représente à travers la diversité de ses missions, l'AP-HP. Les personnes sont soucieuses de la qualité d'un engagement au service d'autrui, pour autant qu'elles soient reconnues dans leur faculté d'exercer librement leurs choix, d'assumer la plénitude de leurs responsabilités. L'institution doit être porteuse d'un projet de nature à soutenir des démarches souvent individuelles qui peuvent se fédérer autour de convictions communes.

À sa manière, l'effort mené afin de diffuser ces notions de l'éthique, de les mieux partager, de les rendre fécondes d'attitudes et de résolutions impliquées dans le quotidien des actes assumés à tous les niveaux de la pratique hospitalière, permet de mieux envisager ce que signifie la symbolique de la loi, sa capacité de marquer les limites en nous inscrivant dans une cohérence sociale.

Olivier Colin nous a permis de comprendre – en reprenant l'exposé d'une situation concrète vécue dans son hôpital – que l'on pouvait gagner à prendre en compte la règle de droit pour convenir des modalités qui permettent de l'intégrer, de l'honorer

mais aussi de la dépasser, de l'humaniser. Il s'agit de faire vivre la loi à travers nos pratiques. La moralité relèverait peut-être d'une telle exigence qui pose en des termes renouvelés l'exercice de nos libertés et de nos responsabilités. Il paraît également important d'être attentif aux propos tenus par le responsable administratif qui, sans minimiser l'importance de la loi qu'il lui appartient de respecter et d'exercer, conçoit sa fonction au-delà de la seule règle. Il importe de rendre compatibles des éléments parfois *a priori* contradictoires et qui peuvent être compris autrement une fois mis en perspective selon un projet de nature à transcender ce en quoi ils semblaient limitatifs.

Pour ce qui le concerne, Jean-François Mattéi aura su démontrer par ses interventions au Parlement que les notions de laïcité et le respect des valeurs démocratiques ne favorisaient pas pour autant le renoncement aux principes qui fondent nos conceptions de la dignité humaine. Cette valeur essentielle, une fois bien comprise dans la complexité de ses significations, devrait nous permettre de mieux comprendre les enjeux d'une investigation menée dans les territoires du légal et du moral. En la matière, il importe de ne pas renoncer aux apports de la philosophie, à ceux de la théologie, des sciences humaines, comme à ceux que produisent les pratiques humaines engagées dans le soin, au service de l'autre.

Décision médicale au quotidien à l'AP-HP

L. Beaugerie, F. Blanchet-Benque, E. Bouvet, P.-A. Bruguère, C. Cadoz-Vitry, D. Chosidow, C. Edel-Besse, E. Gialluly (de), C. Guillo, N. Perilloux, G. Saux, E. Schouman-Claeys, P. Vinceneux*

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 vingtième 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 décisions médicales – même anodines en apparence – sont dangereuses.

* Voir liste complète page 517.

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

Décision prise au cours ou au décours d'une consultation médicale en présence d'un patient ambulatoire

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

Elle 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 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.

Les obstacles

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 ou 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 ?

Quelques questions

- 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.

Quelques problèmes spécifiques de la décision médicale à l'hôpital

Le problème du médecin responsable

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 « référent » 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 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 référent 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.

La décision prise en staff

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 référent n'avait pas eue, la citation d'un article scientifique majeur consacré à un sujet que le médecin référent 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

Elles 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 évolue 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 obli-gée 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 l'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.

L'éthique à l'épreuve de situations concrètes

Deux contributions d'étudiants du séminaire *Histoire de la philosophie, les fondements de l'éthique* et du séminaire *Philosophie et sciences humaines*

Les conditions d'une transmission des valeurs éthiques dans le contexte professionnel de l'hôpital

A. Adala, E. Götz, G. Gouterman, B. Henri, S. Kinet, F. Legrand, C. Purce-Joxe, M. de Saint-Léger, S. Talenton*

Les conditions de mise en commun d'un point de vue éthique

Notre groupe de travail a développé sa réflexion à partir du récit d'une situation concrète relatant une divergence de points de vue entre deux membres du personnel soignant. Il s'agissait de décider l'installation en chambre individuelle d'un malade dont le décès paraissait imminent.

Au nom du respect de la personne en fin de vie, le soignant participant à notre groupe souhaitait procéder à ce déplacement afin de permettre aux proches du malade de lui rendre visite en toute tranquillité. L'autre soignant ne comprenait ni l'urgence, ni la nécessité d'une telle mesure.

Cet exemple nous a permis de formuler une première série de questions :

- comment, sur le terrain, faire partager notre point de vue éthique ? ;
- doit-on l'exprimer ouvertement ou agir conformément à ce que l'on estime devoir être fait ? ;
- en quoi sommes-nous autorisés à tenter de convaincre notre entourage professionnel ? ;
- pourquoi est-ce souvent si compliqué ?

Le besoin d'exprimer un point de vue éthique et la difficulté, parfois, de se faire entendre des autres soignants nous ont conduit à déterminer le véritable enjeu de notre questionnement, résumé par l'interrogation suivante : « Peut-on transmettre des valeurs éthiques à ses collègues soignants ? »

* Voir liste complète page 530.

Sur la base de cette problématique, nous avons poursuivi nos échanges pour nous demander :

- Quelle est la nature du point de vue éthique ? Sur quoi repose le sentiment qu'une action ou qu'une décision se trouve en porte à faux par rapport à ce qui devrait être fait ? S'agit-il d'un savoir ? L'éthique constitue-t-elle une donnée que l'on détient parce qu'on l'a apprise ? L'éthique peut-elle s'apprendre ?
- Par voie de conséquences, peut-on apprendre et transmettre l'éthique à d'autres soignants sur son lieu de travail ? Doit-on le faire ? Quelle conduite tenir face à un différend d'ordre éthique avec d'autres soignants ? Parler ? Se taire ? Agir ?
- Par ailleurs, quelle peut être la signification de la « résistance » de certains collègues soignants aux questions éthiques ?

La nature du savoir éthique

Concernant la nature du savoir éthique, nous aurions dû nous souvenir des délimitations philosophiques de la notion d'éthique proposées par Suzanne Rameix dans ses interventions à l'Espace éthique et dans son ouvrage *Fondements philosophiques de l'éthique médicale* (Paris, Ellipses, 1996).

« On peut parler à propos de l'éthique ou sur l'éthique, mais il est impossible d'enseigner l'éthique » nous indique-t-elle clairement dès le préambule de son livre.

En situation professionnelle on peut néanmoins éprouver à certains moments la tentation d'imposer l'éthique, au risque de provoquer un différend. Mais, si l'éthique se dérobe comme savoir positif, sur quoi puis-je m'appuyer pour transmettre ou faire partager à d'autres soignants ma conviction éthique ? Quelle est ma légitimité ?

Un travail rationnel sur les valeurs

Suzanne Rameix aurait pu encore nous aider à avancer en nous rappelant que : « L'éthique n'est ni une science, ni une technique, ni un système de règles institutionnelles (comme le droit ou la déontologie). C'est pourquoi, on ne peut l'enseigner. Pourtant, elle est bien l'objet d'un savoir : un travail rationnel est à la fois possible et nécessaire sur les valeurs. ». Sans doute nous faudrait-il encore réfléchir sur la nécessité et la possibilité de ce travail rationnel sur les valeurs que constitue l'éthique.

Cependant, dans l'immédiateté concrète de la relation professionnelle, le fait que l'éthique ne soit pas par nature un savoir codifié, a tendance à en faire un sujet incertain, périlleux, sur lequel il n'est pas toujours évident d'ouvrir le débat avec les autres soignants.

Acteur en matière d'éthique : une position délicate

Être acteur sur son lieu de travail en matière d'éthique n'est pas chose aisée. Une affirmation du type : « il faudrait déplacer cette personne qui va bientôt mourir dans une chambre seule » n'est pas forcément à même de trouver un écho.

Face à un collègue soignant, on peut apparaître comme une personne usant de l'éthique pour affirmer son autorité afin de déclencher une action. Dès lors l'action éthique peut être perçue comme un enjeu de pouvoir et se heurter à de nombreux blocages.

L'approche éthique

En approfondissant notre réflexion sur la nature de ces résistances, nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas une forme de violence exercée à l'égard de l'autre, du collègue soignant, lorsque nous exigeons une conformité avec notre vision éthique.

Une prise de conscience violente

Plusieurs personnes dans le groupe ont alors produit des témoignages. Au cours de leur vie professionnelle, elles ont eu une sorte de « révélation éthique » en prenant conscience de la violence réelle d'un geste de soin au moment même où elles l'effectuaient. Brusquement, l'accomplissement de l'acte thérapeutique devenait insoutenable, voire impossible sous l'éclairage du questionnement éthique.

Comme si pour le soignant la prise de conscience éthique était à l'origine d'une forme de vulnérabilité, faisant tomber son système de défense scientifique et technique à l'encontre de l'homme souffrant. Comment alors ne pas comprendre que l'on rencontre une résistance de la part de collègues soignants lorsque l'on tente de transmettre l'éthique en milieu professionnel ?

Une résistance défensive

De manière plus ou moins consciente, certains peuvent refuser de s'impliquer humainement de manière excessive à l'égard des patients. Ils ne souhaitent pas se laisser envahir par le sentiment de leur propre finitude face à celle que le malade leur renvoie en miroir. Afin de conserver la distance qui permet de soigner, ils repoussent l'idée d'une humanité partagée de trop près avec leurs patients. Cette distance représente une protection dont ils ne désirent pas forcément se départir.

L'engagement éthique : une démarche personnelle

Le questionnement éthique relève d'une volonté personnelle. En cela, il s'oppose à l'agir qui est le résultat d'une décision collective. Ce qui pose problème, c'est de faire partager voire de transmettre une démarche éthique, au départ individuelle, en vue de réaliser une action éthique.

Une mise en danger de l'individu

À travers l'engagement éthique, c'est un individu qui exprime son besoin propre d'humanité et assume le risque de fragilisation qu'il comporte envers lui-même en le rendant peut-être plus accessible à la souffrance des patients.

Si l'éthique est d'abord une remise en cause individuelle et librement consentie, il est clair qu'elle est susceptible de rencontrer des résistances auprès de soignants n'ayant pas parcouru le même chemin personnel et ayant fixé d'autres limites à leur implication professionnelle. Il faut être prêt à affronter ces résistances, voire l'hostilité des autres soignants et en comprendre les raisons.

En quelque sorte, il ne suffit pas d'adopter à l'égard des patients un comportement éthique en milieu professionnel, encore faut-il aussi savoir faire de l'éthique un usage mesuré et non dogmatique envers les autres soignants.

Un juste niveau d'implication

Il convient néanmoins d'ajouter que pour certains soignants, l'éthique aurait également à voir avec une envie personnelle de se sentir bien avec son histoire professionnelle. L'implication professionnelle permanente peut être source d'épuisement. Or, trouver quotidiennement un peu de « bonheur » dans les soins ne peut être que bénéfique à la fois pour le soignant et pour le malade.

La réflexion éthique sur sa pratique peut précisément aider à mieux se situer, à définir un juste niveau d'implication. Finalement, l'éthique aurait de cette manière partie liée avec une certaine recherche d'équilibre en relation avec un métier chargé de sens que l'on ne choisit pas vraiment par hasard.

Une initiation commune à la notion d'éthique

L'éthique n'est pas un savoir qui s'apprend ? Dès lors, ne pourrait-on à son tour l'enseigner ? Toutefois, l'éthique n'en est pas pour autant livrée à l'arbitraire et dans nos relations avec les autres soignants c'est, en fin de compte, un questionnement rationnel sur les valeurs qu'il nous faut initier et conduire ensemble.

Un lieu de réflexion et de rencontres comme l'Espace éthique, peut nous aider à éclairer la notion d'éthique avec suffisamment de finesse, à guider notre raison pour qu'entre le risque de vulnérabilité que l'éthique comporte et le refus de l'indifférence, nous sachions trouver nos marques et nous impliquer avec sagesse et humanité dans nos relations avec les malades comme avec les soignants.

Entre nécessaire distance et bonne proximité

M.-O. Cavelier, A. Delécaut, M. Dufour, M.-C. Ganen, J. Lecot-Avare, M. Levine, L. Meunier, J. Mourey*

Pourquoi le besoin de nécessaire distance ?

Le métier de soignant est questionnant par nature. Il nécessite une technique irréprochable et une confrontation permanente à une personne en position de dépendance.

C'est pourquoi, la problématique de la relation se pose en permanence.

Notre expérience clinique nous a souvent confronté au « trop ou pas assez de relation ». Nous avons ainsi été amenés à nous questionner sur la notion de « juste mesure » dans une relation soignant-soigné. Il nous est alors apparu que des notions aussi apparemment contradictoires que distance et proximité faisaient partie intégrante de la relation de soins.

Nous avons voulu les explorer du point de vue du soignant et du soigné, en ayant toutefois l'impression que cette juste mesure est une oscillation permanente entre nécessaire distance et bonne proximité.

Tout d'abord, la distance oblige les interlocuteurs à être présents. Distance ne s'entend pas ici comme absence. Pourtant, ce terme est souvent utilisé afin d'annuler la relation et ne pas la créer. De plus, le mot distance peut servir d'alibi pour justifier la fuite.

Une distance nécessaire au soignant

Cette distance lui est nécessaire pour accomplir dans le climat le plus serein possible ses gestes professionnels, pour prendre au mieux la mesure des différents éléments d'une décision médicale ou encore pour que l'émotion n'entrave pas l'objectivité de la décision à laquelle tout patient peut prétendre de plein droit.

Elle lui permet aussi de préserver son intégrité psychique face aux situations souvent difficiles, voire déstructurantes auxquelles il est confronté.

Cette distance est également indispensable afin d'éviter l'érotisation pouvant être générée par certains gestes techniques touchant l'intimité du patient.

* Voir liste complète page 530.

Le besoin de distance du soigné

Cette nécessaire distance peut l'aider à fixer les limites de ce qu'il peut attendre de cette relation, à ne pas le laisser s'installer dans le leurre d'une relation qui, par définition, est limitée dans le temps.

Elle lui impose de faire l'effort de moduler sa demande et l'aide à se placer dans une position d'adulte responsable.

Cette distance le protège également d'une trop grande intrusion de la part du soignant et lui garantit une zone d'autonomie qui lui permet de fixer les limites de ce qu'il peut supporter.

Pourquoi la bonne proximité ?

La proximité n'est pas la fusion. Être proche de l'autre, ce n'est pas être l'autre.

Pour le soignant

La codification par protocole des gestes techniques permet dans beaucoup de situations de dispenser les soins de façon consensuelle. La notion de proximité ne se pose pas là. Elle apparaît quand la technique n'a plus à occuper toute la place.

Cette recherche de bonne proximité donne du sens à la fonction de soignant et lui permet d'approcher la dimension humaine de ce métier.

Notre impression est qu'il faut prendre en compte plusieurs conditions pour apprendre cette bonne proximité :

- être intéressé par l'autre ;
- être prêt à faire un travail sur soi-même afin de comprendre les émotions que peuvent provoquer certaines relations ;
- acquérir une maturité professionnelle grâce à l'analyse des expériences antérieures et renouvelées ;
- accepter de perdre un idéal figé de bonne proximité que l'on se serait fixé ou qui serait fixé par l'institution. Chaque situation est nouvelle et nécessite de moduler l'intensité de cette relation en fonction de ce que le patient demande et de ce que le soignant peut donner.

La bonne proximité ne peut se moduler que dans une relation authentique et acceptée de part et d'autre, mais nécessite que le soignant fasse l'effort de comprendre ce que veut dire le patient parfois au-delà des mots qu'il emploie.

Le soigné et la proximité

La bonne proximité est ce qui permet de créer un espace entre le soignant et le soigné qui constitue justement un espace libre que le patient peut occuper à sa convenance, lui permettant ainsi de pouvoir parler de lui-même en toute confiance. Le temps passé avec lui le réhabilite et le rétablit dans sa dimension humaine. Il n'est plus seulement un malade ! Mais cet espace ainsi créé, appartient au patient, le soignant doit le respecter.

Le risque est que le patient en « dise trop », c'est-à-dire qu'il nous confie des données qui dépassent le cadre de notre fonction.

Le soignant doit savoir faire la part entre ce qui lui est confié, mais sans solliciter des réponses. Il lui est nécessaire d'avoir la capacité psychique de le garder pour lui-même, en revanche ce qui requiert une réponse doit être partagé par l'équipe soignante pour que chacun reste bien dans sa fonction première : condition indispensable à la non-confusion des rôles.

Les groupes de parole trouvent ici tout leur intérêt. Lorsque l'identification au patient à été trop forte, ils permettent au soignant de prendre le recul nécessaire pour qu'il parvienne à se recentrer sur sa relation de soins.

En redonnant une dimension globale à notre perception du patient, la mise en commun d'un certain nombre d'informations lors du *staff* permet d'ajuster et d'affiner les décisions qui le concernent.

Accepter de s'engager dans une communication, c'est admettre de prendre le risque d'une relation. La juste mesure et la relation appropriée obligent à se remettre en question et se modulent en permanence.

Se mettre en position d'être dans une relation nécessite de porter à l'autre de l'attention et de le respecter dans ses limites et ses valeurs.

Chaque relation est une variante. Pour cela, il est souhaitable d'écouter en tant qu'être humain, mais de répondre en tant que soignant à chaque soigné, d'une manière satisfaisante et harmonieuse, autant que faire se peut avec objectivité.

La nécessaire conception du rapport à établir entre distance et bonne proximité permet d'instaurer une relation optimum, car comme le dit Pascal : « trop de distance et trop de proximité empêchent la vue. »