

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine

Laboratoire d'Éthique Médicale

et Médecine Légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 2 «ÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOÉTHIQUE»

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013-2014

« Philosophie et médecins :
devenir éthique 'soi-même', à travers la lecture de Paul Ricœur »

Présenté et soutenu par Julien VIDIL.

Directeur du mémoire : Professeur Christian HERVÉ.

Avertissement.

Nous avons pris un grand plaisir à faire le travail qui suit. La question qui nous a été soumise en début d'année n'est pas anodine. La multidisciplinarité, voire, la transdisciplinarité est un fait. Elle est un fait, doublement intéressant à étudier, pour un philosophe : d'une part, elle incarne l'évolution 'intellectuelle' de l'enseignement des disciplines – et il est évident qu'un certain nombre de disciplines 'nouvelles', qui sont rendues nécessaires par les pratiques, ne trouvent pas de place dans nos découpages académiques parfois 'ancestraux' – ; d'autre part, il s'agit, a contrario, et par-delà les découpages disciplinaires, de la conservation d'un savoir, lui aussi, 'ancestral'. Entre rupture et tradition, tel semble se situer le travail de l'éthique, notamment médicale.

De quoi avertir alors ? Cette approche que nous avons, fortement induite par notre directeur de recherche (mais à laquelle nous souscrivons de longue date) est celle de la multidisciplinarité. Cependant, elle ne fait pas sens pour tout le monde. Dès lors, nous semblait-il intéressant de nous y attacher, car au final, c'est sur cela que porte notre travail.

Il y a donc un conflit d'intérêt dans notre travail. Nous avons pu tisser des liens d'amitié avec 'nos petits camarades' de cette année. Cela ne veut pas dire que notre travail soit entaché du plus grand des subjectivismes. En effet, il serait intéressant que la même 'observation' soit menée par un 'observateur', tout autant qualifié en éthique médicale et en philosophie – un post doctorant, par exemple – et de comparer ses conclusions aux nôtres.

Notre parti pris a été le suivant : nous intégrons le champ de l'éthique médicale par 'vocation', qu'en est-il de l'autre clan ? Et, dans cette 'lutte' qu'est le M2 d'éthique, que pouvons-nous construire ensemble ? Car notre problématique est double : que peut apporter le philosophe à l'éthique médicale ? Que peuvent 'prendre' les médecins à la philosophie ?

Nous assumons donc cette ambiguïté du fait qu'il y a un intérêt à ce que nous suivions une petite cohorte au même rang – c'est-à-dire en assistant aux mêmes cours, assis sur les mêmes chaises. Dès lors, apparaît le conflit d'intérêt : nous ne jugeons pas, mais en tant que philosophe, nous 'évaluons' – c'est-à-dire que nous exhibons des valeurs. Or, nous soutenons tous en même temps. Il y a donc un problème éthique au sein-même de notre travail éthique : comment évaluer ce que nos 'amis' mettent en évidence et l'écrire, sans pour autant risquer de biaiser le regard que les correcteurs peuvent y porter ? Et pour cela, il n'est aucun comité autre que la responsabilité et l'autonomie pour y apporter réponse.

Ainsi, nous avons demandé aux personnes interrogées ce qu'elles nous autorisaient à 'publier'. Dès lors aussi, nous avons, en fonction des réponses – mais sans sacrifice pour la scientificité du travail – au maximum 'anonymisé' leurs déclarations. Car bien que n'étant pas en position de juger, nous sommes dans celle, comme tout un chacun, d'influencer. Et s'il est vrai que nous travaillons pour faire 'bouger les choses', il est hors de question – et il s'agit là d'une éthique de 'petit chercheur' – de causer volontairement du tort à autrui.

Table des matières

Avertissement.....	1
Introduction.....	4
Problématique	4
Plan et méthodologie	6
1. Evaluation des besoins ‘philosophiques’ des étudiants en éthique médicale et construction d’une problématique.....	8
1.1. Construction d’une problématique sur l’impact de la philosophie pour la pratique médicale, aspects méthodologiques.....	10
1.1.1. Comment définir la philosophie dans le cadre d’un M2 d’éthique médicale ?.....	11
1.1.2. Première phase d’observation et premières analyses : construction d’une double problématique	13
1.1.3. Modification de la problématique initiale.....	14
1.1.4. « Pourquoi faire de l’éthique médicale ? ».....	15
1.2. Perception d’une légitimité d’un enseignement philosophique	16
1.2.1. Représentation de la légitimité de la philosophie	16
1.2.2. Quelle est leur conception de la philosophie ?	18
1.2.3. La question des légitimités.....	19
1.3. Comment s’établit une corrélation entre amélioration des pratiques quotidiennes, éthique médicale et philosophie ?.....	20
1.3.1. Remarques préliminaires sur la philosophie	21
1.3.2. Les questions soulevées à la suite des entretiens.....	22
1.3.3. Première mise en perspective de certaines déclarations avec la perspective de l’existence d’une démarche proprement éthique.....	24
1.3.4. Les problèmes visibles.....	25
1.3.5. Nouvelle orientation de notre travail et nouvelle orientation de notre pratique.....	26
2. Phase d’analyse philosophique : la question du positionnement face au mal et son impact dans l’entrée dans la ‘démarche éthique’	28
2.1. De la question du mal et de la souffrance à une approche éthique : quelle corrélation ?	29
2.1.1. Constitution historique de la notion de mal.....	29
2.1.2. L’analyse de Paul Ricœur à travers ‘Le mal, un défi à la philosophie et à la théologie’ ..	31

2.1.3. La question de la douleur ou le mal mesuré	32
2.1.4. Analyse des contenus et interprétation philosophique avant le séminaire sur la mort .	33
2.2. La question du mal dans leurs pratiques.....	36
2.2.1. La notion d'exposition au mal.....	36
2.2.2. Du problème de la souffrance à la question du mal	40
2.2.3. Philosophie, psychologie, déontologie, droit et éthique : les nouveaux paradigmes du mal.....	42
2.3. Se positionner face au mal : mise en place d'une problématique.....	44
2.3.1. Dire le mal et l'intégrer : la problématique de l'approche personnelle	45
2.3.2. La position ambiguë du philosophe face au Mal : le Mal-valeur et le Mal-symptôme....	47
2.3.3. La question des légitimités.....	47
2.3.3. Structure de leur positionnement face au mal.....	50
2.3.4. Nouvelle formulation de la problématique	51
3. La notion d'estime de soi – éléments pour une discussion sur le rôle et la place de la philosophie dans l'amélioration des pratiques.....	53
3.1. Se dire soi-même : une construction à travers la problématisation ?.....	55
3.1.1. Se dire soi-même : l'exemple de la philosophie.....	55
3.1.2. Le parallélisme avec la rédaction d'un M2	58
3.2. Le concept 'd'estime de soi' comme clef de voûte de la démarche éthique.	60
3.2.1. Présentation du concept	60
3.2.2. Analyse des besoins de 'dernière minute'	62
3.3. L'intériorisation d'une 'révolution copernicienne' ?.....	64
Conclusion.	68
Bibliographie.....	72

Introduction.

« Quel peut être l'intérêt éventuel de la philosophie pour une amélioration des pratiques cliniques quotidiennes ? » Sous cette question aux airs de défi, se cachent deux apories. L'évidence, premièrement, d'une philosophie pluriséculaire dont la longévité est la preuve d'un intérêt particulier – et dès lors, si elle ne peut aider concrètement, du moins, ne nuit-elle pas. L'évidence, aussi et deuxièmement, d'une discipline spéculative se situant hors du quotidien et sans impact sur lui. Partant, elle ne serait que de peu d'intérêt pour le médecin.

Ainsi, faut-il rationaliser la question. Si nous définissons immédiatement la philosophie comme une entreprise de 'création de sens', alors une orientation se fait jour. Elle peut aider le médecin à s'interroger sur le sens du soin – intérêt local. Cependant, n'est-il pas plus intéressant de se questionner sur l'intérêt que l'on peut porter à la question-même du sens du soin ? Pourquoi la médecine, et notamment à travers cette nouvelle discipline qu'est l'éthique médicale, aurait-elle à se positionner de manière réflexive relativement à ses pratiques ?

Mener cette investigation demande, en amont, de restituer les disciplines dans leur légitimité respectives. Légitimité des disciplines, mais aussi légitimité des personnes. Ainsi, le contexte du laboratoire d'éthique médicale, par les personnes qu'il permet de rencontrer, est un cadre intéressant. Il s'agit, d'abord, de construire un cadre où cette question est susceptible de faire sens.

Problématique – Signalons immédiatement un point essentiel : nous ne pouvons poser de problématique autre que la problématique générale que nous avons exposée ci-dessus, si nous voulons offrir un travail honnête. Dans quel cadre penser notre interrogation ? Si, par la nature des questions que nous allons rencontrer (notamment, tenter de définir ce qu'est un mémoire de recherche en M2 d'éthique médicale), nous pouvons l'inscrire dans l'axe 1 du laboratoire d'éthique médicale et médecine légale de l'université Paris V (appelé laboratoire

d'éthique, par la suite), nous ne pouvons, cependant, ni théoriquement, ni expérimentalement, l'attacher à un corpus de textes préexistant. Ainsi, il y a une problématique dans la problématique : comment, pour un philosophe, problématiser le rôle qu'il peut jouer dans le cadre d'un M2 d'éthique, et comment peut-il inscrire son 'action' pour éventuellement justifier une amélioration des pratiques cliniques quotidiennes ?

Plutôt que d'abuser d'hypothèses et de conjectures dont la valeur porterait atteinte à l'aspect scientifique que nous souhaitons pour ce travail, nous avons opté pour un autre schéma. Nous avons construit une réflexion duale, en interaction avec les autres étudiants du laboratoire d'éthique. Comment les suivre ? Que souhaitent-ils que nous leur apportions ? Et, question plus intéressante, quel sens donner à cela ? En ce sens, nous pourrions dire que nous prenons presque, pour ce travail, l'initiative d'une enquête philosophique.

Cependant, comme ce n'est ici le lieu d'un discours centré sur la philosophie, nous avons essayé de rester au plus près des questions qui ont émergé au cours de l'année. Dit autrement, le fait-même que ces questions aient été soulevées, met en avant que ces étudiants (en majorité médecins) ont, d'eux-mêmes, estimé que la philosophie pouvait leur apporter quelque chose de positif. Ainsi, ne prenant pas le fait que celle-ci est un facteur d'amélioration comme hypothèse, mais bien plus en la prenant comme point de départ, nous évitons le piège de la pure spéculation, au profit de l'investigation.

Ainsi, pour rester dans les formats académiques, ce travail se construit autour de la construction d'une problématique. Celle-ci étant suffisamment particulière pour admettre une réponse brève – car la réponse n'est que la lecture en sens inverse des développements ayant été menés.

Mettre en évidence que la spécialisation d'une problématique en une problématique plus précise nous a permis de répondre, en illustrant par un modèle, à la problématique plus générale, qui ne saurait, à notre avis, trouver de réponse 'estimable' en dehors de ce contexte.

Dans quelle mesure la philosophie peut aider un étudiant de M2 d'éthique à formuler une problématique claire, explicite et permettant de rendre compte de ses inquiétudes, et comment elle permet, là où le savoir positif caractéristique de la médecine n'est pas possible, de poser des bases nouvelles pour une tentative de réponse et de positionnement à la question du mal ?

De manière duale, pour le philosophe, comment penser cette démarche propre du professionnel de santé, en tant qu'il est aussi une personne et, temporairement, un étudiant en éthique ; quel sens lui donner et quel peut en être le paradigme ?

Plan et méthodologie – Notre travail comporte ainsi trois volets. Premièrement, il s'agit d'une étude de terrain, en ce sens que nous avons pu suivre, pendant une année universitaire, des étudiants de M2 recherche au sein du laboratoire d'éthique. Nous détaillons les modalités de cette interaction dans la partie 1. Notons bien qu'il ne s'agit pas d'une étude anthropologique ou sociologique, en ce sens qu'il n'y a pas d'étude de la structure-même au sein du laboratoire qui a pu émerger au cours de l'année. Bien plus, il s'agit là d'une sorte de naturalisme que nous avons poussé, parfois, jusqu'au stade de l'entretien.

Deuxièmement, il s'est agi d'interagir en proposant – ce qui constituait notre propre démarche éthique, à savoir, ce que nous pouvions amener en tant que philosophe – des cours, des éclaircissements philosophiques, voire, une aide à la rédaction de la problématique.

Troisièmement, il s'agit aussi d'une mise en perspective philosophique qui n'est, peut-être, pas aisée – mais pour laquelle nous demandons la clémence et la confiance du lecteur qui en trouvera la justification à la suite de la lecture de Paul Ricoeur. Notre travail se résume en ces trois points.

Dit autrement, comment intériorise-t-on cette révolution copernicienne de la médecine contemporaine ? Comment, en se centrant sur lui-même – dans une démarche qui relève, nous l'expliciterons, d' « une estime de soi », au sens de la philosophie ricoeurienne – le médecin peut 'enfin' s'ouvrir à l'autre ?

Pour construire notre travail, nous nous sommes intéressés à trois types de sources. Premièrement, l'apport de la philosophie – puisque l'une des dimensions de notre travail est de demander ce que le philosophe peut faire, avec ce qu'il a à disposition, pour aider le médecin. Deuxièmement, les rapports, les communications (essentiellement les rencontres d'Hippocrate) mettant en évidence les nouveaux paradigmes d'exercice de la médecine, et dès lors, le nouveau contexte éthique dans lequel ceux-ci s'incluent. Troisièmement, des études 'plus expertes' sur des points très précis tels que la souffrance du soignant, ses représentations de son activité,...

Par ailleurs, il a été nécessaire, aussi, de trouver un 'modèle' auquel soumettre notre travail. Pour des raisons qui se feront jour (en partie 3), nous avons choisi Paul Ricoeur. Pour ne pas surcharger notre texte en citations, nous nous sommes consacrés sur trois œuvres ((1), (2), (3)).

1. Evaluation des besoins 'philosophiques' des étudiants en éthique médicale et construction d'une problématique.

Nous constatons, dans la médecine contemporaine, l'émergence d'une exigence éthique, et ce à tous les échelons, que ce soit localement au niveau des soins 'courants' (4), mais aussi en vue d'une harmonisation à l'échelle européenne (5). Autrement dit, au-delà des déclarations de bonnes intentions – ce que nous pourrions appeler les premiers temps de l'éthique médicale – fait suite un mouvement plus profond qui transcende la simple envie de 'bien faire'. Il s'agit donc de notre constat initial : *il y a de l'éthique*. Malgré tout, l'éthique est-elle 'un savoir, une démarche, une pratique' ? Est-elle 'une' (c'est-à-dire formée de plusieurs composantes convergeant vers un but unique) ou se diversifie-t-elle dans une multitude d'objectifs ?

D'une part, il y a une différence majeure entre une évolution naturelle de la médecine qui, arrivant à bout de la technique, se pose des questions sur la nature et le bien du soin, source de débats animés (puisqu'il est possible de 'maltraiter de manière ordinaire' (4) ou de s'acharner et de s'obstiner (6)) – ce que nous pourrions appeler la détermination collective ou politique de l'éthique (5).

D'autre part, une volonté personnelle, du soignant se sentant, pour des raisons diverses et variées, dépositaire d'une mission dépassant la simple technicité du soin. Il s'agit de dresser un constat : l'évidence de l'éthique n'est pas l'évidence de la démarche éthique.

Antérieurement réservée à quelques élus au sein de comités, la 'pratique' de l'éthique se 'démocratise', tant et si bien qu'un certain nombre de laboratoires d'éthique ont été créés. Elle n'est donc plus une exigence ad hoc de la pratique médicale, exogène et qui s'impose aux cliniciens, mais bel et bien un 'instrument' que tout praticien peut posséder et mettre en pratique, pour ainsi dire 'immédiatement'.

Cependant, l'enseignement de l'éthique médicale (qui n'est pas la problématique de l'apprentissage de l'éthique médicale que nous distinguerons en partie 3) ne fait l'objet que de peu de recherches. Nous pouvons avoir recours à (35) pour aborder ce point. Notons, cependant, cette phrase de Simonne Plourde : « le concept de personne est un concept philosophique, et non scientifique, dont la voix s'entend au long de l'histoire. » (CEM, p. 13) En admettant donc que l'éthique implique souvent cette étude de la personne – étude qu'il faut caractériser dans son contexte, ce que nous allons faire – la référence à la philosophie devient évidente.

Cette interférence entre la philosophie et l'éthique nous amène immédiatement à deux remarques. Premièrement, il y a un biais de sélection : nous n'observons que des étudiants en M2 d'éthique, dans un laboratoire particulier. Notre démarche n'est donc pas quantitative, mais seulement qualitative. Deuxièmement, notre travail s'oriente sur la question de l'éthique du point de vue individuel. Bien que nous observions, dans cette partie, un groupe, il faut bien comprendre que nous cherchons des conceptions individuelles. Ainsi, nous allons mettre en évidence (partie 3) qu'un apprentissage individuel – il serait plus convenable de parler de cheminement individuel – n'est pas éthiquement neutre. Il se construit à travers une 'identification à' dont l'un des enjeux de ce travail est la mise en évidence.

Méthodologie nous avons, dans un premier temps, interrogé 17 participants au Master 2 d'éthique du laboratoire (sur un total de 24 inscrits, soit 23 après nous être enlevé, donc 74%). Nous leur avons posé deux questions : « *pourquoi faire de l'éthique médicale ?* » « *Qu'est-ce que la philosophie ?* »

Parallèlement, nous avons enregistré les questions qu'ils nous ont soumises, sur la première moitié de l'année. Soit qu'elles nous aient été soumises spontanément ; soit lors

de l'aide que nous avons tenté de leurs apporter sur le plan méthodologique (suite à une demande du Pr. Christian Hervé).

Au cours de cette aide, nous avons commencé à mener certains entretiens avec les étudiants. En fonction des résultats que nous avons obtenus, nous nous sommes alors focalisé sur un groupe plus spécifique pour illustrer les parties ultérieures.

Objectifs 1) Différencier la philosophie morale et politique, telle qu'elle peut être abordée dans les départements de philosophie et une discipline pouvant recevoir, en propre, le nom d'éthique médicale (pour des étudiants en M2 d'éthique). 2) Mettre en avant, selon l'axe de distinction descriptif/dynamique (philosophie) et collectif/individuel (éthique médicale) les représentations de l'entrée dans une démarche particulière – que nous caractériserons dans les autres parties et pour laquelle nous déterminerons le rôle que la philosophie peut y jouer.

1.1. Construction d'une problématique sur l'impact de la philosophie pour la pratique médicale, aspects méthodologiques.

En défendant la position qu'il y a une *pratique éthique* qui tend à se développer en même temps qu'est entreprise une clarification de la notion d'éthique médicale (nous comprendrons mieux ce phénomène dans la partie 3), se pose la question de l'acquisition de cette pratique. Autant, la partie technique de la médecine est d'un apprentissage non nécessairement simple, mais, pour le moins, lisible (7), (8), (9); autant l'apprentissage de l'éthique ne l'est pas – et peut même faire l'objet d'une problématique : « qu'est-ce qu'apprendre l'éthique ? ».

Dans la perspective de notre travail, étant entendu que l'éthique est un sujet abordé par la philosophie depuis ses débuts (10), se pose naturellement la question de l'impact que peut avoir

cette discipline sur l'éthique, notamment médicale. Or, cette dernière repose, essentiellement, sur la nature-même de la démarche entreprise par ces professionnels de santé. L'objet de cette partie est donc de caractériser cette démarche et d'y situer, pour eux, et à travers leurs représentations, la place de la philosophie.

Nous allons brièvement exposer ce que nous entendons par philosophie. Ensuite, nous présenterons nos premières observations afin d'en déduire la manière dont les étudiants en M2 du laboratoire d'éthique se représentent celle-ci.

1.1.1. Comment définir la philosophie dans le cadre d'un M2 d'éthique médicale ? – En l'absence de toute référence aux attentes des professionnels de santé, nous pouvons proposer les trois pistes suivantes.

Premièrement, un ensemble de notions théoriques fondées par un important corpus textuel historiquement constitué et source d'une doctrine pour un certain nombre de domaines s'étant émancipés : les sciences, les sciences humaines, le droit... Il s'agit là, bien évidemment, d'une approche historisante qui consiste à remarquer le fait suivant : quelques penseurs, vers les VI^{ème} et VII^{ème} siècles avant J. C., en Grèce, ont 'rompu la tradition mythologique' pour s'engager dans une interrogation sur la nature.

Dès lors, au fur et à mesure de leurs avancées (tant des leurs que de leurs successeurs) ont émergé différentes sciences, sans, pour autant, être totalement indépendantes. Ainsi, la philosophie serait ce fond commun à toutes les disciplines ayant évolué depuis (11), (12), (13). Cependant, il convient de faire l'hypothèse suivante : d'une certaine manière, la médecine est en crise et elle se retourne vers la philosophie, dans la mesure où elle est à la recherche de nouveaux paradigmes. Cette position est facilement déductible de la lecture de Thomas Kuhn (14) et se trouve intégrée à la pensée contemporaine de l'éthique médicale (15) : « pour le

médecin, cette crise [celle de l'Homme, de sa place dans le monde et parmi les autres] est déjà patente dans la vulnérabilité assumée par les patients. » (p. 69)

Deuxièmement, la médecine est une science (16) et il existe deux disciplines traditionnellement attachées à la philosophie : la *philosophie des sciences* et l'*épistémologie*, permettant une étude critique des sciences (17), (18). Dès lors, il s'ensuit que ces disciplines sont légitimes pour étudier la médecine et interroger ainsi, ses méthodologies, ses valeurs.

Ces deux approches ont l'avantage d'être déjà identifiées et *déjà* mises en pratique. Cependant, elles souffrent d'un inconvénient majeur : qu'apportent-elles au soignant, dans sa pratique quotidienne ? Question à laquelle nous pouvons rajouter la suivante (cf. partie 2) : face à la souffrance, celle de son patient et la sienne, que peuvent-elles ? Autrement dit, est recevable l'argument suivant : *en ce sens, la philosophie est une discipline coupée de la réalité, purement spéculative*. Il s'agit aussi de constater que, pensée ainsi, elle est statique, voire représentée par certains classiques : les pensées, manuels – des codes de bonne conduite (19), (20), (21).

Nous pouvons alors, troisièmement, opposer une conception dynamique de la philosophie au prix d'un certain 'détournement' de celle-ci. Il existe, en effet, une pensée de la philosophie en tant qu'elle est une conversion. Cette distinction qui nécessite, non plus la philosophie dans 'l'architecture des sciences' (22,23), mais dans ce qu'elle peut apporter à l'individu. Autrement dit, pour avancer une thèse un peu exagérée, dans l'immédiat : comment la philosophie peut permettre au professionnel de santé – le singulier est important – de réaliser sa propre révolution copernicienne ? Comment, même, comprendre cette notion – la philosophie comme 'conversion' (24) ?

1.1.2. Première phase d'observation et premières analyses : construction d'une double problématique – Un certain nombre d'étudiants se sont spontanément présentés (sachant les origines de chacun). Nous avons donc regroupé, d'octobre à février, un certain nombre de demandes qui nous ont été adressées. S'en est alors suivi, une seconde phase, sur la période janvier/février, où nous avons pu échanger plus personnellement, individuellement ou en groupe, avec certain étudiants désireux d'obtenir quelques compléments philosophiques. Il est nécessaire, par ailleurs, de constater que la publication des résultats du premier semestre a accentué un certain nombre d'attitudes. Nous constatons les points suivants :

- **Il y a une différence qualitative marquée entre trois groupes** : les professionnels de santé ayant affaire à des patients, soit 50% de l'effectif (groupe 1) (nous affinerons les modalités de cette confrontation dans la partie 2) ; les acteurs de la recherche biomédicale entendue en son sens large (groupe 2) et enfin, les personnes d'horizons autres (hors recherche biomédicale et médecine) (groupe 3).

- Notamment, les demandes les plus fréquentes sont les suivantes, pour le groupe 1 : « Quels sont les philosophes utiles pour l'éthique médicale ? » « Quels sont les courants philosophiques majeurs ? » « Où trouver les ressources nécessaires pour maîtriser les notions essentielles de la philosophie ? » Nous constatons donc que ce groupe a une approche très 'technique' de la philosophie et l'intègre immédiatement dans un schéma plus général de réflexion relativement à leurs pratiques (ce qu'ils annoncent être le programme de leur mémoire de M2). Par ailleurs, ils concèdent volontiers que les « connaissances philosophiques » sont un « manque » dans leur formation.

- Les personnes des groupes 2 et 3, quant à elles, se questionnent plus sur une philosophie généraliste comme complément de culture générale : elles parlent de philosophie, mais n'ont pas de questions précises et méthodologiques concernant cette discipline. Elles la

perçoivent comme un enrichissement pour leurs études, mais ne l'intègrent pas immédiatement dans le schéma de leur réflexion. Par ailleurs, si certains estiment ne pas « en connaître assez », ils ne perçoivent pas cela comme un « manque ».

Nous pouvons donc nous poser les questions suivantes : pourquoi la philosophie apparaît comme quelque chose d'essentiel aux étudiants issus du monde médical ? Quelles représentations ont-ils de cette discipline ? Quelle légitimité lui accordent-ils ?

1.1.3. Modification de la problématique initiale – L'idée initiale étant une étude du rôle que peut tenir la philosophie dans l'amélioration des pratiques cliniques, nous avons été amenés à privilégier l'étude du premier groupe. Cependant, nous avons pu, ainsi, différencier et caractériser, au sein de l'effectif du laboratoire, une position relativement à cette discipline différente chez les professionnels de santé par rapport aux non professionnels de santé. Celle-ci apparaît comme un savoir légitime et qu'il convient de maîtriser pour une approche optimale de l'éthique médicale. La notion de légitimité sera très importante par la suite et nous lui donnerons sens dans la partie 3.

Cependant, il y a une mutation de notre problématique. Un intérêt certain, mais aux contours flous, de la philosophie dans le champ de l'éthique médicale n'est nullement la preuve d'une part, d'une légitimité d'un enseignement de cette discipline au sein du laboratoire (elle peut être pensée comme un présupposé ou comme une activité annexe) ; d'autre part, le lien n'est pas alors évident avec une amélioration des pratiques. *Quelle est alors, pour un professionnel de santé qui, au minimum, s'interroge sur ses pratiques (ce qui, de l'extérieur, est l'objet de l'éthique), la place et la légitimité d'un enseignement philosophique ?*

De manière duale, pour un philosophe avec ses biais et ses particularités, la question se pose aussi. *Quelle peut être la réponse à apporter à des professionnels de santé désireux de se former en philosophie, mais qui la perçoivent à travers des représentations particulières ?*

1.1.4. « Pourquoi faire de l'éthique médicale ? » – Sur le plan formel, tous les étudiants s'accordent à dire que le M2 d'éthique médicale « apporte un plus » caractérisé, du point de vue externe, par « une légitimité et une visibilité liées au diplôme ». Cependant, un certain nombre d'étudiants ont opté pour cette spécialité seulement aux fins de l'obtention du diplôme (sans a priori sur la nature des enseignements, mais au regard de la qualité de la formation), n'ayant pas obtenu d'autres Masters auxquels ils avaient candidaté (environ 25% de l'effectif,) ou pour découvrir la discipline.

Ce résultat doit être accompagné de la remarque suivante : parmi le public de médecins, un certain nombre connaissant l'existence du M2 d'éthique médicale (83%), le reste l'ayant découvert « par hasard » (17%). Cependant, la totalité considère qu'il s'agit du lieu « adapté » pour répondre à une question issue de leurs pratiques, alors que le reste des étudiants y trouvent l'occasion de « mener une recherche » non nécessairement liée à leurs pratiques.

Nous pouvons faire un autre constat : les étudiants issus du monde médical ont 'importé' leur thématique, tandis que les étudiants issus des autres domaines ont, plus volontiers, choisi un sujet en relation avec une problématique du laboratoire, mais qui n'est pas le sujet qu'ils déclaraient vouloir traiter en début d'année.

Parmi les étudiants médecins, tous signalent (sans forcément que la question leur soit posée) que, premièrement, l'ajout de cet enseignement induit des complications pour leur organisation professionnelle ; deuxièmement, si globalement leur entourage professionnel admet, voire encourage un intérêt pour l'éthique, seulement un étudiant a déclaré être encouragé par son chef de service, les autres reconnaissant l'utilité de l'éthique, mais trouvant superflu l'apprentissage de celle-ci au sein d'un Master 2.

Nous étudierons plus spécifiquement, par la suite, la catégorie 'médecins'. Cependant, une question se pose en première analyse : si leur environnement professionnel admet globalement l'utilité de l'éthique, mais non celle de son enseignement, dans quelle mesure peuvent-ils se représenter que l'obtention du diplôme leurs confèrera une « visibilité » et une « légitimité » ? (Nous donnerons un sens à cette question dans la partie 3.)

1.2. Perception d'une légitimité d'un enseignement philosophique

Avant d'aller plus loin, il nous est apparu comme évident qu'il fallait interroger les personnes sur la légitimité et la place de la philosophie dans le contexte du laboratoire ; mais aussi sur notre propre légitimité. En effet, la philosophie étant une discipline très 'particulière', elle est très fortement impactée par la personne en charge de la transmettre. Dès lors, il faut différencier un intérêt pour la philosophie, d'un intérêt pour la personne qui transmet celle-ci.

1.2.1. Représentation de la légitimité de la philosophie – La première phase des entretiens a permis de mettre en évidence trois attitudes au regard de la philosophie, que nous rassemblons dans un tableau (ci-après). Nous faisons remarquer que les étudiants 'médecins' nous ont

parfois devancé par rapport à la question suivante : « La philosophie est-elle légitime au sein d'un enseignement d'éthique médicale ? »

En effet, trois étudiants se sont spontanément présentés à nous pour aborder la question. Nous disant que : « La philosophie est plus que légitime » pour aborder la notion éthique, pour deux d'entre eux, la considérant comme une « prise de distance nécessaire » par rapport à leur « expérience quotidienne », mais qu'eux ne se sentent pas « légitimes » dans le domaine. Pour un étudiant, cependant, la philosophie n'a « aucun sens au regard de l'expérience », mettant en avant que si nous devons faire une communication en ce sens, « il faut un médecin à côté pour équilibrer » la communication sur le plan scientifique. Globalement, nous avons les approches suivantes :

PHILOSOPHIE INUTILE AU REGARD DE L'EXPERIENCE.	PHILOSOPHIE 'PLUS QUE' LEGITIME AU REGARD DE L'EXPERIENCE.	PHILOSOPHIE ET MEDECINE SE CONÇOIVENT DANS UNE CONTINUTE.
<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins ont des solutions mais, n'osent pas s'en rendre compte. • Le rôle de l'E.M. est que des médecins y ayant réfléchi transmettent aux autres médecins 'une confiance', car ils savent ce qui est bon. 	<ul style="list-style-type: none"> • la technique voire, « l'hypertechnique », nous empêche de 'penser par nous-mêmes alors que des gens 'libérés' de la technique ont pris le temps de penser. • La philosophie est une ressource utile, voire nécessaire pour explorer les questions éthiques. • Etre formé en philosophie est utile et nous fait défaut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine et philosophie participent de manière locale à une approche globale de l'Homme. • Nous avons choisi la médecine, mais nous continuons, parallèlement, à nous intéresser à la philosophie.
<p>L'E.M. est consubstantielle du « diplôme » à travers la pratique</p> <p>➔ tout enseignement philosophique doit être contrebalancé par un enseignement scientifique.</p>	<p>L'E.M. n'est pas naturelle, elle nécessite un enseignement.</p> <p>➔L'enseignement philosophique est légitime dans ce contexte.</p>	<p>L'E.M. est naturelle, elle nécessite un enseignement complémentaire de l'enseignement médical.</p> <p>➔L'enseignement philosophique est légitime dans ce contexte.</p>
1 personne sur 12	9 personnes sur 12	2 personnes sur 12
PATERNALISME	AUTONOMIE	AUTONOMIE

*Remarque : mais se divisant en deux groupes : 9 sur ces 12, soit 53% de l'effectif total, voit la philosophie comme un savoir qui 's'apprend', contre 29,4% comme l'acquisition d'une démarche.

1.2.2. **Quelle est leur conception de la philosophie ?** – Très clairement, les étudiants mettent en évidence trois catégories de disciplines. Premièrement, la médecine, en ce qui concerne la recherche, considérée comme 'evidence-based' (c'est-à-dire avec une méthodologie statistique permettant la validation ou la réfutation d'hypothèses) qu'ils étendent volontiers aux autres sciences humaines. La différence essentielle qu'ils font entre médecine et sciences humaines, du point de vue épistémologique, étant l'objet de recherches – les recherches en sciences humaines pouvant porter sur autre chose que l'amélioration de la santé. En d'autres termes, ils ne considèrent pas, non plus, la médecine comme une science dure. **Il s'agit donc de sciences qui établissent, si leur méthodologie est rigoureuse, des faits scientifiques.**

Deuxièmement, les disciplines réglementaires – qui regroupent essentiellement le droit. Celles-ci leur apparaissent comme « indispensables à leurs pratiques ». Pour certains d'entre eux, elles sont un objet d'étude dans la mesure où elles restent bien souvent floues (environ deux tiers de l'effectif) ; pour d'autres, il s'agit de la base à partir de laquelle doit être pensée l'éthique (un tiers de l'effectif). **Il s'agit donc de disciplines qui établissent des normes.**

Troisièmement, les disciplines spéculatives : c'est-à-dire celles qui sont composites au sens où, sur la base des premières, critiquent les secondes (par exemple), ou, pour le dire autrement, s'intéressent aux valeurs que nous accordons aux faits ou aux normes. Il suit des définitions que nous avons exposées plus haut, que la philosophie entre très clairement dans ce champ. **Il leur est impossible de définir clairement cette discipline : pour certains, elles**

établissent des savoirs à apprendre – au demeurant, comme ils les ont « appris en P1 », c'est-à-dire, par « mots clefs » - à 53% ; pour les autres, elles agissent en modifiant la perception que nous avons de notre environnement à 41,4%.

1.2.3. **La question des légitimités** – Cette question a deux composantes : la légitimité des personnes, la légitimité des disciplines. La première relève d'un biais méthodologique – mais les choix ont été imposés par la constitution-même du groupe du M2 d'éthique.

In fine, il résulte de cette étude des représentations, que la légitimité réellement visée (et étudiée) est la légitimité de la multidisciplinarité. Trois remarques à ce sujet : premièrement, au-delà des paroles, elle n'est pas dans les faits de 100%, mais de seulement de 96,2% (au-delà des chiffres qui ne sont pas significatifs en termes d'effectif), nous constatons qu'il existe des personnes qui, en pratique la récuse. Deuxièmement, si, a contrario, 96,2% de personnes la reconnaissent, seulement 41,4% la reconnaissent comme « nécessité d'un nouveau mode de fonctionnement intellectuel » et non, seulement, un savoir « en plus ». **Ce qui, dans le cadre dans lequel nous allons situer notre discussion, fait que moins de la moitié de l'effectif du M2 d'éthique recherche une nouvelle manière de penser les choses – indépendamment de savoir si les autres ont, d'ores et déjà, acquis une nouvelle vision des choses ou estiment ce point non nécessaire.**

Relativement au parcours personnel de chacun des étudiants, nous remarquons deux tendances très marquées :

- Premièrement, l'impact de la philosophie n'est pas le fait de l'âge, du sexe, ni même le fait des responsabilités – il se trouve que deux personnes ayant passé le « bac philosophie » et s'étant orientées vers les études de médecine ont des regards radicalement différents sur l'impact de cette discipline. En revanche, la religion et le parcours personnel semblent être des

déterminants (même si les chiffres, à cette échelle, sont trop ‘faibles’ pour être pleinement significatifs). En effet, une personne ayant des responsabilités a clairement explicité l’idée que : *« les médecins ont, de par leurs pratiques, des réponses précises à des problématiques précises et dès lors, que l’objet de l’éthique médicale est de les amener à ce constat »* – ce qui semble justifier une position éthique par l’expérience, alors même que l’autre personne considère qu’il y a une place pour « la philosophie au sein-même de l’hôpital ».

Première conclusion : la place et le rôle que peut tenir la philosophie sont plus en lien avec le parcours personnel que des déterminants objectifs tels que l’âge, l’origine, la spécialité.

- Deuxièmement, pour un certain nombre de personnes, la philosophie est « plus légitime » que la médecine pour aborder l’éthique médicale. Autrement dit, bien que leurs positions ne fassent l’objet d’aucune vérification mesurée, il y a l’idée que l’éthique n’est pas consubstantielle à l’obtention de diplômes en médecine, voire qu’elle justifie l’apprentissage d’un savoir autre qui ne peut se déduire de la simple activité professionnelle.

Ainsi, la problématique n’est pas celle de l’enseignement de l’éthique. Nous nous plaçons plutôt du côté de ‘l’étudiant’ et de son regard face à l’éthique (même si l’étudiant peut aussi s’intéresser à la problématique de l’enseignement de l’éthique). Dès lors, la question se situe dans la sphère de ce qu’est l’acquisition de l’éthique. Nous postulons que ce point nécessite en amont, une sorte de ‘mise à disposition’ de l’étudiant face à un certain nombre d’enseignements qui, dès lors, se met dans une posture éthique.

1.3. Comment s’établit une corrélation entre amélioration des pratiques quotidiennes, éthique médicale et philosophie ?

Nous allons, ici, nous focaliser sur un sous-groupe spécifique. Notre but étant d’étudier l’impact de la pensée de Paul Ricœur, et plus particulièrement la notion d’estime de soi comme

paradigme de la démarche éthique, il est nécessaire, en amont, de se concentrer sur des étudiants présentant, au moment de notre étude, les conditions mises en avant par le penseur.

1.3.1. Remarques préliminaires sur la philosophie – Nous avons signalé plus haut notre place particulière au sein du laboratoire. Il est convenu, dès lors, que nous faisons un travail s’inspirant de notre formation philosophique – ce qui est l’objet-même de l’approche multidisciplinaire envisagée au laboratoire d’éthique médicale. Et dès lors, notre problématique se situe dans cette perspective en amont, d’un regard philosophique et en aval de perspectives pour l’amélioration des pratiques. Ainsi, posons-nous brièvement la question – qui sera, à la suite de ce travail, la question centrale du point de vue de l’étudiant en éthique et médecin – de la nature de la ‘problématique philosophique de la démarche éthique’.

Il n’y a pas, en philosophie, de problématique évidente. Par définition, cette discipline n’a pas de normativité propre – elle serait alors une science, voire appliquée à la société, une notion proche du droit. Les tournants, au demeurant récents, dans l’histoire de la discipline nous permettent de mettre en avant plusieurs orientations – que nous pouvons appeler *courants philosophiques* ou *école de pensée*.

Bien plus, il s’agit de comprendre ce qui, chez certaines personnes, apparaît et est utilisé comme un tel outil. Dit autrement, il y a l’approche philosophique du philosophe qui se veut réflexive, étudiée et il y a l’approche généalogique du non philosophe qui n’est pas forcément ignorant, mais qui n’a peut-être pas, non plus, eu le temps d’aller au bout de sa réflexion.

Ainsi, ayant fait ces constats, il nous a fallu comprendre quels avaient été, dans certains cas, les déterminismes de l’élaboration d’une telle représentation. Partant, quels ont été les raisons d’une remise en question de ces déterminismes ? Il s’agit là d’une exigence, que nous signalons dans une remarque préliminaire, de la démarche philosophique – voire, de la démarche

phénoménologique : les phénomènes, les faits sont toujours l'objet de constructions, de valorisations... Il n'y a pas de fait brut. Il a donc fallu déterminer, au-delà du simple fait d'être présent dans un laboratoire d'éthique, ce sur quoi avait reposé la démarche.

Première caractérisation de la démarche éthique – Nous avons donc envisagé, un temps, comme hypothèse de base, que cette démarche relevait d'une démarche éthique. Encore faut-il caractériser celle-ci.

1.3.2. Les questions soulevées à la suite des entretiens – Nous signalons, ici, qu'il n'y a aucun jugement de valeur, quel qu'il soit, sur les distinctions que nous sommes amenés à faire et, plus loin, les choix que nous avons fait dans le suivi de certains mémoires. Premièrement, il n'est pas démontré que les personnes qui n'ont pas présenté les aspects de la « visée éthique », telle que nous la décrirons plus loin, ne les présenteront pas ultérieurement ; pas même qu'il était nécessaire à tous d'exprimer 'leur' vérité au premier venu ; ou même encore, qu'il n'y ait qu'un seul modèle de démarche éthique. Nous dressons simplement ce constat qu'il y a eu quelques étudiants qui ont jugé utile de faire cette démarche.

Deuxièmement, il n'est peut-être pas, non plus, nécessaire que tous les travaux du laboratoire d'éthique aient à traiter d'un sujet proprement éthique, en ce sens nous le décrirons. En effet, un certain nombre de travaux 'annexes' s'inscrivant dans une démarche plus collective, peuvent s'avérer utiles – notamment ceux permettant d'explorer les dispositions réglementaires.

Premier constat – Il y a une différence marquée entre les étudiants issus du monde de la recherche et les étudiants issus du monde du soin. Le terme de soin est important puisqu'il ne s'agit pas, exclusivement, du soin humain. Par ailleurs, les étudiants issus du monde du soin

sont arrivés avec un sujet déterminé majoritairement, alors que les étudiants issus du monde la recherche se sont davantage laissés guidé pour le choix du sujet.

Deuxième constat – Le sujet choisi par le sous-groupe issu du soin n'est pas nécessairement corrélé à la nature de l'activité. Bien que beaucoup des étudiants déclarent avoir vécu au moins un événement les ayant mis en situation de détresse – notamment, des situations de fin de vie « désastreuse » – ils n'ont pas axé leur mémoire sur cette perspective.

Troisième constat : intégration et modalités de l'inquiétude – Suite aux entretiens et ce qui a été rappelé précédemment, se pose la question de l'intégration, sur le plan personnel et par chaque professionnel de ces nouvelles modalités de la pratique médicale.

L'analyse du contenu de ces entretiens montre, sur ce petit échantillon, deux tendances. Premièrement, (et de manière minoritaire) l'engagement dans un cursus d'éthique est pensé comme le prolongement naturel de l'activité médicale. C'est-à-dire qu'il s'agit, pour les professionnels concernés, d'admettre qu'il y avait, à l'origine de leur entrée en médecine, des considérations relatives 'aux sciences humaines et sociales (SHS)' – il serait prématuré d'éthique ou de démarche éthique. Ce constat soulève deux questions. D'une part, est-ce une attente personnelle, en ce sens que l'on va en médecine dans le but d'obtenir des éclaircissements et, pourquoi pas, des réponses concernant 'la nature de l'Homme' – par le biais, donc, du *manque* – ou est-ce un trop plein déjà présent qui ne trouve pas à se déverser dans la seule médecine et, dès lors, trouve son réceptacle dans les SHS – par le biais, donc, de *l'excès* ? D'autre part, se pose la question du caractère inné de l'approche éthique ou de son apprentissage.

Deuxièmement, et majoritairement, des personnes qui se trouvent confrontées, au cours de leur exercice quotidien, à un *inexplicable*. Cependant, cet inexplicable semble, pour eux, être

expliqué. Dit autrement, il y a, chez ces personnes, la perception de la possibilité d'une « amélioration de leur métier » qui passe par l'éthique médicale.

Remarque méthodologique – A la suite de cette 'enquête préliminaire', nous avons décidé de suivre préférentiellement un petit groupe d'étudiants (7 sur 23, 30% des étudiants, ou 58% des étudiants issus du monde du soin). Plusieurs raisons expliquent ce choix. Premièrement, tous ces étudiants n'ont pas été en mesure de répondre, tout au long de leur parcours, à un certain nombre d'interrogations (essentiellement pour des raisons de temps et d'éloignement géographique). Deuxièmement, tous ces étudiants ne présentaient pas, au moment où nous avons décidé de commencer, notre étude aux critères que nous allons énoncer.

1.3.3. Première mise en perspective de certaines déclarations avec la perspective de l'existence d'une démarche proprement éthique – Nous nous sommes posé la question, plus haut (cf. 1.2), de l'existence d'une *pratique éthique*. Les conclusions des entretiens mettent en évidence que 1) si, bien souvent, ce fait se situe dans la continuité de leur activité professionnelle, ils reconnaissent qu'il y a, sur le plan intellectuel, une « rupture » ; 2) que leur mode d'exercice et leur entourage professionnel nécessitent un investissement particulier. D'où nous déduisons qu'il s'agit là, véritablement, d'une *démarche personnelle et éthique*.

Dès lors, nous cherchons un paradigme de démarche éthique répondant aux trois caractéristiques suivantes :

1) Etre concret, descriptif. C'est-à-dire, au-delà de la simple dissertation théorique, un modèle respectant les modes de pensée actuels. En ce sens, essentiellement les principes démocratiques, et plus particulièrement, d'autonomie. (Bien que d'actualité, les notions *d'imitation de l'homme de bien* (10) *ou du sage* (20) n'entrent pas en considération ici

puisqu'elles ne prennent pas en compte la liberté, à chaque instant, d'agir selon ses propres principes en référence à ses propres valeurs).

2) Nous voulions un modèle qui ne soit pas étranger à la médecine.

3) Nous voulions un modèle pratique, c'est-à-dire, mettant en avant un certain nombre de points vérifiables (voire mesurables) permettant de suivre la progression des étudiants. Dès lors, nous est apparu comme une évidence le choix de Paul Ricoeur, *soi-même comme un autre*, plus particulièrement, la notion d'estime de soi.

1.3.4. Les problèmes visibles – L'objectif que nous nous étions fixé au mois de février était double. Premièrement, apporter une aide méthodologique, notamment pour l'organisation de leur travail. Deuxièmement, apporter quelques éléments de culture générale relatifs aux grandes notions rencontrées en éthique médicale. Nous avons, à cet égard, organisé notre travail autour de la notion de personne : comment s'est-elle construite historiquement, quelles sont les valeurs qui y sont attachées, quelles utilisations en faisons-nous et, enfin, quelles sont les limites, voire les dangers de la notion ?

Sur le plan purement formel, nous avons remarqué deux types de problèmes dans leur rédaction. D'une part, une difficulté à faire ressortir les grandes lignes, les points de repère du développement de leur pensée – on peut dire, de manière imagée, qu'ils avaient une écriture très lisse. D'autre part, ils s'inquiétaient beaucoup de la quantité de leurs écrits.

Ces problèmes traduisaient, nous semble-t-il, les faits suivants. Premièrement, une difficulté à repérer ce qui, en dehors du champ habituel des sciences, constitue le statut épistémologique des notions qu'ils manipulaient. Cette tendance s'accroissait depuis les sciences fondamentales et culminait avec la philosophie. Dès lors, les notions, telles que nous l'avons analysé, de la personne n'étaient plus manipulables pour eux et ne pouvaient plus faire l'objet de mises en avant ou en retrait en fonction de ce statut épistémologique.

Deuxième point, ceci induisait un sentiment de malaise – voire de conflit avec certains étudiants – quant à la maîtrise et l'utilité de la maîtrise de savoirs philosophiques pour, premièrement, leur travail d'éthique médicale et, deuxièmement, leur pratique personnelle. Ce point a été déterminant pour la suite du travail et a été le biais par lequel le sous-groupe que nous avons déjà fait ressortir s'est trouvé scindé.

Troisièmement, nous avons constaté une sorte de rupture dans leur approche. Très clairement, leur méthodologie était celle de scientifiques. Cependant, leurs attentes étaient déjà au niveau des valeurs. Autrement dit, le sous-groupe que nous avons isolé était déjà scindé en deux parties : d'une part, des personnes ne voyant pas l'intérêt de penser autrement la question de la méthodologie (et qui, d'ailleurs, semblent avoir continué leur travail dans cette perspective positiviste, objectiviste d'apport d'une réponse quantifiable à un problème éthique) ; d'autre part, des personnes ayant déjà pressenti la nécessité d'une approche différente qui relève davantage de la construction de valeurs.

1.3.5. Nouvelle orientation de notre travail et nouvelle orientation de notre pratique –

Pour pouvoir utiliser le modèle de Paul Ricœur, nous nous sommes focalisé sur les étudiants présentant les trois caractéristiques suivantes :

1) Des étudiants ayant une problématique 'héritée' de leur expérience personnelle, mais pour lesquels cette même expérience ne suffit pas à y donner un sens.

2) Des étudiants mettant en avant l'aspect multidisciplinaire nécessaire à l'approche de leur thématique.

3) Des étudiants mettant en corrélation leur problématique avec la possibilité d'une mise en pratique de leurs résultats pour une amélioration des pratiques.

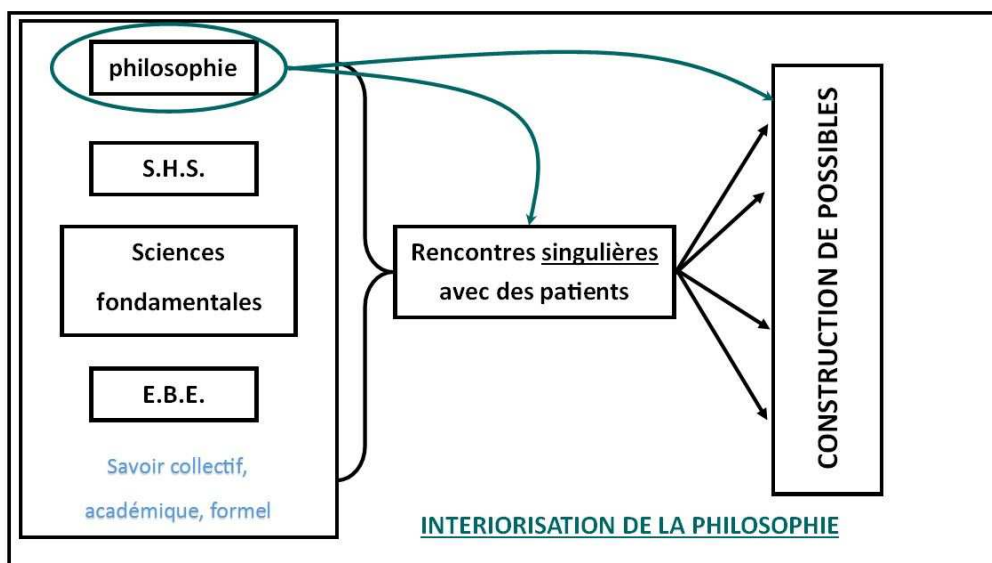
Dès lors, les étudiants présentant ces caractéristiques au mois de février et étant suffisamment ‘disponibles’ pour pouvoir répondre à nos questions ont été ceux que nous avons suivis pour établir les parties 2 et 3. Ils nous ont permis alors de formuler la problématique suivante :

Comment, en tant que scientifique et médecin, je me trouve confronté individuellement à une question d’origine scientifique, mais incluant les notions de valeurs et de choix et n’admettant pas de réponse quantifiable, ni-même parfois, de réponse, m’amenant à faire des choix ?

Quant à nous, la problématique devient différente :

Dans le choix d’un modèle particulier (celui de Paul Ricœur), comment déterminer si, d’une part, les étudiants sélectionnés répondent aux conditions posées par l’auteur ; et, d’autre part, dans l’affirmative, que signifie, dans le contexte d’un M2 d’éthique, la notion d’estime de soi ?

Nous pouvons aussi, comme conséquence du choix opéré, représenter le rôle et la place qu’ils accordent à la philosophie sur le schéma suivant, les flèches bleues indiquant où ces étudiants situent la philosophie :



2. Phase d'analyse philosophique : la question du positionnement face au mal et son impact dans l'entrée dans la 'démarche éthique'.

La question du mal se rencontre-t-elle, aujourd'hui encore ? Très clairement, la philosophie se trouve face à une aporie. D'une part, cette question est essentiellement théologique (2). D'autre part, la modernité est un élan pour se situer 'par-delà le bien et le mal'. Dès lors, toujours dans la veine nietzschéenne, la mort de Dieu, tout autant que celle de la métaphysique, semblent exclure de notre champ perceptif la notion de mal.

Ce point de vue se confirme à travers la dimension positiviste de la médecine contemporaine. Il n'y a plus, ni bien, ni mal, il y a, savoir et non savoir et action conforme ou non à ce savoir. Il y a donc un déplacement de la question du mal vers la question des pratiques.

Afin de répondre à cette question, nous reprenons le texte de Paul Ricœur et l'étudions dans la perspective des entretiens que nous avons menés.

Méthodologie : à la suite, donc, de la sélection d'un sous-groupe particulier au sein des étudiants, nous avons organisé des entretiens, tout au long des étapes de la rédaction de leur mémoire. Parallèlement, nous avons interagit avec eux de la manière suivante : lorsqu'ils l'ont demandé, nous leur avons proposé une problématisation philosophique de leur thème (et non une rédaction de leur propre travail éthique) et, éventuellement, relu les étapes successives de leur mémoire.

Objectifs : la possibilité d'une démarche éthique (plus précisément, une visée éthique), se trouve subordonnée, dans la pensée de Paul Ricœur, à un positionnement face au mal. Aussi, afin de pouvoir utiliser cet auteur pour caractériser l'objet d'un Master 2, il convient en amont de réfléchir à cette notion. Quelle perception ont, les étudiants du M2 d'éthique, du mal ? Où le situent-ils et comment se positionnent-ils à son égard ?

2.1. De la question du mal et de la souffrance à une approche éthique : quelle corrélation ?

La notion de mal est surdéterminée, tant et si bien qu'il n'est pas inutile, en introduction, de la spécifier à travers trois de ses dimensions. Premièrement, historiquement, à quelle tradition la rattacher ? Deuxièmement, comment, dans une société fortement positiviste, le mal est-il mesuré ? Troisièmement, quelles sont les stratégies 'collectives' de réponse au mal ?

A la suite de quoi, nous pourrions introduire la définition du mal telle que proposée par Paul Ricœur et la confronter, d'une part, aux études qui ont été menées en le domaine (à travers la notion de mal commis et mal subi) et l'opposer à la question du mal pour le groupe que nous avons suivi.

2.1.1. Constitution historique de la notion de mal – Il n'est pas envisageable de traiter, ici, de l'origine du concept de mal. Nietzsche, dans *la généalogie de la morale* (25), y voit, en premier lieu, une caractérisation par le langage de certains actes (si l'on admet que le mal est le contraire du bien) et un phénomène de 'sédimentation historique' qui, d'un mot a fait une valeur. Cette définition, que nous rappelons ici à travers cette notion d'histoire, est utile car elle caractérise bien le mal, tel que perçu à travers la médecine. Cependant, sa constitution n'est plus historique, mais épistémologique. En ce sens, le mal est toujours perçu comme ignorance.

'Qui mal agit est ignorant', serions-nous tentés de dire. A cette notion d'ignorance, peuvent être associées plusieurs réponses.

Premièrement, il y a une psychologisation du mal. Hors contexte religieux, le mal se rencontre essentiellement par la médiation – donc, n'est plus un absolu, mais bien plus un phénomène – de mon action ou de celle des autres et de leurs ressentis (par exemple, le ressenti

que j'éprouve suite à l'action des autres ou à mon action). Cette dimension n'échappe pas à la pratique médicale.

Deuxièmement, il y a une dimension politique du mal. Il s'agit, en groupe, de lutter contre le mal dans la mesure où celui-ci est une menace pour le groupe. Il y est alors polymorphe et très dépendant de l'Histoire. Il est aussi, a contrario, l'objet d'identités collectives et, il faut bien le dire, le vecteur de certains nationalismes, dont l'Histoire montre des exemples. Cette dimension politique du mal est plus ambiguë à cerner en médecine. D'une part, la médecine se situe plus dans une réponse humaine et non nationale du mal, alors-même qu'elle se situe entre ces deux échelles (OMS, mais aussi politique de santé publique nationale). D'autre part, elle se fonde sur le principe de progrès : hors les politiques de santé publique, elle se pense 'toujours meilleure' en ce sens qu'elle est le fruit du progrès qu'elle cumule, et non le résultat d'un choix collectif circonstancié comme peut l'être une élection – elle est une politique rationnelle de lutte contre le mal.

A cet égard, il faut constater qu'historiquement, la question du mal est anéantie doublement. Par la 'mort de la métaphysique', mais aussi, par la croyance constante en un idéal positiviste dans les sciences. La médecine étant une science (16), elle n'échappe pas à ce destin. Et dès lors de se poser la question : quel mal rencontrons-nous en médecine ?

Sur le plan méthodologique, il convient, dans cette partie, de comprendre cette exposition au mal, c'est-à-dire le mal en pratique quotidienne, et de s'interroger non sur sa nature – ce qui, au demeurant, pourrait être l'objet d'un discours sans fin – mais de comprendre comment il structure, de l'intérieur si l'on peut dire, la relation patient / soignant dans son individualité. Partant, il convient, pour nous, de nous positionner. Il ne s'agit pas d'étudier le mal collectif et, dès lors, sa réponse collective. Au demeurant, la justice, tout comme la médecine, sont des réponses collectives – de la société – adressées au mal. Nous nous positionnons donc dans la question intime, personnelle du mal. Comment, en tant que sujet pensant, et plus

particulièrement en tant que médecin engagé et seul dans des pratiques visant, au minimum, à combattre le mal puis-je atteindre cet idéal ?

2.1.2. L'analyse de Paul Ricœur à travers 'Le mal, un défi à la philosophie et à la théologie' –

Ayant choisi la pensée de Paul Ricœur comme fil conducteur de ce travail, il convient, avec cet auteur, d'étudier la place du mal dans son système. Insistons sur le fait qu'un positionnement par rapport au mal est, pour lui, le fait initiateur d'une démarche éthique. Nous allons donc définir à travers lui, cette notion et déterminer dans quelle mesure elle s'applique au cadre de notre étude.

« Que philosophie et théologie rencontrent le mal comme un défi sans pareil, les plus grands penseurs dans l'une ou l'autre discipline s'accordent à l'avouer, parfois avec de grands gémissements. L'important n'est pas cet aveu, mais la manière dont le défi, voire l'échec, est reçu : comme une invitation à penser moins ou une provocation à penser plus, voire à penser autrement ? » (2)

Cette introduction propose un cadre général, qui, en première analyse, s'inscrit dans ce que nous pourrions appeler 'la démarche d'une inscription en Master d'éthique médicale'. Les entretiens que nous avons menés dans le groupe mettent en évidence qu'il y a une demande particulière lors de l'inscription : essentiellement, il s'agit de sortir du cadre de réflexion proprement médical (qui sera caractérisé dans la partie 3), pour avoir une approche différente. Lorsque nous approfondissons la question, au sein de ce groupe, « pourquoi avoir choisi l'éthique médicale ? », nous obtenons majoritairement la réponse suivante : « nous études médicales, à travers la notion de mots clefs, ne nous préparent pas à comprendre certaines situations ». Nous retrouvons donc là la notion d'ignorance. Celle-ci se double de la question de la 'légitimité', terme récurrent dans les entretiens, qui sous-entend que, d'une part, il y a la notion de 'faire différemment' mais aussi, d'autre part, que ceci n'est pas naturel. En effet, en anticipant, des entretiens plus tardifs (qui seront exploités dans la partie 3) mettent en avant que l'acquisition du diplôme ne leur apparaît pas comme étant « une source de légitimité ». Nous

sommes bien, dans leur cas, dans la notion du défi : faire différemment, et surtout faire différemment en l'absence d'un parcours, a priori évident. Cependant, l'analyse de Paul Ricœur va plus loin :

« Dans la rigueur du terme, le mal moral – le péché en langage religieux – désigne ce qui fait de l'action humaine un objet d'imputation, d'accusation et de blâme. L'imputation consiste à assigner à un sujet responsable une action susceptible d'appréciation morale. L'action caractérise l'action elle-même comme violation du code éthique dominant dans la communauté considérée. Le blâme désigne le jugement de condamnation en vertu duquel l'auteur de l'action est déclaré coupable et mérite d'être puni. C'est ici que le mal interfère avec la souffrance, dans la mesure où la punition est une souffrance infligée. » (2)

Ainsi, Paul Ricœur introduit deux nouvelles notions dans la sphère du mal : l'éthique et la souffrance. Nos investigations ont alors porté sur cette deuxième notion que nous leur avons demandé de caractériser.

2.1.3. La question de la douleur ou le mal mesuré – Pour le professionnel de santé, deux perspectives s'offrent. Premièrement, la réduction du concept de mal à ses composantes somatique (donc physiologique à laquelle la morphine et autres antalgiques peuvent être des réponses concrètes) et psychologique.

En ce sens, l'EBE joue un rôle important. En proposant un certain nombre d'études comparatives – dont l'une des plus retentissantes repose sur la comparaison chimiothérapie versus soins palliatifs, références – celle-ci permet d'orienter le choix thérapeutique du médecin. Cependant, comme nous serons amenés à la démontrer dans la partie 3, il ne s'agit pas, pour le groupe que nous avons suivi, à proprement parler d'éthique, mais « de connaissances permettant, quand on est éthique, de faire des choix meilleurs ». Qu'est-ce à dire ? Dans leur discours, il y a une opposition nette entre « éthique en pratique » et « être éthique ».

Cette conception s'articule, pour eux, avec la notion « d'hypertechnique », non pas qu'ils combattent, mais qu'ils mettent en doute. Les médecins ayant une activité plus

particulièrement centrée sur la néonatalogie, le décrivent de manière très intéressante. Ils distinguent, par ailleurs, deux notions : « la souffrance de l'enfant » et « la souffrance de la mère » (parfois la « souffrance des parents »). Or, en ayant cette apparence floue, le patient, dans la médecine contemporaine et traité par cette technique, n'est que l'individu dans le soin. Or, bien souvent, le patient s'apparente à un petit groupe d'individus dans un parcours de soins. La question qui se pose pour eux, alors, est celle de la gestion de ce 'patient étendu' par la technique. La même situation est décrite dans la fin de vie où, bien que le malade soit traité contre la douleur, les proches ressortent « traumatisés par l'expérience » (certains membres du groupe, qui ont aussi été dans ce rôle de proche, décrivent des « cauchemars récurrents où j'étouffe [mon proche], car je n'en peux plus »). La technique est donc une piste de réponse à la souffrance (et donc à la question du mal dans les pratiques médicales), mais échelle d'approche leurs apparaît comme « insuffisante ».

Autre question : le mal est-il encore l'affaire du soignant à l'heure de l'autonomie du patient ? Cette question est importante pour eux car, bien qu'ils ne veulent pas « donner dans le paternalisme », ils ne sont pas toujours certains d'avoir affaire à des patients comprenant les enjeux en termes de souffrance (problématiques des « patients lisses »). Cependant, l'autonomie du patient n'est pas synonyme, pour eux, d'une abolition de leur « devoir de soignant ». La problématique leur semble autre, soit « mieux informer », soit « mieux repérer les vulnérabilités ». Notamment, l'articulation entre autonomie et vulnérabilité est, nous le verrons plus loin, une part importante de leur travail.

2.1.4. Analyse des contenus et interprétation philosophique avant le séminaire sur la mort

– Une partie des entretiens a été menée en janvier. La thématique du mal a pu être abordée à travers les questions suivantes : « quelle a été votre pire expérience ? », « quelle situation vous

a le plus marqué ? », « à quels souvenirs associeriez-vous la notion d'éthique ? ». Premier constat, tous, sans exception, ont parlé de leur expérience professionnelle (c'est assez tard dans l'année que sont arrivées les expériences personnelles. Deuxièmement, tous ont vécu un événement qui les a marqués, soit par son intensité, soit par sa récurrence (71%, par ailleurs, décrivent un événement marquant et récurrent). Troisièmement, cet événement est toujours corrélé à la mort et on retrouve dans l'analyse des contenus, non pas l'idée que la mort soit le problème qui les a marqués, mais que celle-ci s'est « pas bien passée », et qu'il était possible de « faire mieux ».

Au cours des entretiens, il apparaît qu'il est évident, pour ces professionnels, ces médecins, qu'il s'agit de leur « métier ». La médecine apparaît alors comme une confrontation perpétuelle à la maladie et à la mort, bien que celle-ci soit aussi l'occasion d'une certaine connivence avec le patient. Dès lors, il s'agit juste de reconnaître qu'il y a souffrance face à certaines situations. Ces professionnels reconnaissant que leurs collègues « en souffrance permanente » ou « refusant certains actes » ne sont « que » des personnes qui n'ont pas été préparées à la réalité de leur métier.

Parallèlement, en reconnaissant le statut d'échec du médecin singulier face à l'ambition collective qu'est la médecine, nous accédons la thèse selon laquelle il existe un idéal – que d'aucuns nommeraient hygiéniste – de bonne santé collective et que le médecin vivrait personnellement comme un échec le fait de ne pas l'atteindre. Sur ce point, ils reconnaissent cette réalité comme « un point de vue » qui n'est pas le leur, et qui ne leur semble pas correspondre à leurs pratiques.

Penser ainsi est équivalent, dans un premier temps, à nier la réalité des faits : la médecine n'a pas vocation à être la préservation 'à tout prix' de la vie ; bien plus, elle est une lutte 'historique et collective' contre certaines représentations du mal. Par ailleurs, les étudiants en

éthique que nous avons consultés n'ont très clairement pas situé la question du 'mal' au niveau de la fin de vie.

Nous pouvons dès lors avancer notre thèse selon laquelle la question du soutien face à cette exposition au mal (concept que nous allons développer ci-après) est mal posée pour eux. Hors les contextes 'traumatiques' de certaines pratiques (sporadiques) qui relèvent de la psychologie, ils considèrent que le soutien doit être d'une « autre nature ».

Bien plus, ils sont dans une recherche de sens. Est-ce à dire qu'ils 'souffrent' d'une inquiétude existentielle ? Assurément oui, même s'ils nomment plus volontiers cette inquiétude « tension éthique ». Ils sont désireux, de plus, non pas de remédier au mal, mais d'adopter un positionnement face à celui-ci qui donne un sens à leurs pratiques. Car, globalement, la médecine est une « exposition au mal » et que les nouveaux principes éthiques, notamment l'autonomie du patient, ne demandent clairement plus de faire un acte particulier, mais ce qu'il y a de mieux – voire de bien. Ce contexte met le médecin dans une situation délicate. Il est, in fine, la seule norme du bien et du mal dans son action personnelle et individuelle, et cependant son action est bouleversée soit par des règles juridiques, soit par des demandes qu'il juge, parfois, abusives (de la part du patient ou de son entourage).

Autrement dit, la véritable question : quel est le signal qui déclenche une démarche éthique ? Trouve la réponse suivante : il y a un mal très particulier. D'une part, « ma formation en tant que médecin », avec mes critères valoriels propres (inspirés par mes pairs et mes convictions) qui sont en dissonance avec mes pratiques, face à un patient autonome. Patient, lui-même dépositaire des notions de bien et de mal, le tout dans un contexte collectif de lutte contre certaines représentations du mal.

2.2. La question du mal dans leurs pratiques.

Nous nous interrogeons, depuis le début, sur les apports potentiels de la philosophie dans l'amélioration des pratiques. Cependant, cette notion que nous semblons tous, intuitivement, comprendre doit être définie dans le champ éthique. Il convient donc de les définir 'clairement' et de mettre en évidence cette 'exposition au mal des sujets du groupe. Nous pourrions alors étudier ce qu'est, en pratique, ce mal et dans quelle mesure ils tentent de se positionner face à lui.

2.2.1. La notion d'exposition au mal – Paul Ricœur définit les pratiques ainsi :

« Les premières unités composées sont celles qui méritent le nom de pratiques (en français, la forme verbale « pratiquer » – pratiquer un sport, la médecine, etc. – est plus usitée que la forme nominale que j'adopte ici sur un modèle du terme anglais practice).

Les exemples les plus familiers en sont les métiers, les arts, les jeux. On peut se faire une première idée de ce que sont les pratiques en partant de la description des actions de base dans la théorie analytique de l'action. On se souvient que Danto définit celle-ci en soustrayant des actions ordinaires la relation « en vue de ». Restent des actions de base, à savoir ces actions que nous savons faire et que nous faisons en effet, sans avoir à faire une autre chose en vue de faire ce que nous faisons. [...] Cet enchevêtrement de la finalité et de la causalité, de l'intentionnalité et des connexions systématiques, est certainement constitutif de ces actions longues que sont les pratiques. Il y manque toutefois l'unité de configuration qui découpe un métier, un jeu, un art dans ces longues chaînes d'actions.

Une seconde sorte de connexion contribue à la délimitation des pratiques en tant qu'unités de second ordre ; il s'agit, non plus des relations linéaires que nous venons de considérer, mais de relations d'enchâssement. Le vocabulaire attaché à notre répertoire de pouvoirs exprime à merveille ces relations de subordination plus que de coordination. » (1)

Cette définition semble parfaitement adaptée aux personnes que nous étudions. En effet, nous constatons que le soin a perdu son sens, non pas en tant qu'il est un accompagnement, mais que, précisément parce qu'il l'est, il se situe dans une temporalité qui n'est plus celle immédiatement perceptible par l'image classique du soignant disant 'je soigne'. Autrement dit, ils ont pris en compte, très clairement, que la médecine n'est plus essentiellement curative, mais avant tout une médecine d'accompagnement. Nous trouvons aussi cette notion, en filigrane,

dans le rapport Compagnon (4). Cette notion leur permet, par ailleurs, une acceptation de la problématique de la fin de vie et de l'arrêt des soins comme acte médical. En effet, pour les quelques-uns concernés par cette notion, le 'bien agir' n'est plus un 'bien administrer certains traitements', mais un 'bien choisir l'action thérapeutique' – où l'action est entendue au sens de Paul Ricœur.

Il y a donc un glissement de paradigme et, pour rester dans le champ de la philosophie, un changement de téléologie (c'est-à-dire du but-même du soin) qui n'est plus dans un futur avec un patient soigné, mais ici et maintenant – donc hic et nunc – et qui, en dernière analyse, ne peut que se concevoir précisément par le concept de pratiques.

Précisément, c'est ce point qui semble les mettre en désaccord avec une partie de leur entourage professionnel. Lors des entretiens, nous avons entendu les termes suivants : les professionnels agissent localement, en vue de « respecter les règles » – surtout, « éviter les procès ».

Ainsi, lorsque nous posons la question : dans quelle mesure la philosophie peut aider à l'amélioration des pratiques quotidiennes ?, encore nous fallait-il mettre en évidence ce qui maintenant apparaît comme un acquis, que là où nous allions introduire la philosophie, là aussi était le lieu d'une interrogation sur les pratiques.

La question du mal en pratique : deux exemples exposés dans le cadre du M2 d'éthique ont retenu notre attention. Nous avons eu l'occasion, au cours de cette année, d'assister à deux séminaires particulièrement intéressants au laboratoire, nous ayant conduit à aborder la question du mal.

2.2.1.1. Le mal comme incompréhension – La première occurrence a eu lieu lorsqu'a été abordé le thème « transfusion sanguine et témoins de Jéhova ». L'intervenant nous a laissé

l'occasion d'apporter un regard 'philosophique' et dépassionné sur cette thématique. Sauf dans certains cas spécifiques, les témoins de Jéhova refusent les transfusions sanguines pour des raisons de croyances personnelles. Pour synthétiser, nous pouvons dire que la transfusion les rendrait 'impurs', et que, dès lors, cette impureté entraînerait leur éviction du paradis après leur mort. Autrement dit, le choix est le suivant : 'nous préférons sacrifier notre santé dans ce monde-ci au profit du salut de notre âme après la mort'.

Le débat a alors conduit à la formulation de deux problèmes : premièrement, est-ce mal, en tant que personne (patient), d'opter pour ce choix ? Deuxièmement, est-ce mal, en tant que personne (soignant), d'accepter ce choix ?

Du point de vue philosophique, la première question soulevée ici, se déconstruit facilement. Patient et soignant sont rationnels. Ils agissent tous les deux selon un syllogisme (donc, une logique) que nous exposons ici :

Où réside la différence ? Les soignants admettent généralement la science comme principe du savoir, science étant ici synonyme d'une méthodologie formalisée, essentiellement positive à travers sa dimension expérimentale et logique. Les témoins de Jéhova, quant à eux, déduisent leur connaissance des textes sacrés et accordent leurs valeurs à ceux-ci à travers le principe de la foi. Celle-ci jouant le rôle de méthodologie : il y a donc une opposition entre, d'une part, l'expérience et la logique (qui fonde la rationalité du soignant) et, d'autre part, les textes et la foi qui forment la rationalité du croyant.

Le philosophe ne peut pas aller au-delà de ce constat. Or, les deux systèmes s'excluent mutuellement, sur le plan moral, en tout cas. S'il est possible d'être croyant et soignant, il n'est pas possible, par ailleurs, d'admettre, si l'on peut dire, deux dieux. Autrement dit, l'exclusion se fait au nom de la valeur du principe qui sert de socle à la rationalité : Dieu ou la science ? De

surcroît, la morale a une ambition fondationnaliste et semble toujours ‘une’. Dès lors, la question du mal se transpose à la question des idéologies : que la science soit localement vraie, c’est-à-dire l’objet de vérifications au sein d’un système, cela est-il suffisant pour en faire une valeur s’imposant à tous ?

Deuxième perspective sur le mal : le soignant agit-il mal s’il accepte ce choix du patient ? A la suite de ce que nous venons de dire, la question se reformule ainsi : que fait le soignant s’il ‘consacre’ la supériorité de la science, telle que nous la connaissons, et dès lors, vise l’action morale par le biais d’une idéologie qui, elle-même, se comporte comme une foi (c’est parce que ‘je’ crois en une certaine nature du monde, que ‘je’ déduis de la science, des valeurs universelles). Nous remettons la réponse à cette question plus tard.

Pour les étudiants du Master 2 – qui, soit, ont vécu une expérience douloureuse, en ce sens où ils se sont senti incompris et en échec, soit qui redoutent d’avoir à vivre une telle expérience – l’expérience est, avant tout, la confrontation, voire l’exposition à quelque chose qui les met dans un premier temps en souffrance et les remet en question. Ils expérimentent, si l’on peut dire, le non-sens du soin.

2.2.1.2. Le mal comme échec – Deuxième exemple, lors d’un débat sur la question de la fin de vie. Deux exemples ont été proposés durant l’exposé. Deux patients, en tous points similaires, dont nous pouvons résumer les cas ainsi : cancer en stade terminal, échecs successifs de plusieurs chimiothérapies, existence d’une nouvelle molécule en cours de tests. Les deux patients demandent à participer à l’essai clinique concernant la nouvelle molécule, sachant qu’elle est potentiellement ‘plus nocive’ et avec peu de probabilité d’amélioration, comparativement à un placement en soins palliatifs (selon des méthodes de type evidence-based). Que choisir entre les deux alternatives ?

Le premier patient a été placé en soins palliatifs, le deuxième, une femme qui voulait montrer à son enfant de quatre ans, qu'elle se battrait jusqu'au bout, coûte que coûte, contre ce mal qu'est le cancer, s'est vue administrée la chimiothérapie. Les deux patients sont morts sous dix jours.

Ces deux exemples ont l'intérêt philosophique de mettre en évidence la question suivante : où situer le mal ? Le fait de vouloir faire passer un message est-il suffisant, pour un médecin, pour infliger un tel traitement à sa patiente alors même que des études mettent en avant l'intérêt des soins palliatifs. A contrario, est-il envisageable d'attribuer à des patients, non pas sur leur envie propre (principe d'autonomie), mais en fonction de leur environnement, un traitement qui, par nature, représente un espoir, une possibilité supplémentaire, par rapport aux autres patients ? Est-ce bien, et est-ce la mission du médecin que de faire ces choix-là ? Par ailleurs, quelle a été la portée de ces choix puisque les résultats ont été identiques ?

2.2.2. Du problème de la souffrance à la question du mal – Paul Ricœur introduit le concept de mal subi et mal commis (2). Après avoir mené les constats précédents, nous avons décidé de reposer la question aux sujets du groupe : « quel événement vous a marqué ? » (donc, plus tardivement dans l'année, puisque postérieur au séminaire). Les réponses ont été différentes en ce sens qu'elles mettaient en avant la dimension « subie » du « malaise » et de la « tension éthique » qu'ils rencontraient en pratique. Autrement dit, ce n'est pas tant la notion de mal constaté, mais bien plus la notion de mal subi (au sens de Ricœur) qui leur apparaissait comme une résultante de certains « dysfonctionnements » de leurs pratiques. Quand on les interroge sur la nature de ces « dysfonctionnements », on fait le constat évident qu'ils sont en lien avec la thématique de leur travail.

Autrement dit, l'enjeu du Master 2 d'éthique, et plus particulièrement, du travail qu'ils y mènent, se déduit d'une souffrance qu'ils ressentent, résultant de leurs pratiques et qu'ils pensent comme perfectible. Nous étudierons plus loin les modalités de cette amélioration et les moyens qu'ils jugent nécessaires pour sa mise en place. La question qui nous préoccupe maintenant est restée de savoir si ce 'mal subi', personnel, pensé comme résultante d'un 'mal commis', collectif, qu'ils ambitionnent d'exposer à travers la rédaction d'un mémoire, est assimilable au mal.

Si nous demandons, et nous avons fait l'expérience, à ce groupe s'il lutte contre le mal, nous avons une réaction très nette en ce sens : « non, il ne s'agit pas de ça ». Devons-nous alors conclure qu'ils ne sont pas dans la 'lutte contre le mal' ? Si nous demandons, ensuite, 'alors, contre quoi luttez-vous ?', nous obtenons les termes suivants, avec une fréquence élevée : « ce n'est pas bien », « ce n'est pas juste », « c'est à améliorer ».

Il convient alors de s'interroger sur la nature de leurs représentations. L'analyse des entretiens montre que : 1) le mal est, pour eux, essentiellement un concept religieux, or, les personnes du groupe déclarent ne pas avoir de religions ; 2) plus intéressant, le mal, dans la mesure où il est associé à la notion de 'lutte contre le mal', leur apparaît comme un terme « prétentieux ».

Alors, nous constatons, par rapport aux définitions de Paul Ricœur, qu'ils se situent bel et bien dans une forme de lutte contre une représentation du mal, celui-ci étant, dans leur bouche, toujours associé à un point précis, et ils parlent volontiers de « maltraitance », « mauvais traitements », « mauvaises relations avec le patient », « mauvaise communication ». En ce sens, nous pouvons justifier cette notion de 'mal en pratique'. Or, leur formation est essentiellement positiviste et, étant de surcroît, soit athée, soit sans conviction religieuse forte, nous pouvons dire qu'en eux, le mal est assimilable non pas à une entité spécifique (et il vrai

que dans leur bouche ‘lutter contre le mal’ est, très clairement, synonyme de ‘Saint Michel terrassant le démon’).

En conclusion, n’ayant pas de notion ‘métaphysique’ de mal et malgré leur pudeur à le reconnaître, nous devons bien admettre qu’ils s’engagent, individuellement (à travers leur mémoire) et collectivement (à travers le Master), dans une lutte contre le mal et répondent au prérequis de Paul Ricœur.

2.2.3. Philosophie, psychologie, déontologie, droit et éthique : les nouveaux paradigmes du mal – Nous sommes encore au niveau de la réponse collective au mal, en tant qu’il est un mal constaté et mesuré. La réponse collective au mal, question du mal commis et question du mal souffert – Sous cette distinction se trouvent deux perspectives pour le soignant. D’une part, le mal que je ressens en pratiquant des actes qui me semblent participer d’une représentation du mal (à cet égard, la question de l’acharnement thérapeutique est très illustrante). Et, parallèlement, la question du mal que je commets ‘en voulant faire bien’. Ces deux perspectives sont intrinsèquement liées. C’est parce que je fais le mal que je souffre et de cette souffrance naît une impossibilité à réagir et, dès lors, à faire mieux. L’exposition au mal est donc circulaire.

Plusieurs tentatives ont été menées pour aider les professionnels de santé (7). Que faut-il conclure de ces tentatives psychologiques ? Premièrement, elles interviennent dans un contexte particulier : la prise en charge du médecin en souffrance. D’un certain point de vue, celui de Paul Ricœur notamment, tout homme est en souffrance face au mal – quel que soit le ‘sens’ du mal, c’est-à-dire commis ou subi.

Deuxièmement, cette aide est essentiellement destinée, dans un premier temps à soutenir des équipes confrontées à la mort ; par extension, aux équipes confrontées à des situations délicates (soins palliatifs, handicap lourd,...). Or, peut-on réduire la souffrance du médecin à

cette confrontation à la mort ? Il résulte de l'analyse que nous avons faite que la réponse ne peut qu'être négative : la souffrance est bien plus dans l'accompagnement du patient et de ses proches au quotidien que dans le terme, parfois vécu comme une « délivrance ».

Comment définir alors, pratiquement, le mal ? Selon une classification philosophique classique, il y a deux possibilités : l'une positive – c'est-à-dire définissant explicitement ce qu'est le mal, et en un sens, Paul Ricœur tente une telle approche – l'autre négative – en définissant ce que le mal n'est pas et par extension, par le jeu langagier, revient à définir le bien.

Commençons par définir négativement. Le mal est, avant tout, un outil descriptif : nous voyons qu'il y a du mal, nous constatons que tel acte n'est pas bien. En tant que tel, il est avant tout le fruit d'une perception, c'est-à-dire médiatisé par notre sensibilité avant même d'être un objet de réflexion intellectuelle. En ce sens, nous pourrions dire que le mal que je perçois et, avant tout, ce que je perçois comme pouvant m'arriver. En un sens, une partie de la philosophie critique cette position 'sentimentaliste' car agir, c'est avant tout, décider et provoquer une appréciation, voire une perception chez autrui, alors même que c'est aussi, au sens politique, une preuve de mon autonomie. Quelle est alors mon autonomie, en tant qu'agent si elle est soumise au rétro contrôle de la perception que je peux ressentir pour autrui. Ce débat, au demeurant très large, a la pratique médicale à travers la question suivante : dois-je soigner mon patient comme s'il était moi ? Dois-je compatir ?

Cette question, la scientificité et la technicité croissantes l'avaient résolu : le bien, c'est la vie ; le mal, c'est la souffrance, la maladie, la mort. Or, un rapport récent montre que les bonnes intentions peuvent être l'origine d'une maltraitance ordinaire. Or, le principe d'autonomie met en évidence que mon bien, en médecine du moins, est singulier et n'est pas nécessairement celui d'autrui.

Il y a donc une distanciation imposée par l'irruption dans le champ des pratiques médicales de considérations éthiques (que nous illustrons ci-après par deux exemples tirés du M2) qui expose au soignant ce phénomène : bien et mal ne sont pas nécessairement où on les pense. Est-ce à dire qu'il y a un obstacle 'épistémologique' dans les pratiques, à la reconnaissance du mal et donc, comme condition nécessaire, à sa problématisation ?

Nous tenons là ce qui est apparu comme le critère de reconnaissance d'un sous-groupe particulier d'étudiants. En effet, bien qu'ils reconnaissent la technique comme un facteur limitant dans l'appréciation de leur pratique, ils reconnaissent aussi qu'elle sert de 'cache misère' pour un certain nombre de problématiques afférant à la question du mal. Technique et protocole leur apparaissent comme un recours pour 'éviter de s'exposer au mal' (puisque le bien est, dans ce contexte, identique au respect des règles). Or, leur démarche est, précisément, de penser 'par-delà ce protocole' – ce qui est identique, puisque la pratique est assimilable au respect des protocoles, à une remise en cause des pratiques. Au nom de quoi se fait cette remise en cause ? Très clairement, au nom du mal commis à autrui. Dès lors, ayant acquis l'idée que ce qu'ils pourraient percevoir immédiatement comme mal est nécessairement médiatisé (nous reviendrons sur ce point, mais c'est peut-être dans une déconstruction de cette médiatisation que réside, pour eux, dans un premier temps, l'intérêt de la philosophie), ils perçoivent, non pas le mal, mais l'existence de cette problématique.

2.3. Se positionner face au mal : mise en place d'une problématique.

En résumé, nous avons démontré les deux points suivants : les sujets du groupe se situent clairement dans une interrogation de leurs pratiques, et notamment, sur la valeur éthique de leurs pratiques. Deuxièmement, sans le dire sous ces termes, ils engagent une 'action' contre quelque chose qui a trait aux représentations du mal. Voulant mettre en évidence où peut se

situer l'apport de la philosophie dans l'amélioration des pratiques – et, ayant déjà démontré que c'est ce qu'ils visent – il convient de mettre en évidence la 'nature' de leur positionnement et de leurs réponses.

2.3.1. Dire le mal et l'intégrer : la problématique de l'approche personnelle – Suivant la pensée de Paul Ricœur, le mal est ce à quoi il faut faire face, ce qu'il rassemble en une trilogie.

« En conclusion, je voudrais souligner que le problème du mal n'est pas seulement un problème spéculatif : il exige la convergence entre pensée, action (au sens moral et politique) et une transformation spirituelle des sentiments.

1, Penser. Au plan de la pensée, sur lequel nous nous sommes tenus dès que nous avons quitté le stade du mythe, le problème du mal mérite d'être appelé un défi, mais en un sens qui n'a cessé de s'enrichir. Un défi, c'est tour à tour un échec pour des synthèses toujours prématurées, et une provocation à penser plus et autrement. [...]

2, Agir. Pour l'action, le mal est avant tout ce qui ne devrait pas être, mais doit être combattu. En ce sens, l'action renverse l'orientation du regard. Sous l'emprise du mythe, la pensée spéculative est tirée en arrière vers l'origine : d'où vient le mal ? demande-t-elle. La réponse – non la solution – de l'action, c'est : que faire contre le mal ? Le regard est ainsi tourné vers l'avenir, par l'idée d'une tâche à accomplir, qui réplique à celle d'une origine à découvrir.

Que l'on ne croie pas qu'en mettant l'accent sur la lutte contre le mal, on perde de vue une fois de plus la souffrance. Bien au contraire. Tout mal commis par l'un, est mal subi par l'autre. Faire le mal, c'est faire souffrir autrui. La violence ne cesse de refaire l'unité entre mal moral et souffrance. Dès lors, toute action, éthique ou politique, qui diminue la quantité de violence exercée par les hommes les uns contre les autres, diminue le taux de souffrance dans le monde. Que l'on soustraie la souffrance infligée aux hommes par les hommes et on verra ce qui restera de souffrance dans le monde ; à vrai dire, nous ne le savons pas, tant la violence imprègne la souffrance. [...]

3, Sentir. La réponse émotionnelle que je veux ajouter à la réponse pratique concerne les transformations par lesquelles les sentiments qui nourrissent la lamentation et la plainte peuvent passer sous les effets de la sagesse enrichie par la méditation philosophique et théologique. » (2)

Nous pouvons constater, au fur et à mesure que nous leur fournissons des ressources philosophiques correspondant à leur thématique, d'une part, un changement de leur perception du mal (celui-ci apparaît comme moins immédiat, mais bien plus comme le fait d'une construction) ; d'autre part, une systématisation (au sens philosophique) de leur pensée (même s'ils ne choisissent pas tous les mêmes valeurs). Finalement, ils adoptent, plus ou moins, le paradigme augustinien (26) du mal et le reconnaissent volontiers dans leur pratique. Pour le

dire simplement, il s'agit de 'faire mal', pour se simplifier la vie, pour « accélérer les choses » et « parce que c'est possible ». Et, à l'image de Saint Augustin, ils y voient, a posteriori, une représentation du mal qu'ils nomment volontiers « mauvaises pratiques ».

Parallèlement, en tant que personne, ils reconnaissent aussi un droit, pour le soignant, à donner un sens au soin. La thématique de la 'perte de sens du soin' mériterait un travail à part entière. Cependant, ils y répondent franchement, par la construction d'un 'vivre ensemble'. Il y a donc, pour eux, en conclusion, une visée politique du soin (avant d'énoncer une visée éthique selon Paul Ricœur).

Ainsi, le soin n'est pas, pour eux, l'opposition d'un soignant et d'un patient derrière le masque du protocole, mais bel et bien l'objet d'une construction à deux (chose que nous avons peu anticipée, mais qui répond à une certaine détresse du soignant) et qui remet en question le principe d'autonomie.

Pour eux, l'autonomie du patient n'est pas le fait d'un patient despote qui dicte sa loi – et il résulte de leur approche que l'assertion selon laquelle 'le patient n'a que des droits', se trouve contre balancée par l'assertion selon laquelle 'le soignant a des devoirs envers son patients'. Or, les deux assertions ne sont pas logiquement équivalentes dans notre système. Comment mesurer cette différence ?

Pour être très rapide (mais ceci trouvera son explication dans la partie 3), ils expérimentent leur autonomie elle-même fondée sur leurs libertés – à cet égard, ce que nous leur avons proposé sur Kant ((22) Voir partie 3.1.1.2.) les a marqué. Or, précisément, ce que nous voulons montrer maintenant et qu'ils présentent, sans pour autant l'exprimer de manière adéquate, est qu'il y a quelque chose qui leur fait défaut pour s'exprimer en tant que sujet jouissant de libertés et d'autonomie dans le cadre de leur pratique quotidienne. Nous allons

essayer de démontrer maintenant (partie 3) que ce défaut est, précisément ce que Paul Ricœur nomme '*estime de soi*'. Auparavant, il convient de caractériser leur position par rapport au mal.

2.3.2. La position ambiguë du philosophe face au Mal : le Mal-valeur et le Mal-symptôme

– Demander à un philosophe ce qu'est le mal est problématique. Tout au plus peut-il répondre soit qu'« il y a du mal », soit que le mal est un phénomène que nous construisons (et partant, que nous mettons ce que nous voulons dans le mal) – quand il ne dira pas, simplement, que le mal est simplement un mot et que nous l'utilisons comme élément de langage.

C'est la position de Paul Ricœur (2). C'est aussi, en un sens, la position de Nietzsche (27). Cette désertion par le philosophe du champ du mal, si elle n'est pas comblée par la théologie ou la croyance, laisse le champ libre à une multitude de disciplines voyant le mal comme ignorance (nous l'avons démontré plus haut). La question que nous voulons soulever ici, est la pertinence de ces approches : peut-on rendre le mal technique ? Dit autrement, le mal disparaît-il dès lors que je lui oppose un savoir, résultat d'une mesure ?

Deux approches se font face, l'une répondant positivement et mettant en avant un certain nombre de critères ; l'autre, négative, celle de Paul Ricœur, que nous venons de définir. Il ne convient pas pour nous de trancher sur ces questions, mais de déterminer quels sont leurs impacts sur l'apprentissage de l'éthique.

2.3.3. La question des légitimités

– En soulevant les points précédents, nous soulevons la question des légitimités, qui mériterait, en elle-même, une approche sociologique. Comment, au sein d'un laboratoire d'éthique, en fonction des rôles (étudiants ou non), en fonction de la formation d'origine et en fonction l'expérience, se créent des tensions et, pour ainsi dire, des querelles de légitimité. Il ne s'agit pas là de notre propos, cependant, il faut en être conscient pour comprendre un certain nombre de choix méthodologiques.

Les deux figures que sont le médecin et le philosophe, sont-elles ‘compatibles’, c’est-à-dire, peuvent-elles travailler de concert dans un même laboratoire ? En effet, la question de la légitimité de la philosophie n’est pas la question de la légitimité d’un philosophe particulier, de surcroît, venant avec les prétentions supposées de la philosophie ?

Il n’y a que très peu d’études mettant en évidence les apports concrets de la philosophie et, notamment, de la collaboration philosophe/médecin. Outre quelques figures historiques – assez omniprésentes – se pose la question de la possibilité d’un conflit des légitimités entre les deux disciplines, notamment concernant le mal. En effet, si l’on admet la définition, que nous avons donné plus, de la philosophie, celle-ci se situe essentiellement dans l’analyse, la déconstruction et, à sa suite, la reconstruction ‘rationnelle’. Est-ce la méthode médicale ? Assurément, non. Est-ce alors la méthode de l’éthique ? Les points de vue peuvent être divergents : d’une part, les tenants de l’evidence-based-ethics, d’autre part, l’éthique ‘par principe’.

L’evidence-based-ethics n’est pas un concept philosophique. Ce contexte (noté EBE) ne relève pas de la philosophie, pour plusieurs raisons. Premièrement, il s’inscrit, malgré tout, dans une idéologie positiviste qui, d’une part, entendant à l’assoir sur un socle positif, exclut la part ‘métaphysique’ que nous pouvons donner à l’éthique (22) ; d’autre part, et conséquemment, exclut la ‘construction valorielle à travers laquelle peut se concevoir la dimension ‘vivre ensemble’ de l’éthique.

Deuxièmement, la critique est essentiellement méthodologique et fait l’objet d’un intense débat, au sein-même de la communauté scientifique (28), (29), (30), (31). Nous pouvons nous interroger alors ici sur cette inquiétude, cette détresse – essentiellement le fait du médecin s’engageant dans l’éthique – à ce qu’il n’y ait pas que du mesurable et du mesuré dans l’éthique médicale.

Troisièmement, et peut-être est-ce le point le plus grave pour le sujet qui nous occupe en l'absence de méthodologie, les biais statistiques de l'EBE en font un objet de critiques. Il y a la tentation, par la statistique, précisément, de déterminer ce qui est 'bon' parce que reconnu par le plus grand nombre. Or, 1) ce critère qualitatif est une hypothèse et non une vérité et 2) il a toujours été historiquement falsifié en ce sens que le bien – qui vise à être appliqué par tous – est avant tout le fait de l'homme d'exception que l'on suit (10), (20).

Si nous portons un regard historique, il est possible, à travers la lecture de Kuhn (14), de justifier la 'nécessité' – historique, donc – de l'éthique médicale. En résumé, celle-ci est justifiable par la distance de plus en plus grande entre le pouvoir technique et les attentes individuelles et collectives des personnes. La substitution de plus en plus prégnante du terme de personne au terme de patient – qui, d'ailleurs, ferait mieux d'être une association et non une substitution, à travers la notion 'personne malade' – est aussi un marqueur de cette évolution.

En effet, et c'est que nous justifions la notion de 'regard historique', nous soutenons, avec Kuhn, que nous nous situons dans la période post copernicienne. Or, à la suite de Copernic, se présente la figure de Kant qui, précisément, entend faire de la morale et de l'éthique de véritables sciences. Dès lors, l'EBE se situe dans cette droite ligne. Or, dès l'époque de Kant, celui-ci faisait remarquer « l'impossibilité de déduire les règles de la logique, de la psychologie » (23). C'est-à-dire, qu'il exclut, du moins pour la morale, la notion 'd'habitude' comme source doctrinale. En ce sens, il y a une contradiction pour la médecine contemporaine.

En effet, à travers l'idée qu'une erreur qui se répète, il subsiste une erreur et une habitude, l'idée qu'il est possible de transformer l'habitude en norme – et donc de l'inclure dans un schéma tautologique où l'EBE ne ferait que s'auto confirmer – induit, parce que nous sommes dans une société normative, que nous nous engagerions dans la voie, non plus d'une réflexion sur la valeur des pratiques, mais d'une auto justification de celles-ci. Or, la question

de la recherche du moindre mal n'est nullement identique à la question de la justification du mal.

2.3.3. Structure de leur positionnement face au mal – Non avons constaté, dans leurs mots et leur mémoire, la notion d' 'espace éthique'. Qu'est-ce à dire ? En l'absence de réponse claire et définitive à la question du mal, il ne reste que le sens que l'on donne à nos actes et qui ne se résume pas au respect des règles. Autrement dit, se pose la question individuelle : dans cet espace créé par les règles, étant autonome, quel est l'espace résiduel de mon action 'bonne', c'est-à-dire quel espace éthique me reste-t-il ?

Toutes les problématiques, et donc, tous les mémoires que nous avons suivis, qu'ils portent sur les pratiques ou l'enseignement, s'organisent ainsi. Pour respecter la confidentialité de nos intervenants, nous proposons d'en exposer la structure de manière anonyme. Ainsi, dans la suite, nous utilisons le terme de 'vulnérabilité' comme synonyme de personne à l'autonomie restreinte (car jeune, âgé, fortement malade, temporairement inconsciente ou en situation d'urgence, étrangère, pauvre, avec une culture très différentes de la nôtre,...). Nous constatons alors les deux temps suivants :

• question du mal :

1) La vulnérabilité – quelle que soit son origine – est liée à nos représentations, nos vécus et à notre société. Elle présente, en l'état actuel de nos connaissances, un caractère infranchissable (sinon elle ne serait pas une vulnérabilité) avec lequel nous composons tous les jours.

2) Cependant, la souffrance liée à la vulnérabilité (car nous parlons, malgré tout, d'humains ou de vivants sensibles, conformément à la législation) n'est pas anéantie par notre approche 'utilitariste' : il faut du soin, il faut respecter les règles, il faut agir – même mal.

3) Dès lors se pose la question d'une souffrance volontairement infligée, soit au nom de la supériorité du soignant, soit au nom des intérêts économiques, mais nullement justifiée a priori, seulement expliquée. Or, cette explication ne leur semble plus « légitime ».

- **positionnement face à ce mal** : rédaction d'une problématique et tentative de réponse permettant d'agir sur les déterminants qui poussent « à ce mal commis ».

C'est ici qu'apparaît, pour eux, la première 'utilité de la philosophie' : en leurs permettant de se rattacher à une tradition pluriséculaire de réflexion, ils conçoivent mieux les écarts entre la réalité de leurs pratiques et une réalité nouvelle, autre, celle des valeurs.

2.3.4. Nouvelle formulation de la problématique – Nous avons signalé plus haut que ces étudiants, que nous avons sélectionnés, se sont 'spontanément' orientés vers nous pour avoir un complément philosophique. Cependant, que pouvons-nous leur apporter ? En effet, la philosophie est un cadre conceptuel intéressant et, par défaut, pour aborder ces questions. Par défaut car, toutes les autres sciences, en s'étant imprégnées d'une rationalité très particulière ne peuvent – quand cela est possible – que proposer des visions locales du mal, et donc du bien. Soit qu'elles les illustrent, comme, par exemple, les sciences sociales ou l'histoire – à condition d'avoir une approche conséquentialiste des événements qu'elles mettent en évidence – soit, à condition d'y porter une certaine foi, qu'elles le définissent – comme les expériences dites 'evidence-based' qui peuvent mesurer des facteurs subjectifs et chercher à les maximiser. La philosophie, quant à elle, semble être le seul lieu où, par comparaison, ils trouvent du sens.

Cependant, cet apport de sens se fait par une carence de déterminisme en ce qui concerne la question du bien et du mal. Et, pour quitter Nietzsche l'espace d'un instant, le philosophe se retrouve face au paradigme énoncé par Spinoza déjà : « ce n'est pas parce qu'une chose est bien que nous la désirons, mais c'est parce que nous la désirons qu'elle est bien » (32).

Dès lors, il faut s'attacher à un système – philosophique, par exemple, à l'image de celui de Paul Ricœur – pour trouver des réponses. Puisque nous avons mis en avant la perte d'autonomie ressentie par les soignants au regard des choix qu'impose ou exclut la technique, nous pouvons faire l'hypothèse suivante : après l'exposition de différents systèmes philosophiques, et donc, après une phase de déconstruction de la thématique abordée par les étudiants, certains systèmes peuvent apparaître comme cadres de reconstruction, et donc d'appropriation d'une certaine autonomie pour évaluer leur pratique quotidienne.

Dans quelle mesure la philosophie peut aider un étudiant de M2 d'éthique à formuler une problématique claire, explicite et permettant de rendre compte de ses inquiétudes, et comment elle permet, là où le savoir positif caractéristique de la médecine n'est pas possible, de poser des bases nouvelles pour une tentative de réponse et de positionnement à la question du mal ?

De manière duale, pour le philosophe, comment penser cette démarche propre du professionnel de santé, en tant qu'il est aussi une personne et, temporairement, un étudiant en éthique ; quel sens lui donner et quel peut en être le paradigme ?

3. La notion d'estime de soi – éléments pour une discussion sur le rôle et la place de la philosophie dans l'amélioration des pratiques.

Ayant caractérisé l'enjeu de leur mémoire – que nous pouvons penser à travers le 'penser' initiatique décrit par Paul Ricoeur – et avant qu'ils puissent l'expérimenter, c'est-à-dire, se situer dans le souffrir, il y a *l'agir*. Or, cet agir passe par *la rédaction du mémoire*. Autrement dit, au-delà de la problématique, il y a l'initiation de la réponse à la problématique. Et partant, le cadre dans lequel s'inscrit cette rédaction : l'institution. Qu'est-ce qu'écrire, pour eux ? Est-ce une attitude naturelle du soignant qui se situe plus dans la réaction à une situation donnée que dans la projection. Quelles sont les étapes de la rédaction et qu'est-il nécessaire de mettre en place à cette fin ?

Nous avons donc décrit, à travers deux problématiques parallèles : comment est perçu un mémoire et ce qu'il tend à être, d'une part, et comment le philosophe peut problématiser dans un cadre multidisciplinaire, cette démarche de l'étudiant. Nous allons montrer que c'est ici que ces deux problématiques se croisent. Paul Ricoeur nous a été d'un grand secours pour décrire – dans une approche phénoménologique – ce qui se joue durant cette année de M2 d'éthique. Maintenant, nous lui accordons une autre place.

C'est précisément l'objet de cette partie qui nous permettra, de surcroît, de répondre à cette question que nous nous posions initialement – au prix d'une grande restriction du cadre d'application – que peut apporter la philosophie dans l'amélioration des pratiques cliniques quotidiennes à travers la pensée de Paul Ricoeur (et notamment la visée éthique décrite dans *soi-même comme un autre*) dans la problématisation et la rédaction d'un mémoire d'éthique médicale.

Nous avons démontré que ces personnes sont 1) dans une interrogation sur leurs pratiques et 2) dans une lutte contre les représentations du mal. Sont-ils dans une démarche d'estime de soi ? Pour pouvoir répondre à cette question et 'justifier' ce que nous avons dit avant, encore faut-il démontrer que, 1) leur mémoire se situe dans l'agir et, 2) cet agir se fait par et pour autrui (ce qui constitue l'enjeu de la « visée éthique »). Cette question restait théorique jusqu'il y a peu ; en effet, la dernière semaine avant le rendu des mémoires ayant donné une dimension supplémentaire à leur travail – donc les ayant plongé dans la dimension *proprement éthique* de la rédaction de leur mémoire. Cette dernière partie est consacrée à cette 'prise de conscience' du 'dernier moment'.

Méthodologie : nous avons mené trois actions, mais qui ne doivent pas être conçues comme parallèles, mais comme s'entrelaçant étroitement. 1) Nous avons développé la question du 'je' dans l'écriture des grands textes de la philosophie et avons amené les étudiants à constater la problématique intrinsèque d'être auteur. 2) Nous avons ensuite amené une aide plus personnalisée en termes de contextualisation philosophique de leur thématique. 3) A la suite de quoi, nous avons mené les derniers entretiens pour essayer de déterminer la position qu'ils tenaient à l'égard de leur travail.

Objectif : insister sur la problématique de 'se dire' et notamment se dire 'face à', en reliant celle-ci à la méthodologie propre de la rédaction d'un mémoire. Exposer le passage d'un 'soi réactionnel' à un 'soi réflexif' et l'interpréter en tant que démarche d'estime de soi telle que décrite par Paul Ricœur. Enfin, envisager les possibles conséquences pour la pratique clinique quotidienne.

3.1. Se dire soi-même : une construction à travers la problématisation ?

Se dire soi-même, le projet semble naïf. Habitué, par notre modernité à affirmer ‘je m’appelle’, ‘je suis le docteur’, l’ambition semble des plus restreintes et fait sourire. Cependant, notre philosophie postcartésienne, une philosophie de l’égo, met en avant cette problématique. Nous ne sommes pas naturellement ce ‘je pensant et agissant’.

Avant d’exposer la théorie de Paul Ricœur, nous avons proposé aux étudiants du Master 2 d’éthique cette problématique à travers l’étude de trois auteurs.

3.1.1. Se dire soi-même : l’exemple de la philosophie – Tout récit n’est pas éthiquement neutre, écrit Paul Ricœur (1). Nous allons illustrer ce propos à travers l’étude de trois auteurs : Descartes (33), Kant (22) et Nietzsche (34). Par ailleurs, il s’agit aussi d’auteurs récurrents dans la pensée de Paul Ricœur, ce qui permet d’éclairer, au moins sur le plan de la filiation des idées, la formation de sa pensée.

Tous appartiennent à cette époque post copernicienne – et tous présentent, à un moment ou à un autre de leurs récits, ce discours à la première personne. La question que nous nous posons ici est celle de la légitimité, tant pour le philosophe que pour le médecin, de l’emploi d’un tel pronom. Nous verrons qu’il s’agit là d’une double problématique : celle de la légitimité (qui parle et en a-t-il le droit ?), mais aussi comment parler (y a-t-il seulement une science ou discipline qui puisse ‘légitimement’ parler du bien et du mal ?). S’agissant d’une thématique très précise chez Paul Ricœur, nous avons choisi de présenter ces trois textes aux étudiants, non pour leur ‘donner’ une légitimité, mais pour leur faire comprendre que cette notion se construit, s’acquiert.

3.1.1.1. Descartes, le discours de la méthode – Rappelons brièvement, l'introduction du discours de la méthode :

« Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée : car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose, n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont. En quoi il n'est pas vraisemblable que tous se trompent ; mais plutôt cela témoigne que la puissance de bien juger, et distinguer le vrai d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égale en tous les hommes; et ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses. Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien. Les plus grandes âmes sont capables des plus grands vices, aussi bien que des plus grandes vertus ; et ceux qui ne marchent que fort lentement peuvent avancer beaucoup davantage, s'ils suivent toujours le droit chemin, que ne font ceux qui courent, et qui s'en éloignent. » (33)

Nous avons proposé aux étudiants de remplacer la notion de « bon sens » par la notion de « éthique médicale ». Tous ont accepté le nouveau texte, le trouvant intéressant, mais expliquant qu'ils « n'auraient pas été légitimes » pour le faire. Nous reparlerons plus loin de la question de la légitimité. Cependant, il est important de noter que tous se reconnaissent dans ce genre de discours à la première personne. Il convient alors pour nous de nous interroger sur cette notion et de leur donner des explications quant à l'enjeu de ceux-ci.

Nous sommes en face d'un auteur qui se découvre lui-même en se mettant en doute. Cependant, il ne s'agit pas du doute hyperbolique que nous attribuons à la théorie cartésienne du *cogito* (nous renvoyons à la préface de (1) pour une étude plus précise de ce point). Celle-ci est le fait postérieur, d'un penseur aguerri, doublé d'un mathématicien. Bien plus il s'agit d'un récit historique personnel se mettant à la première personne afin d'explorer ses propres failles.

3.1.1.2. Kant, les fondements de la métaphysique des mœurs – Nous en arrivons à la deuxième figure de cette phase post copernicienne, tout autant qu'au fondateur de notre morale classique (nous remarquons sa citation fréquente et récurrente dans (5)). Nous avons supposé (et au cours de notre expérience, avons essayé de transmettre aux autres étudiants du M2) la dimension proprement personnelle dans l'œuvre de Kant. Où se situe-t-il ? Kant est connu pour sa *Critique*

de la raison pure – œuvre dense, ayant profondément marqué l’histoire de la philosophie et des sciences, et qui, aujourd’hui encore, fait débat. Avant d’écrire l’équivalent moral de cette œuvre, c’est-à-dire la *Critique de la raison pratique*, s’insère, ce petit opuscule (du point de vue quantitatif seulement) où Kant met en évidence une tension.

« Dans la constitution naturelle d’un être organisé, c’est-à-dire d’un être conformé en vue de la vie, nous posons comme principe qu’il ne se trouve pas d’organe pour une fin quelconque, qui ne soit du même coup le plus propre et le plus accommodé à cette fin. Or, si dans un être doué de raison et de volonté la nature avait pour but spécial sa *conservation*, son *bien-être*, en un mot son *bonheur*, elle aurait bien mal pris ses mesures en choisissant la raison de la créature comme exécutrice de son intention. Car toutes les actions que cet être doit accomplir dans cette intention, ainsi que la règle complète de sa conduite, lui auraient été indiquées bien plus exactement par l’instinct, et cette fin aurait pu être bien plus sûrement atteinte de la sorte qu’elle ne peut jamais l’être par la raison ; et si à une telle créature la raison devait par surcroît échoir comme faveur, elle n’aurait dû lui servir que pour faire des réflexions sur les heureuses dispositions de la nature, pour les admirer, pour s’en réjouir et en rendre grâce à la Cause bienfaisante, mais non pour soumettre à cette faible et trompeuse direction sa faculté de désirer et pour se mêler gauchement de remplir les desseins de la nature ; en un mot, la nature aurait empêché que la raison n’allât verser dans un *usage pratique* et n’eût la présomption, avec ses faibles lumières, de se figurer sur le plan du bonheur et des moyens d’y parvenir. » (22)

De fait, nous trouvons un Kant tiraillé entre, d’une part, son respect pour la religion et les normes, mais aussi un Kant envieux de laisser s’exprimer cette part de divin en soi. Dès lors, apparaissent les concepts de dignité, de liberté et d’autonomie – que nous proposons d’analyser en termes de la découverte de la possibilité, intime, de faire le bien plutôt que le mal ; mais aussi un reflet du divin en soi. Or, comment légitimer cette possibilité de l’Homme, et surtout, jusqu’où faut-il mettre en doute sa nature pour y parvenir ?

3.1.1.3. Nietzsche, ainsi parlait Zarathoustra – L’œuvre de Nietzsche est beaucoup plus dense, cependant, elle ne semble pas échapper à la règle. Le penseur qui exige de se situer *Par-delà le bien et le mal*, qui s’engage dans la *Généalogie de la morale*, doit (avec tout le poids du devoir) se trouver une légitimité, voire une identité. Il se crée donc un double : Zarathoustra.

« Lorsque Zarathoustra eut atteint sa trentième année, il quitta sa patrie et le lac de sa patrie et s'en alla dans la montagne. Là il jouit de son esprit et de sa solitude et ne s'en lassa point durant dix années. Mais enfin son cœur se transforma, – et un matin, se levant avec l'aurore, il s'avança devant le soleil et lui parla ainsi :

« Ô grand astre ! Quel serait ton bonheur, si tu n'avais pas ceux que tu éclaires ?

Depuis dix ans que tu viens vers ma caverne : tu te serais lassé de ta lumière et de ce chemin, sans moi, mon aigle et mon serpent.

Mais nous t'attendions chaque matin, nous te prenions ton superflu et nous t'en bénissions.

Voici ! Je suis dégoûté de ma sagesse, comme l'abeille qui a amassé trop de miel. J'ai besoin de mains qui se tendent. Je voudrais donner et distribuer, jusqu'à ce que les sages parmi les hommes soient redevenus joyeux de leur folie, et les pauvres, heureux de leur richesse.

Voilà pourquoi je dois descendre dans les profondeurs, comme tu fais le soir quand tu vas derrière les mers, apportant ta clarté au-dessous du monde, ô astre débordant de richesse ! » (34)

Trois exemples, donc, trois légitimités qui se créent. Trois formes de discours, aussi – nous dirions trois *identités narratives* – mais aussi trois éthiques. Éthique de la recherche, pour Descartes ; éthique dans ses fondements pour Kant ; éthique humaine et romancée pour Nietzsche. Aucun discours éthique n'est *naturellement légitime*, car aucune éthique n'est naturelle. Bien plus, il s'agit d'une construction et non de l'obtention d'un savoir (même si ceux-ci servent nécessairement à la construction de l'édifice). Nous posons comme principe – avec Ricœur – qu'il s'agit là de l'enjeu ; et que cet enjeu doit être acquis, notamment, par la confrontation à autrui, mais aussi par la confrontation à soi-même – par exemple, l'écriture d'un mémoire d'éthique. C'est sur ce point, maintenant, que nous axons notre travail.

3.1.2. Le parallélisme avec la rédaction d'un M2 – Pouvons-nous alors voir en la rédaction d'un master 2, trop souvent pensé comme un exercice académique sans réelle prise sur le rédacteur, ce moment initiatique de la prise de conscience et partant, du positionnement éthique – sans pour autant supposer l'avènement de réponses.

« Cette nécessité de décrypter le ‘texte’ que nous entendions par ce terme les textes réels de la philosophie « Mais ce n’est pas cette figure qui peut le plus déranger l’ordre de notre propos : c’est la propension du langage à l’énigme, à l’artifice, à l’hermétisme, au secret, pour tout dire à la non-communication. De là ce que j’appellerai l’extrémisme de Steiner qui l’amène, par haine du bavardage, de l’usage conventionnel, de l’instrumentalisation du langage, à opposer interprétation à communication ; l’équation : « Comprendre, c’est traduire » se referme alors sur le rapport de soi à soi-même dans le *secret* où nous retrouvons l’intraduisible, que nous avons cru écarter au profit du couple fidélité/trahison. Nous le retrouvons sur le trajet du vœu de la fidélité la plus extrême. Mais fidélité à qui et à quoi ? Fidélité à la capacité du langage à préserver le secret à l’encontre de sa propension à le trahir. Fidélité dès lors à soi-même plutôt qu’à autrui. Et c’est vrai que la haute poésie d’un Paul Celan côtoie l’intraduisible, en côtoyant d’abord l’indicible, l’innommable, au cœur de sa propre langue, tout autant que dans l’écart entre deux langues. » (3)

Ecrire un mémoire, c’est avant tout, traduire. Traduire ce que nous ont transmis les patients, parfois directement par leurs mots, parfois de manière moins directe, par leurs attitudes, leurs craintes, leurs non-dits. C’est aussi traduire ses propres inquiétudes en tant que professionnel, qui peuvent apparaître comme évidentes et légitimes dans l’immédiateté de l’acte médical, mais qui le sont parfois beaucoup moins dans la distance créée par la réflexion.

C’est aussi se positionner en tant que ‘soi’ – une herméneutique du sujet dirait Paul Ricœur – tout autant des patients, en tant que sujet d’étude, que même en tant que rédacteur de cette étude. Hors les mesures (et c’est une tentation immense pour le professionnel de santé), il y a la difficulté d’écrire hors les normes, hors ce qui paraissait immédiat, mais qui ne l’est pas. Finalement, ce qu’ils appellent « légitimité » – et qu’ils cherchent dans la philosophie, mais que la philosophie ne saurait leur procurer – est une *notion* autre. Nous illustrons ce point par une autre citation de Paul Ricœur (3) et nous lui donnerons un sens dans la partie suivante.

« Mais cette première référence à la position du soi, comme existant et pensant, ne suffit pas à caractériser la réflexion. En particulier, nous ne comprenons pas encore pourquoi elle requiert un travail de déchiffrement, une exégèse et une science de l’exégèse ou herméneutique et, encore moins, pourquoi ce déchiffrement doit être soit une psychanalyse, soit une phénoménologie du Sacré. Ce point ne peut être entendu aussi longtemps que la réflexion apparaît comme un retour à la soi-disant évidence de la conscience immédiate ; il nous faut introduire un second trait de la réflexion qui s’énonce ainsi : *réflexion n’est pas intuition* ; ou, en termes positifs : la réflexion est l’effort pour ressaisir l’*ego* de l’*ego Cogito* dans le miroir de ses objets, de ses œuvres et finalement de ses actes. Or, pourquoi la position de l’*ego* doit-elle être ressaisie à travers ses actes ? Précisément parce qu’elle n’est donnée ni dans une évidence psychologique, ni dans une intuition intellectuelle, ni dans une vision mystique. Une philosophie réflexive est le contraire d’une philosophie de l’immédiat. La première vérité – *je suis, je pense* – reste aussi abstraite et vide qu’elle invincible ; il lui faut être « médiatisée » par les représentations, les actions,

les œuvres, les institutions, les monuments qui l'objectivent ; c'est dans ces objets, au sens le plus large du mot, que l'*ego* doit se perdre et se trouver. Nous pouvons dire qu'une philosophie de la réflexion n'est pas une philosophie de la conscience, si par conscience nous entendons conscience immédiate de soi-même. »

3.2. Le concept 'd'estime de soi' comme clef de voûte de la démarche éthique.

La philosophie donne des exemples que ce qu'il reste de liberté quand aucune certitude n'est possible. Dès lors, nous retrouvons la critique non pas de l'EBE (qui occupe une place légitime au sein de l'éthique médicale), mais de son rôle pour l'intériorisation d'une dimension éthique de la pratique médicale.

Qu'y 'avait'-t-il jusque-là ? D'une part, une approche paternaliste de l'enseignement de la médecine, dont on peut s'interroger sur la valeur dès lors que la médecine contemporaine proclame l'autonomie du patient, ne doit-il pas y avoir, en retour, une autonomie du médecin ? D'autant plus que la perspective paternaliste apparaît, certes, comme un garde-fou pour les nouveaux professionnels, mais parfois aussi, comme un obstacle à la progression de la pratique (cf. analyse de contenu des entretiens).

3.2.1. Présentation du concept – Nous voulions étudier le concept d'estime de soi en tant qu'il est un paradigme, nous semble-t-il, de la démarche éthique. Nous l'avons fait. Cependant, alors même que notre travail touchait à sa fin (sans anticiper sur le titre suivant), les étudiants nous ont assailli de question à la dernière minute : « Puis-je dire que ? », « Ai-je le droit de dire que ? », mais surtout « Je ne suis pas légitime pour dire que ». Nous avons donc mené des entretiens de dernière minute qui ne peuvent mener qu'à ce constat : 1) ce qu'ils nomment « légitimité » est identique à ce que Paul Ricœur nomme « estime de soi » ; 2) il apparaît comme nécessaire que le Paul Ricœur, que nous décrivions comme 'un maître' pour le philosophe qui veut transmettre la philosophie – selon un modèle que nous exposerons en 3.3. – est aussi devenu un modèle pour ces professionnels de santé. Or, ce n'est pas le concept « d'estime de

soi » qui est visé, mais des problématiques bien précises. Notre question est alors la suivante : comment s'articule la part 'sombre' de Paul Ricœur – destinée à aider qui enseigne la philosophie – et la part 'claire' – destinée à aider le professionnel de santé ?

« L'articulation entre visée téléologique et moment déontologique, d'abord aperçue au niveau des prédicats appliqués à l'action – prédicat « bon », prédicat « obligatoire » – trouvera enfin sa réplique au plan de la désignation de soi : c'est à la visée éthique que correspondra ce que nous appelons désormais estime de soi, et au moment déontologique le respect de soi. Selon la thèse proposée ici, il devrait apparaître : 1) que l'estime de soi est plus fondamentale que le respect de soi ; 2) que le respect de soi est l'aspect que revêt l'estime de soi sous le régime de la norme ; 3) enfin, que les apories du devoir créent des situations où l'estime de soi n'apparaît pas seulement comme la source mais comme le recours du respect, lorsque aucune norme certaine n'offre plus de guide sûr pour l'exercice *hic et nunc* du respect. Ainsi, estime de soi, et respect de soi représenteront conjointement les stades les plus avancés de cette croissance qui est en même temps un dépli de l'ipséité. » (1)

Cette question de la légitimité est très importante car, d'une part, selon leurs attentes elle « remet en cause beaucoup de choses », mais elle est aussi la marque de l'intériorisation d'une problématique très précise.

Sur le premier point, il y a remise en cause de l'enseignement – car, pour eux comme pour nous, enseigner et apprendre sont deux choses différentes. Si beaucoup d'entre eux n'ont pas souhaité mettre en avant leurs nouveaux acquis philosophiques – or, comme le dirait Descartes, il s'agit seulement de 'bon sens' – car le contexte ne s'y prêtait pas, tous ont désiré que leur travail soit philosophiquement « juste ». Il y a donc une mesure positive qui, malgré tout, persiste dans leur mémoire – même si tous déclarent qu'« en thèse », ils en useront.

Deuxièmement, l'intériorisation exclut, dans ce moment précis de la rédaction du mémoire, les techniques dites 'evidence-based'. En ce sens, pour eux, « il s'agit de comprendre, plus que de savoir ». Ainsi, ces « savoirs » sont utiles, mais pas la source d'un nouveau comportement. Tout au plus, ils sont, *dès lors qu'on est éthique*, ce qu'il faut en plus pour agir bien ; mais pas la motivation pour agir bien.

3.2.2. Analyse des besoins de ‘dernière minute’ – L’estime de soi comme paradigme et propédeutique de et à la ‘démarche éthique’ – Ce point théorique – qui est une anticipation et une interprétation – est illustrable par le comportement de 6 des 7 étudiants suivis. Lors de la dernière semaine avant la remise du mémoire, ils sont venus spontanément en posant des questions très techniques (premier constat). Celles-ci, par ailleurs, s’ancrent dans une problématique plus profonde – de manière imagée, n’étaient pas, à proprement parler, des questions *sur des points précis*, mais des questions *sur les relations entre ces points*. Il y avait donc pour eux la perception, après la rédaction, mais avant le rendu définitif, de la non-immédiateté de leur problématique éthique.

Par ailleurs, les questions s’orientaient très nettement vers deux objectifs : la notion d’identité (notamment l’identité narrative) et la question de la construction de celle-ci. Cependant, celles-ci étaient bien plus orientées au regard de leurs patients que de leurs propres problèmes à rédiger. Il ne s’agit pas, ici, d’interpréter ‘psychologiquement’ le questionnement sur soi-même à travers le questionnement sur ses patients. Cependant, en menant d’ultimes entretiens sur cette problématique, le point est apparu très clairement.

Premièrement, il y a une mutation sémantique très caractérisée. Alors que ces étudiants disaient « le travail de mémoire », « il faudrait faire ça », nous avons eu des propos du style « mon texte », « je ». Lors de la toute première phase, nous avons constaté que les étudiants prenaient plus de distance avec leur travail.

Deuxièmement, il y a une mutation sur la perception de leur mémoire. Alors qu’avant la rédaction était principalement « vouée » à satisfaire des exigences académiques formelles (nombre de pages, nombre de citations,...), elle s’interprète maintenant en termes de responsabilité vis-à-vis du patient. Non pas que ces professionnels n’étaient pas responsables vis-à-vis de leurs patients dans leurs pratiques, mais, au moins pour deux mémoires ayant

nécessité une interrogation sur des personnes vulnérables, la question s'est posée du 'mal' qui leur est fait de 'manière' involontaire à leur imposer (de manière normative) une obligation de faire des choix alors même qu'ils n'ont peut-être pas les connaissances pour les faire.

Ce point est très important, nous allons le développer ici. Au-delà des remarques sur les contingences liées à la pratique, la question de l'identité narrative est très clairement apparue en ces termes : « Quand je demande à un patient de signer un consentement 'éclairé', qui est impliqué ? » Est-ce le patient, dans l'immédiateté de sa condition de patient (une personne souffrante) ou est-ce un sujet qui se construit, notamment lors du soin ?

C'est donc une autre forme de 'vulnérabilité' qui leurs est apparue. Est-ce à dire que la médecine, et, par extension, le soin demandent trop aux patients (ultime questions que nous leur avons posée) ? Les réactions étaient très vives pour dire, de manière unanime, « non ». Que le soin exige – selon le paradigme hippocratique de 'l'observation du régime de santé' – une modification du comportement du patient, cela est acquis. Cependant, le point qu'ils visent, en termes de mauvaises pratiques notamment, est le fait que le médecin se décharge de ses responsabilités au nom de l'autonomie du patient, alors même que, 1) le patient est toujours vulnérable (en tout cas, de leur point de vue) et, 2) que l'identité du patient, telle qu'ils l'ont perçue jusque-là, ne se trouve pas être, pour eux, 'l'identité apte' à répondre à des questions qui engagent sur une vie (voire, qui engagent sur la vie). Le concept 'd'identité narrative', répondant à la question « qui parle ? », tel que présenté par Paul Ricœur (1,3), et plus particulièrement ce qui sous-tend des réponses à cette question, leur apparaît comme essentiel.

La question n'est pas de savoir si cette question admet ou a déjà trouvé des réponses. Bien plus, elle est l'intériorisation, par des professionnels de santé, de cette problématique dans leurs relations aux patients. Pour eux, le 'temps de la médecine' ne doit pas être une excuse pour ne pas la poser. Il y a même, d'ailleurs, une certaine réaction négative de leur part face à leurs collègues qui en nient l'évidence. Dès lors aussi, pour nous, de constater que ce mémoire

qui est un temps de récit à soi, est une forme d'*égocentrisme altruiste*. Il s'agit, dans un premier temps, de se mettre au centre du système pour se mettre en question (dimension égotique), mais de le faire par (c'est-à-dire en questionnant, en observant autrui) *et* pour autrui (dans le but éventuel de publier des recommandations visant l'amélioration des pratiques médicales). Si tant est que cette amélioration corresponde au concept de « vie bonne » et que, dans un premier temps, le lieu où est menée cette réflexion, l'université, soit une « institution juste » – c'est-à-dire qu'elle intègre comme objectif cette justice rendue au patient ; et, dans un second temps, que l'hôpital, institution où appliquer ces nouvelles pratiques le soit aussi ; alors nous pouvons conclure qu'ils se mettent dans la position suivante : 'ils visent la « vie bonne et pour autrui dans des institutions justes ». Or, par ce raccourci langagier, nous sommes dans la visée éthique de Paul Ricœur.

3.3. L'intériorisation d'une 'révolution copernicienne' ?

Quel a été réellement notre travail – en guise de discussion ? Ultime étape de celui-ci, le moment d'une réflexion critique. Qu'est-ce que s'interroger sur les pratiques ? Qu'est-ce que s'interroger sur ces pratiques, soit en tant qu'extérieur – sous les traits du philosophe – ou du point de vue intérieur – sous les traits du praticien ? L'enjeu est concrètement ici. Et quel est, alors, le lien avec le sujet que nous nous sommes donné : philosophie et médecin ?

Dire que la philosophie est utile pour l'amélioration d'une pratique quelconque relève, somme toute, de l'évidence. Premièrement, l'orgueil de la philosophie est d'avoir trouvé à dire sur tout. Deuxièmement, sur le plan personnel, il est évident que d'élargir ses champs de connaissances ne peut qu'être mélioratif. Cependant, si d'aucuns comprennent aisément comment un cours sur les statistiques (donc prenant un domaine très étudié et assuré d'une science dure, les mathématiques) peut aider un praticien à améliorer ses pratiques – en lui

donnant les arguments pour une lecture critique des articles, en lui permettant de mener ses propres recherches en maîtrisant des outils statistiques qui lui sont nécessaires – quid de la philosophie ? N'apparaît-elle pas, sous cet aspect, comme une entreprise vaine ? Qu'enseigne-t-elle vraiment ?

Dès lors, le véritable problème n'est pas d'exhiber un point précis où celle-ci serait susceptible d'intervenir (nous aurions pu étudier la rationalité du patient, l'épistémologie de la médecine,...), mais bel et bien de construire une problématique englobant la philosophie dans le contexte d'une étude critique des pratiques médicales. Qu'est-ce à dire ?

Premièrement, une étude réflexive sur les pratiques qui serait 'médico centrée', serait soit une réflexion sur la technique par des techniciens ; soit vouée à l'échec – car ne rien apporter d'extérieur aux pratiques, c'est-à-dire rester « coincé » dans le référentiel que celles-ci forment ne permet pas, justement, un changement de référentiel. Gardons ce point en réserve.

Deuxièmement, toute recherche, notamment celles sur l'amélioration des pratiques, se fait selon le triptyque suivant : identification de « ce qui ne va pas », problématisation et enfin (tentative de) réponse. Or, les études médicales, forment-elles à la problématisation ? Bien plus, qu'est-ce qu'une problématisation ?

Les sciences, plus ou moins dures, ne peuvent être que perçues comme des approches circonstanciées au sein d'un système formalisé et logique et reposant, pour la plupart, sur des faits – c'est-à-dire, dans les grandes lignes, sur une possibilité de mesure. Or, des notions telles que l'autonomie, la dignité, la vulnérabilité qui sont aujourd'hui, soulignons-le, parmi les facteurs les plus importants d'évolution des pratiques, sont-elles des faits ? Partant, que dire du bien et du mal – tant il est vrai que la médecine est mue, malgré tout, par la notion de bien, ou du moins d'opposition au mal ?

Ce destin collectif de la médecine qui s'inscrit, si nous lisons Kuhn (14), dans une sorte de divergence entre ce que la technique peut et ce que l'Homme veut, instaure un schisme entre la technique et l'humain. Or, quelle utilité ont ces conceptions collectives dans la singularité, voire l'urgence, de la relation du médecin avec son patient ?

Autrement dit, de manière peut-être plus provocatrice, qu'il y ait de l'éthique ou qu'il y ait besoin d'éthique, cela relève du fait – et dans la continuité de ce que nous avons dit, peut se mesurer au nombre de publications à cet égard, au nombre de comités d'éthique ou de laboratoires d'éthique. Mais, *être éthique*, est-ce un fait ? Si nous devons critiquer la position selon laquelle 'être un bon médecin' n'est pas consubstantiel à l'obtention du diplôme, pouvons-nous continuer à admettre que le fait d'obtenir un diplôme en éthique – c'est-à-dire, d'être dépositaire d'un certain savoir éthique – suffit à nous rendre éthique ?

De manière imagée, nous dirions 'encore faut-il que le miracle s'opère'. Or, quel est-il ce miracle ? Nous avons dégagé les tendances suivantes : il s'agit d'interroger les valeurs qui nous font agir, de les mettre dans une perspective critique à travers une distinction – nommons-la ontologique – entre fait et choix. Il s'agit – et c'est là-même que nous retrouvons notre notion de référentiel – pour le médecin, non pas de devenir définitivement un autre que lui-même, mais de permettre une prise de distance, un regard critique, sur l'immédiateté de ses pratiques. Or, 'se prendre soi-même comme un autre' (outre la légitimité de Paul Ricœur, nous retrouvons aussi l'implication profonde de la morale kantienne), dit autrement, revient à effectuer une révolution sur soi-même, une recherche de sa juste place, par-delà les apparences – revient à effectuer en soi, donc personnellement, une révolution copernicienne.

Ce que nous avons mis en avant est que 1) les praticiens trouvent dans la philosophie – qui les relie à la tradition – une légitimité pour leurs questionnements et pour leurs réponses et que, 2) cette légitimité qui correspond en tout point à la notion d'estime de soi ne peut se faire qu'à travers la 'soumission' à un modèle qui les dépassent, mais auquel ils adhèrent au

moins temporairement – quitte, pour eux, à prolonger le modèle qu'ils auront suivi ou à en déterminer un nouveau.

C'est dans cette perspective que nous situons la critique de l'EBE. En effet, elle s'apparente bien souvent au cadre de l'étude d'un certain nombre de recherches orphelines, en ce sens qu'elle pourrait relever du soin 'très léger', voire de la recherche d'une satisfaction du patient à travers le soin, de la psychologie du soin, de la sociologie du soin ; quoi qu'il en soit, d'une sorte de statistique qui permet de faire un choix. Cette position est donc très intéressante et très respectable, sauf qu'elle apparaît, pour les étudiants en éthique, comme un savoir à apprendre et non comme une sorte de conversion, soit elle mesure l'écart entre, pour un individu, posséder un savoir éthique et être éthique soi-même.

Qu'il y ait de l'éthique est un fait. Cependant, longtemps, l'éthique était, l'éthique médicale du moins, consubstantielle au diplôme de médecin. Alors il fallut la création d'instances régulatrices et, par conséquent, l'instauration de diplômes mettant en avant l'impact de cette éthique. Cependant, aucune étude ne porte sur la 'qualité' de ces diplômes. Quels sont les déterminismes qui incitent les gens à s'y inscrire ? Et plus particulièrement, quel sens donner à cette démarche ? Aucune étude ne s'est alors, jusque-là, penchée sur la question. Autrement dit, dans quelle société paradoxale sommes-nous qui, d'une part, vise le tout éthique (puisque aujourd'hui, même le commerce, dont la visée première est le profit, doit être éthique), mais qui, d'autre part, résume celle-ci soit à une étude des lois (ce qui n'est qu'une partie de l'éthique, et peut-être même, la plus insignifiante) ou à une instance de régulation des publications ? Concrètement, être éthique, est-ce appliquer des règles ou modifier suffisamment sa manière d'appréhender le monde et autrui – quitte à être en désaccord – de manière à faire émerger un 'vivre ensemble' ne relevant plus de la simple technicité ou légalité, mais du véritable projet, d'une part, projet qui, de surcroît, puisse s'ériger au rang de 'lutte contre le mal' ?

Conclusion.

Que peut, alors – pour résumer notre travail à ce simple mot – apporter la philosophie pour l'amélioration des pratiques cliniques quotidiennes ? Avant de limiter la portée de notre travail, reconnaissons au moins ce fait : il existe des médecins qui ont trouvé utile de faire un détour par le laboratoire d'éthique médicale pour construire une problématique liée à leurs pratiques, dans un premier temps ; et tenter d'y initier quelques réponses dans un second temps.

L'enjeu que nous avons tenté de mettre en avant dans ce travail est que, finalement, la réponse qui est adressée – en l'espèce pour les travaux que nous avons suivis, à une forme de mal ou une représentation de celui-ci – n'est pas ce qui importe. Bien plus importantes sont les dispositions dans lesquelles il faut littéralement se positionner – bien que la formule soit répétitive – pour pouvoir énoncer une réponse, une réponse à la première personne de surcroît. En le disant autrement, c'est littéralement se positionner face au mal.

Notre problématique a mis en avant deux agents, le philosophe et le médecin, en les considérant a priori comme étrangers l'un à l'autre, mais sans jugement de légitimité – la seule légitimité étant l'engagement. Ce que le philosophe peut apporter au médecin n'est cependant pas ce que le médecin peut s'accaparer de la philosophie. Ce point est important car d'une part, il légitime la dimension multidisciplinaire de l'éthique médicale mais, d'autre part, il règle la question des légitimités. Chacun étant à sa place respective, il n'y a pas, si l'on peut dire, de conflit d'intérêt.

Quel est l'apport ? Pour le philosophe, le médecin est le lieu d'expérimentation de ses théories. Ainsi, l'apport en ce sens, est paradigmatique. Soit à dire que le médecin qui s'engage dans cette réflexion éthique est l'une des illustrations paradigmatiques de la pensée de Paul Ricœur, par exemple. Dans l'autre sens, celui de l'apport de la philosophie au médecin, nous y

voyons une propédeutique. C'est-à-dire que la philosophie a déjà étudié, sur le plan théorique, ce que le médecin, dans un premier temps 'noyé' dans l'immédiateté de sa pratique, se met à chercher au cours de sa vie.

Autrement dit, le médecin, dans son ipséité, peut trouver, par cette voie, un média pour sa quête d'identité. Identité qui surpasse le cadre du médecin, puisqu'elle le renvoie à l'individu et concrètement, à l'individu qui devient sujet de narration lors de la rédaction de son mémoire. La rédaction du M2 implique, dans la lecture personnelle qui est la nôtre, de se dire 'soi-même comme un autre'. C'est ici qu'apparaît comme paradigmatique la philosophie. Elle illustre pour lui cette boîte à idées dont il peut se servir – et dont le philosophe, quant à lui, doit savoir jouer pour, de manière implicite, mener le médecin sur la voie éthique. C'est aussi l'occasion pour certains de se créer une identité réflexive.

Trois objections se font immédiatement jour. Premièrement, le fait de devenir un 'bon médecin' – en donnant au terme 'bon' un sens éthique – nécessite-t-il la démarche que nous avons décrite ? Deuxièmement, quand bien même celle-ci serait entamée, pouvons-nous imaginer un déterminisme dans l'amélioration des pratiques quotidiennes par le médecin ? Troisièmement, est-ce la seule manière de s'améliorer ?

Bien évidemment, nous ne prétendons pas à l'universalisation, ni de la méthodologie ricœurienne, ni même de l'éthique. Notre étude n'étant pas quantitative, nous ne pouvons que nous limiter à assurer, de manière limitative, que cela est possible. Quant au déterminisme de cet apport, la réponse est la même : seule une étude quantitative pourrait déterminer – quand bien même une telle étude serait possible – le 'taux de succès' de l'entreprise.

Que déduire alors, concrètement de cette approche qualitative ? Reprenons la phrase de Paul Ricœur : « La visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes ». Prenons pour 'vie bonne' pour le médecin, une pratique éthique de la médecine. Pour ne pas en

rester à une définition tautologique, disons, en l'état actuel des savoirs, une pratique qui se soucie du respect, de l'autonomie, contre la maltraitance et pour la bienfaisance... D'emblée, de par la nature-même des pratiques médicales, elle accepte la notion 'avec et pour autrui'. Reste donc la question des institutions. Nous avons insisté sur le fait que l'EBE, bien que très utile en pratique, ne peut être le socle de cette 'révolution copernicienne' qui s'opère au sein de la médecine. Cependant, si ce changement est personnel, il s'inclut dans une action collective au sein de la cité. La production de mémoires, la publication d'articles, tout autant que la communication avec le public fait, dès lors, un lieu pour une institution juste.

Dans cet ultime développement, c'est précisément le point sur lequel nous voulions insister et qui, espérons-nous, émane de notre travail. Que nous voulions faire de l'éthique un projet commun est une chose ; que créions la structure au sein de laquelle être 'aidé à le devenir' est un autre point. Les laboratoires d'éthique, quand ils ne se limitent pas à une activité réglementaire – qui, somme toute, à la lecture de Paul Ricoeur, est une éthique du pauvre, qui s'applique à celui qui n'a pas, en lui-même, opéré sa conversion – font l'objet de critiques ; notamment sur leurs ambitions philosophiques. En revanche, ils ne font l'objet de guère d'études. Or, critiquer la suffisance qu'accorde un diplôme en médecine ne peut être contrecarré par la mise en place d'un diplôme apportant une suffisance de par sa forme et de par ce qu'il induit chez celui qui l'obtient. Que savons-nous de cette conversion éthique ?

La philosophie se présente alors comme, premièrement, un moyen d'étude (par défaut, certes) de ce que peut être une démarche éthique ; propose, deuxièmement, une méthodologie ; et enfin, troisièmement, le plus important, elle ancre dans la tradition – et donc institutionnalise ce procédé.

Par ailleurs, il est vrai de dire que la philosophie n'est pas une science 'dure', pas plus qu'elle est expérimentale, cependant, cela ne signifie nullement qu'elle n'est pas fondamentale. Que peut-elle fonder alors ? Cette faiblesse est précisément sa force. En étant, comme le

souligne Nietzsche, une évaluation des valeurs, elle permet, ne serait-ce par les catalogues, accumulés au fil des siècles, de doctrines qu'elle enregistre, un choix éclairé, comparatif. En ce sens, il est faux de dire qu'il n'y a pas de savoirs positifs – et donc, d'avancement – en philosophie. Elle est le substrat valoriel de notre 'vivre ensemble', une sorte de terreau pour le projet éthique – sans, pour autant, prétendre à l'hégémonie en ce domaine.

Nous pouvons alors conclure sur ces mots de Paul Ricœur :

« Je ne voudrais pas séparer ces expériences solitaires de sagesse de la lutte éthique et politique contre le mal qui peut rassembler tous les hommes de bonne volonté. Par rapport à cette lutte, ces expériences sont, comme les actions de résistance non violente, des anticipations en forme de paraboles d'une condition humaine où, la violence étant supprimée, l'énigme de la vraie souffrance, de l'*irréductible* souffrance, serait mise à nu. » (2)

Bibliographie.

1. **RICŒUR P.** Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990. 424 p.
2. **RICŒUR P.** Le mal: un défi à la philosophie et à la théologie. 3e éd. Genève: Labor et Fides; 2004. 64 p.
3. **RICŒUR P, FOESSEL M, LAMOUCHE F.** Anthologie. Paris: Seuil; 2007.
4. rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf [Internet]. [cited 2013 Nov 29]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
5. Rapport_éthique - r13-0671.pdf [Internet]. [cited 2014 Jun 8]. Available from: <http://www.senat.fr/rap/r13-067/r13-0671.pdf>
6. **LEONETTI J.** Obstination raisonnable ou euthanasie ? RGDM.
7. Rencontres d'Hippocrate - Humanisme et médecine. Faculté de médecine Paris V; 2013.
8. Rencontres d'Hippocrate - La formation des médecins: quelle voie d'avenir ? Faculté de médecine Paris V; 2014.
9. Rencontres d'Hippocrate - une révolution pédagogique: la médecine narrative ? Faculté de médecine Paris V; 2014.
10. **ARISTOTE T, Jules.** Éthique à Nicomaque. Paris: J. Vrin; 2007.
11. **DUMONT JP.** Les Ecoles présocratiques. Paris: Gallimard; 1991.
12. **SEDLEY DN, LONG AA, BRUNSCHWIG J, PELLEGRIN P.** Les philosophes hellénistiques. Paris: Flammarion; 2001.
13. **KIRK GS, RAVEN, JOHN EARLE, SCHOFIELD, MALCOLM, WECK H-A DE, O'MEARA DJ.** Les philosophes présocratiques une histoire critique avec un choix de textes. Fribourg; Paris: Éd. universitaires ; Éd. du Cerf; 1995.
14. **KUHN TS.** La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion; 2008.
15. **HERVÉ C, TZITZIS S,** Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (Paris) I de criminologie (Paris), editors. Altérité et vulnérabilités. Bordeaux: les Études hospitalières; 2014.
16. **DAGONET F.** Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris: Flammarion; 2013.
17. **ANDLER D.** Philosophie des sciences. Paris: Gallimard; 2002. 2 p.
18. **ANDLER D, FAGOT-LARGEAULT A, SAINT-SERNIN B.** Philosophie des sciences. [Paris]: Gallimard; 2002.

19. **SÉNÈQUE, BAILLARD J, MORANA C.** La tranquillité de l'âme. [Paris]: Éd. Mille et une nuits; 2003.
20. **ARRIAN, EPICTÈTE, CATTIN E.** Manuel d'Epictète. Paris: Flammarion; 1997.
21. **AURELIUS ANTONINUS M, MEUNIER M, EPICETUS.** Pensées pour moi-même / Suivies du Manuel / d'Epictète ; trad. préface et notes par Mario Meunier. Paris: Garnier; 1964.
22. **KANT I, DELBOS, VICTOR, PHILONENKO, ALEXIS.** Fondements de la métaphysique des moeurs. Paris: J. Vrin; 2004.
23. **KANT I, TREMESAYGUES, ANDRÉ, PACAUD, BERNARD, SERRUS, CHARLES.** Critique de la raison pure. Paris: Presses universitaires de France; 2001.
24. **CATTIN Y.** Aborder la philosophie. Paris: Seuil; 1997.
25. **NIETZSCHE F, COLLI, GIORGIO, MONTINARI, MAZZINO, BACKÈS, JEAN-LOUIS, HAAR, MICHEL, BUHOT DE LAUNAY, MARC.** Oeuvres philosophiques complètes. 1. 2, 1. 2., [Paris]: Gallimard; 1975.
26. **AUGUSTINE, SKUTELLA M, SOLIGNAC A, TRÉHOREL E, BOUISSOU G.** Les confessions. Paris: Etudes Augustiniennes]; 1992.
27. **NIETZSCHE FW, NIETZSCHE FW, COLLI G, MONTINARI M.** Par-delà bien et mal. [Suivi de] La généalogie de la morale. [Paris]: Gallimard; 1971.
28. **HEDGECOE AM.** Critical Bioethics: Beyond the Social Science Critique of Applied Ethics. *Bioethics*. 2004 Apr;18(2):120–43.
29. **DE VRIES R, GORDIJN B.** EMPIRICAL ETHICS AND ITS ALLEGED META-ETHICAL FALLACIES. *Bioethics*. 2009 May;23(4):193–201.
30. **STRECH D.** Evidence-based ethics – What it should be and what it shouldn't. *BMC Med Ethics*. 2008;9(1):16.
31. **BORRY P, SCHOTSMANS P, DIERICKX K.** Evidence-based medicine and its role in ethical decision-making: Evidence-based medicine and ethical decision-making. *J Eval Clin Pract*. 2006 Jun;12(3):306–11.
32. **SPINOZA B DE, PAUTRAT B, BADIOU A, CASSIN B.** Ethique. Paris: Seuil; 1999.
33. **DESCARTES R.** Oeuvres de Descartes 5, 5.,. Paris: Vrin; 1996.
34. **NIETZSCHE FW.** Ainsi parlait Zarathoustra. Paris: Flammarion; 2006.
35. **Le courrier de l'éthique médicale**, n°1, volume IX, premier semestre 2010.