

CHAPITRE 1. PEUT-ON ACCEPTER LES PROGRÈS EN SCIENCES BIOMÉDICALES SANS PROGRÈS EN ÉTHIQUE ?

Lazare Benaroyo

ESKA | *Journal International de Bioéthique*

2013/2 - Vol. 33
pages 21 à 42

ISSN 1287-7352

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-2013-2-page-21.htm>

Pour citer cet article :

Benaroyo Lazare, « Chapitre 1. Peut-on accepter les progrès en sciences biomédicales sans progrès en éthique ? », *Journal International de Bioéthique*, 2013/2 Vol. 33, p. 21-42. DOI : 10.3917/jib.242.0021

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

*La Bioéthique peut-elle être une source
d'enseignement ?*

Can bioethics be a source of teaching?

Chapitre 1

PEUT-ON ACCEPTER LES PROGRÈS EN SCIENCES BIOMÉDICALES SANS PROGRÈS EN ÉTHIQUE ?

*Lazare BENAROYO**

INTRODUCTION

Depuis le milieu du 20^e siècle, la réflexion éthique a investi le champ de la recherche et de la pratique médicale, alors qu'auparavant, elle les accompagnait à distance, étant habituellement orientée vers l'étude des fondements de la morale et du respect de la déontologie, dans le sillage de la tradition hippocratique.

Cette évolution semble fortement liée aux événements survenus pendant et après la seconde guerre mondiale dans le champ de l'expérimentation sur l'être humain. Les crimes perpétrés contre l'humanité, suivis des scandales qui ont eu lieu dans de grands hôpitaux universitaires nord-Américains autour des années

* Lazare Benaroyo MD, PhD, Professeur d'éthique et philosophie de la médecine
Faculté de Biologie et de Médecine et Plateforme interdisciplinaire d'éthique
Université de Lausanne
E-mail: lazare.benaroyo@unil.ch

1960, ont déstabilisé l'éthique.¹ Celle-ci a alors été prise de perplexité face à des situations que les normes éthiques traditionnelles, notamment la conception de la bienfaisance, ne permettait plus de juger de façon pertinente. La qualification éthique de ces situations inédites n'était pas évidente, plus particulièrement au plan des enjeux liés au respect des droits humains élémentaires. Face aux indéterminations éthiques qui caractérisaient ces situations, une posture « décisionniste » s'est forgée, conduisant rapidement à une politisation de l'éthique.² D'où le développement d'éthiques régionales se constituant en discipline, dont la bioéthique est l'une des figures les plus emblématiques.

Cette dernière a mis en avant les principes d'une éthique permettant d'assurer le respect des droits humains en s'appuyant notamment sur la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. En parlant du principe d'*autonomie* pour qualifier le respect dû aux patients/sujets d'expérimentation, du principe de *bienfaisance* pour limiter le périmètre des bienfaits techniques que la médecine peut légitimement prodiguer sans nuire ni enfreindre le respect du principe d'autonomie, et du principe de *justice* pour indiquer la nécessité de prendre en compte de manière équitable la pluralité des sujets concernés par ces pratiques, cette approche morale s'est rapidement imposée comme le *modèle d'éthique de responsabilité*, tant au plan de la recherche biomédicale que du soin.³ Les promoteurs de cette approche – inscrite dans les *Principles of Biomedical Ethics* publié en 1979 par Tom Beauchamp et James Childress – ont considéré que ces principes cardinaux reflètent, dans nos sociétés pluralistes, une moralité commune, et qu'ils constituent une base à partir de laquelle, dans une démarche créative de spécification et d'arbitrage, des solutions peuvent être apportées aux problèmes qui se posent dans les pratiques de soin.

Aux yeux des historiens, l'émergence de la bioéthique, en tant que discipline, témoigne du souci commun au monde occidental de l'après-guerre de répondre de manière pragmatique – sous des formes différentes aux États-Unis⁴ et en Europe⁵ – aux enjeux de protection de la dignité de la personne intimement liés

¹ L. Benaroyo: *Éthique et responsabilité en médecine*. Genève, Médecine et Hygiène, 2006, chap. 1.

² T. Engelhardt, Bioethics as Politics : A Critical Reassessment, in : LA Eckenwiler and F.G Cohn (eds) *The Ethics of Bioethics. Mapping the Moral Landscape*, The Johns Hopkins University Press, 2007, pp. 118-133.

³ L. Benaroyo: *Éthique et responsabilité en médecine*. Genève, Médecine et Hygiène, 2006, chap. 1.

⁴ T. Engelhardt, The Ordination of Bioethicists as Secular Moral Experts, in : EF Paul, FD Miller Jr, J. Paul (eds), *Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 59-82.

⁵ JD Rendtorff., Basic ethical principles in European bioethics and biolaw : Autonomy, dignity, integrity and vulnerability - Towards a foundation of bioethics and biolaw, *Medicine, Health Care and Philosophy* 5, 2002, pp. 235-244.

aux possibilités de maîtrise croissante du vivant conférées par les rapides développements des biotechnologies.

Si ce développement a ouvert, tout au long de la seconde moitié du 20^e siècle, la voie d'une régulation éthique de la recherche biomédicale, et plus particulièrement de la recherche expérimentale sur l'être humain, il n'a cependant pas été sans soulever d'importantes difficultés lors de son extension au champ de la pratique médicale. En effet, l'idéologie de défense des droits des individus – et plus particulièrement du principe d'autonomie, qui en est l'expression la plus vive – a eu tendance à dévitaliser les liens qui unissent éthique et médecine⁶. En proposant, dans le contexte d'une forte défiance à l'égard du pouvoir médical, une limitation de l'extension de la sollicitude médicale à ses dimensions purement techniques pour parer à toute forme de dérive paternaliste, la bioéthique a profondément remis en question la légitimité de la visée éthique cardinale qui guidait traditionnellement la profession : aider le malade exposé à sa vulnérabilité à restaurer au sein d'une relation de confiance son autonomie altérée par la maladie, et à retrouver ainsi un nouvel état de santé.

Ainsi, l'*ethos* de la bioéthique s'est imperceptiblement distancé des liens qui l'unissent aux dimensions humanistes de la médecine, sans peut-être réaliser qu'en formulant ses questionnements à partir du moule façonnant les développements bio-médicaux, elle participait elle-même activement à cette dissolution.

Or, réduire la responsabilité éthique du médecin à une perspective qui accrédite cette tendance, revient à priver la médecine de la possibilité de construire un avenir porté par les responsabilités éthiques et sociales qui lui incombent.

Peut-on dès lors considérer l'émergence de la bioéthique comme une forme de progrès permettant de marquer les développements des sciences biomédicales d'une empreinte éthique?

⁶ WT Reich., A New Era for Bioethics: The Search for Meaning in Moral Experience, in: A. Verhey, (éd.) *Religion and Medical Ethics. Looking Back, Looking Forward*, Cambridge, U.K., William B. Eerdmans Publishing Company, 1996, pp. 96-119.

ÉTHIQUE APPLIQUÉE ET PROGRÈS EN ÉTHIQUE

Des auteurs comme Daniel Callahan⁷ ou Stephen Toulmin⁸ en ont douté, estimant que l'*ethos* de la bioéthique témoigne, au contraire, de l'impasse dans laquelle se trouvait la morale de la seconde moitié du 20^e siècle, réduisant l'éthique à l'application de normes morales universelles à un cas, suivant en cela le cadre épistémologique qui façonne l'expertise biomédicale disciplinaire moderne. Selon eux, la bioéthique s'est développée au cours des années 1970 comme l'ombre portée des avancées biotechnologiques. Poussée par l'urgence de baliser les progrès biomédicaux, elle s'est rivée au présent en suivant les contours des avancées scientifiques. Elle a ainsi reproduit la tendance développée par la science médicale contemporaine d'envisager l'étude de ses fondements épistémologiques et anthropologiques comme étant peu pertinents pour appréhender le présent et éclairer le futur.

Dans la mesure où la réflexion éthique vise à explorer les horizons factuels et normatifs de l'action humaine et des questionnements qui y sont associés, de même qu'à suggérer des orientations parmi des choix à opérer dans la sphère du monde concret, il est apparu indispensable à un penseur comme McIntyre par exemple, de repenser le statut de la notion d'application en éthique médicale pour lui conférer une pertinence dans le champ des relations interhumaine propres à clinique. Une approche mieux adaptée aux problèmes concrets de la clinique doit chercher, comme le propose Hans Georg Gadamer,⁹ une rationalité locale spécifique à la situation, où jugement et cas se co-déterminent, se complètent et se rectifient dans le cadre d'une démarche abductive. Cela nous renvoie au modèle aristotélicien de la phronesis qui cherche dans un geste casuistique à prendre en compte tous les éléments du contexte pour élaborer un jugement circonstancié après avoir mobilisé tous les acteurs engagés dans la situation.

Se décentrer de la rationalité bioéthique, est le geste qui a été accompli par plusieurs auteurs dès les années 1990 pour pouvoir penser la question d'un progrès en éthique qui balise les développements des sciences biomédicales. A

⁷ Callahan D. Autonomy : A moral good, not a moral obsession. *Hastings Cent Rep* 1984;14:40-2.

⁸ S Toulmin., How Medicine saved the Life of Ethics, *Perspectives in Biology and Medicine* 25, 1982, pp. 737-750 et S. Toulmin, Knowledge and Art in the Practice of Medicine : Clinical Judgment and Historical Reconstruction, in : C. Delkeskamp-Hayes, MA. Gardell Cutter (eds), *Science, technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues*, Dordrecht, Kluwer Academic Press, 1993.

⁹ HG. Gadamer, What is Practice? the Conditions of Social Reason, in: *Reason in the Age of Science*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1990, pp. 69-87.

cet effet, ces auteurs ont proposé des approches prenant en compte les enjeux moraux propres à chaque forme de pratique médicale, en vue d'orienter lequel parmi les choix disponibles est le meilleur possible après la prise en compte de tous les aspects factuels et normatifs propres à la pratique considérée.¹⁰

J'aimerais explorer dans cet article comment ce décentrement s'est opéré et examiner de quelle manière il a permis de redonner ses droits à une conception de l'éthique qui évolue vers un mode d'intervention sociale prenant la mesure des enjeux normatifs qui déterminent une prise de décision pertinente dans le champ de la pratique des sciences biomédicales.

À la lecture de ces auteurs, il apparaît clairement que pour aborder cette question, il leur a été nécessaire de prendre en compte l'ensemble du dispositif bioéthique, au delà de ses aspects conceptuels, en affrontant notamment les registres socio-politiques qui innervent le déploiement institutionnel de la bioéthique et en dessinent les contours. Face à l'économie morale de la bioéthique, façonnée dans un moule quasi juridique, l'enjeu a consisté à développer des approches permettant de (ré)apprendre à pencher son regard vers la question de l'altérité du malade et des profonds enjeux éthiques qui y sont associés au sein de la relation clinique.

Les potentiels progrès en éthique portés par ce nouveau regard s'expriment par une reconfiguration du jugement médical guidée par les enjeux éthiques propres à chaque forme de pratique médicale. Cette reconfiguration a permis d'orienter les choix éthiques dans le cadre d'une prise en compte de l'ensemble des aspects factuels et normatifs propres à la pratique considérée. Ce changement de mentalité, qui se poursuit et s'amplifie de nos jours, met en exergue l'élément productif inhérent à cette conception renouvelée de l'application qui co-détermine le jugement médical et la responsabilité éthique qui le porte.

Au plan méthodologique, la reconfiguration du jugement médical qui s'est opérée depuis les années 1990 s'est située dans le double sillage de l'herméneutique et d'une approche délibérative. Examinons ce développement en détail.

¹⁰ L. Benaroyo : *Éthique et responsabilité en médecine*. Genève, Médecine et Hygiène, 2006, pp 58-61 et 100- 107.

HORIZON D'EXERCICE D'UNE ÉTHIQUE DE RESPONSABILITÉ EN MÉDECINE CLINIQUE

Comme de nombreux travaux de philosophie de la médecine l'ont mis en évidence tout au long du 20^e siècle¹¹, la pratique clinique ne peut être considérée comme la simple application des éléments cognitifs de sciences théoriques: elle se différencie du savoir scientifique par le fait qu'elle implique toujours une prise de décision responsable qui opère un choix entre des possibilités de réalisation de divers biens intrinsèquement reconnus comme tels par ses acteurs¹². De ce point de vue, la pratique médicale peut être conçue comme un champ autonome de l'action humaine comportant sa propre logique, sa propre finalité, ses méthodes, ses règles et son langage: si la finalité de la science médicale est d'établir la vérité scientifique, la finalité de la pratique de la médecine est, dans son orientation thérapeutique¹³, de restaurer la santé d'un individu singulier souffrant dans son corps et dans son être-au-monde¹⁴.

Dans la mesure où chaque malade présente un profil particulier, il ne saurait être question de lui appliquer des décisions normées de façon arbitraire et générale. Face à la singularité propre à toute prise en charge médicale, le soignant ne peut dès lors réduire l'individu malade à une simple entité nosologique ; il se doit d'explorer les multiples contingences qui caractérisent la situation de détresse de la personne souffrante dans le cadre de l'exercice d'une sagesse pratique qui donne droit à l'expression des normes émanant de la pratique elle-même, conçue comme une praxis qui informe le soignant, et qui constitue l'horizon normatif de son action.

Dans cette perspective, il apparaît suite aux observations de Georges Canguilhem que la maladie n'est habituellement pas seulement vécue par le malade comme un incident technique, un fonctionnement organique dérégulé ou un accident dépourvu de sens. Comme le précise Canguilhem, se sentir malade n'est pas se sentir anormal au sens de l'écart de la norme, de l'étalon de la justesse et de la vérité : pour le malade, l'atteinte à sa santé est caractérisée par une configuration nouvelle de son organisme, une nouvelle forme d'adaptation

¹¹ HG. Gadamer, What is Practice? the Conditions of Social Reason, in: *Reason in the Age of Science*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1990, pp. 69-87.

¹² A. McIntyre [1981], *After Virtue. A Study in Moral Theory*, 2nd Edition, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1984, p. 187.

¹³ Nous mettons ici entre parenthèses l'orientation préventive de la pratique médicale.

¹⁴ H. ten Have, SF. Spicker, Introduction. In: *The Growth of Medical Knowledge*. H. Ten Have, GK. Kimsma, SF. Spicker, (eds) Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990, p. 1-11.

aux perturbations du milieu extérieur, qui se traduit par l'élaboration d'une nouvelle norme individuelle¹⁵. La santé et la maladie ne sont donc pas deux expériences vitales de même qualité, comme cela est présupposé dans la perspective naturaliste adoptée par la médecine scientifique. Pour le malade, la santé et la maladie représentent deux états qualitativement différents de l'existence individuelle: la santé est la capacité d'être normatif, c'est-à-dire la capacité d'instaurer des normes adaptées aux variations des conditions de l'environnement : « Être sain, écrit Canguilhem, c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles »¹⁶. La maladie est, dans ce contexte, une réduction de la capacité d'être normatif. En ce sens, la maladie n'est pas, aux yeux du malade, une perte de sa normalité mais plutôt une réduction de sa capacité d'instaurer de nouvelles normes.

Canguilhem en conclut que l'état de santé que le patient cherche à retrouver est un état dans lequel celui-ci aurait à nouveau la possibilité « d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur, mais aussi au besoin créateur de valeurs, instaurateur de normes vitales »¹⁷. Dans cette perspective, la quête de santé que le malade poursuit, peut être interprétée comme la recherche d'une restauration de l'autonomie de son organisme – la maladie étant vécue par ce dernier comme la réduction de cette autonomie sous la forme d'une réduction du niveau d'activité normative, voire d'une réduction de l'ensemble de l'organisme à une norme unique¹⁸.

L'un des maîtres à penser de Canguilhem, Viktor von Weizsäcker, avait déjà relevé avec pertinence au cours de la première moitié du 20^e siècle que la maladie est un évènement qui s'inscrit dans une biographie dont elle perturbe la continuité : la maladie est une crise qui en faisant courir un danger à l'équilibre psychophysique, somme le malade, dans les affections graves tout au moins, de transformer son cadre de vie et de s'adapter à sa nouvelle condition. Pour Weizsäcker, le « pathique » – c'est-à-dire les catégories pathogénétiques à travers lesquelles le patient perçoit sa maladie et sa souffrance dans son être-au-monde¹⁹ – est, au-delà de sa détermination physiopathologique, un mode d'existence de l'être humain, dont l'une des caractéristiques sur laquelle j'aimerais insister est l'altération de la conscience intime du temps.

¹⁵ G. Canguilhem, [1966]: *Le normal et le pathologique*. Paris, P.U.F., 1979.

¹⁶ Ibid, 130.

¹⁷ Ibid, 134.

¹⁸ Ibid, 121-122.

¹⁹ V. von Weizsäcker : *Der kranke Mensch. Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart, K. F. Koehler, 1951, pp. 274-306.

Aux yeux de Viktor von Weizsäcker, cette dernière catégorie du « pathique » mérite une attention particulière, dans la mesure où elle permet de caractériser l'une des dimensions fondamentales de la réduction du pouvoir-être liée à l'expérience de la maladie. Se basant sur les travaux d'Edmund Husserl²⁰, von Weizsäcker insiste sur le fait que l'altération de la conscience intime du temps inscrit la souffrance dans l'histoire du patient : elle altère les horizons du présent et affecte le jeu des « rétentions » et des « protentions » qui l'animent, rompant ainsi la confiance que le malade peut avoir en lui-même et au monde qui l'entoure, ainsi que l'espèce de familiarité ou d'évidence qui l'attache au monde, aux autres et à lui-même. La souffrance situe ainsi l'individu dans une sorte d'interminable présent ancré dans un passé qui ne s'ouvre pas sur des horizons futurs²¹. Cet écrasement de la temporalité représente, pour Weizsäcker, la dimension ontique de la souffrance, dont la réduction du pouvoir-être est l'expression existentielle. Dans ce contexte, la souffrance est presque toujours une crise du sens. Tout ce dans quoi le patient avait investi peut être soudainement menacé de perte ou de désintégration. Puisque chaque malade présente un profil particulier, il importe au plus haut point de l'appréhender dans sa normativité propre. La visée éthique de la clinique contemporaine peut ainsi être conçue comme un souci de trouver la voie qui aide une personne malade à accéder à un nouvel état d'équilibre où elle devrait pouvoir retrouver toutes ses potentialités.

Cette approche phénoménologique, qui s'est largement développée ces dernières années, a notamment permis de mieux percevoir les relations entre maladie et souffrance. Au plan éthique, cela signifie que la visée éthique de la clinique contemporaine peut être conçue comme un souci de trouver la voie qui aide un individu malade à accéder à un nouvel état d'équilibre où il devrait pouvoir retrouver toutes ses potentialités. L'activité clinique peut être considérée comme une *activité de re-possibilisation* : elle ne se contente pas de prévoir pour le patient un retour à la norme physiologique, mais se concentre également sur les capacités de guérison du malade. A l'aune d'une phénoménologie de l'expérience pathique, l'activité clinique se mue alors en une sollicitude orientée vers un

²⁰ Husserl suggère notamment dans les « Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps » publié en 1905 (PUF 1964), que le présent vivant est épaissi par ses prolongements « rétentionnaires » (orientés vers le passé) et « protentionnels » (orientés vers le futur). Aux yeux de Husserl, ces horizons du présent constituent pour chaque individu la réserve inépuisable de sens qui ancre la confiance qu'il a dans la vie et dans le monde qui l'entoure (E. Husserl (1964) : *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*. Paris, PUF, pp. 325-346.

²¹ V. von Weizsäcker, *Der kranke Mensch. Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart, K. F. Koehler, 1951, pp. 274-293.

travail d'interprétation – une herméneutique – des signes et symptômes, porteur d'une reconstruction du sens et du temps, de telle sorte que la question de savoir ce que le patient peut devenir ou s'il existe encore pour lui des futurs possibles, fait partie intégrante du travail de guérison et de la viése éthique qui porte le soin qui lui est prodigué. Nos récentes recherches ont confirmé l'importance de considérer la restauration de l'autonomie comme un point d'aboutissement de la démarche éthique – et non comme son point de départ.²²

L'ACTION CLINIQUE ET LA DÉMARCHE HERMÉNEUTIQUE

À l'aune de cette approche herméneutique, la démarche de soin consiste à saisir le singulier en tant qu'un être ancré dans l'espace et le temps, dont la narration de sa vie témoigne. L'anamnèse peut être ici d'un grand secours.

Dans ses premiers travaux portant sur les relations entre la phénoménologie de l'expérience du temps et l'épistémologie de la fonction narrative, Paul Ricoeur a notamment développé cette question²³. Ses écrits nous ouvrent la voie d'une meilleure compréhension des relations existant entre la vulnérabilité du malade et l'importance de l'attention au phénomène narratif lors de l'élaboration d'un projet de soin à même de répondre au plus près à sa souffrance.

Pour Ricoeur, en effet, le récit de vie est le lieu où la personne se désigne elle-même dans le temps comme l'unité narrative de sa vie: nous sommes en quelque sorte les histoires de notre vie et la manière dont la souffrance affecte l'identité personnelle du malade s'exprime dans le récit de sa maladie. Les registres narratifs expriment de quelle manière nous percevons notre appartenance à une communauté, de quelle manière la souffrance s'inscrit dans sa propre évolution temporelle et altère la perception intime du temps vécu. Dès lors, l'écoute attentive par le soignant de la narration du malade (c'est-à-dire de la manière dont celui-ci se constitue comme sujet de sa propre histoire) accompagnée d'une écoute du langage du corps (lors de gestes techniques par exemple), sont autant d'éléments permettant de percevoir comment l'identité du patient est affectée par la maladie. Cette dernière est souvent racontée par le malade comme une expérience au cours de laquelle il est délogé de l'image qu'il a de lui-même, une

²² L. Benaroyo, Éthique et herméneutique du soin, in L. Benaroyo, C. Lefève, JC Mino et F. Worms (eds), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 23-36.

²³ P. Ricoeur, La fonction narrative. *Études théologiques et religieuses*. 54 : 209-230, 1979.

expérience qui est source de souffrance dans la mesure où elle le confronte à une épreuve involontaire, à une atteinte subie de son intégrité personnelle qui se manifeste par un sentiment de vulnérabilité face à l'inéluctable, un sentiment de l'absurde et de la perte de sens, une perte de l'estime de soi²⁴.

En mettant l'accent sur ce point, je souhaite insister sur le fait que la démarche narrative ne consiste pas seulement à inscrire la maladie dans la continuité historique de la vie du malade, mais à explorer en quoi le projet de soin implique concrètement la transformation de la temporalité que le patient aura à vivre à l'avenir. Car, comme le précise Cheryl Mattingly : « Le succès thérapeutique dépend en grande partie de l'aptitude du soignant à mettre en scène une histoire qui fait sens pour le patient tout autant que pour lui-même. On pourrait même dire que la tâche du clinicien consiste à créer une intrigue thérapeutique qui conforte le patient dans l'idée que le traitement médical qui lui est proposé fait partie intégrante du soin qui lui est apporté. »²⁵

Pour mieux comprendre dans quelle mesure une éthique qui se fonde sur cette approche est source de progrès, je propose d'examiner les divers registres du soin au sein desquels des progrès peuvent être perceptibles en terme de responsabilité.

Le registre de la relation clinique

Cette question avait déjà mobilisé un médecin psychiatre et philosophe allemand du milieu du 20^e siècle, Viktor Emil Freiherr von Gebattel. Ce dernier a élaboré au cours des années 1950 une anthropologie phénoménologique de la relation clinique, qui va nous servir de guide à l'exploration des rapports entre soin et responsabilité.²⁶

Pour von Gebattel, les deux faces du phénomène morbide que von Weizsäcker avait mises en lumière – le versant existentiel et le versant physiopathologique – déterminent *deux niveaux anthropologiques de la relation médecin-malade* :

- 1) le niveau de la relation interpersonnelle – l'espace de dialogue et de confiance au sein duquel les catégories du pathique peuvent être appréhendées.

²⁴ P. Ricoeur, *Le mal. Un défi à la philosophie et à la théologie*. Genève, Labor et Fides, 1996, pp. 15-16.

²⁵ C. Mattingly, "The Concept of Therapeutic « Emplotment »", *Social Science and Medicine* 38 : 814, 1994.

²⁶ VEF. von Gebattel, *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlin, Springer, 1954, pp. 361-378.

- 2) le niveau scientifique et technique – l'espace au sein duquel les mécanismes physiopathologiques peuvent être compris

À ses yeux, l'acte de soin doit puiser à ces deux sources anthropologiques pour réaliser sa finalité première : soulager la souffrance du malade. Gebattel définit sur cette base *trois moments de la relation thérapeutique* qui déterminent trois moments langagiers différents de la relation de soin :

- 1) Le stade sympathique élémentaire, au cours duquel le soignant perçoit une détresse humaine (*Not*) – détresse que Gebattel associe dans la tradition inaugurée par von Weizsäcker à une brèche existentielle, une atteinte du pouvoir-être du patient (*Nicht-sein-können*) ; cette détresse constitue, à ses yeux, une injonction au soignant de répondre à la demande d'aide du malade (*Hilfe*). Il s'agit du moment langagier de *l'attention à l'altérité*, de *l'écoute*, du *dialogue* et de la *promesse d'aide*.
- 2) Le stade de l'agir scientifique : l'élaboration du diagnostic, de la thérapie et du pronostic. Aux yeux de Gebattel, ce stade est explicitement aliénant au plan inter-humain, dans la mesure où le soignant se doit de réifier son patient pour pouvoir intervenir sur son corps ou sa psyché à l'aide de moyens techniques. Il s'agit du moment langagier fondé sur une *rationalité opératoire* propre à l'usage de la technique.
- 3) Le stade de l'acte thérapeutique personnalisé, au cours duquel le médecin, après avoir été instruit de la nature de la brèche existentielle liée à la maladie, recourt aux moyens techniques nécessaires qu'il adapte à la singularité éthique du projet de soin. Il s'agit du moment langagier *proprement éthique* visant le rétablissement du pouvoir-être du malade.

Cette approche anthropologique détermine, pour von Gebattel, *trois strates éthiques de l'acte de soin* :

- 1) La rencontre proprement éthique, qui est, à ses yeux, une *promesse d'aide* formulée par une personne vulnérable et souffrante ; à cette demande, qui place le malade dans une position asymétrique par rapport au médecin, répond la promesse d'aide prononcée par le médecin de permettre à ce dernier de retrouver son pouvoir-être altéré par la maladie. Cette promesse constitue, à ses yeux, le noyau éthique de l'acte de soin ; elle vise le rétablissement de la dissymétrie initiale.
- 2) Autour de ce noyau vient se greffer la *phase réparatrice* de l'acte médical. Il s'agit, pour Gebattel, d'une forme d'aide quasi impersonnelle, permettant d'agir sur les dysfonctionnements biologiques liés à la maladie ; le médecin se doit alors : a) de mettre en évidence les causes de la douleur

ou de la limitation fonctionnelle provoquée par la maladie, et b) d'avoir recours à la science pour corriger ces dysfonctionnements. À ses yeux, ce moment est par essence aliénant : le malade devient un cas soumis à une règle afin de donner la possibilité au médecin de maîtriser le cours de la maladie.

- 3) Sur la base des deux strates précédentes, la prise en charge médicale peut s'orienter vers la *réalisation personnalisée de la promesse d'aide* énoncée au départ : c'est le *moment de l'acte médical responsable*, visant concrètement la restauration du pouvoir-être du patient.

Ces trois moments éthiques de la relation thérapeutique – caractérisés par trois moments langagiers distincts – forment, pour von Gebattel, l'*ethos* médical authentique.²⁷ Cet *ethos* peut cependant être menacé par divers dangers, précise-t-il: la méfiance et la dépendance peuvent s'installer au sein de la première strate ; l'erreur scientifique peut envahir la seconde strate; la faute morale peut grever la troisième strate.

Otto Guttentag, un disciple de von Gebattel émigré aux USA, reviendra à la fin des années 1970 et reprendra à cette occasion les trois moments éthiques décrits par von Gebattel²⁸. Dans le même esprit que Guttentag, Hans Jonas fera référence à cet *ethos* au cours des années 1970. Dans la filiation de l'approche anthropologique inaugurée par Victor von Weizsäcker, essaimée en Europe par l'intermédiaire des travaux de Pedro Lain Entralgo²⁹ et aux USA grâce aux œuvres de Jonas et de Guttentag, des auteurs nord-américains tels que Edmund D. Pellegrino et David C. Thomasma,³⁰ pour ne citer ici que les figures les plus marquantes, féconderont, au cours des années 1980-90, le mouvement de renouvellement conceptuel et méthodologique de la bioéthique nord-américaine et seront le ferment d'une conception renouvelée de la notion d'application. C'est Paul Ricoeur qui en fera la synthèse dans l'espace francophone.

²⁷ Ibid, 377.

²⁸ O. Guttentag, *The Attending Physician as a Central Figure*, in: Cassell EJ., et Siegler M., (éds), *Changing Values in Medicine*, University Publications of America, 1979, pp. 107-126.

²⁹ P. Lain Entralgo, *Le médecin et le patient*, Paris, Hachette, 1969.

³⁰ ED. Pellegrino, et DC. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1981.; ED. Pellegrino, *Being Ill and Being Healed. Some reflections on the grounding of medical morality*, in: Kestenbaum V., (éd) *The Humanity of the Ill*, Knoxville, The University of Tennessee Press, 1982, pp 157-165.

La sagesse pratique

La sagesse pratique est la vertu qui caractérise une prise en charge à même de répondre de manière idoine à la singularité d'une situation clinique. La *phronesis* est ici comprise, pour reprendre les mots de Maximilien Froschner, comme « un jugement qui, sur fond de raison naturelle et d'une attitude éthique fondamentale [orientée vers la vie bonne et réussie], est capable de relier, dans l'ordre de la praxis, la norme générale et le cas particulier, des situations schématisées et des circonstances exceptionnelles. La prudence est la raison pratique spécifique de l'action temporelle conduite à travers les *risques* et les aléas de circonstances souvent imprévisibles »³¹ C'est cette conception de la prudence, précise Froschner, qui est tombée dans l'oubli – sous l'influence de la philosophie de Kant³² ainsi que du développement de la pensée scientifique et bioéthique moderne qui y est associée. Celle-ci conçoit en effet la pratique comme une application d'actes normés, « a-situationnels, répétables et schématiques ».³³

Or, poursuit Froschner « une éthique philosophique qui ne se limite ni à la légitimation des normes, ni à la reconstruction d'actions schématisées, mais qui tâche de comprendre le problème éminemment pratique de l'application des normes à des contenus concrets, catégoriquement hétérogènes, ne peut pas renoncer à l'analyse du jugement moral qu'Aristote a introduit sous le titre de *phronesis* [prudence] ».³⁴

Dans le champ de la clinique, la sagesse pratique, telle que la caractérise Froschner, est particulièrement importante à mes yeux, dans la mesure où celle-ci permet précisément d'actualiser la visée éthique fondamentale de l'acte médical : l'action la meilleure n'est pas celle obéissant à des lois universelles et inconditionnelles sur le modèle de l'application des principes éthiques universels, mais bien celle qui tire sa légitimité de l'exploration de l'infinité des biens singuliers pour délibérer et choisir le meilleur bien possible au milieu des

³¹ M. Froschner, Prudence, in : O. Hoeffe, (éd), *Petit dictionnaire d'éthique*, Paris, Cerf, 1993, pp. 270-272, notamment p.271.

³² Si la prudence était dans sa version aristotélicienne la reine des vertus cardinales, elle est tombée dans le discrédit, nous dit Froschner, depuis que Kant l'a exclue de la sphère morale. Cette vertu relève depuis lors moins de la morale que de la psychologie. Pour Kant, la vertu de prudence n'a pas de statut moral car elle ne se situe pas dans l'ordre de l'impératif catégorique – inconditionnel, rationnel, s'imposant par lui-même comme une loi universelle. La prudence ne peut, aux yeux du philosophe de Königsberg, qu'énoncer des conseils guidant des comportements n'ayant pas pertinence morale.

³³ M. Froschner, Prudence, in : O. Hoeffe, (éd), *Petit dictionnaire d'éthique*, Paris, Cerf, 1993, p. 272.

³⁴ Ibidem.

circonstances contingentes. L'homme prudent – au sens où il est imprégné de sagesse pratique – peut être considéré comme un navigateur, celui qui parvient à garder le cap malgré la tempête, celui qui préserve le sens de son action malgré les contraintes.³⁵

À l'image du *phronimos*, le clinicien sait que la solution n'est pas prescrite, mais qu'elle est risquée, inconfortable, singulière, difficile.³⁶ Comme le précise René Simon un exégète de la pensée aristotélicienne, en clinique, le médecin doit « en quelque sorte inventer ce qu'il faut faire, ce qui s'imposera comme un devoir singulier, résultat d'un débat, parfois difficile et toujours risqué, dont les éléments n'apparaissent pas dans une clarté qu'assurerait la maîtrise rationnelle de la situation ; c'est dans l'inconfort qui résulte de l'écart existant entre le respect de la norme et le respect dû aux personnes, que la décision est à prendre ».³⁷

Comment on le sait, la notion de prudence aristotélicienne se décline en quatre moments :

- 1) la délibération (*euboulia*), qui fixe les objectifs concrets à atteindre ;
- 2) la circonspection, qui « considère les alternatives, les modes de réalisation, les conséquences possibles, et reconnaît les circonstances favorables (*kairos*) » ;
- 3) l'intelligence clairvoyante (*sunesis*) « qui, dans la communication, se forme un jugement sur ce qui est moralement juste » ;
- 4) le "coup d'œil" (*deinotes*), « qui saisit les occasions et utilise les circonstances qui accompagnent la poursuite d'un but ».

Arrêtons-nous un instant sur le moment délibératif, qui détermine, comme le précise Aristote, l'ensemble de la démarche prudentielle.³⁸ Délibérer, c'est peser avant d'agir, après avoir exploré le contexte. La délibération est le moment essentiel à partir duquel le jugement moral en situation peut être élaboré et l'action sage accomplie. Elle comporte trois moments :

- 1) l'exploration des contingences (exploration de la complexité de la situation)
- 2) l'élection du meilleur possible (l'élaboration d'un jugement éthique)

³⁵ E. Fiat, Les enjeux éthiques de la décision - 2^e partie, in: *La lettre de l'espace éthique*, 15-16-17-18, 2002, pp. 39-41 notamment p. 39.

³⁶ R. Simon, La vertu de prudence ou sagesse pratique, *Ethica* 12, 2000, pp. 45-71, notamment p. 65.

³⁷ Ibid, p. 65.

3) l'exécution d'une action en vue du bien concret (l'acte singularisé)

Mais, demandera-t-on, comment réactualiser cette conception délibérative de la *phronesis* dans l'univers bioéthique de la médecine scientifique moderne pour donner droit à la complexité qui prévaut et à une figure de la délibération éthique qui puisse faire face aux inévitables conflits qui surgissent dans une situation de soins où plusieurs intervenants sont nécessairement impliqués. Il y règne habituellement des incertitudes portant sur 1) la nature du mal-être du patient, 2) la nature ambivalente du corps, 3) la nature ambivalente des concepts de santé, de maladie et de souffrance.³⁹

D'autant plus que les sources de ces conflits sont de divers ordres 1) la diversité des visées concrètes de la vie bonne du patient et des différents intervenants de la situation de soin, de même que la multiplicité de ces visions chez le patient lors des diverses périodes de sa vie ; 2) la diversité des normes et des règles sociales et institutionnelles ; 3) la variété des éthiques au sein des multiples communautés auxquelles peuvent appartenir le patient et les soignants.

Pour pouvoir emprunter les chemins d'une éthique prudentielle, la sagesse pratique médicale moderne devrait être à même de déployer, face à ces sources de conflit, son fort potentiel délibératif dans le cadre d'une démarche herméneutique explorant les diverses sphères de l'agir humain avant de pouvoir procéder à l'élection du meilleur possible avec circonspection et clairvoyance. En médecine clinique, ces sphères de l'agir sont de trois ordres :

- 1) la sphère interpersonnelle
- 2) la sphère professionnelle
- 3) les sphères institutionnelle et sociale

Le philosophe Paul Ricoeur a précisément exploré dans ses récents travaux ces diverses sphères de l'agir dans la perspective d'une réactualisation de l'éthique aristotélicienne. Ses recherches, présentant de nombreuses analogies avec les recherches des fondateurs de l'anthropologie clinique du milieu du 20^e siècle, vont nous guider sur les chemins de la construction contemporaine d'un jugement prudentiel qui pose les jalons d'une responsabilité éthique en clinique.⁴⁰ Ces travaux apportent à mon sens une contribution majeure au développement de l'éthique médicale contemporaine.

³⁸ Aristote., *Éthique à Nicomaque*, Paris, Vrin, 1979, 1140 a, 30.

³⁹ R. Simon, La vertu de prudence ou sagesse pratique, *Ethica* 12, 2000, pp. 45-71, notamment p. 57.

⁴⁰ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit* 227, 1996, pp. 21-33, notamment p. 21-32.

Ressources éthiques de la philosophie de Paul Ricoeur

Comme on le sait, Ricoeur a développé dans le cadre d'une réactualisation de l'éthique aristotélicienne, trois étapes dans la construction du jugement prudentiel : le moment téléologique qui précise la nature de la visée éthique, notamment la restauration du pouvoir-être du malade dans le cadre d'un pacte de soin basé sur la confiance, le moment déontologique, qui contient l'ensemble des préceptes qui règlent la bonne conduite de l'intervention médicale – telle l'exigence du consentement éclairé et l'exigence d'équité dans la distribution des soins –, et enfin le moment de la sagesse pratique proprement dite qui s'achève, au terme d'une délibération à plusieurs au sein d'une « cellule de bon conseil », en l'élaboration d'une décision médicale circonstanciée et individualisée⁴¹. De manière générale, l'objectif est, pour Ricoeur, d'articuler une approche prudentielle et une approche universelle des principes et d'en faire la source nourricière qui mène à une reconfiguration de l'éthique appliquée, qu'il situe dans l'exercice d'une sagesse pratique.

Le moment de la sagesse pratique elle-même achève le processus d'élaboration du jugement prudentiel au terme d'une délibération. C'est à cette occasion que la sagesse pratique va explorer, lors d'un mouvement réflexif, les valeurs fondamentales qui sous-tendent les jugements portés aux niveaux déontologique et téléologique mis en tension. C'est ainsi que, pour Ricoeur, le jugement prudentiel est un jugement qui fait face au « tragique de l'action sur fond d'un conflit de devoir. »⁴²

Lors du processus délibératif, accompli idéalement à plusieurs dans le cadre d'une « cellule de bon conseil », la prudence va devoir, par exemple, explorer les représentations et les interprétations de certains concepts en fonction des traditions éthiques auxquels ils appartiennent. Ainsi, les notions de santé et de maladie devront notamment faire l'objet d'un examen critique approfondi de la part du médecin. Dans de nombreuses situations cliniques concrètes, il s'agira par exemple d'évaluer comment concilier les deux conceptions rivales de la santé : d'un côté, la santé conçue comme un bien-être – comme la possibilité de notre corps à effectuer un certain nombre de performances et à nous confronter à nos semblables sur un mode concurrentiel. D'un autre côté, la santé conçue comme un pouvoir-être de l'individu – comme la qualité d'une existence qui comprend, sans aucunement l'exclure, tout ce qu'une vie peut receler de drames et de souffrances.

⁴¹ Ibidem.

⁴² P. Ricoeur, *Éthique et morale*, *Revue de l'Institut Catholique de Paris* 34, 1990a, pp. 131-142, notamment p. 139.

À l'occasion de ces conflits d'interprétation, nous dit Ricoeur, « un seuil est franchi où la déontologie se greffe sur une anthropologie philosophique, laquelle ne saurait échapper au pluralisme des convictions dans les sociétés démocratiques. »⁴³

L'élaboration du jugement prudentiel repose dès lors sur la volonté et la capacité des soignants à accorder une place prépondérante au dialogue interdisciplinaire, seul moyen de parvenir, précise Ricoeur, à un « équilibre pesé et réfléchi entre conviction et argumentation ».⁴⁴ Le moment prudentiel – qualifié alors de « sollicitude critique »⁴⁵ – devrait idéalement pouvoir se dérouler au sein d'une « cellule de bon conseil » sur le « modèle d'un petit cercle rassemblant parents, médecins, psychologues, religieux au chevet d'un malade ». C'est toujours à plusieurs que devrait être pratiquée la sagesse du jugement et prononcé le jugement de sagesse, précise Ricoeur.⁴⁶ Cette « délibération à plusieurs », cherchant à faire apparaître les diverses facettes du « bien-être » du patient, devrait être conduite, pour ce dernier, selon les règles de l'éthique de la discussion, au sens habermassien du terme.⁴⁷

Telles sont donc les modalités de déploiement d'une conception réactualisée de la prudence aristotélicienne qui balisent, aux yeux de Ricoeur, les chemins de la responsabilité éthique en médecine clinique sur fond d'approche herméneutique.

Lors de son « odyssée », comme aime le dire Ricoeur, la prudence peut cependant rencontrer des obstacles. Ainsi, une première zone de fragilité de l'éthique médicale peut-elle résider au cœur même de la sphère interpersonnelle : les patients sont le plus souvent dans un environnement social et culturel qui ne favorise pas leur développement en tant qu'agents moraux responsables. Comme le relève Alasdair McIntyre,⁴⁸ : l'habitus social les place dans une situation d'ambivalence morale: « La présente condition de l'homme occidental est très préoccupante, car les forces sociales (le marché, l'industrie, les structures bureaucratiques) ont produit la notion d'individu *atomisé*, conçu d'une part comme indépendant et rationnel et d'autre part comme « anomique », en quête

⁴³ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit* 227, 1996, pp. 21-33, notamment p. 31.

⁴⁴ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990, p. 335.

⁴⁵ Ibid, p. 318.

⁴⁶ P. Ricoeur, La conscience et la loi. Enjeux philosophiques, in: *Le juste*, Paris, Esprit, 1995, pp. 209-221.

⁴⁷ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 335-336.

⁴⁸ A. McIntyre[1981], *After Virtue. A Study in Moral Theory*, 2nd Edition, Notre Dame : University of Notre Dame Press, 1984.

d'un certain paternalisme »⁴⁹ Cette ambivalence peut potentiellement compromettre la possibilité d'instaurer un climat de confiance entre le médecin et le patient et mettre en péril du même coup la réalisation d'un projet de soin.

L'autre zone de fragilité de l'éthique médicale peut résider, nous rappelle Ricoeur, dans la sphère socioculturelle au sein de laquelle s'affrontent des conflits de représentations et d'interprétations : « Quel lien faisons-nous entre la demande de santé et le souhait de vivre bien ? Comment intégrons-nous la souffrance et l'acceptation de la mortalité à l'idée que nous nous faisons du bonheur ? Comment une société intègre-t-elle dans sa conception du bien commun les strates hétérogènes déposées dans la culture présente par l'histoire sédimentée de la sollicitude ? »⁵⁰

En fin de compte, l'ultime fragilité de l'éthique médicale résulte, aux yeux de Ricoeur, de la structure consensuelle/conflictuelle des « sources » de la moralité commune. Les compromis qui se placent sous le signe des deux notions de « consensus par regroupement » et de « désaccords raisonnables » constituent, pour lui, « les seules répliques dont disposent les sociétés démocratiques confrontées à l'hétérogénéité des sources de la morale commune ».⁵¹

Face à ces fragilités, la sagesse pratique consiste, conclut Ricoeur, à trouver la juste mesure entre la demande de sollicitude et le respect de la règle, en inventant des conduites qui permettront de renvoyer à ce qui, dans la visée éthique, est le plus attentif à la singularité de la situation.⁵²

Ainsi interprété, l'exercice de la vertu de prudence enraciné dans la pensée de Ricoeur se déploie selon les trois moments suivants⁵³, qui reflètent également trois moments langagiers spécifiques :

- 1) Le moment de la *médiation sociale*, que Ricoeur qualifie de *moment téléologique*, et dont le noyau éthique est le pacte de soin basé sur la confiance qui vise à surmonter la dissymétrie initiale de la rencontre entre le malade et son médecin. Il s'agit au plan langagier du moment de *l'alliance thérapeutique* caractérisée par un *pacte* interpersonnel entre le médecin et le patient.

⁴⁹ Ibid, p. 212.

⁵⁰ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit* 227, 1996a, pp. 21-33, notamment p. 32-33.

⁵¹ Ibid, p. 33.

⁵² P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990, p. 312; et P. Ricoeur, Ethique et morale, *Revue de l'Institut Catholique de Paris* 34, 1990, pp. 131-142, notamment p. 131.

⁵³ L. Benaroyo, *Ethique et responsabilité en médecine*. Genève, Médecine et Hygiène, 2006, pp. 90-96.

- 2) Le moment de la mise en œuvre des moyens techniques appropriés à la catégorie nosologique à laquelle appartient le patient, que Ricoeur qualifie de moment déontologique. Il s'agit ici du moment *langagier* accompagnant habituellement *l'agir technique*.
- 3) Le moment de la *restauration personnalisée* de l'autonomie du patient, que Ricoeur qualifie de moment prudentiel, où l'affection de son pouvoir-être est rétablie selon des modalités éthiques mises au point en commun dans le cadre d'une « cellule de bon conseil » permettant de déterminer quelle est la meilleure attitude à adopter suite à une délibération menée par les divers acteurs engagés dans le soin du patient. Il s'agit du moment langagier faisant appel à la *concertation*, la *réflexion*, le dialogue *interdisciplinaire* structurant une *délibération* éthique à l'issue de laquelle la perspective d'action la plus pertinente *hic et nunc* sera adoptée et assumée par l'équipe soignante dans son ensemble.

Le registre de la responsabilité éthique

Venant compléter cet apport majeur de Ricoeur dans le champ de l'application, les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas nous paraissent pouvoir apporter un précieux soutien à ce point de notre réflexion. La conception lévinassienne de la responsabilité nous apparaît en effet être une source vive qui permet de jeter les bases de l'instauration d'un climat de confiance au cœur de la relation de soin. Prenant son ancrage au lieu même d'émergence de la souffrance, la vulnérabilité du patient investit le médecin d'une responsabilité inaliénable dont il n'a pas l'initiative. C'est le visage et la parole de cet autrui qui lui font prendre conscience que la première règle éthique « tu ne tueras pas » signifie aussi « tu feras tout pour que l'autre vive ». A l'aune de cette pensée humaine riche et féconde, il apparaît d'emblée que face à un homme atteint dans sa santé, le médecin a pour devoir de se mettre en quête sans tarder des ressources nécessaires pour répondre à sa souffrance en s'appuyant sur un fonds commun d'humanité – source de confiance et de dialogue qui innerve et donne sens au pacte de soin au sens où Ricoeur l'entend⁵⁴.

Ainsi interprété, l'exercice de la vertu de prudence au sens où Ricoeur l'entend, fécondé par son enracinement dans la pensée de Lévinas, nous semble

⁵⁴ L. Benaroyo, Soins, confiance et disponibilité : les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas, *Ethique et Santé* 1, 2004, pp. 60-63.

poser les jalons d'une éthique de responsabilité qui fait écho aux caractéristiques éthiques propres à la pratique clinique. Cette éthique nous paraît pouvoir se déployer au delà de l'approche de Ricoeur par l'intégration d'un premier moment, que je qualifierais de moment de *l'éveil éthique à la souffrance* où s'impose, comme le relève Emmanuel Lévinas, la « catégorie anthropologique du médical, primordiale, irréductible, éthique », à l'aune de laquelle le patient est perçu, dirons-nous avec Jacques Derrida, comme une présence (et non une catégorie, une représentation ou un personnage).

Ce qui permet de figurer les jalons de la sagesse pratique, caractéristique d'une éthique de responsabilité, selon les quatre moments suivants :

- 1) Moment de *l'éveil éthique à la souffrance*
- 2) Le moment *téléologique* caractérisé par le pacte de soin basé sur la confiance
- 3) Le moment *déontologique* de l'agir technique.
- 4) Le moment *prudentiel* proprement dit, de la *restauration personnalisée* de l'autonomie du patient

CONCLUSION

La configuration éthique de l'action médicale innervée par la démarche herméneutique que nous proposons nous paraît poser les jalons d'une éthique de responsabilité médicale. Cette forme de responsabilité me semble être source de progrès dans la mesure où elle constitue un mode d'intervention sociale qui pose les jalons d'une éthique intégrant les préceptes de la bioéthique tout en renforçant les liens unissant éthique et médecine. Dans la mesure où elle est innervée par une éthique de l'attention et de la réponse à la demande d'aide du malade tenant compte du contexte de soin, cette posture herméneutique constitue une attitude de veille indispensable qui engage la responsabilité éthique du professionnel de la santé au cœur même de son activité de soin.