

Zeitschrift: Bulletin / Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten = Association Suisse des Professeurs d'Université

Herausgeber: Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten

Band: 21 (1995)

Heft: 2-3

Artikel: Situation de l'éthique médicale : quelques réflexions méthodologiques et fondamentales

Autor: Müller, Denis

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-894263>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Situation de l'éthique médicale Quelques réflexions méthodologiques et fondamentales

Prof. Dr. Denis Müller
Faculté de théologie
Université de Lausanne
BFSH 2 CH-1015 Lausanne

I. L'éthique médicale, de la tradition hippocratique à la révolution bioéthique

L'éthique médicale existe depuis la nuit des temps, ou, du moins, depuis que le médecin grec Hippocrate (460-377 avant Jésus-Christ) lui a conféré ses lettres de noblesse¹.

Tout dernièrement, des médecins britanniques se sont interrogés pour savoir s'il était encore bien légitime de se référer à cette éthique hippocratique pour réguler les pratiques médicales modernes, caractérisées par une complexification croissante et massive (cf. *The Sunday Observer*, 2 juillet 1995).

Tous les traités d'histoire de l'éthique médicale nous confirment les profonds changements qui sont survenus au cours des siècles, au sein des pratiques médicales dans leur environnement institutionnel, social et politique, et forcément aussi dans l'éthique médicale elle-même. La révolution de la méthode expérimentale, avec Claude Bernard², l'essor de l'expérimentation sur l'être

¹ Cf les textes réunis dans le volume *De l'art médical*, Paris, Librairie Générale Française, 1994.

² Cf. étude de Pierre Gendron, *Claude Bernard. Rationalité d'une méthode*, Paris-Lyon, Vrin-Institut Interdisciplinaire d'Études Épistémologiques, 1992.

humain³ (avec ce qu'elle suppose et implique d'expérimentation préalable sur l'animal) et des biotechnologies, ainsi que l'informatisation générale des savoirs et des pratiques ont constitué autant de changements de paradigmes à prendre en compte.

II. Enjeux et illusions de la science bioéthique

La bioéthique est en passe de devenir la discipline dominante englobant à la fois l'éthique médicale, l'éthique du savoir, des biotechnologies et de la recherche, ainsi que des éléments d'éthique sociale (la question de la justice), économique (l'allocation des ressources) et politique (rôle et limites de l'État). Nous subissons ici l'influence des débats nord-américains. A notre avis, il est temps d'accéder à une compréhension plus différenciée de notre situation et de développer une théorie éthique mieux adaptée à notre propre contexte culturel européen⁴.

Quels sont les pièges de cet "établissement" (au double sens de constitution et d'establishment) international de la bioéthique ? J'en vois au moins quatre:

1) On assiste à la constitution d'une sorte d'appareillage conceptuel et méthodologique censé résoudre tous les problèmes. Or cet appareillage est le résultat de discussions théoriques et représente un compromis instable. C'est à mon sens une illusion totale de vouloir partir simplement de ces résultats, car on présuppose résolues à l'avance les questions fondamentales qui sont précisément en question. Le modèle canonique, qui sert ici de référence obligée, est le manuel de Tom L. Beauchamp et James F.

³ Cf. Marie-Luce Delfosse, *L'expérimentation médicale sur l'être humain. Construire les normes, construire l'éthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.

⁴ Les exemples sont innombrables. Qu'il nous suffise de relever l'écart entre le débat nord-américain sur l'aide au suicide (notamment avec la législation en discussion dans l'Oregon) et la situation européenne. Cf. le dossier réuni dans le *Hastings Center Report* 25/3 de mai-juin 1995, en particulier l'article de Courtney S. Campbell, Jan Hare et Pam Matthews. "Conflicts of Conscience : Hospice and Assisted Suicide", pp. 36-43 et la réplique de Cicely Saunders, du Christopher's Hospice de Londres, pp. 44-45.

Childress *Principles of Bioethics*, dont la quatrième édition vient de paraître⁵. A la suite du rapport Belmont publié aux États-Unis en 1978, les auteurs de cet ouvrage ont systématisé de manière remarquable et efficace les principes de la bioéthique en les ramenant à trois: l'autonomie, la non malfaisance (avec son pendant positif, la bienfaisance) et la justice. Nous disposons ainsi d'un outil de travail qui nous permet d'aborder les questions éthiques les plus concrètes et le plus diverses. Mais la vulgate ainsi formée est elle-même l'aboutissement d'un long et laborieux processus de discussion entre des modèles contradictoires (par exemple, des modèles déontologiques, valorisant l'autonomie comme principe *prima facie*, et des modèles téléologiques, voire utilitaristes). Ce processus délibératif, de fait, continue, et il faut qu'il continue, si nous ne voulons pas nous laisser enfermer dans une unanimité superficielle et dans un consensus fictif.

2) La bioéthique tend à englober toutes les questions de l'éthique médicale. Les questions "classiques" de l'éthique médicale (celles qui touchent notamment au colloque singulier médecin-patient, au secret médical ou à des thèmes traditionnels, tels que l'avortement ou l'euthanasie) risquent de se voir assumées sous un chapeau totalisant⁶. Cette pente englobante de la bioéthique, issue d'une volonté de domination (inconsciente ou parfaitement recherché!), a suscité et suscitera encore de légitimes méfiances. A bien des égards, l'essor plus récent de l'éthique clinique peut être considéré comme un essai de contrer cette dérive et de redonner tout leur sens aux situations singulières, tout en mettant mieux en évidence, par rapport à l'éthique médicale ancienne, souvent qualifiée de "paternaliste", le rôle des équipes soignantes comme telles et la norme irréductible que représente le patient.

⁵New York-Oxford, Oxford University Press, 1994.

⁶ En Grande-Bretagne, on assiste par contre à des tentatives d'équilibrage plus différenciées. Ainsi, l'éditeur du *Journal of Medical Ethics* (Londres) a-t-il proposé une théorie d'éthique médicale philosophique sensible aussi bien au modèle nord-américain qu'à des traditions d'éthique médicale plus traditionnelles, cf. Raanan Gillon, *Philosophical Medical Ethics*, Chichester-New York, John Wiley & Sons, 1985, nombreuses rééditions.

3) Un autre danger est que la bioéthique s'empare de problématiques requérant d'autres regards et d'autres compétences scientifiques que celles généralement considérées comme indispensables par la classe des bioéthiciens. C'est ainsi que, tout en prônant une interdisciplinarité large et constante, la bioéthique dominante a tendance à sous-estimer l'apport de la sociologie ou de l'anthropologie culturelle, dont les questions sont souvent dérangeantes. Elle évacue en général les questions philosophiques fondamentales, jugées trop abstraites, mais qui, justement, conditionnent les débats d'éthique appliquée d'une manière décisive.

4) La bioéthique s'est constituée sous la pression des biotechnologies et le soupçon est difficile à écarter selon lequel elle ne serait en définitive qu'une opération de légitimation a posteriori du progrès scientifique, sous couvert de discussion éthique. Ce point, la plupart du temps oublié par les théoriciens de la bioéthique, a été particulièrement souligné par les chercheurs qui ont pris la peine d'analyser le mode d'intervention du discours bioéthique et de ses procédures⁷. Il nous oblige à réfléchir à la fonction de l'éthique, souvent réduite à n'être plus qu'un instrument d'accompagnement plus ou moins critique de la recherche de pointe, mais incapable de se déterminer de manière spécifique et indépendante.

III. Le retour de l'éthique clinique

L'éthique clinique, représentée sur le plan international par des praticiens aussi différents que Mark Siegler⁸, Hubert Doucet⁹, David

⁷ On lira ici notamment Lucien Sève, *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, 1994; Isabelle Stengers, *L'invention des sciences modernes*, Paris, La Découverte, 1993, pp. 27 et 67; Michel Tibon-Cornillot, *Les corps transfigurés. Mécanisation du vivant et imaginaire de la biologie*, Paris, Seuil, 1992.

⁸ Il est l'auteur, avec Albert R. Jonsen et William J. Winslade, du vade-mecum *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, New York, Macmillan, 1982; cf. aussi Barry Hoffmaster, Benjamin Freedman et Gwen Fraser, *Clinical Ethics. Theory and Practice*, Clifton, New Jersey, Humana Press, 1989.

⁹ Cf. son ouvrage *Mourir*, Paris-Ottawa, Desclée-Novalis, 1988

Roy ou Nicole Léry, connaît un immense regain d'intérêt, comme l'atteste notamment la parution, depuis 1990, du *Journal of Clinical Ethics*¹⁰. A n'en pas douter, l'émergence de ce nouveau concept signale un déplacement des pratiques et des enjeux. Sans doute l'éthique médicale traditionnelle n'était-elle plus en mesure de répondre aux problèmes complexes marqués par l'émergence des biotechnologies et par l'explosion publique et médiatique du questionnement éthique. Mais l'éthique clinique s'inscrit aussi en faux contre une certaine institutionnalisation théorique de la bioéthique, devenue l'apanage de spécialistes interdisciplinaires souvent éloignés de la réalité clinique dans sa complexité (patient, famille, équipe, société). En même temps, l'éthique clinique est menacée par une certaine sous-estimation des enjeux théoriques et des conflits de valeurs. A ne pas y prêter attention, elle risque de banaliser les questions fondamentales et de court-circuiter les écueils dont doit tenir compte une éthique "communicationnelle et procédurale" (J. Habermas) adaptée à la complexité des systèmes ou des sous-systèmes que représentent notamment la science, les techniques et l'organisation sociale.

IV. Cas et principes : la dimension philosophique de l'éthique appliquée

Pendant des décennies, l'éthique philosophique n'a guère daigné se pencher sur l'éthique concrète. On a assisté fort heureusement aujourd'hui à un spectaculaire renversement. Le retour de la philosophie pratique passe aussi par un développement de la philosophie appliquée (*applied philosophy*) ou de l'éthique appliquée (*applied ethics*)¹¹. Ce mouvement correspond de manière plus large et souvent plus systématique à ce qui s'est produit avec le surgissement de la bioéthique et de l'éthique clinique.

On retrouve par conséquent à ce niveau les problèmes que nous avons évoqués plus haut. La tension dialectique entre les modèles

¹⁰Frederick, Md, Usa.

¹¹ Cf. par exemple le recueil *Applied Ethics. A Reader*, Earl R. Winckler & Jerrold R. Coombs, Oxford-Cambridge (USA), Blackwell, 1993.

théoriques et les procédures "casuistiques" (*case studies method*) demeure un objet de préoccupation prioritaire. Le souci de concrétude et d'opérationnalité qui anime l'éthique appliquée risque souvent de conduire à négliger ou à esquiver plus ou moins volontairement les enjeux plus systématiques de l'éthique fondamentale.

Il ne s'agit pas seulement ici, de mon point de vue, de choisir les procédures méthodologiques adéquates, en prenant position, par exemple, sur les avantages et les inconvénients des différentes formes d'utilitarisme (utilitarisme de la règle ou de l'action, éthique déontologique, etc.), ou en se limitant, comme trop souvent encore l'éthique analytique anglo-saxonne, à des considérations méta-éthiques sur les types d'argument utilisés. Le débat sur les principes, les fondements et les valeurs est requis et incontournable. De toute manière, sous un angle plus pragmatique, on doit constater que les conflits sur les valeurs rejaillissent presque toujours dans la pratique. On croyait être parvenu au point crucial où il s'agirait simplement de choisir entre deux ou trois alternatives concrètes, selon des critères purement techniques, scientifiques ou économiques, alors qu'en fait, le désaccord sur ce qu'il y a lieu de faire renvoie à un dissensus philosophique ou religieux.

De nombreux exemples pratiques attestent aujourd'hui de cette difficulté. Ainsi, les débats éthiques sur le Sida tournent trop souvent autour de questions exclusivement techniques (le préservatif) ou épidémiologiques sans oser assumer les questions d'anthropologie médicale, de représentations symboliques et d'enjeux sociaux que cette terrible épidémie implique¹². Dans des problématiques très controversées comme les transplantations d'organes ou la définition de la mort, les questions fondamentales, philosophiques et religieuses, voire métaphysiques que se posent les gens (sens de la mort, statut du corps, signification des "mythes" d'immortalité ou de survie, etc.) sont la plupart du temps escamotées, au nom d'une pure technicité, d'une rigueur

¹² Cf mon ouvrage *Le sida de l'homme blessé et l'exigence de solidarité*, Genève, Labor et Fides, 1995.

scientifique absolutisée ou de considérations pragmatiques, guidées fort souvent par des intérêts économiques dirimants.

Je me contente de deux remarques critiques.

Dans le débat sur les transplantations, les représentants du lobbying des transplantateurs avancent des arguments éthiques apparemment irréfutables en faveur du consentement présumé (en faisant appel, non sans ambiguïté, à la "charité chrétienne" des donateurs). Or la liberté du don doit absolument être maintenue, si on ne veut pas céder à une double contrainte ou à un consentement négatif ("qui ne dit mot consent"). Il s'agit en fait de travailler la question du don libre et gratuit, ce qui, à mon avis, est beaucoup plus honnêtement garanti si on maintient le principe déontologique du consentement explicite (avec encouragement aux cartes de donneur, etc.). On ne peut pas s'empêcher de penser que le lobbying des transplantateurs dissimule sous des arguments éthiques de convenance des intérêts économiques et scientifiques.

De même, dans la question de la définition de la mort, on confond deux choses: d'une part, la définition des critères médicaux et scientifiques de la mort, d'autre part, la compréhension anthropologique (philosophique et éventuellement religieuse) de la mort comme phénomène fondamental de l'humain. Le dernier texte produit par l'Académie Suisse des Sciences Médicales au sujet du diagnostic de la mort¹³ s'explique scientifiquement avec la notion de mort cardio-vasculaire (qui vient ainsi compléter la notion de mort cérébrale qu'on avait cru suffisante), mais il est frappant ce constater qu'il le fait dans l'optique et en fait sous la pression de la *agenda* des transplantations et sans véritable réflexion éthique: on a une fois de plus l'impression que l'éthique médicale est censée se dégager toute seule de l'état contemporain du savoir médical, sans véritable problématisation et sans discussion éthique approfondie et différenciée.

¹³"Définition et directives pour le diagnostic de la mort en vue d'une transplantation d'organes", *Bulletin des Médecins Suisses* 76/25, 1995, pp. 1043-1051.

Il est donc temps que médecins, soignants et éthiciens, mais aussi, plus largement, l'ensemble des personnes concernées reprennent les débats de fond sur la "signification de l'éthique"¹⁴ et ses enjeux anthropologiques, philosophiques et religieux.¹⁵ Car l'éthique médicale, au sens large où nous l'avons resituée brièvement ci-dessus, est une chose trop sérieuse pour qu'elle demeure le monopole des spécialistes, que ces spécialistes soient des éthiciens professionnels spécialement formés à l'éthique (philosophes, théologiens, juristes, sociologues, médecins, etc.) ou directement les professionnels de la santé eux-mêmes¹⁶.

¹⁴ Sous ce titre, le philosophe français Robert Misrahi, spécialiste de Spinoza, nous propose une approche originale et renouvelante de l'éthique, visant à une "application de l'éthique aux problèmes de la vie et de la santé" (Paris, Synthélabo, Les empêcheurs de tourner en rond, 1995). Ethique sans doute plus sapientiale que technique ou spécialisée, mais qui ouvre en des termes accessibles à chacun des perspectives très concrètes (cf. en particulier les chapitres "le malade et son droit", "le médecin et sa responsabilité", "le chercheur et son rôle").

¹⁵ Cf. mon article "La bioéthique et le statut théologique de l'éthique séculière (à propos d'un livre récent de Tristram H. Engelhardt jr)", *Recherches de Science Religieuse* 82/4, Paris, 1994, pp. 547-564.

¹⁶ Les développements actuellement en cours en Suisse laissent apparaître un double écueil. D'un côté, un certain protectionnisme corporatiste forcément inavouable tend à réserver l'enseignement de l'éthique à des médecins ou à des scientifiques maison. D'un autre côté, par manque de conviction, on relègue ces enseignements en dehors du cursus régulier et obligatoire et, dans ce cas, on tolère qu'ils soient donnés par des experts externes, qui se voient ainsi marginalisés. Seule une solution interdisciplinaire rigoureuse, combinant des compétences diverses et des sensibilités éthiques contradictoires permettra de sortir de cette impasse mortelle. C'est le modèle sur lequel, à plusieurs, nous continuons à tabler dans le cadre de l'Université de Lausanne. Pour stimuler ce processus, nous avons notamment créé un groupe interfacultaire ERIE (Enseignement et recherches interdisciplinaires en éthique, Université de Lausanne, Bureau 5020, BFSH 2, 1015 Lausanne, tél. 021/692 27 09). On trouvera les textes d'un premier séminaire dans Denis Müller-Carlo Foppa (éd), *Le corps humain entre savoirs et pratiques, Enjeux éthiques et médicaux*, Cahiers médico-sociaux 39/1, Genève, Médecine et hygiène, 1995.