

EVOLUTION DU CONCEPT D'ESPACE ETHIQUE EN FRANCE

Nicolas Kopp Prof.Université Lyon 1
Dr médecine, Dr biologie, Dr éthique médicale
kopp.nicolas@wanadoo.fr

Marie Pierre Réthy
Centre de Documentation
Hôpital Neurologique
59 boulevard Pinel
69500 Bron

François Chapuis
Département d'Information Médicale
Hospices Civils de Lyon
162 avenue Lacassagne
69003 Lyon

Cet article a été conçu à partir d'une enquête réalisée par Nicolas Kopp en 2004 et 2005 lors de missions des Hospices Civils de Lyon ayant permis des visites et entretiens avec des responsables de diverses structures d'éthique médicale en France (Marseille, Paris, Strasbourg et Amiens), aux USA (Hastings Center) et au Royaume-Uni (Université d'Oxford).

Un rapport, deux avis, un manifeste et une loi éclairent la réflexion sur les Espaces Ethiques.

Le « rapport Cordier » (mars 2003) au Ministre de la Santé est un texte fondateur, de référence.

Il souligne quatre motifs de préoccupation que les professionnels de santé retrouvent dans l'exercice de leur profession.

1. Le premier est l'éclatement de la prise en charge du malade à l'hôpital. Le patient doit suivre un parcours multidirectionnel où la relation avec les divers interlocuteurs du monde médical est de moins en moins personnalisée. On est loin du simple « colloque singulier » entre le malade et son médecin : élargi à différents médecins, paramédicaux, personnels administratifs et de laboratoire. La responsabilité se dilue, la relation tend à devenir anonyme.
2. Le second motif d'inquiétude est l'effacement de la clinique (SICARD, 2002) : l'art de soigner devient une procédure d'expertise.
3. Le troisième est celui des limites du « tout juridique » : intrusion excessive du droit dans l'activité médicale, judiciarisation.

4. Le quatrième est le spectre d'un contingentement des soins.

Le rapport Cordier propose la création d'Espaces éthiques en s'appuyant sur la « Fédération nationale d'éthique et soins hospitaliers » créée par les Espaces éthiques de Paris et Marseille. Ces Espaces pourraient comporter : un centre de documentation, un observatoire des pratiques au regard de l'éthique, une animation de débats du secteur santé avec la société civile.

L'Académie Nationale de Médecine (30 mars 2004) donne sa position. Elle craint que les Espaces éthiques conduisent les praticiens à se décharger de leur responsabilité. Par ailleurs Elle estime que « *Tout ce que l'on semble attendre de l'éthique aujourd'hui est clairement inscrit dans le Code de Déontologie Médicale qui, lui, est normatif et peut être enseigné* ».

Le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) (20 avril 2004), dans son avis 84, reconnaît la légitimité de nombreuses préoccupations du rapport Cordier. Néanmoins, il trouve se rapport un peu conservateur car centré sur l'éthique médicale et prenant insuffisamment en compte les aspects socio-politiques, économiques, scientifiques. Le président du CCNE est favorable à une autonomie importante des espaces éthiques (communication personnelle).

Le Manifeste « Résister à l'idéologisation de l'éthique des professions de santé » (signé par Christian Hervé et Emmanuel Hirsch le 8 mai 2004) critique les concepts d'«éthicien» professionnel et d'« éthique clinique ».

Dans La Loi relative à la Bioéthique d'Août 2004, l'article L 1412-6 en seulement trois phrases crée les Espaces Ethiques. Sa brièveté peut laisser présager une grande autonomie pour concevoir, organiser et animer ces Espaces éthiques.

Les buts des Espaces Ethiques

Les buts des Espaces éthiques ne font pas l'objet d'un consensus clair. En particulier le positionnement et le rôle des Comités d'éthique par rapport aux Espaces éthiques demeurent imprécis. L'Observatoire Régional aura-t-il pour but de colliger, commenter, diffuser les données observées et donc, peut être, d'avoir une démarche proche de l'évaluation, voire de l'accréditation ? Quant à la fonction d'animation des débats avec la société civile (par l'Observatoire), elle donne peut être, entre autres, aux Espaces une mission potentiellement gigantesque, celle du débat démocratique sur les buts de notre médecine et de notre système de santé.

Il importe de replacer cette réflexion dans le contexte européen, international et interculturel.

On se souviendra que l'éthique médicale, biologique et de santé publique se retrouve dans tous les pays d'Occident, avec des nuances culturelles importantes. Les USA et le Royaume-Uni sont plus utilitaristes alors que l'Europe continentale est plus kantienne.

On se souviendra également que les discussions, analyses et projets sont différents en Chine, où le contrôle de la natalité a d'autres objectifs et moyens qu'en France et où breveter le vivant est moins problématique que chez nous. Alors qu'elle existe au Liban, l'éthique médicale semble quasiment inexistante en Syrie. Néanmoins, dans ce pays on constate une demande de certains médecins (COURBAN, 2004). Dans quelques pays en voie de développement, des Comités d'éthique médicale existent depuis plus de 10 ans (HIRSCH et HIRSCH, 2005). Ainsi, à Dakar, le Comité d'éthique a activement contribué à la mise en

place de campagnes de prévention du SIDA, campagnes qui se sont avérées particulièrement efficaces. En Afrique sub-saharienne, la « bioéthique » occidentale est parfois suspectée d'être le vecteur de protectionnisme (vaccins, médicaments protégés par des normes éthiques), voire d'un certain néocolonialisme. Par ailleurs, certains africains s'approprient le terme comme englobant le respect de la vie, de la vie sous toutes ses formes. Ce respect est volontiers intégré dans une cosmogonie. Or, souvent, dans le tiers-monde la seule chose que l'on possède est la vie, voire la survie, d'où cette formule définissant la bioéthique : « Ce projet a un but clair : le développement de l'Afrique » (EFFA, 2000).

Conclusion

L'éthique médicale, biologique et en santé publique est peut être en voie de devenir, en France, une discipline à part entière. Elle en a dorénavant déjà certaines caractéristiques : enseignements, colloques et congrès, société savante, publication d'articles de recherche, etc. L'essentiel nous paraît être qu'elle demeure un courant de pensée et une approche inspirées et dynamiques. Elle ne vivra que par la motivation volontariste, la sincérité (DURAND, 2005) et la bonne volonté.

La mise en place d'Espaces éthiques est vivement souhaitée par ceux qui animent cette éthique. Elle amènera une structuration, des moyens, une reconnaissance accrue. Mais une certaine vigilance s'impose pour que ce mouvement dynamique ne se sclérose pas.

Ces Espaces éthiques auront à faire face aux défis majeurs auxquels est confrontée la médecine moderne (CALLAHAN, 1999). Le méliorisme (KASS, 2003), menace du contingentement des soins, n'est pas le moindre de ces défis.

Bibliographie

CALLAHAN Daniel. *False hopes. Overcoming the obstacles to a sustainable, affordable medicine*. Rutgers University Press, New Brunswick, 1999.

COURBAN Antoine. *Ethique de la bioéthique*. Thème d'une conférence donnée à Damas le 6 décembre 2003 dans le cadre des « Rencontres franco-syriennes de bioéthique », texte publié à Beyrouth dans la revue « Travaux et Jours » n° 73, printemps 2004, *Electroneurobiologica*

2004, 12 (1) pp 73-89.

DURAND Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts, outils*. Ed. Fides, 2005.

EFFA Pierre. La bioéthique peut elle être africaine ? in Christian BYK (Dir) *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre ?* Ed. Lacassagne-ESKA, 2000.

HIRSCH François et HIRSCH Emmanuel. *Ethique de la recherche et des soins dans les pays en voie de développement*. Espace éthique-Vuibert, 2005.

KASS Leon. *Report of the President's Council on Bioethics. Beyond therapy. Biotechnology and the pursuit of happiness*. Leon KASS (coord.) DANA Press New York, Washington DC 2003.

SICARD Didier. *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*. Paris : Plon, 2002