

**UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY**



**UFR SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ**

**DÉPARTEMENT DE PHILOSOPHIE**

**ETHIQUE ET TECHNOLOGIE**

**MASTER 1RE**

**COURS EN LIGNE MASTER ETHIQUE MEDICALE 2019-2020**

## **INTRODUCTION**

Dans leur ouvrage, *La pensée contemporaine*, Jacqueline RUSS et Clotilde LEGUIL, abordent dans la seconde partie, les éthiques de notre temps. L'éthique médicale, qui part de la relation médecin-malade figure en bonne place. La relation médecin-malade met en jeu à la fois un certain exercice de pouvoir puisque le médecin détient un savoir sur le corps du patient, savoir qui lui confère une supériorité, mais met aussi en jeu une exigence éthique puisqu'il s'agit de respecter le patient en tant que sujet. A quelles conditions l'échange entre médecin et malade obéit-il à des exigences éthiques conduisant chacun à se voir respecter en tant que personne ? Quels sont les droits et les devoirs de chacun dans cette relation ?

### **1) LA COMMUNICATION ENTRE MÉDECIN ET MALADE**

Le médecin est tenu de savoir communiquer au patient les informations sur sa maladie. Le paradoxe, c'est que le savoir médical porte sur le corps considéré comme un organisme comme les autres, mais que le savoir-faire clinique inclut lui une relation au patient en tant que sujet. Comment parler d'une maladie qui arrive au corps de son patient ? Est-ce simplement bien communiquer ? A quelles conditions la communication entre médecin et malade peut-elle être satisfaisante ?

#### **A) L'AXE TECHNIQUE : LE CORPS -OBJET**

Selon un axe purement technique, on pourrait dire que communiquer, c'est transmettre une information. On pourrait croire alors qu'il suffit que le patient ait saisi le diagnostic fait par le médecin pour que la relation médecin-malade soit satisfaisante. Le médecin pour le patient représente celui qui sait. Ce qu'on attend du médecin, c'est donc qu'il soit savant et qu'il soit capable de résoudre le problème posé grâce à son savoir. Au sein de cette relation asymétrique, le médecin, du fait, a un pouvoir sur le patient. Pouvoir de le guérir, mais aussi pouvoir de lui dire ce que celui-ci ignore sur son corps. Le

premier devoir du médecin serait alors de ne pas se tromper de diagnostic et de savoir le traduire en termes accessibles au patient. Ce devoir peut être réalisé grâce à la maîtrise de son savoir et à son expérience clinique.

### **B) L'AXE ETHIQUE : LE CORPS VÉCU**

Mais le diagnostic porte sur le corps du patient. Et il ne s'agit pas exactement d'une machine. Ce corps est un corps vivant mais pour avoir vécu, un corps propre et pas seulement un corps objet. Et comme l'affirmait Merleau-Ponty, « l'événement corporel a toujours une signification psychique ». La maladie est un événement corporel qui prend une certaine signification pour le patient en fonction son histoire. Ainsi lorsque le médecin parle au patient de cet événement corporel, il doit aussi respecter la signification psychique de la maladie pour le sujet. Le diagnostic ne peut être présenté comme une pure information objective dont il s'agirait simplement d'expliquer le contenu. La relation médecin-malade ne peut pas se réduire à la transmission d'une information médicale. Le médecin doit aussi engager sa propre subjectivité afin de dire avec tact ce qu'il est nécessaire de dire. La tâche du médecin est à la fois d'informer le patient, mais aussi au nom du respect de la personne de mesurer, de mesurer l'effet de ses paroles. Les paroles du médecin ont des conséquences sur le rapport du patient à la maladie.

### **C) S'APPROPRIER UNE VÉRITÉ MÉDICALE**

L'exigence éthique veut que le médecin conçoive sa propre parole comme partie prenante de la thérapeutique. Ce n'est pas une machine qui transmet une information à une autre machine, laquelle pourrait fonctionner ou dysfonctionnel. C'est au médecin à savoir écouter ce que le patient veut savoir. La vérité qu'il faut lui révéler n'est pas seulement une vérité scientifique. C'est une vérité qui peut être entendue et dont le dévoilement est utile. Une communication satisfaisante entre médecin et malade permet au patient de se réapproprier ce qui arrive à son corps et de vivre avec.

## **2) LE SECRET MÉDICAL ET LE DROIT A L'INFORMATION**

Ces premières considérations éthiques sur les modalités de la relation entre médecin et malade nous conduisent à aborder ce qui est en jeu dans cet échange, ce qui peut être dit et ce qui doit être tenu secret. Qu'est-ce qui doit être tenu secret et vis-à-vis de qui ? Qu'a-t-on le droit de dire et de savoir ? Comment articuler la question classique du secret médical avec la nouvelle donne introduite par la loi de mars 2002 sur le droit à l'information des malades ? Dans quelle mesure la démocratie a-t-elle influé sur la pratique du secret médical ?

### **A) LE MÉDECIN MAÎTRE ET POSSESSEUR DE SON SAVOIR**

Le secret médical concerne la non-divulgence des informations médicales et des confidences renvoyant à l'intimité du patient. Ce qui doit rester secret est donc de l'ordre d'un savoir, à la fois savoir que le médecin a lui-même extrait grâce à l'observation clinique puis produit grâce à son jugement médical et à la fois un savoir qu'il détient du patient, de la parole de celui-ci. Ce savoir porte donc sur le corps et le psychisme du patient. Et il implique une dimension interprétative issue de l'exercice même du jugement de la personne du médecin. La pratique du secret médical suppose donc ce savoir appartient à la fois au médecin. Et au patient. Et qu'il ne peut être donné, révélé ou vendu à d'autres personnes.

Pourquoi protéger ainsi les informations relatives à un patient ? La première finalité de cette réglementation est le respect de l'intimité de la personne. Il s'agit de punir la révélation de confidences obtenues dans le cadre professionnel et procurant un pouvoir du médecin sur le patient. C'est le souci du respect de la personne qui anime donc cette réglementation. Traiter une personne comme fin, comme le propose Kant, c'est ne pas utiliser ce qu'on sait d'elle en vue de lui nuire ou de satisfaire un intérêt personnel.

Mais si à l'origine, le secret médical a pour but de ne pas nuire au malade (selon le principe énoncé par Hippocrate dans l'Antiquité), ensuite son sens évolue dans la mesure où il s'agit aussi d'un droit de garder son savoir sur le

malade secret vis-à-vis du malade lui-même. Le droit au secret n'est donc seulement un interdit de révéler, mais aussi un droit du médecin de garder un secret. Ce droit rend le médecin « maître et possesseur » de l'information qu'il détient.

## **B) UNE ETHIQUE FONDÉE SUR LE SECRET**

Cette conception classique du secret médical renvoie à un modèle de la relation médecin-malade qui est remis en question par l'exigence d'égalité propre aux démocraties modernes. Dans un premier modèle, le médecin décide seul s'il doit dire ou non la vérité au patient. Le patient ne détient pas un droit de connaître toutes les données de sa maladie. En revanche, le médecin lui a le droit de décider de cacher quelque chose au patient s'il juge que cela est bon pour lui. Cette idée d'un médecin détenteur d'un droit au secret renvoie à une certaine conception de la clinique. L'exercice médical repose toujours sur le jugement du médecin et par conséquent aussi sur sa subjectivité. Le médecin met en œuvre des qualités personnelles qui reposent sur son expérience, et il est difficile de traduire en termes objectifs, en termes d'informations neutres, le savoir médical. Ce savoir est donc le sien. C'est un savoir en partie « subjectif » au sens où il repose sur une part d'interprétation que l'on ne peut traduire en données mesurables.

Cette conception du secret médical est donc remise en cause à la fois par l'évolution de la médecine vers de plus en plus de scientificité, c'est-à-dire d'objectivité. Le secret médical n'est plus considéré comme le cœur de l'éthique médicale. Il est même réinterrogé dans sa légitimité. Au nom de quel droit le médecin pourrait-il cacher au malade ce qu'il sait sur son corps ? En vertu de quelle autorité pourrait-il priver un patient d'une information qui le concerne ?

## **C) UNE ETHIQUE FONDÉE SUR LE DROIT À L'INFORMATION**

La loi du 4 mars 2002 proposée par Bernard KOUCHNER est le produit de cette interrogation muler juridiquement les droits et devoirs du médecin et du patient au XXI<sup>e</sup> siècle : ce qui prime dorénavant, c'est la transparence, le droit à

l'information. Le devoir n'est plus du côté d'un secret mais du côté d'une révélation. Le patient a le droit d'être informé. Ce n'est plus le médecin qui décide seul de la publicité de son savoir médical.

Cette loi bouleverse les modalités classiques de la relation médecin-malade qui s'établit dorénavant sur un mode égalitaire. Même si le médecin en sait davantage, il n'a pas le pouvoir de faire ce qu'il veut à partir de ce qu'il sait. Le patient est partie prenante dans la décision médicale. Le médecin, bien que formé à élaborer un savoir sur le corps, ne se voit pas conférer un droit d'user comme bon lui semble de ce savoir. Le patient a le droit d'user comme bon lui semble de ce savoir. Le patient a le droit de savoir pour devenir lui aussi agent de la décision. Le droit à l'information est une prérogative que le patient peut opposer au médecin.

Les conséquences de cette législation sur la pratique des médecins sont multiples : les médecins n'écrivent plus les mêmes informations dans les dossiers sachant que les patients ont un droit de regard sur les dossiers et qu'il n'est pas toujours dans leur intérêt d'avoir accès à des diagnostics (par exemple lorsqu'il s'agit de prise en charge psychiatrique). La décision médicale implique dorénavant le consentement libre et éclairé du patient. Et c'est au médecin à « éclairer » son patient, c'est-à-dire à savoir le convaincre de la meilleure décision à prendre pour lui. Le malade a le droit de s'en remettre à sa propre conscience pour accepter ou refuser la décision médicale et ne s'en remet plus à un autre pour savoir ce qui est bon pour lui. Mais ce droit du malade de ne pas obéir au médecin ou de ne pas lui faire confiance rend la position du médecin délicate. Il doit se protéger au cas où le patient ne suivrait pas sa prescription et se retournerait ensuite contre lui. Il doit être à même de prouver qu'il a informé son malade de la nécessité d'agir.

Cette nouvelle modalité de l'échange entre médecin et malade renvoie à une nouvelle idée de la pratique médicale qui déloge quelque peu le médecin d'une position de sujet. Dans l'ancien modèle, la médecine est un art fondé sur

la liberté thérapeutique et donc en partie sur la subjectivité du médecin qui déploie un sens clinique propre à son expérience unique. Dans le nouveau modèle, des « usagers » ont affaire à un « système de santé ». Le médecin doit se conformer à des normes qui lui sont imposées. On a cherché en quelque sorte à « désubjectiver » la décision médicale pour en faire une décision relevant d'une rationalité scientifique impersonnelle. La décision médicale n'est donc plus purement individuelle, mais résulte du croisement de plusieurs données résultant d'un protocole. Cette démarche vient du monde industriel et renvoie à un système de normalisation des pratiques. Tout médecin doit prendre la même décision face à la même situation clinique. C'est la démarche qualité qui vise à « optimiser » les soins, c'est-à-dire à rendre la médecine plus efficace, plus rentable, en uniformisant les pratiques. Ainsi, la décision médicale, de plus en plus anonyme, doit ensuite pouvoir être évaluée objectivement. Ce n'est pas un médecin qui soigne un patient, mais un protocole qui est mis en place pour retrouver la santé. Ce qu'on peut reprocher alors à un médecin, ce n'est pas son manque de tact, son erreur diagnostique, mais ses défaillances quant au suivi du protocole.

#### **D) VOLONTE DE TRANSPARENCE OU PROTOCOLES ANONYMES**

Cette loi française introduit donc une révolution dans la relation entre médecin et malade et dans la pratique de la médecine elle-même. Là où on pourrait, au premier abord, y voir un progrès éthique, dans la mesure où il s'agit de rendre public un savoir qui auparavant pouvait échapper au patient, on peut aussi dans un second temps y voir une dissolution de la relation de confiance entre médecin et malade et une volonté de transparence qui peut être menaçante pour l'intimité de chacun. Les patients devenus des usagers ressemblent de plus en plus à des automates à réparer, et les médecins sont amenés à s'effacer derrière des protocoles qui ont pris des décisions à leur place. L'information peut circuler, elle est objective et n'appartient plus à personne. Peut-être faut-il voir alors dans

le droit au secret non pas seulement un exercice de pouvoirs de la part du médecin, mais une possibilité de préserver les citoyens de tout contrôle public trop insistant sur leur santé mentale et psychique. La santé publique, c'est un concept, qui aligne les individus sur des normes anonymes, la santé privée, c'est un rapport d'équilibre que chacun essaie de trouver entre son corps-objet, son corps organique et son corps vécu, son corps vécu, son corps de sujet. Ainsi, on peut d'un point de vue éthique défendre la tradition du secret comme une tradition tout aussi démocratique que la seconde, car elle empêche de pouvoir s'immiscer dans la vie des citoyens via un contrôle sur leur corps, voire leur âme.

### **BIBLIOGRAPHIE**

AMBROSELLI (C.), *L'éthique médicale*, Paris, PUF, 1994

ARRAS J.D. & RHODDEN N,K, éd, *Ethical Issues in Modern MEDECINE*, 3è édition Mountain View, Mansfield 1989

BADOU G. *Le corps défendu : quand la médecine dépasse les bornes*. Paris, Lettres

BAKER R. (Éd.), *The codification of Medical Morality*, Dordrecht, Kluwer 1996

BEAUCHAMP T. L, & CHILDRESS J.F., *Principles of Biomedical ethics*, 3è édition, Oxford, Univ. Press 1989

BERNARD J. *C'est de l'homme qu'il s'agit*, Paris, Odile Jacob 1988

BOETZKES E & WALUCHON W J, éd *Readings in health care ethics* Peterborough Ont Broad whew Press 2000

BRODY B A , *Biomedical Research*, Oxford Univ. Press 1998

BRUNSWIC H & PIERSON M éd Médecins, *Médecine et société, Introduction à l'éthique médicale*, Paris, Nathan 1995

CARSON R A, *Philosophy of Medecine and bioethics*, Dordrecht, Kluwer 1997



COHEN M et al éd, *Medecine and Moral Philosophy* Princeton university Press 1981

ENGELHARDT T H *The Foundation Of Bioethics* Oxford, Univ. Press 1986

ENGELHARDT H T, Jr & CHERRY M J éd *Allocating scarce medical resources. Roman Catholic Perspectives*; Washington D.C. Georgetown, University Press 2002

FOLSCHIED D FEUILLET-LE MINTIER B; MATTEI J-F, Philosophie, éthique et droit de la médecine Paris, PUF 1997

**Les étudiants de Master qui auront choisi cette option doivent obligatoirement effectuer un stage dans le centre médical de leur commune. Ce stage pratique fera l'objet d'une évaluation notée.**

**Stage d'un mois (Mois de Septembre 2020)**

**Prof AKE Patrice.**